Docteur Grégory **TOSTI**

LE GRAND LIVRE DE L'HYPNOSE

Du magnétisme animal à l'hypnose ericksonienne

Les rouages : à la frontière du corps et de l'esprit

L'hypnose pour guérir : applications et autohypnose







EYROLLES

Résumé

L'hypnose, comment ça marche ?

- L'hypnose est-elle vraiment efficace pour arrêter de fumer ou pour se faire opérer sans anesthésie ?
- Peut-on s'autohypnotiser ?
- Est-ce dangereux ?
- Comment se passe une consultation avec un hypnothérapeute ?
- Est-ce que tout le monde est hypnotisable ?

Reconnue comme discipline universitaire par la Faculté de médecine de Paris, l'hypnose a aujourd'hui sa place au sein de la médecine dite scientifique. Elle continue pourtant de susciter les interrogations. Cet ouvrage de référence fait le point sur l'hypnose médicale, ses fondements historiques, ses mécanismes cognitifs et les conditions de sa pratique, seul ou avec un thérapeute.

Le docteur Grégory Tosti propose une initiation ludique aux techniques de l'autohypnose. À travers des exercices variés, le lecteur apprendra à entrer dans la transe hypnotique, à partir de ses propres ressources. Les bénéfices de l'hypnose au quotidien sont multiples : faire retomber l'émotion en période de stress, oublier une douleur chronique, améliorer sa confiance en soi, dépasser ses peurs, s'ancrer dans le temps présent pour rassembler ses forces et agir…

Biographie auteur



Grégory Tosti, docteur en médecine, pratique l'hypnose médicale depuis 2004. Il exerce notamment en tant que praticien des hôpitaux de Paris au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt (92). Membre de l'AFEHM (Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale), conférencier, il enseigne au diplôme universitaire d'hypnose médicale de la faculté Paris-VI.

OceanofPDF.com

Docteur Grégory Tosti

LE GRAND LIVRE DE L'**HYPNOSE**

EYROLLES

OceanofPDF.com

Groupe Eyrolles
61, bd Saint-Germain
75240 Paris Cedex 05
www.editions-eyrolles.com

Dans la même collection

Le grand livre de l'analyse transactionnelle, France Brécard et Laurie Hawkes

Le grand livre de l'art-thérapie, Angela Evers

Le grand livre de l'ennéagramme, Fabien et Patricia Chabreuil

Avec la collaboration de Cécile Potel

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage, sur quelque support que ce soit, sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

© Groupe Eyrolles, 2015
ISBN : 978-2-212-55904-0

OceanofPDF.com

Sommaire

Préface

Introduction

Première partie

Historique de l'hypnose, une pratique « caméléon »

Chapitre 1 : Le magnétisme animal

Chapitre 2 : Naissance de l'hypnotisme

Chapitre 3 : Le renouveau

Chapitre 4 : Les apports de Milton Erickson

Deuxième partie

Définitions et rouages de l'hypnose : à la frontière du corps et de l'esprit

Chapitre 5 : Une définition qui prête à confusion

Chapitre 6 : Compréhension du phénomène dans l'Histoire

Chapitre 7 : Le processus hypnotique : une définition organisatrice

Chapitre 8 : Les phases de l'hypnose

Chapitre 9 : Première étape : créer l'alliance thérapeutique

Chapitre 10 : Deuxième étape : l'induction

Chapitre 11 : Troisième étape : la dissociation

Chapitre 12 : Quatrième étape : la perceptude

Chapitre 13 : La suggestibilité et la profondeur de l'hypnose

Chapitre 14 : Comment ça marche : neurosciences

Chapitre 15 : La technique hypnotique

Troisième partie

L'hypnose qui soigne : Le principe de guérison

Chapitre 16 : Nouveaux éclairages, nouvelles stratégies thérapeutiques

Chapitre 17 : L'autohypnose

Chapitre 18 : Les applications de l'hypnose

Chapitre 19 : Limites et contre-indications de l'hypnose

Chapitre 20 : Psychothérapies : des avatars de l'hypnose ?

Chapitre 21 : La formation à l'hypnose et pour quel public ?

Foire aux questions

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

OceanofPDF.com

Préface

L'HISTOIRE COMMENCE UN VENDREDI à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière en 2005.

À l'évidence, parmi les médecins inscrits au Diplôme Universitaire d'Hypnose Médicale, il s'en trouve un qui pose de bonnes questions et qui semble avoir déjà assimilé tous les fondements de l'hypnose.

La qualité du mémoire de fin d'année et la suite de nos échanges confirment cette première impression : le Docteur Grégory Tosti apprécie sa découverte de l'hypnose et a l'intention de s'y consacrer.

Je lui demande alors d'assurer des vacations au Centre Hypnosis, puis à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne, d'animer des cours et des modules d'enseignement de l'hypnose ; et il réussit à soulager de nombreux patients et à satisfaire les collègues en formation.

Aussi, lorsque les Éditions Eyrolles proposent que l'un de nous écrive un livre sur l'hypnose, l'auteur est tout désigné.

Grégory a accepté cette rédaction sur un sujet difficile mais passionnant. Ce livre est réussi. L'influence de François Roustang a bien sûr contribué à clarifier les mécanismes subtils de l'hypnose.

L'hypnose n'est pas une spécialité médicale comme la cardiologie ou la chirurgie. Elle est révélatrice de la nature humaine. Par l'influençabilité qu'elle favorise, elle attire les magnétiseurs de foire qui s'en emparent. Par les capacités adaptatives qu'elle amplifie, elle convainc les professionnels de santé d'y recourir. Afin de la garder dans le champ de la recherche et du soin, il nous faut régulièrement rappeler sa définition, démontrer son efficacité thérapeutique et transmettre ce savoir. C'est le mérite de Grégory Tosti d'avoir, par cet ouvrage très dense, contribué à la diffusion de cette connaissance.

Docteur Jean-Marc Benhaiem

OceanofPDF.com

Introduction

Plonger dans le monde de l'hypnose, c'est plonger dans un monde de paradoxes dans lesquels nous pouvons nous perdre… À moins que nous ne soyons bien accompagnés.

Demandons aux professionnels et aux profanes ce qu'est l'hypnose. Nous entendrons entre autres les mots suivants : music-hall, conscient, inconscient, cerveau, mémoire, effet placebo, visualisation, imagination, magnétisme, suggestion, hystérie, Charcot, Erickson…

Cela paraît si complexe et mystérieux que certains prendront une pose inspirée et, dans un petit hochement de tête, nous révèleront sur le ton de la confidence, que l'hypnose « c'est un état de conscience modifié. »

Tout est dit.

Et rien ne l'est.

Tout est dit parce qu'au travers de cette définition nous soupçonnons peut-être la difficulté à définir ce qu'est exactement la chose. Nous soupçonnons peut-être l'embarras de certains à comprendre l'essence du phénomène. Nous soupçonnons peut-être que l'hypnose a à voir avec quelque chose qui n'est pas tout à fait organique (c'est-à-dire de l'ordre du corps) sans être tout à fait psychique (de l'ordre de l'esprit). Tout est dit parce que cette définition suppose l'intervention, d'une manière ou d'une autre, d'un mode de fonctionnement de l'homme qui est différent de celui qu'il connaît ou croit connaître dans son quotidien.

Pourtant rien n'est dit. Rien n'est dit parce que cette charmante expression ne permet pas de comprendre comment se fait l'expérience de l'hypnose, ni ce qui caractérise cette expérience, et enfin, elle ne prend pas en compte les quelques éléments neurophysiologiques que les neurosciences nous ont permis d'identifier de façon solide depuis quelques années maintenant.

Enfin et avant tout parce que l'expression même d'État de Conscience Modifié est un non-sens. D'abord parce que par définition, un état est toujours modifié, et ensuite parce que nous ignorons tout de quelque chose que l'on appellerait *conscience*. Notre culture a proposé des dizaines de définitions de la conscience. De quelle conscience parle-t-on ? Sait-on ce qu'est la conscience ? Doit-on parler des éléments qui sont présents à l'esprit ? Doit-on parler des éléments qui sont dans le faisceau de l'attention ? Doit-on parler des mécanismes du fonctionnement qui résident effectivement sous notre contrôle ? Doit-on parler de la personnalité ? Des fonctions cognitives ? Des émotions ?

Comment pourrions-nous alors nous mettre d'accord sur une définition de l'inconscient si nous sommes dans l'embarras pour définir d'abord ce qu'est la conscience ? Soyons tout à fait honnêtes, nous connaissons l'adjectif et l'adverbe « conscient » mais nous ne savons pas ce qu'est la *conscience*, pas plus que *l'inconscient*. Ces mots ont été substantivés pour en faire quelque chose, mais bien habile celui qui pourrait aujourd'hui donner une définition *consensuelle et exhaustive* de la conscience et de l'inconscient.

Doit-on s'étonner, devant une telle difficulté à définir ce qu'est l'hypnose, que celle-ci soit aujourd'hui encore l'objet de débats parfois interminables tant sur la définition et sur la compréhension du phénomène que sur les applications cliniques possibles ?

Une chose est sûre : l'hypnose aujourd'hui fait partie de l'offre de soin. Vous pouvez bénéficier de séances d'hypnose pour quelque indication qui aura été approuvée par l'hypnothérapeute qui dispensera les séances. Mais ici aussi, il règne une confusion : certains classent l'hypnose comme faisant partie des « médecines douces » ou des « médecines parallèles » (comme l'acupuncture, la naturopathie, la médecine chinoise, etc.) tandis que d'autres, s'appuyant sur les nombreuses recherches dont elle a fait l'objet, considèrent qu'elle a tout à fait sa place dans la médecine dite scientifique. D'ailleurs, elle est utilisée aujourd'hui par un peu plus de 40 % des centres antidouleur en France, par de nombreux anesthésistes qui l'emploient avec satisfaction pour hypnotiser les malades pendant une opération chirurgicale locorégionale, et par de plus en plus de médecins toutes spécialités confondues.

Ce n'est donc plus seulement dans le cabinet du psychiatre, du psychologue ou du psychothérapeute que l'hypnose peut déployer toute son efficacité, mais bien dans les milieux où se joue au quotidien le drame de la maladie la plus organique, la plus physique, la plus dure dans ce qu'elle a de palpable et d'invalidant pour le patient.

Mais, même sous les lumières crues de l'hôpital, l'hypnose n'en garde pas moins son aspect étrange, insaisissable, magique : difficile à décrire, difficile à définir, difficile à mettre en protocole, elle en est parfois choquante par les résultats incroyables qu'elle obtient. Tant de variables difficiles à saisir et à comprendre font que nombre de médecins continuent à se méfier de l'hypnose en ce début de XXIe siècle.

Comme me disait un confrère neurologue lors d'un congrès récent sur l'apport de l'hypnose dans le traitement de la douleur, « l'hypnose sent encore le souffre. »

Et pourtant…

Jamais la demande de formation en hypnose thérapeutique n'aura été aussi forte. Outre les organismes de formation officiels labellisés depuis de nombreuses années qui forment divers professionnels du soin à cette pratique depuis la création du premier diplôme universitaire d'hypnose médicale (par le docteur Jean-Marc Benhaiem en 2001) l'hypnose est reconnue officiellement comme une discipline universitaire de la faculté de médecine de Paris.

Depuis, quatre autres diplômes universitaires d'hypnose médicale ont vu le jour en France, et l'on s'émerveille de voir chaque année de plus en plus de confrères curieux de cette pratique qui change – souvent radicalement – leur perception du soin, quelle que soit leur spécialité.

C'est donc depuis 2001, tout à fait officiellement, que l'hypnose s'inscrit en France au sein de la médecine scientifique.

L'hypnose est une pratique clinique académique capable d'intervenir dans de très larges indications médicales et psychiatriques. Elle traite aussi bien la souffrance morale et psychique que la douleur physique chronique ou aiguë. Elle émerveille les équipes chirurgicales au bloc opératoire par son efficacité et par l'ambiance de calme qu'elle instille pendant certaines

interventions. Elle aide les enfants à subir des gestes invasifs (prise de sang, ponction lombaire, points de suture) sans douleur.

Comment un médecin en vient-il à s'intéresser à l'hypnose ?

On s'y intéresse lorsqu'on est curieux de ce qui se passe entre un patient et son médecin. On s'y intéresse lorsqu'on réalise que soigner un patient ne peut se résumer à soigner un organe.

On s'y intéresse lorsqu'on réalise que la séparation entre sciences du soin du corps (la médecine) et celles du soin de l'esprit (la psychologie) est une aberration qui porte préjudice au patient en termes d'efficacité de prise en charge.

On s'y intéresse quand on comprend que la perception qu'on se fait de notre santé, de notre maladie, de notre traitement, et de façon plus vaste du monde lui-même, influe radicalement sur notre manière de *vivre* notre santé, nos symptômes, notre traitement… Et le monde lui-même.

On s'y intéresse quand on est bien obligé d'admettre et de constater les résultats surprenants qu'obtiennent ceux qui sont formés à l'hypnose thérapeutique. D'ailleurs, certains des grands noms de l'hypnose en sont venus à s'intéresser à elle avec, d'abord, beaucoup de scepticisme, avant de se rendre à l'évidence, et de reconnaître la réelle efficacité du phénomène (voir le chapitre 2).

On s'y intéresse lorsqu'on apprend qu'aujourd'hui, la science nous permet d'affirmer *qu'il se passe bien des choses particulières dans le cerveau* quand on est « en hypnose », balayant radicalement l'argument de « charlatanisme » ou de « simulation » qui était opposé il y a quelques décennies encore aux défenseurs de l'hypnotisme.

Et l'on s'y intéresse probablement pour bien d'autres raisons encore, qui seront propres à chacun.

Mais puisque nous allons passer quelque temps ensemble, vous et moi, à voyager dans le monde passionnant de l'hypnose, voici en quelques mots, si vous le permettez, mon propre chemin.

Terminant mes études de médecine, j'avais fait le choix de la médecine générale car cette spécialité me semblait celle qui permettrait la meilleure

prise en charge globale du patient. Je ne souhaitais pas me consacrer au soin d'un appareil spécifique (le cœur, les poumons, l'appareil digestif, etc.) et si l'étude de l'esprit humain m'intéressait déjà fortement (j'avais pensé un moment m'orienter vers la psychiatrie), le lien particulier qui se crée entre le patient et son médecin dans le cadre d'une consultation de médecine générale acheva de me convaincre de devenir médecin généraliste.

Pourtant, dès la fin de mon internat, il me parut évident qu'il me manquait quelque chose d'essentiel pour optimiser le soin et la prise en charge, sans que je sois capable d'expliciter clairement ce dont il s'agissait. J'étais pourtant jeune médecin fraîchement sorti des bancs de la faculté de médecine, où durant dix années, il m'avait été enseigné tout ce qu'un « bon médecin » devait connaître : les maladies, leurs symptômes et leurs signes, les arbres diagnostics, les protocoles de soins, les recommandations nationales des autorités de santé… ; j'étais passé par de nombreux services hospitaliers pour parfaire ma pluridisciplinarité, dont la psychiatrie, la gynécologie, la pédiatrie, les urgences, la cardiologie, la neurologie…

Je suspectais que ce dont j'avais besoin se trouvait – en partie du moins – non pas dans le savoir théorique mais dans une façon d'être à l'autre. J'ai eu l'immense privilège au cours de mes études de médecine, en tant qu'externe puis en tant qu'interne, de côtoyer de grands Professeurs de médecine dont l'humanité et la bienveillance m'ont profondément marqué. Lorsque le temps de la visite du chef de service était venu, toutes les incertitudes et toutes les angoisses des patients – comme de l'équipe soignante ! – fondaient comme neige au soleil. Mais ne nous y trompons pas : cela n'était pas seulement la large expérience et la riche connaissance scientifique de ces grands hommes qui dissipaient les peurs et remontaient le moral des troupes. C'était cette façon de parler, de vous regarder dans les yeux, de rentrer en rapport avec les familles des patients figées par l'angoisse. C'était cette façon qu'ils avaient parfois de prendre le temps, alors que leur journée de travail était finie depuis longtemps déjà, de venir s'asseoir au côté d'un patient allongé dans son lit pour échanger avec lui d'une voix profonde qui invite à la confidence.

Il suffisait de quelques mots, de ce calme propre à l'homme d'expérience, de beaucoup d'intelligence, d'explications honnêtes, pour que l'angoisse tombe. Je comprends aujourd'hui, au travers de mes années d'expérience en hypnose clinique, que ces hommes maniaient – probablement de façon

instinctive – l'art de l'entrée en relation avec le patient, avec un grand talent. Je dirais aujourd'hui qu'ils étaient passés maîtres dans l'application de la première étape du processus hypnotique (voir le chapitre 7) : porter attention à l'autre avec authenticité, le rejoindre dans sa souffrance, la ratifier, la reconnaître, mais le faire en étant totalement, réellement présent. C'est toujours le premier pas vers quelque chose qui soulage.

La discussion qui s'ensuivait était souvent décisive dans le changement de perception du patient de sa maladie, de son traitement, de son séjour à l'hôpital.

C'est donc en suspectant qu'il existait quelque chose qui permet d'accompagner plus globalement encore le patient vers la guérison, que je commençais à m'intéresser à l'hypnose. Celle-ci me paraissait un outil de choix à ajouter à mon arsenal thérapeutique. Après quelques recherches, je découvrais le diplôme universitaire d'hypnose médicale (le seul à l'époque) du Dr Jean-Marc Benhaiem et je me lançais dans l'aventure.

L'année de formation puis les années de perfectionnement bouleversèrent radicalement mon rapport à l'autre, mon rapport au soin, mon rapport à la maladie. Je découvrais des personnalités remarquables, des conférenciers de grande qualité, et bien sûr, je fis la connaissance de François Roustang.

Je débutais une consultation d'hypnose. J'avais rejoint, avec un immense bonheur et une profonde reconnaissance, l'équipe du Dr Jean-Marc Benhaiem. J'intégrais le centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré où je pouvais pratiquer l'hypnose dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique, et je participais à l'enseignement de l'hypnose dans le cadre de l'association Française d'Étude de l'Hypnose Médicale.

Parallèlement, je m'étais orienté vers la gériatrie, le handicap, puis la médecine légale.

Aujourd'hui, ma passion pour l'hypnose est toujours aussi grande. Et je garderai certainement à jamais en mémoire le souvenir de ce premier jour de cours à La Pitié-Salpêtrière lorsque je fis ma première expérience de l'hypnose, guidé par Jean-Marc Benhaiem, et lorsque j'entendis pour la première fois François Roustang. Cette journée fut un tournant décisif dans ma carrière mais aussi dans ma vie. Par la suite, j'eus l'occasion de me

rapprocher d'autres écoles d'hypnose, mais je n'y retrouvai jamais la matière, le substrat, l'essence de ce qui fait la force de l'enseignement dispensé par ces deux hommes, qui ont rendu à l'hypnose la place qu'elle mérite.

Lorsque l'on me proposa le projet d'écrire *Le Grand Livre de l'hypnose*, je ne pus qu'accepter. Et si le travail s'annonçait considérable et allait compliquer un agenda déjà fort chargé, il n'en était pas moins stimulant.

Vous accompagner au travers de cet ouvrage est pour moi un plaisir et un honneur. Sachez que je n'ai pas la prétention de couvrir la totalité du sujet de l'hypnose. Mais j'ai l'intention d'en dire beaucoup.

Sachez enfin que l'approche qui est la mienne est celle d'un docteur en médecine qui pratique l'hypnose en milieu hospitalier, dans le cadre de pathologies parfois sévères et invalidantes. Ma lecture de l'hypnose est donc forcément orientée par ma formation, mon expérience, et ne constitue qu'une approche parmi d'autres. Pourtant, je veux croire que c'est une approche objective et scientifique qui je l'espère vous donnera l'envie de vous documenter plus avant sur le sujet et même, pourquoi pas, de bénéficier vous-même de cette pratique thérapeutique guidée par un thérapeute certifié.

Si l'on veut comprendre quelque chose à l'hypnose, si l'on veut comprendre comment elle a pu se frayer un chemin parsemé d'obstacles jusqu'à nos hôpitaux, il nous faut faire un magnifique voyage.

Notre objectif sera donc d'aborder bien des aspects de cette pratique clinique, de son histoire jusqu'à ses applications en passant par sa technique et ce qu'elle change dans notre cerveau. Nous essaierons, au cours de ce voyage de comprendre l'essence du phénomène hypnotique ou pour le dire autrement « qu'est-ce qui guérit ».

OceanofPDF.com

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DE L'HYPNOSE, UNE PRATIQUE « CAMÉLÉON »

OceanofPDF.com

Chapitre 1
Le **magnétisme animal**

L'HYPNOSE S'ADAPTE. ELLE ÉVOLUE. Depuis son premier avatar connu sous le nom de « magnétisme animal » grâce aux travaux de Franz Anton Mesmer au XVIII^e^ siècle, elle s'est vue changer de nom, changer de théorie, changer de pratique, changer d'indications… Elle s'est vue occuper une première place sur le devant de la scène médicale pour ensuite connaître un déclin considérable et tomber dans l'oubli de la science, avant de revenir dans les services hospitaliers et dans les laboratoires dans le monde entier, en particulier grâce aux travaux du docteur Milton Erikson.

Lorsque j'ai commencé à réfléchir à l'élaboration de ce livre sur l'hypnose, j'avais pensé n'aborder l'historique de l'hypnose que dans un second temps. Contrairement à la plupart des livres traitant du sujet, je comptais définir le phénomène hypnotique, c'est-à-dire aller droit au but, pour dans un second temps revenir sur l'histoire – tellement riche – de cette pratique vieille comme le monde.

Mais en cherchant à organiser ma pensée et à poser une définition de ce qu'est le processus hypnotique, j'ai réalisé que quelle qu'était la manière dont je tournais les choses dans ma tête ou sur le papier, je faisais fausse route : si l'on veut comprendre ce qu'est l'hypnose, on ne peut faire l'économie de son historique.

Tout voyage doit débuter par son commencement.

Je m'efforcerai donc d'être exhaustif, sans l'être complètement. Je vous invite à consulter les excellents ouvrages cités dans la bibliographie si vous souhaitez aller plus loin dans la découverte et la compréhension de tous ces personnages qui ont fait de l'hypnose ce qu'elle est aujourd'hui.

Une chose est certaine, à toute époque, chacun de ceux qui ont eu la volonté de remettre l'hypnose sur le devant de la scène a fait évoluer sa théorie et sa pratique. Soit en y ajoutant quelque chose, soit en enlevant une chose de ce qui s'était dit précédemment.

Chaque grand nom de l'hypnose a fondé ses théories à partir de ses observations cliniques et parallèlement a créé une nouvelle clinique de l'hypnose en se basant sur ces mêmes théories.

C'est cette diversité dans l'approche et la définition du phénomène qui a fait de l'hypnose ce qu'elle est aujourd'hui.

La **puissance du fluide**

Si la plupart des auteurs s'accordent à dire que l'hypnose est aussi vieille que l'humanité, faisant référence aux cultures les plus primitives de l'Antiquité puis des temps modernes au travers de la notion de transe (l'hypnose est alors considérée comme l'avatar moderne de la transe primitive), nul ne conteste que l'histoire de l'hypnose telle que nous la connaissons aujourd'hui commence en Europe, au XVIII^{e} siècle, avec Franz Anton Mesmer. Né en 1734 en Autriche, il présente en 1766 sa thèse de médecine dans laquelle il veut démontrer qu'un fluide subtil provenant du cosmos pénètre tous les corps et emplit l'univers. Il met en parallèle l'énergie qui circule grâce aux aimants et cette force qui circule dans le vivant en surnommant cette dernière « le magnétisme animal ».

Après quelques expériences thérapeutiques par application des aimants, il considère ceux-ci comme superflus dans l'obtention des guérisons et avance que l'imposition des mains seule suffit pour transmettre « le fluide ».

Suite aux étonnants succès obtenus à partir de sa technique thérapeutique, il s'attire les foudres de ses confrères et finalement, après quelques scandales, Mesmer quitte Vienne pour Paris.

Un **succès grandissant**

Installé sur ce qui deviendra la place des Vosges, dans un hôtel qu'il ne tardera pas à faire sien, Mesmer connaît un succès grandissant. Devant l'affluence de patients qui ne fait que croître, il développe une technique de soin qui lui permet de traiter plusieurs personnes en même temps. C'est véritablement l'avènement de la thérapie de groupe. Pour soigner, Mesmer impose les mains, touche certaines parties du corps directement ou en utilisant une sorte de baguette en métal ou en verre, ou encore utilise des corps ou des objets qu'il magnétise auparavant.

Finalement, il crée « le baquet », dont le marquis de Puységur donne la description suivante.

e baquet

« Le fond du baquet est composé de bouteilles arrangées entre elles d'une manière particulière, remplies d'eau magnétisée. Au-dessus de ces bouteilles, on met de l'eau jusqu'à une certaine hauteur ; des baguettes de fer, dont une extrémité touche à l'eau, sortent de ce baquet tandis que leur autre extrémité, terminée en pointe, s'applique sur les malades. Une corde, en communication avec le réservoir magnétique et le réservoir commun, lie tous les malades les uns aux autres ; ce qui, s'il existe une circulation du fluide ou de mouvements, sert à établir l'équilibre entre eux. Les patients s'appliquent donc sur la partie malade des tringles en fer et s'attachent les uns aux autres avec des cordes. Dans cette ambiance très spéciale, chacun attend plus ou moins un miracle. Puis, un piano-forte se fait entendre, accompagné parfois de chants. D'autres fois, c'est un harmonica, et le maître fait son entrée, vêtu d'un habit de soie lilas, impassible, olympien, hiératique, tenant dans ses mains une longue baguette de fer dont il touche les malades. Il les regarde fixement pour les magnétiser encore, impose ses mains sur leur dos ou sur leur ventre. »[1]

Lors de ces séances, nombre de patients présentent des manifestations diverses, allant du simple assoupissement à des gémissements, des bâillements, des cris, des sanglots, des contractions, mais aussi de véritables crises convulsives, en passant par toute une gamme de

modifications perceptives telles que des sensations de chaleur, de sueurs…

Le succès est toujours plus grand, les guérisons se font nombreuses, et l'hôtel particulier de Mesmer devient rapidement le rendez-vous du Tout-Paris mondain. La reine Marie-Antoinette elle-même vient assister en toute discrétion à des séances de baquet. Fort de ce succès, Mesmer se voit ouvrir les portes de la Cour où il se fera quelques protecteurs. Il tente de convaincre en vain le milieu médical et scientifique de la validité de sa méthode thérapeutique. Son livre intitulé *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*[2] dans lequel il résume l'essentiel de sa doctrine sera le point de départ du conflit parfois violent qui opposera au cours des années suivantes les partisans et les ennemis du magnétisme animal.

Finalement, devant l'indifférence du corps médical à valider le bien-fondé de sa méthode, il quitte la France pour Spa. Il reviendra peu après à Paris lorsque, défendu par ses protecteurs de la Cour, il lui sera permis d'organiser des cours et des conférences sur sa méthode et que la « Société de l'Harmonie » sera créée.

Quand les **adeptes se multiplient**

Mais pendant son séjour à Spa, un disciple de Mesmer, le docteur Deslon (professeur à la Faculté de médecine de Paris) crée son propre baquet et rencontre un succès évident. Menacé d'être radié s'il ne cesse cette activité par ses confrères de la Faculté, Deslon obtient la création d'une commission chargée de valider le phénomène et la valeur thérapeutique du magnétisme animal.

Louis XVI organise deux commissions constituées de médecins de la Faculté de médecine de Paris et de membres de l'Académie des sciences (dont Benjamin Franklin, Lavoisier, Guillotin, Borie, Darcet, Bailly).

Les démonstrations de Deslon face aux commissions sont un échec. Mieux, on fait croire à une femme que Deslon la magnétise au travers d'une porte (ce qui est faux) et celle-ci présente tous les signes caractéristiques d'une crise thérapeutique.

Les rapports des commissaires, diffusés dans la France entière, sont sans appel. Certes ils reconnaissent avec objectivité les guérisons observées, mais ils réfutent l'existence du magnétisme animal, faute de preuve. Bailly conclut : « ayant enfin démontré par des expériences décisives que l'imagination sans magnétisme produit des convulsions et que le magnétisme sans imagination ne produit rien, rien ne prouve l'existence du magnétisme animal. »

La deuxième Commission conclut dans le même sens : « les effets produits par ces prétendus moyens de guérison sont tous dus à l'imitation et à l'imagination ».

Pourtant, cette conclusion est magnifique car elle pose l'idée selon laquelle l'imagination est capable de provoquer des guérisons. Deslon argumentera que si ces guérisons sont liées à l'imagination, il n'y a qu'à faire de la médecine de l'imagination.

Mesmer est furieux que l'enquête ait été faite sur le travail d'un dissident qui « ne connaissait de sa méthode que le dehors ». Discrédité, il se retire au bord du lac de Constance où il meurt en 1815, après avoir passé quelques années à soigner les pauvres.

Toutefois, Mesmer a fait des adeptes. Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur, né à Paris en 1751, militaire destiné aux plus hautes fonctions de l'État, préféra étudier le magnétisme auprès de Mesmer, à peine arrivé à Paris. Il s'exerce d'abord au baquet, puis remplace celui-ci par un arbre qu'il magnétise, et auquel les patients s'attachent à l'aide de corde pour recevoir le fluide bienfaisant. Puységur apportera sa propre contribution à l'évolution du magnétisme animal : d'abord, il ne croit pas, contrairement à Mesmer, que les crises soient nécessaires à la guérison des patients. Ensuite, c'est en magnétisant un jeune paysan répondant au nom de Victor, en 1784, qu'il découvre le somnambulisme : le jeune homme, lors de la séance de magnétisation, tombe dans un sommeil différent du sommeil ordinaire, dans lequel il répond aux injonctions de Puységur, qui découvre ainsi les effets de la suggestion.

es effets de la **suggestion**

> « Lorsque je voyais ses idées devoir l'affecter d'une manière désagréable je les arrêtais et cherchais à lui inspirer de plus gaies. Il ne fallait pas pour cela de grands efforts. Alors je le voulais content, s'imaginant tirer un prix, dansant à une fête, etc. Je nourrissais en lui ses idées et par là je le portais à se donner beaucoup de mouvement sur sa chaise comme pour danser sur un air que je lui faisais répéter tout haut en chantant mentalement. » [3]

Deleuze, né à Sisteron en 1753, sera lui aussi un élève de Mesmer. S'il approche d'abord le magnétisme avec un évident scepticisme, il se plonge dans l'étude de ce dernier avec passion lorsqu'il obtient ses premiers succès en appliquant les leçons du maître. Deleuze aura cette approche originale que l'on retrouve aujourd'hui dans nombre de techniques psychothérapeutiques qui consistent à se laisser guider par le patient : lorsque le patient est en état de somnambulisme, Deleuze lui pose une série de questions destinées à laisser le malade donner lui-même la marche à suivre concernant le traitement (durée, fréquence, etc.)

Le magnétisme retrouve certaines lettres de noblesse. Il s'invite à l'hôpital. Le baron du Potet l'exerce à l'Hôtel-Dieu avec des résultats spectaculaires.

Des **critiques tenaces**

Devant un tel regain d'intérêt pour une pratique pourtant vivement critiquée par les instances scientifiques, l'Académie royale de médecine en 1826 désigne Husson comme rapporteur d'une nouvelle Commission d'enquête sur le magnétisme animal. Après six années d'expérimentations, le rapport rendu fait état de tant d'expériences spectaculaires que l'Académie préfère ne pas le publier tant il tourne en ridicule les conclusions précédemment répandues dans la France entière.

En 1837, une nouvelle Commission sera créée, avec à sa tête Dubois, un opposant farouche au magnétisme animal. Les conclusions furent évidemment en la défaveur de tous les phénomènes jusqu'ici mis en évidence et expérimentés.

Mais il est trop tard. Le regain pour le magnétisme animal est un feu renouvelé, que ce dernier rapport ne peut éteindre. Celui-ci aura tout de même banni le baron du Potet des hôpitaux. Il part en Angleterre, où il initie le jeune chirurgien Elliotson aux techniques du sommeil magnétique. Très impressionné, Elliotson, qui malgré son jeune âge jouit déjà d'une belle notoriété et d'une véritable reconnaissance par ses pairs, réalise nombre d'interventions chirurgicales sous sommeil magnétique. Vivement critiqué par ses pairs de l'université du Royal English College à Londres où il est professeur, il démissionne de ses différents postes hospitaliers et universitaires pour ouvrir un hôpital mesmérique et fonder une revue destinée à répandre les théories du magnétisme animal.

Son succès est grand. Il fonde deux autres hôpitaux mesmériques en Écosse. Les résultats, bien qu'extraordinaires, continuent à être critiqués par les instances officielles qui iront jusqu'à déclarer que le patient qui vient de subir une amputation sous leurs yeux sous sommeil hypnotique est un imposteur qui avait été « dressé à ne pas souffrir ».

Elliotson fit des émules. James Esdaile, chirurgien écossais, pratiqua plus de deux mille interventions dont certaines lourdes sous mesméro-anesthésie à Calcutta, qui plus est avec un taux d'infection postchirurgicale très inférieur à la statistique habituelle (5 % contre 30 %). Son succès lui valut des fonds pour ouvrir un grand hôpital où il opéra de nombreux patients de toutes classes sociales confondues.

En France, l'abbé Faria (né dans les Indes orientales en 1756), qui tient un cours public de magnétisme vers 1813, révise les concepts du magnétisme mesmérien et du somnambulisme : les techniques qu'il utilise combinent fixation de l'attention, passes magnétiques, et suggestion verbale.

Même s'il a été victime de raillerie de la part de ses contemporains, Faria est le premier à insister sur l'importance des suggestions thérapeutiques et l'utilité des suggestions posthypnotiques.

---

1. G. R. *Rager*, *Hypnose, sophrologie et médecine.*
2. Franz Anton Mesmer, *Mémoire sur la découverte du magnétisme animal*, (1779), L'Harmattan, 2005.
3. G. R. *Rager*, *Hypnose, sophrologie et médecine.*

OceanofPDF.com

Chapitre 2
Naissance de **l'hypnotisme**

James Braid, chirurgien écossais, vient à Manchester assister à une démonstration de magnétisme curatif par Lafontaine, un Français qui sillonne les villes pour démontrer la réalité du phénomène au cours de séances publiques sur des scènes de théâtre.

D'abord sceptique, voire résolu à démasquer une supercherie, Braid est finalement obligé de reconnaître la réalité du phénomène. Il s'exerce à le reproduire et découvre que la fixation prolongée d'un point plonge le sujet dans un état de sommeil spécial. Il voit là un phénomène neurologique et psychique qu'il baptise « sommeil nerveux » puis « hypnotisme », afin de mettre un terme à la connotation magique qui accompagne le magnétisme. Il décrit en outre, dans une publication de ses travaux en 1843, que les sujets entraînés deviennent fortement susceptibles d'être influencés par l'imagination.

Différents **états**

Si le terme d'hypnotisme se réfère au sommeil, Braid admet qu'il s'agit plutôt d'une série d'états différents susceptibles de varier indéfiniment, de la simple rêverie jusqu'au coma le plus profond.

Mais la confusion persistera puisqu'aujourd'hui encore, l'idée que la plupart des gens se font de l'hypnose est celle d'un sommeil (on pourrait même dire de perte de connaissance) provoqué par une injonction de l'hypnotiseur. Si bien que nombre de patients pourront s'étonner, suite à une séance d'hypnose thérapeutique, de ne « pas avoir dormi », pensant ainsi ne pas avoir fait de la « vraie hypnose ».

En France, il faut attendre une publication du professeur Azam de Bordeaux en 1859 à la Société de chirurgie de Paris pour attirer l'attention sur l'hypnotisme. Ce procédé intéresse les chirurgiens comme alternative au chloroforme. De nombreuses interventions sous hypnose sont réalisées, mais les résultats sont mitigés et l'hypnotisme est rapidement délaissé.

Pourtant, en 1860, Philips publie « Cours théorique et pratique de Braidisme ou l'hypnotisme nerveux ». L'auteur décrit deux phases dans l'hypnotisme : l'induction, « qui consiste en une fixité de l'attention et la concentration de la pensée », et le second stade dit « idéoplastique » pendant lequel se donne la suggestion thérapeutique.

Son travail marque le début du courant psychosomatique et sert de précurseur à l'école de Nancy.

Puis, le Dr Liébeault, médecin de campagne dans les faubourgs de Nancy, s'intéresse dès 1848 à l'hypnose et au magnétisme. Il soigne gratuitement et avec grand succès par l'hypnose de nombreux malades, ce qui lui vaut l'inimitié de ses confrères locaux. Il publie en 1866 « Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique ».

Il attire l'attention de Berhneim, professeur de clinique médicale à Nancy qui s'intéresse à l'hypnotisme et à l'hystérie, lorsqu'il soigne une de ses patientes atteinte de sciatalgie rebelle. Sceptique, Bernheim rend visite à Liébeault et l'observe travailler. Comme nombre de sceptiques avant lui, il est bien obligé de reconnaître la réalité et l'efficacité du phénomène.

Pour Liébeault, les passes magnétiques sont superflues bien qu'efficaces. C'est la suggestion qui agit et permet l'obtention du sommeil hypnotique.

Le sommeil hypnotique

Pour induire ce sommeil, Liébeault fixe le patient et lui annonce d'une voix douce, monotone et parfois autoritaire les principaux symptômes qui préludent au sommeil. Par ces suggestions, le patient finit par s'endormir. C'est l'image psychique du sommeil qui produit l'acte du sommeil, et c'est l'image psychique de la guérison qui produit la guérison.

Pour Liébeault et Bernheim, c'est la suggestion qui fait tout. Ils fondent l'École de Nancy, une des deux grandes écoles qui ont contribué au développement de l'hypnose en France de 1882 à 1892. Cette école, qui acquiert une réputation mondiale, surpasse celle de La Salpêtrière. L'hypnotisabilité, pour l'École de Nancy, n'a pas de lien avec l'hystérie comme l'avance l'École de La Salpêtrière. Tout le monde est hypnotisable bien qu'à des degrés divers.

Tout est dans la **suggestion**

C'est en 1884 que Bernheim expose ses théories dans « De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille ». Pour lui, les phénomènes de suggestion sont uniquement fonction des propriétés physiologiques du cerveau et par conséquent on peut obtenir des effets de la suggestion à l'état de veille. C'est ce que l'on appelle la suggestibilité. Ainsi, les effets obtenus par la suggestion ne sont dus ni à un fluide magnétique, ni à un état hypnotique, ni à un sommeil provoqué. On voit là une théorie de l'ordre de l'arc réflexe : de la même manière qu'une stimulation donnée sur le tendon rotulien provoque une extension de la jambe, en raison de la « réponse réflexe » du système nerveux, une suggestion donnée provoque une réponse à cette suggestion de la part du cerveau. Pour certains, l'hypnose a pour objectif de favoriser la réponse à la suggestion. Pour Bernheim, le fait d'imaginer tel ou tel état psychique, physiologique, sensoriel, tend à entraîner la réalisation effective de cet état. Il finira même par affirmer que tous les phénomènes obtenus par la suggestion peuvent être provoqués directement à l'état de veille sans passer par l'hypnose ou le sommeil. Tout est dans la suggestion dit-il. Sur ce point, il restera en désaccord avec Liébeault qui estime l'état d'hypnose nécessaire à la guérison.

Pourtant bien loin de la conception du magnétisme animal, il est intéressant de noter que Liébeault écrit un article dans le journal du magnétisme d'Hector Durville qu'il intitule « Extériorisation de la force neurique », et dans lequel il propose que l'on prenne en considération la possibilité d'une action magnétique, parallèlement aux phénomènes de la suggestion tels qu'il les a exposés, car seule la prise en compte de ces

deux mécanismes permet d'expliquer certaines guérisons qui ne peuvent s'expliquer par seulement l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Pour conclure ce court paragraphe sur l'École de Nancy, on notera que c'est auprès du Dr Liébeault qu'Émile Coué se forme à la pratique de la suggestion.

Le marchand de bonheur

Jeune pharmacien, Émile Coué (1857-1926) avait pour habitude d'accompagner la délivrance de médicaments auprès des patients par des paroles encourageantes de type « ceci, vous verrez, vous fera le plus grand bien. ». Il note combien l'emploi de l'imagination favorise la guérison et le soulagement. Il entend parler de Liébeault et se rend auprès de lui en 1886 pour en apprendre plus sur la suggestion. Également influencé par les travaux de Bernheim, il perfectionne sa technique et invente « l'autosuggestion consciente ».

Il donne, gratuitement, de nombreuses sessions de soins dans lesquelles il invite nombre de malades, toutes catégories sociales confondues, souffrant parfois de pathologies vraisemblablement tout à fait organiques (ulcères, varices, tuberculose, syphilis…) Il leur prodigue à l'état de veille des suggestions thérapeutiques de guérison générales mais aussi ciblées en s'adressant à chacune et chacun d'un ton autoritaire mais paternaliste, nous dirons plutôt assuré et bienveillant.

Enfin, il insiste auprès de tous sur la nécessité de répéter quotidiennement matin et soir, à voix haute, et plusieurs fois la phrase suivante : « chaque jour, à tout point de vue, je vais de mieux en mieux. »

Coué connaît un succès remarquable. Les demandes de soins sont toujours plus nombreuses. Son succès est tel qu'il est invité en Amérique où il donnera des sessions de soins par la suggestion. La demande est telle qu'il ne peut répondre à toutes. On le surnomme là-bas « le marchand de bonheur ».

En France, Émile Coué publie en 1913 « La Maîtrise de soi par l'autosuggestion consciente », qui connaît un grand succès, et qu'aujourd'hui encore on peut trouver dans les rayons des librairies. Je

recommande vivement la lecture de cet ouvrage, mais sous sa forme originale. Nombre de livres consacrés à la « méthode Coué » ont vu le jour, mais il est vraiment très intéressant de se référer au texte original, tout en gardant en tête le contexte de l'époque. On verra alors que, bien que décrié et moqué par la suite, Coué fut un homme brillant et un vrai humaniste.

Il est possible aussi de retrouver, sur internet, un enregistrement sur cylindre qu'a réalisé Émile Coué en 1923, dans lequel il expose les bases de sa thérapie et propose une série de suggestions.

Ainsi, la « méthode Coué » connut son heure de gloire, et bon nombre de guérisons (parfois spectaculaires) sont rapportées et consignées. Hélas, à la mort de Coué en 1926, la méthode tombe rapidement dans l'oubli et ceux qui s'en rappellent la critiquent pour sa « naïveté » et sa « simplicité ».

ntre **imagination** et volonté

Émile Coué a pourtant mis en avant certains principes encore utilisés aujourd'hui par nombre de psychothérapeutes. Notamment le principe sous-jacent de sa méthode : dans un combat entre l'imagination et la volonté, c'est l'imagination qui l'emporte. Ainsi, si l'on se dit « je veux arrêter de fumer mais je ne peux pas », la volonté n'y fera rien, tant que le patient est convaincu qu'il ne le peut pas. La méthode de Coué consisterait à mettre en avant l'imaginaire pour l'emporter sur la volonté.

La **grande névrose** hypnotique

L'École de La Salpêtrière (1878-1884), elle, naît avec Jean-Martin Charcot.

Neurologue de réputation internationale, il décide de s'intéresser à la psychologie. Il s'intéresse à l'hypnose lorsqu'il veut créer une « autre » psychologie que celle enseignée au collège, une psychologie « *renforcée par des études pathologiques auxquelles nous nous livrons* ». Il choisit

alors un groupe d'assistants en clinique qui préparent les malades, les hypnotisent, organisent les expériences. Charcot, lui, n'a jamais personnellement hypnotisé un seul malade. Il décide alors de donner des leçons sur l'hypnotisme devant un public non médical, dans une ambiance théâtrale. Comme à l'époque de Mesmer, le lieu devient le rendez-vous mondain du Tout-Paris. Et les médecins, les journalistes, les politiques, les acteurs assistent à des présentations de sujets en état de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme, mais aussi en état de crises violentes qui ne sont pas sans rappeler les fameuses crises mesmériennes. Lorsque l'on sait que certains ont avancé que les assistants de Charcot s'étaient formés à l'hypnose auprès d'un magnétiseur mesmérien, on ne s'étonne guère de retrouver décrites dans les témoignages de l'époque les mêmes manifestations que celles observées pendant les séances de baquet.

tat **hypnotique et hystérie** selon Charcot

Pour Charcot, qui expérimentait surtout chez des patients étiquetés hystériques, l'état hypnotique est un fait somatique propre à l'hystérie : « un individu hypnotisable est souvent un hystérique, soit actuel, soit en puissance, et toujours un *névropathe*, c'est-à-dire un sujet à antécédents nerveux héréditaires susceptibles d'être développés fréquemment dans le sens de l'hystérie par les manœuvres de l'hypnotisation ». Ainsi, il décrit l'état hypnotique en trois phases (léthargique, cataleptique et somnambulique) qu'il appelle « le grand hypnotisme ou grande névrose hypnotique ».

Nous observons donc là deux écoles de pensées : une (l'École de Nancy) pour laquelle l'hypnose repose essentiellement sur le concept de suggestion, et peut être utilisée chez tout individu dans de larges indications thérapeutiques, une seconde (l'École de La Salpêtrière) pour laquelle l'hypnose est un fait somatique propre à l'hystérie.

Une véritable bataille fait rage entre les deux écoles. Mais les travaux de Bernheim tendent à l'emporter sur les concepts avancés par Charcot.

Ce dernier, admettant que l'ensemble de son étude manquait de base solide, veut reprendre ses travaux sur la question de l'hystérie et de

l'hypnotisme, mais il mourra peu de temps après sans avoir pu s'intéresser à nouveau à la question. Son élève, Joseph Babinski, remettra en question les travaux de son maître pour finalement se rapprocher des positions de Bernheim.

Mais un autre élève de Charcot devait être fortement influencé par les travaux sur l'hypnose : Sigmund Freud fut très marqué par les quelques mois passés dans le service du Maître. En outre, il constate et reconnaît la réalité du phénomène hypnotique.

La méthode cathartique

Parallèlement, Freud était en relation avec Breuer, un neurologue viennois. Breuer, en traitant par l'hypnose une malade hystérique souffrant de troubles polymorphes, constate que les symptômes disparaissent lorsque la jeune femme revit l'incident qui a provoqué le traumatisme affectif. C'est la « méthode cathartique ». Freud est tout à fait convaincu de l'efficacité de la méthode qui consiste à faire revivre au malade ses émotions de manière à lui permettre de s'en libérer ; l'hypnose permet de faire resurgir des souvenirs refoulés et emmagasinés dans l'inconscient. Breuer découvre ainsi le mécanisme du refoulement. Peu de temps après, il se familiarisera également avec la notion de transfert, lorsque la patiente à laquelle il rend visite après sa guérison, lui fait une déclaration d'amour[1].

Enfin, Freud complétera sa formation en hypnose auprès de Bernheim dont il vient suivre la consultation à Nancy.

Mais Freud abandonne l'hypnose : il redoute les phénomènes transférentiels tels que Breuer en a été la victime, et considère ensuite la suggestion comme un acte magique constituant un véritable viol de la personnalité du malade. Enfin, il reproche à l'hypnose de créer une substitution du symptôme par un autre.

Pour Freud, le malade a déjà en lui les éléments de la guérison et la cure consiste à les lui faire exprimer librement, pour aider à libérer son inconscient. Freud élabore donc sa méthode de la « libre association », base de la psychanalyse.

La psychanalyse prend son essor, l'hypnose tombe dans l'oubli.

La **recherche** continue…

Mais si l'hypnose clinique s'éclipse, il n'en est rien des recherches expérimentales et notamment l'étude sur l'altération sensorielle, la mémoire, la suggestion posthypnotique et la provocation de phénomènes physiologiques en état d'hypnose.

En France, Pierre Janet (1859-1947), médecin, ancien élève de Charcot et nommé professeur au collège de France, développe sa théorie de la dissociation et continue les études scientifiques sur l'hypnose. Il est considéré aujourd'hui comme un des pères fondateurs de la médecine psychosomatique.

En Allemagne, on citera Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), disciple de Freud, qui développe le « training autogène », méthode de relaxation devenue célèbre et largement utilisée dans les années 70 et 80.

---

1. On définit le transfert comme l'ensemble des sentiments, attitudes, et comportements que le patient eut autrefois et qu'il reporte sur l'analyste, au moment où il évoque ses souvenirs pendant les séances d'analyse.

OceanofPDF.com

Chapitre 3
Le **renouveau**

DANS LES ANNÉES 30, les États-Unis d'Amérique comptent deux grandes figures responsables de la renaissance de l'hypnose dans le champ de la médecine et de la psychologie : Clark Hull et Milton Erickson.

Clark Hull (1884-1952), un des pères fondateurs de la psychologie expérimentale et des théories de l'apprentissage aux États-Unis fut, le premier à appliquer les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'étude de l'hypnose. En outre, il décide de se pencher sur le débat entre l'École de Nancy et celle de La Salpêtrière, et nombre de ses expériences portent sur la suggestibilité. Il prendra parti pour l'École de Nancy.

Cette nouvelle approche de l'hypnose sera l'initiatrice d'une série d'études rigoureuses et scientifiques.

Milton Erickson

Hull eut pour disciple Milton Erickson (1901-1980). Né dans le Nevada, le jeune Milton, qui souffre par ailleurs de dyslexie, est victime à l'âge de 17 ans d'une attaque de poliomyélite. Alors que le pronostic des médecins est des plus sombres, et que l'un d'eux prédit qu'il ne passera peut être pas la nuit, le jeune Milton demande à sa mère de positionner son lit en face de la fenêtre pour voir le coucher du soleil une dernière fois. Il dira plus tard avoir ainsi vécu sa première expérience d'autohypnose, à tellement s'absorber sur le soleil couchant qu'il ne voyait plus rien du paysage. Il tombe dans le coma pendant trois jours, puis se réveille totalement paralysé. C'est au cours de ce sombre épisode de sa vie qu'il développe une

capacité d'observation remarquable : il observe, il écoute. Il observe les membres de sa famille. Il décrypte le langage non verbal comme le langage corporel. Il apprend que les gestes disent autre chose que les mots. Il découvre les petits signes qui traduisent les choses non dites, les intentions cachées. C'est également son propre corps, paralysé, qu'il scrute avec la plus grande attention, apprenant ainsi à être attentif au moindre mouvement.

Une **grande découverte**

Il fait alors une découverte essentielle en hypnose : alors qu'un jour il repose immobile et bien incapable du moindre mouvement dans un fauteuil à bascule dans une pièce par un beau temps ensoleillé, il lui vient l'envie de regarder le paysage. Mais la fenêtre se trouvant sur le côté, il imagine l'action de tourner la tête pendant un instant. En réponse, le fauteuil à bascule se met à bouger légèrement : Erickson vient de prouver à lui-même qu'une image mentale est capable de produire un mouvement sans que ce dernier soit exécuté volontairement.

Il faudra attendre bien des années que les neurosciences découvrent que pour le cerveau, le mouvement imaginé est semblable au mouvement réel : ce sont les mêmes aires cérébrales qui s'activent, comme si le mouvement était vraiment exécuté.

Fort de cette découverte, Erickson réalise alors une véritable rééducation mentale autant que physique : en utilisant l'imagination des mouvements pour favoriser sa récupération.

Hélas, Erickson garde de nombreuses séquelles de cette attaque de poliomyélite. Si bien qu'il doit renoncer à son désir de devenir fermier, et qu'il s'oriente vers la médecine. Afin de parfaire sa rééducation, qui malheureusement n'aura pu rendre à ses jambes toutes leurs forces, Milton organise un périple en canoë avec un ami qui, au dernier moment, ne peut l'accompagner. Il partira donc seul dans un voyage duquel il reviendra capable de marcher sans béquilles et de porter son canoë sur le dos. Il développe certainement au cours de ce voyage insolite, des capacités de communication et d'influence remarquables. Elles lui auront permis de forger un lien d'empathie avec les personnes rencontrées en

chemin, de créer des liens d'une telle qualité qu'il bénéficiait de toute l'aide dont il avait besoin (pour tirer son canoë, pour trouver de la nourriture, etc.) pour mener son périple à son terme.

C'est en 1923, alors étudiant en médecine, qu'il assiste à une conférence sur l'hypnose donnée par Clark Hull. Les deux hommes sont très intéressés l'un par l'autre. Grâce à Hull, Erickson peut enfin étudier dans un contexte scientifique les phénomènes qu'il a lui-même expérimentés de façon empirique tout au long de sa vie. Erickson décide de réaliser ses propres expérimentations avec l'hypnose, et commence à développer quelques techniques indirectes d'induction. Il va progressivement s'éloigner de la conception de l'hypnose de Hull dont il critique en outre l'acharnement à instaurer une « technique standard » pour l'induction sans tenir compte des différences individuelles entre les sujets. Pour Erickson en effet, l'efficacité de l'hypnose vient de l'adaptation qui en est faite pour chaque patient. Mais la distance est posée. Erickson, simple étudiant, est réduit au silence par Hull.

En 1928, Erickson devient docteur en médecine et obtient également une maîtrise de psychologie. Il s'oriente vers la psychiatrie et travaille en milieu hospitalier. Hélas, on lui interdit la pratique de l'hypnose. Cet interdit l'incite à développer plus avant les techniques de communication hypnotique que l'on qualifie d'indirectes, permettant de faire bénéficier les patients de l'hypnose sans la nommer comme telle, et sans l'utiliser de façon conventionnelle. Un peu plus tard, il enseigne la psychiatrie, usant là encore de techniques de communication insolites pour enseigner aux étudiants les plus récalcitrants cette spécialité, n'étant pas à l'époque la matière préférée des futurs médecins.

Lorsqu'il dispose au Wayne County Hospital d'un laboratoire de recherche, il peut enfin s'adonner aux travaux sur l'hypnose sans faux-semblants. Il développe l'étude des suggestions, des modes de communication, les phénomènes hypnotiques, et les techniques d'induction.

Suite à de graves problèmes de santé, liés en partie au climat humide du Michigan, il se retire dans un endroit désertique : il ouvre une consultation privée (à son domicile) à Phoenix, en Arizona.

Parallèlement, il assure des ateliers de formation à l'hypnose à travers tous les États-Unis. Il contribue également à la création de la *Society for Clinical and Experimental Hypnosis*. Ainsi, il poursuit ses consultations cliniques, la recherche et l'enseignement de l'hypnose.

En 1952, il subit une nouvelle attaque de poliomyélite. Il en garde de graves séquelles, mais applique l'autohypnose pour favoriser sa rééducation, et pour gérer les douleurs dont il souffre désormais de façon chronique. Dès lors, il se déplace en fauteuil roulant.

En 1957, il fonde avec William Kroger l'American Society of Clinical Hypnosis, dont il sera pendant dix ans le directeur de journal.

En 1974, alors qu'il met fin à sa pratique de la psychothérapie, il rencontre par l'intermédiaire de Gregory Bateson (1904-1980), anthropologue et chercheur d'origine britannique, leader du groupe de Palo Alto, les fondateurs de la PNL (programmation neuro linguistique) Richard Bandler et John Grinder, ainsi que Robert Dilts et Stephen Gilligan.

Pendant les dernières années de sa vie, Erickson reçoit de nombreux psychothérapeutes venus du monde entier pour discuter de l'hypnose, de thérapie et de la vie en général.

On citera parmi ses élèves Ernest Rossi, William O'Hanlon, Stephen Gilligan, Stephen Lankton et Jeffrey Zeig.

Milton H. Erickson meurt le 25 mars 1980 d'un choc septique.

À **chaque patient** son hypnose

Pendant toutes ces années de recherche et d'expérience clinique, Milton Erickson aura révolutionné la pratique de l'hypnose et publié de nombreuses observations. Cette époque marque la réhabilitation de l'hypnose en psychothérapie comme en médecine. Milton Erickson aura développé une hypnose plus subtile, souvent indirecte, extrêmement ingénieuse, à chaque séance unique car adaptée au patient. Pour Milton Erickson, l'hypnose permet d'utiliser les ressources non conscientes du patient pour évoluer vers la résolution du problème. Elle est une capacité

naturelle de l'homme, qui est expérimentée à divers degrés dans la vie quotidienne. La suggestion hypnotique est destinée à prendre appui sur les ressources du patient et ses besoins spécifiques, pour lui permettre d'avancer vers le changement thérapeutique.

C'est une nouvelle vision de l'hypnose qui s'accompagne de techniques nouvelles. Pourtant, cette façon de faire de l'hypnose, même si elle transforme profondément la technique hypnotique, ne se substitue pas aux formes précédentes : Milton Erickson est tout à fait capable d'utiliser une approche directive si le contexte le demande. Aujourd'hui encore, on considère largement que l'ensemble des techniques utilisées est issu de l'hypnose dite « ericksonnienne ».

Depuis quelques années, l'hypnose ericksonnienne connaît un très grand succès auprès de thérapeutes en tout genre, et il n'est pas rare de lire à propos des références de tel ou tel thérapeute, le titre d'*hypnothérapeute « ericksonnien »*, l'adjectif étant mis en avant comme un gage de qualité. Certainement le but de la démarche est-il de rassurer le patient : chez ce thérapeute, on n'utilise pas d'hypnose autoritaire (comme on peut le faire dans des spectacles de music-hall) mais bien une forme d'hypnose moderne qui a obtenu ses galons depuis des décennies. Pourtant, si l'on veut être tout à fait honnête, il existe toute une série de techniques utilisées en hypnose qui relèvent de l'hypnose classique (et qui marchent !), certaines qui relèvent de l'hypnose dite ericksonnienne, et enfin certaines qui se sont développées par la suite, sous l'impulsion de grands noms contemporains de l'hypnose thérapeutique, et qui se sont vues baptisées « nouvelle hypnose ».

Parallèlement, dans le contexte du spectacle, nombre de prestidigitateurs, d'illusionnistes ou de « mentalistes » usent de techniques d'hypnose indirectes dont certains principes ont été élaborés et étudiés par Milton Erickson.

Une chose est certaine. Avec Erickson, l'hypnose retrouve ses lettres de noblesse.

L'hypnose en France

En France, c'est le psychiatre Léon Chertok qui marque les esprits et réintroduit l'hypnose dans le champ de la médecine. On citera

également, pour leur contribution à la compréhension, la recherche et les applications cliniques de l'hypnose, M. Didier Michaux (désormais ex-directeur de l'Institut Français d'Hypnose – IFH), le docteur Jean-Marc Benhaiem (actuel président de l'Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale – AFEHM) et bien entendu François Roustang, philosophe, thérapeute, écrivain, qui s'intéresse à la compréhension du phénomène de l'hypnose et marque profondément de nombreux thérapeutes, par l'exigence de son travail sur la compréhension du phénomène hypnotique et sur sa contribution à la compréhension de la position du thérapeute dans le contexte de la thérapie. François Roustang est membre fondateur et enseignant à l'AFEHM, et intervient dans de nombreux colloques.

L'apport de **François Roustang**

Il existe un intérêt majeur pour tout hypnothérapeute à étudier d'une part les travaux de Milton Erickson, et d'autre part ceux de François Roustang.

Philosophe, thérapeute, écrivain, François Roustang étudie l'hypnose depuis des années et cherche à comprendre ce qui se passe au cours d'une séance d'hypnose, pour que vienne la guérison.

Alors qu'Erickson s'intéresse et développe la clinique et la technique hypnotique de façon géniale, donnant naissance à ce que l'on nommera plus tard l'hypnose ericksonnienne, François Roustang s'attache à comprendre l'essence même du phénomène, et en quoi ce dernier permet une bascule vers la guérison chez ses patients.

Il publie plusieurs ouvrages majeurs sur le sujet, alliant le regard du thérapeute, du philosophe, et de l'écrivain sachant user du mot juste pour permettre au lecteur d'appréhender les tenants et les aboutissants de l'hypnose.

Il accompagne le Docteur Jean-Marc Benhaiem lors de la création du premier diplôme universitaire d'hypnose médicale et de l'école de formation AFEHM. Dès lors, cette école est fortement influencée par le courant de pensée de François Roustang, qui développe un enseignement de l'hypnose unique et exigeant. Au-delà de la technique, l'école poursuit

son étude et sa réflexion permanente sur la compréhension du phénomène. Comprendre ce que l'on cherche à faire par l'hypnose entraîne une utilisation plus juste des techniques hypnotiques. François Roustang s'est en outre beaucoup intéressé à la position du thérapeute et aux conditions nécessaires au changement. Nombre d'auteurs s'étaient intéressés au changement chez le patient et aux techniques utilisables par le soignant, mais François Roustang cherche à comprendre les conditions qui permettent au thérapeute de rendre l'expérience du changement possible.

Il décrit ainsi la nécessité pour le thérapeute de se démunir de la connaissance, des stratégies thérapeutiques, qu'il était indispensable d'acquérir dans un premier temps, pour entrer au moment de la thérapie dans un dépouillement tel que les sens parviennent à une acuité tout animale. C'est ce *sentir* élargi qui joue le rôle de révélateur des potentialités qui étaient présentes mais que la pensée, l'intellectualisation, le souci de trop bien faire, la peur de n'être pas à la hauteur avaient oblitérées.

Roustang est également le premier à avoir détaillé les phases de l'hypnose, et à avoir développé ce qui se joue au sein de la phase d'ouverture, la phase de la perceptude, espace du changement et de la réorganisation.

a perceptude **selon Roustang**

La perceptude est « marquée par la continuité et la prise en compte de tous nos liens avec le monde ». C'est ce mode de perception qui est premier et dont nous faisons l'expérience à notre venue au monde. C'est sur cette perception première que s'organise notre perception usuelle du monde, qui est une perception restreinte et fragmentée en autant d'éléments, dans une volonté de contrôle et de catégorisation du réel. L'homme perd alors ce sens vital qui lui permet pourtant de se fondre avec souplesse dans son environnement. L'hypnose permet précisément ce retour en arrière. Entre autre obstacle à ce retour à l'essence du vivant, Roustang porte le message très clair que la connaissance de soi, pourtant tellement prisée dans notre société, est le piège qui renferme l'individu et

l'empêche de sortir du mal-être pour se laisser positionner non pas comme un individu pensant, mais comme un vivant ressentant.

Pour Roustang, l'hypnose pourrait se définir comme « se laisser tomber dans son existence telle qu'elle est ». L'expérience devient non plus seulement un outil thérapeutique, mais une philosophie de vie, et invite à se remettre dans son existence telle qu'elle est, à se laisser absorber par la réalité de sa vie, la plus complète qui soit.

Pour Roustang, la tension et le mal-être dans lesquels se trouve le patient est un refus. Cette tension disparaît lorsque le patient prend la responsabilité de son existence sans rien en rejeter, surtout pas les éléments qui lui semblent insupportables. C'est l'état d'abandon que propose l'hypnose qui permet une réintégration de son existence. En acceptant, en intégrant chaque élément de son existence, sans opposition, sans résignation, le patient prend la responsabilité de cette dernière. Le patient se lâche alors dans sa vie comme « un trapéziste lâcherait le trapèze », une image souvent employée par Roustang.

Ainsi abandonné et plongé dans le contexte, le reste se fait tout seul.

L'hypnose, **réhabilitée**

Aujourd'hui, l'hypnose connaît un engouement sans précédent depuis son retour en France. Elle est redécouverte par la science, repensée par les philosophes, étudiée par les spécialistes de la communication, appliquée dans les services hospitaliers à nombre de pathologies et de contextes cliniques.

Elle attire depuis quelques années maintenant l'attention des laboratoires : l'avancée des techniques d'exploration dans le domaine de la neurologie et de la conscience humaine (imagerie cérébrale et neurosciences) permet l'exploration neurophysiologique du phénomène. De nombreuses et rigoureuses études voient le jour.

L'hypnose retrouve sa place au bloc opératoire, en s'intégrant comme un outil complémentaire à l'anesthésiologie pharmacologique. Elle entre à nouveau dans les services hospitaliers et mieux encore, elle s'enseigne

officiellement sur les bancs de la faculté de médecine depuis 2001 par le premier diplôme universitaire d'hypnose médicale créé : ironie du sort, ou juste retour des choses, à Paris VI elle s'enseigne sur les bancs de « l'amphithéâtre Charcot ».

Depuis, d'autres Diplômes Universitaires ont vu le jour dans toute la France, et de plus en plus de médecins sont attirés par cette pratique ancienne qui est une aide considérable pour les patients, dans de nombreux domaines de la médecine comme de la psychiatrie.

e qu'il **faut retenir**

L'hypnose est une pratique très ancienne qui trouve certainement ses sources dans la transe des premiers hommes.

L'hypnose en tant que telle naît au XVIII^{e} siècle en Europe, par le magnétisme animal de Franz Anton Mesmer.

Bien que discrédité plusieurs fois par les instances officielles, le magnétisme animal est enseigné et pratiqué en France et en Europe.

Le magnétisme animal est utilisé au cours d'interventions chirurgicales et prend le nom de mesméro-anesthésie.

Bien que certains auteurs le contestent, la plupart s'accordent à dire que c'est James Braid, en 1843, qui propose pour la première fois le terme d'hypnose pour remplacer le terme de magnétisme animal.

L'hypnose est utilisée avec grand succès pour des interventions chirurgicales lourdes avant l'avènement des premiers anesthésiques.

À la fin du XIX^{e} siècle, un conflit éclate entre deux écoles de pensées : pour l'École de Nancy, l'hypnose est accessible à tous et ses effets sont produits par la suggestion. La suggestion est la clé thérapeutique qui permet de soigner de façon large les maladies et leurs symptômes. Pour l'École de La Salpêtrière (Charcot) l'hypnose est une manifestation de l'hystérie et ne doit se définir que comme telle.

L'hypnose tombe en désuétude avec l'avènement de la psychanalyse, pourtant développée par Freud et Breuer à partir de leurs travaux sur

l’hypnose.

Le renouveau de l’hypnose vient des États-Unis au milieu du XX^{e} siècle avec les travaux du docteur Milton Erickson, sous l’impulsion initiale de Clarck Hull.

Erickson révolutionne la pratique hypnotique.

En France, c’est au travers du docteur Léon Chertok que l’hypnose revient dans le champ de la médecine.

Aujourd’hui, l’enseignement de l’hypnose est devenu universitaire depuis la création en 2001 du premier DU d’hypnose médicale à la faculté de Paris VI par le docteur Jean-Marc Benhaiem.

François Roustang est également un grand nom de la pratique contemporaine de l’hypnose.

OceanofPDF.com

Chapitre 4
Les apports de **Milton Erickson**

MILTON ERICKSON A DONC RÉHABILITÉ L'HYPNOSE dans le champ de la médecine et de la psychothérapie. L'apport de ce génial personnage est d'une extraordinaire richesse. Si bien que nous avons voulu consacrer un chapitre à quelques-uns des éléments qui ont fait la particularité de l'approche de l'hypnose de Milton Erickson, et qui ont influencé jusqu'à aujourd'hui la pratique de l'hypnose, toutes approches hypnothérapeutiques confondues.

Lire les travaux de Milton Erickson pour la première fois est une expérience déconcertante. On y trouve une telle créativité et une telle diversité d'approches qu'il semble difficile d'en retirer quelque chose qui puisse être généralisé. Pourtant, à force de relecture, il est possible de retrouver des lignes directrices d'une grande richesse, qui ont teinté la pratique de l'hypnose jusqu'à nos jours.

Peut-être un des apports les plus importants avec l'hypnose ericksonnienne est-il le changement radical de la relation hypnotisé – hypnotiseur. Ce n'est plus une relation d'autorité dans laquelle le thérapeute « délivre » la suggestion thérapeutique comme on donne des ordres ou comme on délivre la bonne parole, mais une relation interactive invitant le patient à mobiliser ses propres ressources. Pour ce faire, Erickson utilisait en outre une forme spéciale de communication que l'on peut qualifier de non spécifique. Le langage non spécifique, que certains auteurs ont même baptisé « langage ericksonnien », consiste à proposer des suggestions ou un discours tellement généralisable et si peu spécifique que le patient a toute liberté de lui donner le sens qui lui est le plus utile dans la thérapie engagée. Le langage non spécifique est une des manières de respecter le caractère unique du patient et de sa problématique.

L'ensemble des principes tirés de la pratique de Milton Erickson a pour objectif de prendre appui sur les spécificités du patient pour le conduire vers la résolution du problème de la façon la plus naturelle possible. Parmi ces principes, nous pouvons citer les suivants.

L'observation du **patient**

Dès son plus jeune âge, alors qu'il est paralysé suite à sa première attaque de polio, Milton Erickson développe une extraordinaire faculté d'observation.

Observer, être très attentif à l'autre, permet de percevoir plus de choses que ce que disent les mots : être présent sans réserve au patient permet en outre de percevoir le langage non verbal, le langage corporel, qui dit parfois tout autre chose que ce que les mots veulent bien faire croire.

Être présent à l'autre permet également d'être attentif aux changements dans la *physiologie* du patient : il existe quelques signes physiques ou certains changements dans l'attitude qui pourront nous indiquer si ce dernier se trouve vraiment dans l'expérience hypnotique. Ou au contraire si, malgré sa bonne volonté, il n'a pas encore pu lâcher un semblant de contrôle pour se permettre de faire une expérience décisive.

Quels sont ces signes qui semblent traduire la réalité du phénomène vécu par le patient ?

Dans la transe, par exemple, la respiration change de rythme, les yeux roulent sous les paupières agitées de micromouvements, les lèvres frémissent, quelques doigts bougent de façon mécanique. La peau se colore différemment. Ces manifestations, et il en existe d'autres, sont le signe qui donne au thérapeute une certaine indication sur la profondeur de l'expérience vécue par le patient. Il est ainsi possible de suivre ces signes mais aussi de les provoquer et de les amplifier, afin de guider le sujet dans l'hypnose la plus adaptée aux besoins du moment.

Observer, être attentif, cela permet donc également d'identifier, au cours d'une même séance, à quel moment le patient entre en

> hypnose, à quel moment il en revient, et à quel moment il y retourne. Ce schéma d'allées et venues dans l'expérience hypnotique n'est pas rare : tantôt un peu plus profond dans la transe, tantôt un peu plus présent, puis à nouveau un peu plus profond dans la transe. Savoir repérer les éléments non verbaux qui accompagnent ces variations de profondeur dans l'hypnose permet d'adapter le rythme de la séance et de proposer les exercices destinés au changement perceptif au moment où ils auront le plus d'impact.

De façon plus large, c'est parce que le thérapeute porte toute son attention sur le patient qu'il peut percevoir de façon globale ce qui se joue ici et maintenant, de sorte que l'on en saisit quelque chose de l'ordre du ressenti intuitif. « Ça colle », ou « ça ne colle pas ». « On y est » ou « on n'y est pas ». « Ça sonne juste » ou « ça sonne faux ».

Observer, être attentif, cela permet de sentir si l'on se trouve sur la bonne voie, si l'expérience de l'hypnose se fait, et si la thérapie avance. Cela ne passe ni par les mots, ni par les gestes, c'est un ressenti général qui intègre l'ensemble des informations verbales, paraverbales, non verbales, qui s'échangent au cours d'une thérapie.

Pour pouvoir percevoir ces choses, il est nécessaire d'ouvrir ses capteurs, ses radars : ce sont avant tout les cinq sens, mais aussi une perception plus vaste, plus globale, plus généralisée, dès lors que l'on est vraiment *présent* à ce qui se passe pendant la séance. Car pour observer comme il se doit, pour être attentif, pour percevoir des choses au-delà de la parole et des gestes, il faut se rendre disponible à l'autre sans aucune réserve. Cela se fait en étant totalement présent à l'autre. Sans cela, le thérapeute prend le risque de passer à côté d'un moment qui peut être décisif dans la thérapie.

Parce que l'absorption sur un élément (le patient en l'occurrence pour ce qui nous intéresse ici) est la première phase du processus hypnotique, la présence se révèle donc être naturellement une porte d'entrée vers l'hypnose. On ne s'étonnera donc plus lorsqu'on entend dire que « *le thérapeute lui-même est en état de transe* ». Cela n'a rien d'un effet de style destiné à rajouter un peu de mystère à ce qui se passe pendant la séance, c'est véritablement une nécessité si l'on veut mener une expérience hypnotique féconde.

L'inconscient comme **réservoir de ressources**

Nombre de théories sur l'esprit humain ont vu le jour à partir de la pratique et de l'étude de l'hypnose tout au long de l'histoire. Sigmund Freud, notamment, en observant l'émergence d'un contenu psychique inconnu pendant la transe hypnotique développe la notion d'inconscient. Mais la conception de l'inconscient chez Freud n'a rien de rassurant. Il s'agirait d'un lieu inaccessible à la conscience, dans lequel reposent les émotions traumatiques, les refoulements, capables en dehors de tout contrôle conscient de créer des troubles psychologiques et physiques. Lieu inquiétant dont on s'approche avec prudence par l'intermédiaire de certaines techniques à visée thérapeutique, que l'on rassemblera sous l'appellation *psychanalyse*. L'inconscient freudien, où se jouent refoulement et pulsions, est une représentation peu avenante.

Avec Erickson, l'inconscient n'est plus un lieu obscur renfermant des choses inquiétantes à approcher avec la plus grande précaution, mais plutôt un réservoir de ressources. Aujourd'hui encore, de nombreuses théories psychothérapeutiques reposent sur cette représentation de l'inconscient. Siège des apprentissages, l'inconscient renferme les ressources utiles à la guérison, que l'hypnose se chargera d'activer ou de réactualiser. Mais s'il parle de conscient et d'inconscient, Erickson utilise ces termes comme des *adjectifs* et non des substantifs. Autant il parle de « ressources inconscientes », autant il ne parle pas de l'inconscient en tant qu'objet ou entité autonome. Bien habile sera celui qui pourra donner une définition exhaustive et consensuelle de l'inconscient et du conscient. Proposer ces termes, c'est prendre le risque d'imposer à un patient un paradigme thérapeutique. Parler du conscient et de l'inconscient implique que le patient adhère à une certaine représentation de ce qu'ils pourraient être avant de s'impliquer tout entier dans l'expérience thérapeutique.

Or, l'hypnose fait tout l'inverse : pour être efficace, elle n'impose pas au patient d'adhérer à une représentation des choses afin de suivre des règles qui mèneront à la guérison.

Pour être efficace, tout au contraire, l'hypnose rejoint le patient dans son propre mode de représentation, et prend appui sur ses propres perceptions pour en proposer un changement plus confortable.

Ainsi, en parlant *d'apprentissages non conscients* Milton Erickson n'impose aucune théorie soutenant son approche thérapeutique.

Poser le fait qu'il existe des choses connues mais qui ne sont pas en permanence conscientes n'entraîne aucune opposition de la part du patient. Dire « il existe des apprentissages » n'entraîne aucune opposition, parce que c'est une vérité à laquelle on ne peut qu'adhérer, et qui peut servir de base à une expérience thérapeutique par l'hypnose.

De même, dire qu'il existe un mouvement non conscient de la main pendant qu'elle s'élève toute seule durant l'hypnose, n'est pas une théorie imposée. Le patient constate lui-même pendant l'exercice de lévitation proposé que son bras bouge *a priori* de façon involontaire, automatique, *non consciente*.

pproche **utilisationnelle**

Prendre appui sur ce qui est, voilà le moyen le plus écologique d'initier un changement : le thérapeute respecte le patient dans ses croyances, ses perceptions et son système de représentation. C'est ce que l'on appelle « l'approche utilisationnelle ».

L'approche **utilisationnelle**

Elle part du principe qu'il vaut mieux ne pas imposer au patient une technique prédéterminée mais plutôt faire une thérapie sur mesure.

Cette approche contraste rigoureusement avec la façon dont le soin est enseigné à la Faculté. La médecine contemporaine est fondée sur l'objectivation des maladies. Elle « rend objet » la pathologie. Elle rassemble les mêmes signes se retrouvant chez plusieurs individus (les signes cliniques d'une maladie sont les mêmes, quels que soient les patients bien que pas toujours retrouvés de façon exhaustive), pour créer des entités nosologiques indépendantes de l'individu chez lequel elles se développent. Ainsi, on parle « du diabète », « de l'hypertension », « de la grippe »… Comme autant d'entités autonomes caractérisées par leurs symptômes.

Mieux, il n'est parfois même pas utile de questionner le patient, ni même de l'examiner. Certains diagnostics peuvent être faits *en l'absence* du patient lui-même : on peut par exemple faire le diagnostic d'une hépatite par une simple prise de sang, ou d'une infection urinaire par une analyse d'urine. La maladie est alors objectivée sans même passer par l'individu en tant que tel, mais seulement par une partie constitutive de ce dernier.

Une fois la maladie diagnostiquée, il suffit d'appliquer le protocole thérapeutique en vigueur, protocole dicté par les autorités en santé, et élaboré à partir d'études rigoureuses.

Le patient consulte, un diagnostic est posé, et pour un diagnostic donné, un protocole de traitement permet de soigner la maladie.

Ainsi s'est développée la médecine moderne. Les progrès des techniques d'exploration diagnostique en font une médecine toujours plus pointue, toujours plus précise, mais… toujours plus éloignée de l'individu dans sa globalité. Pour le dire autrement, à force de fragmenter l'individu en autant d'éléments qui seront utiles au diagnostic ou au traitement, on s'éloigne de ce qu'il est : un individu singulier, unique, avec son propre mode de représentation et sa propre façon de percevoir les choses.

Lorsque j'étais étudiant, un de mes maîtres en médecine générale avait pour habitude de dire qu'une bonne prise en charge du patient ne se résume pas à l'examen, au diagnostic et au traitement, mais à la réponse aux questions suivantes : que sait le patient de sa maladie ? que veut le patient, qu'est ce qui est le plus adapté pour lui aujourd'hui ? Ainsi, une entorse de la cheville ne se traitera pas de la même façon chez un jeune sportif ou chez une personne âgée ayant des difficultés à se déplacer.

L'hypnose permet de pousser plus loin le raisonnement. Car au-delà de la pertinence à adapter la prise en charge au profil et au mode de vie du patient, il est indispensable de prendre en compte *son mode de représentation*.

Le mode de **représentation**

Chacun de nous perçoit différemment chaque chose. Chacun de nous interprète différemment les événements. Notre mode de perception et de

représentation est unique. Propre à chacun. Et parfois même pour des choses qui paraissent *a priori* tout à fait objectives.

Ainsi, l'hypnose s'intéresse avant tout au mode de représentation du patient plutôt qu'à l'objectivité de ce qu'il vit. L'expérience en hypnose est avant tout une expérience de modification perceptive. Si le patient souffre, qu'il existe ou non une objectivation possible de la maladie, qu'un diagnostic puisse être ou non posé, l'hypnose s'intéresse à la prise en charge de cette souffrance : l'hypnose permet au thérapeute de rejoindre le patient dans sa propre perception, pour l'aider à la faire évoluer. Il n'existe donc pas un protocole d'hypnose pour une pathologie donnée.

Ce qui nous intéresse n'est donc pas tant d'objectiver la pathologie que de comprendre ce que perçoit le patient.

ntrer dans le **système perceptif**

Ce n'est pas une compréhension basée sur une démarche logique ou analytique, il s'agit plutôt d'une adhésion à ce système de représentation pour pouvoir dans un second temps l'orienter vers un système plus confortable. Pour adhérer à ce système de représentation, il est nécessaire de ne pas s'arrêter à l'étiquette de la pathologie qui a été accolée au patient mais d'aller plus loin et d'entrer dans son système perceptif. Ce n'est pas « la phobie » que je traite, c'est « la perception du patient face à cet objet qui génère de la peur ». Ce n'est pas cette douleur insupportable du coude gauche (qui pourtant malgré les examens est tout à fait sain), c'est « la perception qu'a ce patient qui fait qu'il existe une douleur intolérable ».

Cette façon d'accompagner l'autre dans la maladie apporte une réponse à la prise en charge des patients à qui l'on dit « vous n'avez rien ». Nous reparlerons au chapitre des indications de l'hypnose des symptômes médicalement inexpliqués : là où la médecine dit « il n'y a rien, vous allez bien », là où les analyses biologiques, les radiographies et autres examens d'exploration ne trouvent aucune anomalie, là, plus qu'ailleurs il faudra

accompagner le patient dans son mode de représentation pour tenter de lui proposer une autre façon de se positionner face au problème.

Il ne sert à rien de dire à quelqu'un « vous allez bien », si celui-ci perçoit « je vais mal ». *La raison hélas ne permet pas de changer sa perception*, comme le prouve l'encombrement des services médicaux par la multiplication des explorations et des prises en charge pour des syndromes qui ne sont pas objectivables par la science.

Parce que chacun d'entre nous a son propre système de représentation, et parce que l'hypnose s'intéresse à la perception de chacun, on comprend que chaque travail thérapeutique en hypnose est spécifique. Ainsi, Milton Erickson propose une hypnose à chaque fois unique, à chaque fois renouvelée, car à chaque fois adaptée au patient. En ce sens, on peut dire qu'Erickson, bien que psychiatre, ne s'attarde pas à l'étiquette du diagnostic, en proposant une thérapie toujours personnalisée.

C'est aussi une des raisons pour lesquelles il se refuse à théoriser son approche et s'oppose à toute forme de systématisation ou de modélisation (même si la PNL prétend avoir mis en protocole des techniques largement inspirées de la pratique d'Erickson), ce qui provoque souvent une frustration lorsqu'on aborde le travail de Milton Erickson pour la première fois. Car ce n'est pas seulement le principe même de la thérapie qui est individualisée, mais chacune des étapes du processus hypnotique : Erickson utilise ce que présente le patient pour favoriser la survenue du phénomène hypnotique. Voilà ce que l'on appelle « l'hypnose utilisationnelle », qui s'appuie sur certains principes de communication propres à l'hypnose, qui seront étudiés au chapitre sur la technique hypnotique (voir le chapitre 15).

Avec l'hypnose utilisationnelle, l'approche ericksonnienne se démarque radicalement des techniques traditionnelles d'hypnose que l'on imposait indifféremment à chaque patient.

La nécessité d'une **thérapie individualisée**

Lorsqu'il était étudiant, Erickson insistait déjà particulièrement auprès d'Hull sur la nécessité d'individualiser chaque transe en fonction du patient. Ce point était sujet à conflit puisque Hull était quant à lui attaché

à élaborer une technique hypnotique applicable à tous. La conception de Hull était donc aux antipodes de la « transe utilisationnelle », qui, selon les principes d'Erickson, doit utiliser ce que le patient présente au moment de la séance pour produire la transe ou le phénomène hypnotique.

Y'a t-il des individus résistants à l'hypnose ?

Erickson exposera clairement l'idée selon laquelle si l'on rencontre des échecs chez 30 % d'individus soumis à un protocole d'hypnose, il ne faut pas en conclure que ces individus sont résistants à l'hypnose. Il faut en conclure que le protocole proposé n'est pas adapté à ces individus.

Individualiser une séance d'hypnose, cela consiste entre autres à prendre le temps de relever lors de l'anamnèse les éléments relatifs à la problématique du patient, mais aussi les ressources dont il dispose mais qu'il ne parvient pas à mobiliser.

L'entretien préalable permet également de relever les valeurs du patient (c'est-à-dire ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas), sur lesquelles le thérapeute pourra s'appuyer au cours de la thérapie pour mobiliser les ressources présentes mais non employées.

Il sera nécessaire enfin de s'adapter au langage du patient : en fonction de son âge, c'est non seulement le vocabulaire qui change mais aussi tout le système de représentation et la façon de raisonner. Le rythme de l'hypnose comme de la thérapie varie également en fonction de l'âge et des personnalités. On veillera enfin à utiliser des termes accessibles pour le patient en fonction de sa culture personnelle.

Si une hypnose efficace repose sur une hypnose brodée sur mesure pour chaque patient, on comprend mieux les échecs rencontrés lorsqu'un protocole d'hypnose est imposé d'emblée.

Si personnaliser la séance, c'est adapter son discours et son rythme à celui du patient afin de l'accompagner au mieux dans l'expérience de la transe, on comprend la limite à vouloir imposer un script d'induction unique à tout patient. Un texte préfabriqué ne peut prendre en compte les modalités sensorielles préférentielles, les résistances possibles, et le rythme d'exécution des suggestions propres à chacun.

es enregistrements

Les enregistrements d'autohypnose sont à manier avec bon sens : autant pour une proportion non négligeable de patients un enregistrement produira les effets escomptés, autant pour la plupart d'entre nous, il conviendra de répéter l'expérience avec ou sans le support audio une fois les étapes intégrées, afin de s'assurer de faire l'expérience à son propre rythme et de bénéficier pleinement de l'expérience hypnotique.

Faire tout ce qu'il faut

Mais alors, si l'on ne peut prendre appui sur un protocole thérapeutique pour telle ou telle indication (comme on sait le faire en médecine ou en psychiatrie), comment choisir ce que l'on doit proposer au patient ?

Si l'expérience est à chaque fois unique et renouvelée, y compris pour un même patient d'une séance d'hypnose à une autre, comment Erickson trouve-t-il les mots adaptés ? Comment choisit-il son approche ? Et comment un patient peut-il changer après quelques séances d'hypnose ?

LE THÉRAPEUTE COMME CATALYSEUR

Certains parleront d'inspiration. D'autres diront qu'il s'agit de magie. Pourquoi pas si l'on considère que ce qui relève de la magie est ce qui n'a pas encore été expliqué de façon scientifique. On peut toujours avancer que le patient change de perception lorsque l'approche est adaptée ou lorsqu'il est prêt à changer, mais cela ne nous avance guère dans la compréhension du phénomène. Ce qui semble fondamental, c'est que le thérapeute serve de catalyseur au changement. Que sa présence soit telle que le changement puisse se faire.

Un des grands principes d'une séance d'hypnose thérapeutique consiste à inviter le patient à lâcher le contrôle. Afin qu'il puisse se permettre une telle chose, il faut l'inviter à lâcher toute volonté de faire quoi que ce soit, et toute exigence de performance. L'apogée de l'expérience se réalise

lorsque le patient parvient à abandonner – quel paradoxe ! – la volonté même de guérir.

Pour l'accompagner dans ce laisser-aller, ce laisser-faire propice au changement, le thérapeute prendra soin de ne jamais proposer quoi que ce soit qui génère la moindre pression chez le patient.

Installer une exigence chez un patient qui souffre est le meilleur moyen de saboter une amorce de guérison. Ainsi, selon le contexte, Erickson usera avec prudence de suggestions tantôt directes, tantôt indirectes, pendant la séance de sorte que le patient ne ressente aucune contrainte.

Lorsque le contexte est favorable, le patient lâche quelque chose qui fait que « cela » guérit. Ce n'est plus de l'ordre de la volonté, c'est la guérison qui vient parce qu'elle est devenue nécessaire dans le système de représentation qui s'est mis en place pendant la thérapie, par les modifications perceptives favorisées par l'hypnose. Cette dernière travaille pas à pas avec le patient de sorte que le changement s'installe de lui-même dans l'avenir proche, et survient tout naturellement en réponse aux modifications vécues par le patient tout au long de la thérapie.

Pour Erickson en effet, la thérapie est fondamentalement orientée vers l'avenir. Il répète souvent « la vie se vit au présent et regarde vers l'avenir ». Une fois l'objectif déterminé, il n'utilise pas de techniques spécifiques : il travaille en déterminant où le patient se trouve au moment de la consultation, jusqu'où il peut aller, de quelles ressources il dispose pour mener à bien la transition.

Erickson use alors de la meilleure chose à faire pour faciliter l'apparition des ressources du patient et la réalisation de l'objectif thérapeutique.

Pour cela, pour que le changement se fasse, Erickson adopte des comportements très différents, parfois paradoxaux. Tout est permis dans les respects de l'éthique du contexte de soin. Ainsi, il est capable d'être autoritaire et directif, ou bien de faire preuve de beaucoup d'humour, afin de mettre un peu de légèreté dans la résolution du problème et d'aider le patient à lâcher le contrôle pour qu'un changement puisse avoir lieu.

JUSQU'À LA PROVOCATION

Erickson est aussi capable d'adopter certains comportements choquants. Pourtant, ces derniers ont pour objectif de créer une certaine confusion. Milton Erickson savait utiliser les mots et le verbe de sorte que le langage perde son sens. La confusion, qui consiste à user du langage dans le but que l'on ne puisse plus se servir du langage, est un bon moyen d'inviter le patient à lâcher le contrôle, et à entrer dans la transe thérapeutique. Créer la surprise, créer le trouble, c'est à la fois inviter à lâcher le contrôle et à se laisser aller dans l'expérience.

De la même manière, Erickson semble parfois remettre le patient dans son contexte sans aucun ménagement, pour le plonger dans la réalité. Mais s'il cherche à replacer le patient face à la réalité, c'est parce *qu'adhérer à ce qui est, c'est déjà une expérience hypnotique thérapeutique en soit* : pour faire le premier pas, le patient doit partir de là où il se trouve, et cesser de fuir la réalité. Parce qu'il est persuadé que les patients apprennent mieux lorsqu'ils agissent, Erickson fait passer le patient par des expériences thérapeutiques adaptées à son système de valeur. Il accepte n'importe quel comportement, y compris la résistance, et l'utilise de façon thérapeutique. Il peut même dramatiser le jeu pour accroître les réactions aux directives données.

a **provocation** du thérapeute

Elle est parfois une manifestation de sa bienveillance. Quelle que soit l'approche utilisée, quel que soit le style employé, quels que soient les mots proposés, ils n'ont qu'un seul et même objectif : obliger le patient à faire un choix par rapport à sa propre vie. On pourrait dire qu'au travers de ces approches déconcertantes, Erickson cherche à *provoquer la liberté*.

Une chose est sûre pour lui : aussi géniales et inventives que soient ses approches, les ressources nécessaires au changement sont présentes chez le patient dès le début de la thérapie. Sa tâche consiste à aider les patients à accéder aux possibilités de changement qu'ils ont en eux mais qu'ils ignoraient jusqu'ici. En agissant de la sorte, Erickson rompt radicalement avec toutes les traditions thérapeutiques préexistantes.

Cette position selon laquelle le patient a d'ores et déjà en main toutes les ressources nécessaires pour mener à bien la thérapie, contribue par ailleurs, sans aucun doute, à l'évolution thérapeutique vers la guérison. Thérapeute comme patient doivent s'installer dans une attitude d'attente honnête : l'espérance et la conviction favorisent grandement le succès.

L'approche **indirecte**

On considère que Milton Erickson est l'initiateur de l'utilisation de la suggestion indirecte. Toutefois, il ne fait aucun doute qu'il savait très bien utiliser les suggestions directes, et il utilisait tantôt l'une tantôt l'autre en fonction du contexte.

La suggestion indirecte, c'est proposer une suggestion de façon détournée, non directive, non autoritaire.

Ainsi, Erickson propose de façon prudente les suggestions. Il use de suggestions ouvertes, composées, négatives, paradoxales, saupoudrées, mais aussi d'anecdotes, de métaphores, d'histoires…

Il adapte ses histoires et métaphores de sorte qu'elles résonnent avec l'expérience du patient. Là encore, tout est sur mesure. Il brode les histoires selon le patient, selon son vécu, selon son expérience. Il se garde bien d'imposer une même métaphore à deux patients. Voyez le paradoxe, lorsqu'aujourd'hui, on trouve dans les librairies des livres d'hypnose emplis de « métaphores thérapeutiques », à délivrer sans distinction à tout patient en fonction uniquement du motif de consultation. Dans une volonté de protocoliser certaines techniques hypnotiques comme on protocolise une prescription médicamenteuse, on s'éloigne radicalement de ce qui fait l'efficacité de l'hypnose : le fait qu'elle naisse *dans le rapport à l'autre dans le colloque singulier de la thérapie*.

Par le jeu des suggestions, Erickson relie de façon directe ou indirecte les ressources mobilisées par le patient et le problème à résoudre. Pour ce faire, il procède souvent par petites étapes, en établissant des rapports de confiance, en motivant le patient et en guidant ses capacités de réaction tout au long du processus[1].

Enfin, on ne peut passer sous silence la valeur suggestive du contexte lui-même : la réputation d'Erickson était telle que nombre de patients parcouraient des kilomètres pour venir le consulter. Son prestige était en soi une puissante suggestion indirecte de guérison. On retrouve aujourd'hui ce phénomène pour les grands thérapeutes contemporains, qui ont parfois des listes d'attente de plusieurs mois avant de pouvoir rencontrer un nouveau patient.

e qu'il **faut retenir**

Erickson a révolutionné la technique hypnotique.

Il a créé une rupture avec l'hypnose telle qu'elle était pratiquée jusqu'alors.

Il utilise une approche personnalisée à chaque patient.

Il identifie les ressources du patient, c'est-à-dire les capacités dont il dispose mais qu'il ne mobilise pas.

L'inconscient selon Erickson est un réservoir de ressources.

Erickson mobilise les ressources du patient en prenant appui sur ses valeurs.

Il utilise en permanence ce que le patient présente, même sans le savoir, pour l'orienter vers le changement en fonction de son propre système de valeurs.

Il s'appuie sur une observation attentive des signaux verbaux, non-verbaux et paraverbaux, qui lui permet d'évaluer où se trouve le patient pendant la thérapie.

Il avance pas à pas avec chaque patient, en établissant un rapport de confiance et en servant de guide tout au long du processus thérapeutique.

Il a développé le principe de la suggestion indirecte et l'utilise dans ses travaux pour utiliser tout comportement, y compris la résistance, de façon thérapeutique.

1. Zeig J., *La Technique d'Erickson*, Ed. Hommes et Groupes, 1985.

OceanofPDF.com

DEUXIÈME PARTIE

DÉFINITIONS ET ROUAGES DE L'HYPNOSE : À LA FRONTIÈRE DU CORPS ET DE L'ESPRIT

OceanofPDF.com

Chapitre 5
Une définition qui prête à confusion

HYPNOS EST LE DIEU DU SOMMEIL DANS LA MYTHOLOGIE GRECQUE, père de Morphée le dieu des rêves, et frère de Thanatos le dieu de la mort. Le terme d'hypnose a été proposé par James Braid au XIX^e^ siècle, en raison de l'attitude qu'adoptaient les patients pendant le phénomène, attitude portant les attributs du sommeil : immobilité, modification de la respiration, indifférence aux stimuli sensoriels externes (afférences sensorielles)…

Le terme est remis en question y compris par Braid lui-même, qui reconnaît que parmi les sujets susceptibles de guérison par hypnotisme, à peine un sur dix arrive jusqu'à la phase de ce qu'il nomme le sommeil inconscient. Le mot hypnotisme peut donc les induire en erreur, et leur faire croire qu'ils ne tirent aucun profit d'un procédé dont les effets caractéristiques évidents ne paraissent pas être ceux qu'indique leur qualification. Pourtant, le mot n'a jamais été remplacé par aucun autre depuis sa création.

Hélas, le mot hypnose créée d'emblée une confusion puisqu'il tend à laisser penser que l'hypnose aurait quelque chose à voir avec le sommeil. D'ailleurs, ne prescrit-on pas des « hypnotiques » pour vaincre l'insomnie ou pour induire une anesthésie générale ? Or, on ne dort pas pendant l'hypnose. Si l'on dort, c'est que l'on est en sommeil. Être en hypnose, ce n'est pas dormir. L'hypnose est un autre état, différent de la veille, différent du rêve et différent du sommeil. Et si l'hypnose possède certains attributs du sommeil, c'est seulement parce qu'en étant indifférent aux stimuli externes, le patient adopte *l'apparence* du sommeil. Et pourtant, paradoxalement, il expérimente 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[1].

Par ailleurs, l'hypnose a largement souffert de l'image que véhicule son utilisation dans le contexte du music-hall. Alors que l'hypnose thérapeutique est une hypnose qui soigne et qui rend au patient sa liberté, l'hypnose de spectacle transforme les spectateurs en pantins qui exécutent les ordres de l'hypnotiseur.

L'hypnose thérapeutique, elle, utilise cette vigilance propre à l'état hypnotique pour favoriser la survenue de modifications perceptives.

Le terme même d'*hypnose* présente donc un biais et ne peut nous aider à définir précisément en quoi consiste le phénomène.

Si l'on s'intéresse aux définitions les plus couramment retrouvées dans la littérature, on retrouve d'abord en abondance la définition suivante de l'hypnose : « L'hypnose est un état de conscience modifié ».

Cette définition est en elle-même insuffisante à définir l'hypnose et induit une confusion pour les praticiens comme pour les patients.

En outre, elle ne nous éclaire en rien sur les propriétés réorganisatrices de l'hypnose qui permettent de guérir une dépression de plusieurs années, de faire tomber une phobie, ou de lâcher une addiction en une seule séance.

Un **état** ?

Nombre d'hypnotistes se réfèrent donc à la définition de la British Medical Association (1955).

hypnose selon la **British Medical Association**

« Un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel différents phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à différents stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une susceptibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et

d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices, peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés. »

Si la définition a l'avantage de nous informer sur les phénomènes observables par l'expérience de l'hypnose, elle ne nous éclaire pas sur la nature même du phénomène.

Pour Léon Chertok, qui a participé largement à la réintroduction de l'hypnose médicale en France, elle est un « quatrième état de l'organisme actuellement non objectivable » dont les racines profondes vont jusqu'à l'hypnose animale. Cet état renverrait aux « relations prélangagières d'attachement de l'enfant ». Il se manifesterait électivement dans toutes les situations de perturbation entre le sujet et son environnement[2].

Selon Chertok, l'hypnose serait donc une aptitude physiologique de l'homme qui s'appuierait sur la nature animale de ce dernier. Elle aurait aussi quelque chose à voir avec les liens de l'individu à son environnement, au sens large du terme (les liens qui se tissent avec les gens, les lieux, les choses).

Mais si, comme le propose Chertok, l'hypnose est un état de l'organisme humain qui existe de par sa condition même d'animal, en quoi ce « quatrième état » permet-il un soulagement, lorsqu'existe une perturbation entre le sujet et son environnement ?

Pour l'AFEHM (Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale), l'hypnose est « une expérience relationnelle entre le patient et l'hypnothérapeute, en vue d'une modification perceptive à visée thérapeutique ».

Une **expérience** ?

L'hypnose donc, serait un mode de fonctionnement qui n'est ni la veille, ni le sommeil, ni même le rêve, intrinsèquement lié à notre nature de vivant (l'homme comme animal) et qui permettrait de changer ses

perceptions. Cette expérience se ferait dans le cadre de la relation entre l'hypnotisé et l'hypnotiseur.

Que l'on retire de cette définition le mot « thérapeutique », et nous obtenons une description de l'hypnose au sens large, applicable également à l'hypnose de spectacle : cette dernière n'est-elle pas « une expérience relationnelle entre le sujet et l'hypnotiseur, en vue d'une modification perceptive » ? Ainsi, soutenu par le contexte du music-hall et du divertissement, le spectateur va-t-il vivre une modification de sa perception qui va par exemple l'amener à croquer dans un oignon et s'en délecter comme s'il croquait dans la meilleure des pommes. Dans le contexte thérapeutique, l'hypnose est soutenue par l'intentionnalité du soin. L'expérience de la modification perceptive a pour visée le soulagement de l'individu, et avant tout son autonomisation.

Mais qu'est-ce que c'est exactement que cette « expérience » ? Ne peut-on être plus précis sur la nature de ce qui se passe pendant l'hypnose ? Ne peut-on essayer de donner aujourd'hui, au regard de bientôt quatre siècles de pratique et d'évolution, et au regard des progrès des sciences modernes, une définition plus satisfaisante ? Sur quoi repose l'expérience hypnotique et en quoi permet-elle le changement thérapeutique qui s'observe chez le patient ?

---

1. Roustang F., *Qu'est ce que l'hypnose ?*, Ed Minuit.
2. Chertok L., *L'Hypnose*, Payot, petite bibliothèque payot, 1989.

OceanofPDF.com

Chapitre 6
Compréhension du phénomène dans l'Histoire

L'HISTOIRE DE L'HYPNOSE RÉVÈLE UNE TELLE VARIÉTÉ DE PERSONNALITÉS, de conceptions de l'hypnose ou de ses applications pratiques qu'il est difficile au premier abord d'y trouver quelque chose auquel se référer.

L'hypnose est un artisanat qui s'est transmis de génération en génération de médecins du XIX^e^ siècle jusqu'à nos jours. Elle a été à chaque génération transformée, remaniée, enrichie, repensée, réinterprétée. Aujourd'hui encore, chaque école d'hypnose tend à proposer sa propre conception du phénomène. Ainsi, on parlera d'hypnose ericksonnienne, d'hypno-analyse, d'hypnocognitivisme parmi bien d'autres formes encore. Mais l'hypnose se prête volontiers à ce jeu. Car elle est plastique. On pourrait dire que toute forme d'hypnose est bonne dès lors qu'elle respecte les principes éthiques du soin et s'inscrit dans une pratique déontologique. Elle a donc toujours répondu aux attentes de ses praticiens. Mais est-ce si étonnant ?

L'être humain est par ailleurs tellement influençable que très souvent, les patients ont fait preuve de compliance dans l'hypnose parce que ces personnages de l'Histoire, bien souvent, bénéficiaient d'une grande aura. Pour illustration, s'il était attendu que le patient tombe en léthargie en fixant un point lumineux, alors il répondait – certainement en partie non consciemment – à cette attente. Ainsi, chaque théorie du phénomène hypnotique qui a été développée au cours de l'Histoire a donné naissance à un certain type de pratique clinique de l'hypnose. En retour, la pratique clinique de l'hypnose a permis le développement de nouvelles théories à son propos.

Une **pratique polymorphe**

Parfois, les définitions retenues faisaient radicalement voler en éclats les précédentes. En cela, l'hypnose semble désespérément insaisissable. C'est certainement cet extrême polymorphisme qui rend la définition du phénomène hypnotique complexe. Comment peut-on y comprendre quelque chose si elle est à la fois guérison par imposition des mains, léthargie en fixant un point, réponse à une suggestion, exploration de l'inconscient à la recherche de traumatismes refoulés, etc.

Pourtant, et même s'il existe une certaine compliance à l'hypnose, chacun vit l'expérience en fonction de sa personnalité. Chacun prendra ce qu'il aura à prendre de l'expérience, faisant parfois fi des théories ou des injonctions du thérapeute : si chaque praticien peut développer sa propre pratique de l'hypnose, c'est avant tout le patient qui développe sa propre façon de vivre l'expérience de l'hypnose.

Le **thérapeute dirige**

Avec l'École de Nancy, l'hypnose est représentée selon le modèle de l'arc réflexe : il s'agit de ce principe selon lequel une stimulation entraîne une réponse. En neurologie, la percussion du tendon rotulien entraîne une extension de la jambe. En hypnose, la suggestion est censée entraîner une réponse selon ce principe de *l'automatisme réflexe*. Dans cette conceptualisation de l'hypnose, le patient est présenté comme une machine, ou un automate, qui aurait perdu l'esprit critique ou la raison, et qui ce faisant, répondrait aux ordres (sous forme de suggestions directes) donnés par le médecin. C'est de cette façon que la suggestion directe est censée fonctionner.

Le modèle de l'arc réflexe

L'hypnose, dans le modèle de l'arc réflexe, consiste, par des procédures spécifiques, à enlever la raison, la logique, le contrôle, pour que, rendu automate, le patient puisse exécuter les instructions données – dans le contexte éthique du soin – par l'hypnotiseur.

Aujourd'hui, c'est sur ce modèle que repose l'hypnose de spectacle : l'hypnotiseur de foire « désactive » le sens critique du sujet, et lui suggère d'être un clown etc., d'exécuter tel ou tel ordre qui hélas n'a d'autre objectif que de le ridiculiser.

J'ordonne – tu exécutes. C'est hélas de cette façon peu avenante que la majorité des patients que nous voyons se représente l'expérience de l'hypnose. Est-il étonnant alors que beaucoup d'entre eux gardent un certain degré de contrôle dans l'expérience hypnotique, lorsqu'ils sentent poindre la menace de perdre le sens critique et de devenir marionnette ? C'est pourtant à mille lieux de la manière dont l'hypnose est utilisée en thérapie. Et il est souvent nécessaire de prendre le temps de faire tomber ces croyances concernant l'hypnose.

Le **thérapeute guide**

En thérapie, le patient ne devient pas un pantin. Il est tout au contraire invité à prendre toute la responsabilité de sa transformation. Le rôle de l'hypnotiseur se borne à lui apprendre à exploiter les possibilités inhérentes à sa nature d'être vivant pour s'adapter à son milieu. Le professionnel de l'hypnose n'a aucune autre fonction que de guider le patient à prendre appui sur les ressources déjà présentes mais qui étaient ignorées, ressources qui sont autant de possibles pour se remettre en mouvement vers le mieux-être.

Dans le cadre de l'hypnose appliquée au soin, c'est probablement grâce aux travaux de Milton Erickson que le modèle de l'arc réflexe est tombé en désuétude. D'abord parce qu'Erickson a montré l'impact remarquable des suggestions indirectes, et ensuite parce que l'hypnose devient alors le moyen d'activer les ressources dites *non conscientes* du patient, de sorte que celui-ci s'adapte et évolue afin que le symptôme disparaisse de façon écologique : c'est le patient qui trouve son propre chemin, tout en respectant qui il est et en prenant en compte la totalité de son contexte relationnel.

On est là bien loin du modèle de l'arc réflexe. *L'hypnotiseur devient un facilitateur*. Il devient le catalyseur d'une expérience insolite que fait

l'hypnotisé. Dans cette expérience, ce sont les ressources du patient lui-même qui vont être utilisées pour potentialiser la guérison.

hypnose comme **recadrage thérapeutique**

Erickson dirait « nous utilisons les processus non conscients qui sont présents mais non consciemment, afin d'user de ces apprentissages dans le cadre de la résolution du problème (traduction libre) ». En ce sens, l'hypnose permet un recadrage thérapeutique. Recadrer, c'est utiliser ce qui existe déjà pour lui donner une nouvelle fonction ou un nouveau sens, de sorte que l'évolution thérapeutique, dans le contexte alors redéfini, se fasse plus ou moins d'elle-même.

Si le patient n'a pu jusqu'alors changer, et si ce n'est donc pas l'injonction de l'hypnotiseur charismatique qui guérit, c'est qu'il se passe quelque chose pendant l'hypnose qui fait que le patient *change de mode de fonctionnement pour laisser émerger une solution à son problème*.

Pierre Rainville parle d'une « *émergence des alternatives expérientielles* » dans son étude de la neurophénoménologie de la conscience dans l'état hypnotique de 2005.

Et c'est bien de cela qu'il s'agit. L'hypnose thérapeutique ne consiste pas à donner un ordre pour que celui-ci soit exécuté de façon automatique, mais plutôt à inciter le patient à entrer dans un régime de fonctionnement différent, dont la spécificité serait de favoriser l'émergence d'expériences alternatives : une perception différente, une idée différente, une représentation différente, un lien différent, un positionnement différent par rapport aux êtres, aux choses…

L'hypnose permet, selon François Roustang, « d'accéder à une instance organisatrice de l'humain ».

Il s'agirait donc d'entrer en contact avec une potentialité de l'humain qui est susceptible de provoquer un ajustement, un repositionnement par rapport à tel ou tel contexte.

Une **aptitude propre** au vivant

Ainsi, cet état propice à une réorganisation du système perceptif en vue d'une adaptation à l'environnement n'est ni la veille, ni le rêve, ni le sommeil. Nous le savons depuis les premières études électroencéphalographies de 1949. Il s'agirait plutôt d'un quatrième état de l'organisme[1] propre au vivant (il trouverait ses racines profondes dans l'hypnose animale), propre à la nature animale de l'homme en tant que mammifère, et dont la potentialisation, l'émergence, se trouve favorisée par le contexte et l'interaction relationnelle qui se joue entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé.

Un **potentiel** réorganisateur

De même que le sommeil favorise le rêve (phase du sommeil paradoxal) qui se fait dans un déploiement de créativité, l'hypnose favorise ce que François Roustang nomme *la veille paradoxale*, capable de réorganiser notre rapport au monde. Car c'est bien par les liens avec le monde qu'un individu se définit, non pas comme entité intelligente, mais comme organisme vivant en constante interaction avec l'environnement. Lorsque l'adaptation ne peut plus se faire, lorsque le système relationnel est figé, alors la pathologie est susceptible d'apparaître. L'hypnose consisterait alors à accompagner le patient dans ce régime de fonctionnement qui n'est ni celui de la pensée ni celui de la raison, mais bien au contraire un régime de fonctionnement dans lequel on lâche le contrôle, le « vouloir/comprendre », pour favoriser l'émergence de nouveaux liens au monde. Ainsi, on ressort de l'hypnose un peu plus souple, le monde semble rafraîchi, et la perception tout entière change.

> ***Et c'est par le corps que cela guérit.***

Mais pour y accéder, il faut se rendre disponible « à ne plus vouloir, à ne plus penser, à entrer dans la plus grande passivité, à mettre en suspens toute recherche de compréhension, renoncer au contrôle de la conscience pour laisser advenir l'inédit. »[2] Car si ce pouvoir réorganisateur est une caractéristique du vivant, il faut donc pouvoir se défaire de ce à quoi l'humain tient le plus : la pensée, la raison, l'analyse, le contrôle afin qu'il

retrouve son statut d'animal. Ainsi, l'hypnotisé laisse le corps et l'esprit travailler de concert. Il ne s'agit plus de séparer ni l'un ni l'autre, il s'agit de se réduire à l'état de vivant pour expérimenter une sensorialité première qui rassemble l'âme et le corps.

Après tout, c'est bien ce que fait le corps à chaque seconde : il maintient une homéostasie de sorte que la vie se poursuive. Pour cela, il s'adapte en permanence, ajuste certaines variables, renouvelle ses tissus, se répare et cicatrise les blessures, les traumatismes, les plaies. Certains avanceront que l'esprit n'a rien à voir avec le corps, ou que tout au plus, il a plutôt à voir avec le cerveau.

La neuroplasticité

Est-il inconcevable d'avancer qu'à son propre niveau, le cerveau réalise la même nécessaire homéostasie ? Est-il inconcevable d'imaginer que l'ordinateur le plus perfectionné au monde (le système nerveux) puisse entretenir un ajustement permanent, de sorte que l'humain puisse s'adapter au mieux à son environnement ? Il y a quelques années encore, nous pensions que le cerveau était figé à partir de la vingtaine. Âge auquel il était censé débuter une lente déchéance jusqu'à la fin de la vie, justifiant ainsi les troubles cognitifs qui pouvaient apparaître chez certains dans la vieillesse. Aujourd'hui, on sait que le cerveau évolue tout au long de la vie, qu'il est capable d'établir de nouvelles connexions entre neurones, capable d'apprendre de nouvelles fonctions à tout âge de la vie. On appelle ce phénomène la neuroplasticité.

> ***L'hypnose n'est donc pas un simple jeu d'imagination, mais bien une expérience faite par le corps lui-même, le cerveau lui-même, interface au monde et siège des perceptions et des représentations.***

Qu'il se passe effectivement quelque chose dans le cerveau pendant l'expérience de l'hypnose est chose désormais acquise grâce aux progrès des neurosciences, depuis que les études en imagerie fonctionnelle ont montré des modifications robustes et reproductibles de l'activité cérébrale pendant l'hypnose.

Un potentiel
d'homéostasie

Si l'hypnose consiste à prendre appui sur le pouvoir d'homéostasie du vivant pour que celui-ci rétablisse un mode de fonctionnement en adéquation avec son environnement, on comprend mieux qu'elle nécessite que l'homme mette de côté ce qui l'éloigne le plus de la sensorialité première : le je, le moi, la dualité, la pensée critique, la raison, et toutes les constructions mentales – y compris la notion tellement en vogue dans notre société *d'analyse* : chercher à se comprendre, fouiller et dépouiller une partie cachée de l'esprit qui influerait pour notre plus grand malheur sur nos gestes, nos mots, nos comportements.

On comprend que l'hypnose ne consiste en rien en une élaboration cognitive ou analytique de la situation puisque bien au contraire, comme le dit François Roustang, pour y accéder, il sera nécessaire de se rendre là où on pourra « ne plus penser ».

Mais si cette disposition est inhérente à l'homme puisqu'en lien avec son statut de vivant, il est souvent nécessaire de passer par certaines techniques pour y accéder. Ces techniques sont les techniques hypnotiques qui accompagnent vers un autre mode de perception.

Lorsqu'il n'est pas possible de retrouver soi-même cette modalité sensorielle, il est indispensable d'être guidé par un thérapeute.

e qu'il **faut retenir**

Le terme d'hypnose crée une confusion car on ne dort pas pendant l'hypnose.

L'expression d'état modifié de conscience est trop vague pour définir ce qui se joue dans l'hypnose.

L'hypnose était initialement pensée sur le modèle de l'arc réflexe.

Depuis Milton Erickson, l'hypnose est perçue comme un moyen de prendre appui sur les ressources inhérentes au patient pour lui permettre d'évoluer vers la guérison.

L’hypnose n’est ni la veille, ni le sommeil, ni le rêve. Elle est un quatrième état de l’organisme qui a à voir avec la nature animale de l’homme.

Il se passe pendant l’hypnose des modifications robustes et reproductibles dans l’activité cérébrale.

L’hypnose prend appui sur la capacité réorganisatrice de l’humain.

L’hypnose prend appui sur le pouvoir d’homéostasie du vivant, pour que celui-ci rétablisse un mode de fonctionnement en adéquation avec son environnement.

Pour rentrer en contact avec ce potentiel qui relève du statut d’être vivant, il est nécessaire de se couper de la pensée, de la logique, du contrôle et de la maîtrise.

---

1. Chertok L., *L’Hypnose*, Ed. Payot, 1989.
2. Roustang F., *La Fin de la plainte*, Odile Jacob, Paris, 2000.

OceanofPDF.com

Chapitre 7

Le **processus hypnotique** : une définition organisatrice

Les patients qui ont bénéficié de séances d'hypnose nous disent : « je ne sais pas vraiment ce qui s'est passé. La guérison est venue, mais je suis incapable de vous dire pourquoi. »

Il s'agit donc de quelque chose qui ne fait pas appel à la volonté. Même, lorsque les patients guettent le moment où la guérison survient, celle-ci semble se tapir dans l'ombre, à l'abri de tout regard. Lorsqu'enfin on lâche la vigilance, le soulagement s'installe, profitant d'un moment d'inattention ou de découragement à comprendre comment la transformation peut se faire.

Il s'agit donc aussi de quelque chose dont on ne peut rendre compte car, si on l'observe, cela nous échappe. C'est plutôt quelque chose qu'on laisse venir. Et pour que la chose vienne, nous devons rentrer dans une sorte de *non-conscience*.

Le changement lui-même procède de cette manière. Le travail du thérapeute consiste à accompagner le patient dans ce mode de fonctionnement propice à laisser venir le changement de façon non volontaire.

Car ce n'est en rien la capacité cognitive de l'homme et sa capacité à raisonner, penser, déduire, analyser, comprendre, fragmenter les savoirs en autant de parties plus accessibles à la compréhension[1] qui permet de changer par l'hypnose.

Aux antipodes de ce qui fait de nous des êtres pensants, l'hypnose potentialise notre statut de vivant et prend appui sur un mode de fonctionnement premier, antérieur à la pensée rationnelle qui restreint la perception de l'homme[2].

Deux modes de perception

Mais cela implique donc qu'il existe deux modes de fonctionnement, deux modes de perception.

Le premier régime de fonctionnement est celui de la logique, de la raison, de la maîtrise et du contrôle. C'est le régime de fonctionnement que la société humaine valorise, car c'est bien par celui-ci que l'homme exploite son territoire, créé des machines, communique avec ses semblables, planifie ses actions et atteint ses buts.

Le second mode de fonctionnement est un état de sensorialité, de flottement, de souplesse dans les perceptions. C'est le régime de fonctionnement de la sensorialité première, purement animale, qui est une perception généralisée indistincte, non fragmentée, subtile. C'est ce régime de perception qui permet au vivant de s'orienter dans son environnement et de s'adapter à ce dernier en prenant en compte tous les paramètres de l'existence dans ce qu'elle a de plus concret. C'est ce régime de perception qui permet à l'homme des tribus de s'orienter dans une direction en ressentant tout ce qui est autour de lui. C'est ce régime de fonctionnement qui donne au peintre l'inspiration à créer du nouveau. C'est ce régime de fonctionnement qui nous fait prendre les bonnes décisions contre toute logique, qui sous-tend les intuitions fulgurantes, qui permet de lâcher prise et d'avancer dans la vie malgré les traumatismes et les accidents.

ensorialité première

L'hypnose est cette expérience qui permet de passer du mode de fonctionnement caractérisé par la logique et la raison au mode de fonctionnement caractérisé par une sensorialité première.

Une modélisation du **processus hypnotique**

Classiquement, le patient consulte dans le premier mode de fonctionnement. Après une étape d'immobilité, par exemple par la fixation de l'attention sur un point, la seconde perception s'installe : c'est une perception où tout devient flou, la raison se brouille, on ne sait plus très bien ce que l'on regarde. C'est une phase de mouvement, de détente, de perception renouvelée.

Ce sont là les étapes du processus hypnotique : fixation, confusion, ouverture.

Mais l'hypnose n'est pas un état « on-off ». On n'est pas en hypnose un instant puis l'instant d'après à l'état de veille. Il n'y a pas d'effet « interrupteur ». Ces deux états ne sont pas stables. Et pourtant, lorsqu'on s'intéresse aux textes anciens, on retrouve en abondance la notion *d'hypnose* en tant *qu'état*. On parle ainsi volontiers « d'état hypnotique ».

Or, certains des tableaux cliniques présentés comme définissant l'état hypnotique sont parfois contradictoires. Ainsi, on lira « l'hypnose, c'est mettre de la confusion », puis on lira « l'hypnose, c'est entrer dans la créativité », mais aussi « l'hypnose, c'est installer une immobilité », pour lire ensuite « l'hypnose, c'est la mise en mouvement ».

> ***L'hypnose n'est donc plus un état mais une succession de phases qui s'enchaînent avec fluidité et qui ont des caractéristiques différentes.***

Cela ne semble avoir aucun sens. Ces descriptions de tableaux cliniques, aussi précis et rigoureux soient-ils, ne permettent donc en rien de comprendre ce qu'est l'expérience de l'hypnose. Est-ce la concentration ? Est-ce le détachement ? Est-ce la rêverie ? Définir *un état* hypnotique laisse dans l'embarras.

Toutefois, si l'on s'intéresse à l'hypnose comme à une succession d'étapes, on peut comprendre que chacune de ces étapes peut se caractériser par des tableaux cliniques différents, voire tout à fait contradictoires.

L'hypnose, **un processus**

C'est l'AFEHM (créée par Jean-Marc Benhaiem) qui a ainsi proposé une définition unificatrice de l'hypnose, en présentant cette dernière non pas comme un état, mais comme un *processus*.

Cette modélisation de l'hypnose comme processus plutôt qu'état permet d'intégrer l'ensemble des signes cliniques décrits dans la littérature depuis la naissance de l'hypnose jusqu'à nos jours.

L'hypnose devient ainsi une entrée progressive dans un processus constitué de différentes phases. Dans cette succession d'étapes, on peut alors retrouver des signes caractéristiques de la relaxation, de la dissociation, et bien entendu une étape d'ouverture décrite par nombre d'auteurs comme étant « l'état hypnotique » à proprement parler. C'est durant cette phase, apogée de l'expérience hypnotique, que le patient peut réorganiser ses perceptions et s'ouvrir à une créativité et un imaginaire qui sera le pivot de l'expérience thérapeutique. C'est aussi la « perceptude » de François Roustang, perception généralisée propice à la réorganisation des liens vers un système plus souple, plus approprié, permettant ainsi au patient de se repositionner dans son contexte.

Le passage d'une phase à une autre se fait de façon fluide, non mécanique. Le processus hypnotique est quelque chose de délicat voire de fragile lors des premières séances. Et c'est bien ainsi. Car il est parfois nécessaire de s'entraîner à l'expérience en prenant le temps, en particulier si l'on s'était crispé dans le contrôle, la maîtrise, la logique, la raison. Il n'est pas rare que le simple fait de rendre au patient la possibilité de se mouvoir d'un régime de perception à l'autre fasse disparaître les troubles qui l'avaient amené à consulter. Retrouver de la souplesse dans la perception permet au vivant de prendre la place qui est la sienne sans qu'il ait à y participer par la pensée rationnelle.

Ce sont ces consultations étranges aux effets magiques, dont les patients ressortent transformés de façon durable, alors même qu'à aucun moment le motif de consultation n'a été abordé.

Le **schéma du processus** hypnotique

Le processus hypnotique, initialement décrit par Jean-Marc Benhaiem, est donc une proposition de modélisation qui permet la compréhension de l'expérience d'hypnose, et ce quelle que soit la théorie de l'hypnose sur laquelle repose la pratique.

Avatars et techniques thérapeutiques

Chacun des avatars de l'hypnose, du magnétisme animal à l'hypnose ericksonnienne en passant par la technique de Braid, est une manifestation du même processus. Quelle que soit la pratique de l'hypnose en vigueur, elle déroule toujours cette même succession de phases. La finalité est un passage de la cognition à la sensorialité, pour favoriser une modification perceptive en vue d'un changement thérapeutique.

D'autres techniques thérapeutiques, qui sont nées de l'hypnose, relèvent du même processus. Ainsi, nous verrons combien les techniques de sophrologie, de PNL ou encore d'EMDR passent par les mêmes phases (voir chapitre 20).

Le processus représente à ce jour une proposition de modélisation de l'expérience hypnotique qui n'a jamais été remise en question, et qui a été adoptée par nombre d'écoles de pensée de l'hypnose.

Intérêt de l'**expérience hypnotique**

Afin de faire l'expérience de l'hypnose quelle qu'elle puisse être, le sujet doit quitter la veille ordinaire, caractérisée par un état de contrôle et de vigilance (que nous appellerons conformément au travail de François Roustang « veille restreinte ») pour atteindre un second état que l'on nommera perceptude (ce serait là l'état hypnotique auquel se réfèrent nombre d'auteurs et théoriciens de l'hypnose).

C'est dans ce second état, que les liens avec l'environnement, les croyances, peuvent se défaire et se réorganiser (Voir chapitre 1).

C'est la phase de la réorganisation.

C'est aussi la *veille généralisée* de François Roustang.

La perception humaine s'organise à partir de la perception généralisée, comme celle de tout animal. Dans un second temps, ce champ perceptif est fragmenté et découpé en autant d'éléments, par la cognition, la mémoire, les croyances. Ce processus de sélection et d'organisation des perceptions donne naissance à la perception restreinte, ou veille restreinte, ou veille ordinaire.

Alors que la veille restreinte (l'état de veille ordinaire) se caractérise par un tri sélectif conscient et non conscient de l'information sensorielle, la veille généralisée, elle, est une perception qui englobe tout. Il n'y a plus de sélection. On dira volontiers qu'il s'agit d'une « ouverture » en ce sens que la perception s'ouvre à tout à la fois.

Mais en quoi cette perception première, non limitée par la culture, la connaissance, les croyances, la raison, peut-elle être un support à la guérison ?

Défaire ses liens pour en créer de nouveaux

C'est que, pour pouvoir défaire les liens qui s'étaient créés, il faut avoir une ouverture au monde beaucoup plus large que celle que nous confère notre mode de fonctionnement usuel caractérisé par le contrôle, la pensée, la logique, la raison, etc. Il va falloir donc mettre de côté le cognitif et le contrôle pour pouvoir changer quelque chose. Pour passer de la veille restreinte à la veille généralisée, nous devons rompre nos liens existants : pour s'ouvrir à quelque chose de nouveau, il nous faut quitter ce qui existe déjà. Il nous faut défaire avant de refaire.

L'exemple du fumeur

Pour illustrer ce principe, il suffit de suivre un fumeur qui accepte de se prêter à cette expérience : depuis des mois, et peut-être même des années, on lui répète combien fumer nuit à sa santé. Il le lit dans des articles scientifiques, connaît dans son entourage quelqu'un qui est mort des méfaits du tabac, et constate lui-même combien la cigarette réduit son souffle et le rend sensible aux infections hivernales.

Par l'hypnose, et s'il accepte de laisser de côté la logique, le fumeur se laisse aller dans un état de flottement où il est invité à percevoir de façon instinctive le rapport à la cigarette. C'est tout son corps qui ressent. Qu'est-ce qui, dans cet état qui ne fait pas appel à la raison, peut être senti ? Rien d'autre en vérité que ce qui était déjà : le goût du tabac froid dans la bouche, la mauvaise odeur sur les vêtements, la blessure dans la gorge irritée, le souffle court. L'expérience peut être orientée et guidée par l'expérience de l'hypnothérapeute, mais c'est bien le patient qui fait l'expérience. Rendu au statut de vivant, le fumeur vit l'expérience de la réalité : la cigarette est une plante vénéneuse (une métaphore proposée par le Dr Benhaiem).

Comme tout vivant, il lui suffit alors de se laisser adopter la position la plus adaptée vis-à-vis du poison : s'en tenir éloigné.

De retour à la veille ordinaire, régie par la logique, l'ancien fumeur est embarrassé pour expliquer exactement pourquoi il a lâché la cigarette. Et pourtant, il est ressorti changé de l'expérience. Les croyances, les habitudes, le geste social, le plaisir de l'identification à un groupe (celui des fumeurs) se sont effacés pour laisser la place à la perception généralisée de l'être vivant dans ce qu'il a de plus animal : face à un poison, il n'y a pas d'autres choix que de s'en tenir éloigné.

Cette difficulté à rendre compte, cette difficulté à expliquer ce qui s'est passé de décisif pendant la transe, traduit bien l'écart qui existe entre la sensorialité (expérimentée dans la transe) et la pensée (maniée à l'état de veille ordinaire). Voilà bien pourquoi il est fréquent d'entendre « la guérison est venue toute seule », « je ne sais pas pourquoi j'ai guéri », ou encore « mais c'est magique ! Cela s'est fait sans ma volonté ».

Une **juste utilisation** du contrôle

Le point de départ du processus est donc la veille ordinaire. C'est cet état de vigilance et de contrôle qui caractérise le fonctionnement de l'adulte. C'est ici que les premières difficultés apparaissent, puisque bien des personnes éprouvent quelques réticences à perdre – momentanément – le raisonnement, la logique, le contrôle, la maîtrise. C'est là notre mode de

fonctionnement quotidien qui nous permet d'interagir avec le monde. C'est ce mode de fonctionnement qui nous permet de composer avec notre environnement pour interagir avec les choses plus ou moins logiques de notre vie quotidienne.

Ne sommes-nous pas issus d'une culture dans laquelle on nous enseigne que pour vivre, pour survivre, pour valoir quelque chose et être quelqu'un, il est nécessaire de savoir contrôler : contrôle des pensées (sois attentif !), contrôle des actes (cela ne se fait pas), contrôle de nos émotions (être en colère est mal) ?

Ne nous y trompons pas. Le contrôle est nécessaire. Il est même indispensable. La raison, la logique et la maîtrise nous permettent de planifier notre quotidien, d'adopter des comportements raisonnables et adaptés à une vie en groupe, de déduire et de réfléchir pour résoudre nombre de problèmes, et pour prendre soin de notre famille et de nos proches.

Pourtant, il est indéniable que bien des éléments échappent à notre contrôle. Il ne s'agit pas tant de climat, de temps qui passe ou d'économie mondiale que d'éléments de notre quotidien : certaines personnes ne se comportent pas comme nous le souhaiterions. Nos enfants ne se conforment pas à l'éducation que nous souhaitons leur inculquer, nos collègues de travail ne nous respectent pas assez, nos résultats professionnels ne sont pas ceux que nous visons, jusqu'à notre corps qui nous joue des tours lorsque notre sommeil nous échappe, notre digestion se dérègle, ou lorsqu'une maladie s'impose à nous alors que nous ne demandons que la paix.

Comment agir face à tant de désordre ? Le contrôle, qui nous réussit si bien dans notre accomplissement d'homme moderne, peut-il dans ce cas nous être d'une quelconque utilité ? Il peut bien me venir l'idée de vouloir mettre mon sommeil sous mon contrôle en décidant à quel moment je dois m'endormir, par l'intermédiaire de somnifères. Je peux mettre sous mon contrôle mes enfants en redoublant d'autorité et en montrant qui est « le maître » dans la maison. Je peux imposer mon contrôle lorsque je donne des ordres à mes collègues de travail pour me faire respecter.

Mais que faire si mon sommeil continue à se dégrader malgré les somnifères, si mes enfants sont plus désobéissants que jamais, si mes collègues préfèrent partir travailler ailleurs, et si mon corps continue à m'échapper en se recouvrant d'eczéma et en me harcelant de crises de palpitations qui me laissent au bord du malaise plusieurs fois par jour ?

Peut-être pourrais-je redoubler d'efforts pour contrôler mieux ?

Je peux prendre cette voie. Et beaucoup la prennent.

Pourtant, il existe d'autres moyens de s'accommoder de situations qui échappent à notre contrôle direct.

Faire l'expérience de la sensorialité

La notion de « lâcher prise » est très en vogue aujourd'hui. On trouve plusieurs guides du lâcher prise dans les rayons des librairies grand public.

On nous enseigne qu'il est bon de savoir lâcher prise, de savoir lâcher le contrôle, et d'accepter les événements tels qu'ils surviennent. Ces méthodes nous invitent à accepter le moment présent tout en faisant ce qu'il est possible de faire pour résoudre les problèmes.

Sage conseil.

Pour ce qui nous intéresse dans ce livre, le lâcher prise, ou le fait d'accepter de ne plus contrôler pendant un instant, est un nécessaire à l'entrée dans l'expérience hypnotique. On ne peut faire l'expérience de la sensorialité si on ne lâche pas le désir de contrôler l'expérience.

Hélas, certaines personnes, usées par une pratique permanente à vouloir tout contrôler, même ce qui ne relève pas de leur pouvoir, montrent une certaine résistance à lâcher la maîtrise et à se laisser aller dans l'expérience de l'hypnose.

Parfois, malgré une bonne volonté de faire l'expérience, il paraît impossible à certains de quitter cet état de maîtrise, qui semble nous donner pouvoir sur nous-mêmes ou sur les choses. Tout se passe comme si la machine à contrôler s'était emballée, et refusait désormais de se mettre sur pause.

Car voici bien le paradoxe : parfois, à vouloir tout contrôler, on ne contrôle plus rien. Pas même la capacité à choisir sur quel élément nous décidons de poser notre contrôle.

Toute une éducation à remettre en question

Isabelle a 32 ans. Elle est adressée au centre antidouleur par un confrère pour traiter des douleurs invalidantes de la cuisse, qui sont apparues suites à une opération bénigne : une exérèse d'un lipome. Depuis, la souffrance est constante et envahissante. Isabelle ne vit plus. Elle ne supporte plus le contact des vêtements sur la peau de sa cuisse, elle ne peut ni marcher trop vite, ni faire de sport, et elle se fait violence pour continuer à mener un semblant de vie sociale malgré la douleur, parfois intense, qui ne la quitte pas.

Au cours de la première séance d'hypnose, pendant laquelle je lui propose plusieurs petits exercices destinés à évaluer son lâcher prise et sa capacité imaginative, Isabelle constate qu'elle garde un grand degré de contrôle pendant les expériences. Elle m'explique qu'elle a été élevée par des parents qui ont toujours mis en avant la supériorité de la volonté et du contrôle. Ainsi, durant son enfance, il ne lui était littéralement pas permis de se plaindre, de pleurer, d'avoir mal, ou de manifester le moindre inconfort. Elle me raconte combien pleurer provoquait de violentes crises de colère chez son père.

Cherchant de façon réflexe, puisque c'est ainsi qu'elle a été éduquée, à garder le contrôle de la douleur et de ses manifestations, Isabelle s'épuise nerveusement et mentalement dans ce combat qui de toute évidence, ne tourne pas en sa faveur. Elle ne dort plus, ne mange plus, et se maintient en constante activité physique comme pour « garder encore un certain contrôle sur sa vie ».

Isabelle et moi convenons qu'apprendre à lâcher le contrôle serait peut-être une bonne chose et une première étape au soulagement. Je lui explique que ce lâcher prise permettrait peut-être au corps de fonctionner avec moins de tension, et donc moins de dépense d'énergie… Énergie qu'elle pourra utiliser à sa propre guérison. En entendant ces mots, Isabelle semble soulagée.

Cette vignette clinique illustre à quel point la difficulté à lâcher prise est souvent bien involontaire.

Pour ces patients qui ont perdu « le contrôle du contrôle », puisqu'ils sont incapables de lâcher le contrôle lui-même (c'est-à-dire le mettre en veille lorsque c'est nécessaire), apprendre à lâcher prise est en soi une expérience d'une grande richesse, qui participe parfois en très grande partie au soulagement.

Passer par l'hypnose est en soi un apprentissage au lâcher prise. Il est en effet possible de réaliser une expérience simple en hypnose tout en gardant un certain degré de contrôle. Autant on pourrait dire qu'il est nécessaire de lâcher le contrôle pour faire l'expérience de l'hypnose

autant on peut affirmer que l'entraînement à l'hypnose permet un apprentissage progressif au lâcher prise.

Le thérapeute proposera donc les exercices qui paraissent les plus adaptés pour permettre au patient d'avancer dans cet apprentissage à son propre rythme.

Pour quitter le contrôle, la raison, la maîtrise, il existe des techniques. Quelques-unes sont présentées au chapitre « les inductions ». On peut user de la confusion, de l'isolation sensorielle, de la focalisation de l'attention. Le principe consiste à quitter cette perception très restreinte caractérisée par la vigilance, les apprentissages, les croyances transmises par la culture, qui limitent notre perception, pour entrer dans une zone de flou dans laquelle on quitte la réflexion pour se laisser aller dans une expérience sensorielle, caractérisée par une autre vigilance, plus vaste, une sensorialité beaucoup plus large. Cette expérience consiste en un déplacement d'un système de références à un autre système, plus plastique.

Quand le **virtuel devient réel**

Patrick Richard, anesthésiste réanimateur qui use depuis des années de l'hypnose dans le cadre de l'hypno-analgésie au bloc opératoire, propose une lecture complémentaire du processus hypnotique en définissant la veille ordinaire comme étant le « réel partagé ».

Dans le cadre du bloc opératoire en particulier, il est nécessaire de faire quitter au patient le réel partagé (celui du soin) pour l'accompagner dans un réel personnel (l'imaginaire, non partagé par l'ensemble des acteurs du bloc opératoire) dans lequel il va pouvoir passer du temps (en faisant une promenade dans un souvenir agréable par exemple) pendant que le geste opératoire est réalisé.

Lorsque le sujet entre dans le processus hypnotique, il s'ouvre par l'imaginaire, à une simulation mentale où le réel passe au second plan. Le réel devient alors « virtuel » (car passé au second plan de la perception).

On peut dire que le patient s'ouvre vers une réalité qui lui est personnelle, tout en restant dans le réel partagé. Mais ce dernier passe au second plan

lorsque le patient s'absorbe dans son monde intérieur. Si le sujet accepte d'aller plus avant dans le processus, il s'absorbe tellement dans ce virtuel intérieur que ce dernier devient *sa* réalité. Pour Patrick Richard, à ce stade du processus, le « *virtuel est devenu réel* ».

C'est cette substitution qui permet le soin sans douleur.

Même pas mal !

En formation en hypno-analgésie, nous sommes toujours émerveillés lorsque les confrères anesthésistes présentent aux étudiants les vidéos de chirurgies réalisées sous hypnose : un enfant entre inquiet au bloc opératoire, l'anesthésiste l'accompagne dans l'hypnose, dans l'imaginaire, et l'enfant est opéré sans douleur. Pour les soignants, il a pourtant subi une intervention chirurgicale avec tout ce que cela peut impliquer de douloureux. L'enfant, lui, aura passé toute la durée de l'opération à par exemple jouer au football avec ses idoles. Accompagné par l'hypnotiseur, il était tellement absorbé dans l'imaginaire que ce dernier est devenu sa réalité : le virtuel (le match de foot) est devenu réel (il en fait l'expérience comme s'il y était vraiment) tandis que le réel (l'acte opératoire) est devenu virtuel (passé au second plan).

Et c'est bien ainsi que fonctionne l'hypnose, en permettant de passer d'un monde à un autre, d'une perception à une autre. Dans l'hypnose, l'imaginaire se substitue au réel partagé. Pour celui qui en fait l'expérience, l'imaginaire est perçu comme le réel tant que dure l'hypnose.

imaginaire

En dehors du bloc opératoire, l'imaginaire permet non plus de se soustraire au réel, mais de s'y plonger pour prendre appui sur les ressources à disposition. L'imagination prend alors appui sur le réel et l'habille de nouveaux possibles, en déployant les alternatives expérientielles à partir des germes du changement qui étaient présents mais que, absorbés par nos difficultés, nous n'avions même pas remarqués.

Pour le docteur Patrick Richard, il est possible d'étudier le processus hypnotique en le mettant en parallèle avec le développement de l'homme (dans *L'Hypnose aujourd'hui*, J.M. Benhaiem, Editions in press) : en tout début du processus, l'individu reste tout à fait ancré dans le réel, usant de la raison, de la logique, de l'analyse, et exerçant le contrôle pour interagir avec son environnement pour le manipuler et l'utiliser. Pour Patrick Richard, l'âge adulte est l'âge de l'homme qui se caractérise par ce rapport au monde : l'adulte distingue bien le réel de l'imaginaire, ne s'adonne à ce dernier que rarement, et base son rapport au monde au travers de la cognition qu'il développe tout au long de sa croissance.

L'enfant, quant à lui, expérimente beaucoup plus aisément l'imaginaire comme un point de référence et une manière d'interagir avec le monde (l'enfant joue volontiers et spontanément à être quelqu'un d'autre, ou être ailleurs, etc.) tandis que le réel est parfois sujet à remise en question (« Dis, papa, c'est vrai ou c'est pas vrai ? »).

Chez l'enfant donc, pour qui la cognition n'est pas aussi développée que chez l'adulte, il est facile d'osciller entre un monde réel et un monde imaginaire. Parfois, le monde réel perd de sa réalité tandis que l'imaginaire devient le monde de référence. C'est cette plasticité et cette facilité de déplacement d'un monde à l'autre qui permet à l'enfant d'entrer si rapidement en hypnose. Cela explique, par exemple, qu'il joue à souffler des bulles magiques sans ressentir le moindre inconfort, pendant que l'équipe soignante suture la plaie de sa jambe.

La force de la **sensorialité première**

Le nourrisson, quant à lui, représente certainement le mieux l'individu en rapport au monde par une perception généralisée. L'ouverture, ou perceptude, est une sensorialité première non fragmentée, non découpée par la raison, et qui perçoit tout en même temps, dans l'indistinction la plus totale. C'est bien le nouveau-né, par l'absence de développement cognitif, qui se trouve dans un état de perception pure de son environnement, pour se laisser modeler par ce dernier : son système nerveux est souple, sa perception vierge de toute croyance, sa volonté de contrôle inexistante. Pour lui, la notion de passé ou de futur n'existe pas :

le nouveau-né est un organisme vivant en parfaite harmonie avec son environnement en temps réel.

Cette mise en parallèle du processus hypnotique et du développement ontogénique de l'homme permet de se rendre compte qu'en quittant la cognition et en redevenant un être ressentant, l'homme se rend à l'état de nouveau-né où tous les possibles sont présents, et où les perceptions peuvent s'organiser en adéquation avec un contexte donné.

Ce schéma nous permet également de comprendre que l'adulte sera celui qui devra faire le plus de chemin pour retrouver la sensorialité première, et que la première des étapes sera l'abandon de la cognition. Il pourra dans un second temps passer par l'imaginaire, le jeu. L'enfant, lui, est déjà à ce stade où il suffit de fermer les yeux pour y être vraiment. Parfois même, nul besoin de fermer les yeux : le jeu est immédiat. L'enfant est tout de suite un super-héros capable de supporter la perfusion. Ou il est immédiatement en train de parler à son animal imaginaire favori. Ou encore, il enfile tout de suite cette invisible combinaison magique qui rend sa peau insensible et qui fait que la ponction lombaire qu'on réalise est totalement indolore.

Si l'adulte a bien voulu progresser dans ce processus, il arrive au stade où, comme pour l'enfant, le virtuel devient le réel : voilà alors que l'on peut opérer cette thyroïde tandis que la patiente se balade virtuellement sur une plage ensoleillée.

Si l'expérience de la transe hypnotique est poussée à son paroxysme là où il n'y a plus de pensées, d'émotions, de vouloir, pour ne laisser que la sensorialité première, l'homme retrouve son statut de vivant. Il redevient, comme l'animal, guidé simplement par l'intelligence du corps en rapport avec son environnement, capable de s'orienter instinctivement vers la vie, et laissant de côté les déséquilibres et les tensions à trop vouloir contrôler.

Dans notre société moderne, qui a si bien gommé l'animal en nous, il ne faut pas s'étonner que de plus en plus d'individus recherchent, par des biais divers et variés, un retour à cette sensorialité qui nous constitue fondamentalement.

---

1. Descartes R., *Discours de la Méthode*, Ed J'ai Lu.

2. Roustang F., *Qu'est ce que l'hypnose*, Ed Minuit, 2002.

OceanofPDF.com

Chapitre 8
Les phases de l'hypnose

NOUS SAVONS MAINTENANT QUE POUR ENTRER DANS LE PROCESSUS, et d'une manière générale pour que le changement se fasse, il faut lâcher la cognition pour lâcher le contrôle.

Lâcher l'illusion que notre volonté et notre mental sont pour quelque chose liés au changement. Si c'était le cas, nous irions mieux spontanément et n'aurions pas besoin de consulter un thérapeute. Si vraiment la raison et la logique étaient à chaque fois seules nécessaires à l'arrêt du tabac, à la régulation du stress, à résoudre l'insomnie ou à soigner une dépression, il y a bien longtemps que les cabinets des thérapeutes seraient vides. Nous avons tous connu, à un moment donné de notre vie, les bons conseils de proches pour nous inciter à nous sortir d'une perception pénible : « tu devrais… », « il suffit de… », « tu n'as aucune raison de te sentir… », « tout va bien dans ta vie… », « c'est normal… », « vois les choses en face… », « mais remue-toi !… », « cesse de ruminer… ».

Et pourtant, ces bons conseils, s'ils ont au moins le mérite d'objectiver une situation, n'ont malheureusement aucun effet sur la perception qui est la nôtre à ce moment précis de notre existence: il s'agit donc de distinguer clairement et honnêtement la raison et la perception qui nous est personnelle. L'hypnose nous permet de modifier notre propre perception, parce qu'elle nous amène dans un autre registre que celui de la raison seule.

Se laisser **transformer**

Pour guérir dans l'hypnose, il n'y a pas de besoin de *contrôler* les exercices proposés par le thérapeute. À un moment donné de la thérapie, le patient va devoir devenir l'observateur de ce qui se passe en lui pendant le changement : dans l'hypnose, il ne s'agit pas de transformer mais de *se laisser* transformer. La différence est essentielle.

Il peut exister des réticences de la part de certains à laisser ainsi se faire quelque chose en dehors de la volonté.

Cette réticence peut même, dans certains cas, se muer en peur. On rencontre cette peur chez les patients comme chez les thérapeutes en cours de formation à l'hypnose.

Pourtant, la peur alors éprouvée est le prélude à la transformation recherchée. Dans l'hypnose, lorsqu'on s'approche du point où l'on *ressent*, de façon intuitive, la possibilité de faire l'expérience du changement, lorsqu'on soupçonne la possibilité de se mettre en condition pour recevoir et laisser changer son existence, la peur peut apparaître. C'est la peur d'aller trop loin, la peur de lâcher le contrôle. Toutefois, cette peur est l'indice que l'on s'approche d'une transformation essentielle. En ce sens, la peur ne doit pas être considérée comme un obstacle, mais comme un signe que l'expérience est sur le point de se faire. Au plus on s'apprête à lâcher le contrôle, au plus la peur se développe. Or, c'est lorsque le contrôle sera mis de côté que le changement prendra le patient tout entier pour le conduire vers la libération qu'il est venu chercher.

Ressentir la peur, c'est se trouver sur le seuil de la guérison.

Quand le changement devient possible

Mais avant de ressentir la peur-prélude-à-la-transformation, il aura fallu que le patient *soupçonne* la possibilité du changement.

C'est en réalité là le tout premier point. Celui qui initie le mouvement.

On pourrait dire que lorsque le patient se sent rigide, figé dans son problème, lorsqu'il ne voit en aucun cas comment la moindre chose

pourrait bouger, il ne consulte pas. « On ne peut rien y faire », « j'ai déjà tout essayé », « ce n'est pas le moment », « à quoi bon »…

Mais lorsqu'il entrevoit l'existence d'une souplesse nouvelle, comme lorsqu'un jeu – à peine perceptible – apparaît dans une mécanique dont l'ensemble semblait jusqu'à présent bien vissé, figé, rigidifié, alors vient le moment de consulter.

On peut dire que le patient se présente au thérapeute avec une perception – ne serait-ce qu'infime – de souplesse. C'est que quelque chose a *déjà changé* dans son système perceptif. Il a entrevu, par un événement inattendu ou d'une manière non consciente, que quelque chose est envisageable. Quelque chose de l'ordre du changement, de la guérison.

Alors le thérapeute exploite cet assouplissement, cette ouverture, ce jeu nouveau dans la mécanique, pour accompagner le patient *via* de petits changements rendus possibles par l'existence de cette potentialité. C'est là le seul rôle du thérapeute : *il joue le rôle de facilitateur du changement*. Il adoube le patient pour le changement.

Il est même des fois où le thérapeute n'est que prétexte au changement.

Se laisser changer, au-delà de toute résistance

Marie-Françoise, 43 ans, consulte pour sevrage tabagique.

Elle fume plus d'un paquet par jour depuis l'âge de 20 ans. Le jeune homme qui lui a proposé de fumer sa première cigarette est devenu, par la suite, son mari. Après un entretien visant à déterminer les motivations qui sous-tendent l'arrêt de la cigarette, Marie-Françoise me confie qu'elle craint que la tâche ne soit difficile. Elle a arrêté de fumer de nombreuses fois, mais a toujours rechuté quelques semaines plus tard. Lorsque je lui demande si son entourage et son mari en particulier, est d'accord avec ce changement, elle rit, surprise par ma question, et me répond qu'évidemment, qui ne voudrait pas que ses proches cessent de jouer leur vie avec un poison aussi insidieux que le tabac ?!

Suite à cette première séance d'hypnose, je n'ai plus de nouvelles de Marie-Françoise.

Quelques mois plus tard, elle se présente à nouveau en consultation pour apprendre l'autohypnose, afin de gérer le stress au travail. Lorsque je lui demande comment cela se passe avec la cigarette, Marie-Françoise me répond dans un sourire resplendissant, et sur le ton de la confidence, que grâce à l'hypnose, elle a compris que si elle n'y était pas arrivée jusqu'à maintenant, c'était parce qu'elle ne pouvait abandonner la cigarette alors que son mari continuait à fumer. Elle ne pouvait s'empêcher de culpabiliser à l'idée de casser ce rituel qui avait été à l'origine de leur rencontre !

« Grâce à l'hypnose », me dit-elle, « j'ai pu me laisser changer. C'est vraiment étrange mais cela s'est fait en dehors de ma volonté, c'est parfait ! »

En se laissant transformer par l'hypnose, Marie-Françoise s'est vue libérée de tout effort de volonté pour entretenir sa nouvelle hygiène de vie. Elle a laissé faire l'hypnose. Bien entendu, son mari était ravi qu'elle arrête de fumer, et l'hypnose aura été le parfait alibi pour achever un mouvement qui s'était amorcé depuis sa première tentative de sevrage tabagique.

Ainsi, l'hypnose permet de prendre appui sur ce qui est déjà là, et d'amplifier le mouvement jusqu'à ce que le changement soit non seulement voulu, mais inévitable. Ce principe fondamental qui consiste à rendre le patient présent à ce qui est déjà, mais qu'il ignorait peut-être (ou au mieux suspectait) est utile dans le cadre de la thérapie elle-même. On fait de l'hypnose parce qu'il existe une potentialité au changement qui aura été perçue par le patient, mais aussi par le thérapeute, qui va prendre appui sur cette potentialité. Mais également à chaque étape du processus hypnotique, pour créer le phénomène hypnotique et le mener à son terme. C'est ce que l'on appelle la *ratification* (voir le chapitre 15, page 200).

ɔseph Delboeuf et la ratification

« L'hypnotiseur se trouve réduit à un simple statut de cause occasionnelle (…). Il n'interviendrait que pour donner au sujet la persuasion qu'il peut faire ce qu'il croyait ne pas pouvoir faire ou qu'il ne peut faire ce qu'il croyait pouvoir faire. Bref, l'hypnotiseur révélerait au sujet son pouvoir sur soi-même, il libérerait chez lui une puissance de l'esprit qu'il aurait eu trop tendance à méconnaître. »

(François Roustang, *Qu'est-ce que l'hypnose*, Ed Minuit)

L'astuce en hypnose consiste à prendre appui sur ce qui existe déjà. C'est certainement là la plus puissante des suggestions. L'embryon du changement, qui mène intuitivement le patient jusqu'à la consultation, sera le point d'appui qui permettra à la dynamique de la transformation de se mettre en mouvement.

Illustration du **processus hypnotique**

Le patient consulte.

Il est invité à s'installer convenablement. La plupart du temps, c'est un fauteuil qui lui est proposé, un siège ou un divan. Plus rarement, lorsque les circonstances l'exigent (une impossibilité physique transitoire ou durable), le patient pourra s'allonger sur un support adapté ou même rester debout.

Nous dirons qu'il est figé dans le problème qui l'amène à consulter un hypno-thérapeute. Nous dirons aussi que le patient est immobilisé par sa souffrance.

Il s'installe dans le fauteuil d'hypnose. Il est vigilant. Il raconte son histoire. Le thérapeute le rejoint dans l'ici et maintenant, une nécessaire disponibilité qui lui permet de percevoir ce qui se passe, d'évaluer où le patient se situe, quel est le contexte et quelles sont ses croyances, quelles sont ses forces… À ce propos, il peut être utile au préalable, avant de travailler sur le fond du problème, de passer par une étape d'attribution, c'est-à-dire de rendre au patient les forces dont il dispose mais qu'il ignorait. Ce serait une sorte de mise en condition pour mieux répondre ensuite à sa demande. Ainsi restituées, les forces lui permettront alors de se laisser glisser dans la résolution de ses difficultés. Parfois même, l'hypnose peut se résumer à cela : rendre au patient les forces qui sont les siennes, mais qu'il ignorait. Le changement se fait alors de lui-même.

Revenons à notre consultation.

Le patient s'est donc confié au thérapeute pour poser les fondements de sa demande. Dans son discours, le thérapeute, par sa vigilance totale et bienveillante, aura perçu un point d'achoppement qui lui semble peut-être correspondre au point névralgique qui tient le problème dans son entier.

Alors, c'est l'induction. On réduit les stimulations sensorielles externes, pour favoriser l'absorption. On tamise les lumières. On travaille idéalement dans un endroit calme, où la température est agréable. La fermeture des yeux n'est pas indispensable. Elle aide le patient à s'absorber et à se couper des distractions extérieures à sa perception, mais c'est lui qui décidera de faire ce qui le rend plus confortable.

Il est par exemple proposé de focaliser son attention sur quelque chose. Ce peut être un point, une sensation physique comme le contact du corps avec le fauteuil, mais ce peut être également une angoisse, une douleur, ou

encore un souvenir agréable. Ce peut être, bien évidemment, d'emblée le point qu'il semble utile de travailler. On ne cesse d'ailleurs de s'émerveiller de voir les hypnotistes confirmés travailler d'emblée avec une acuité exemplaire sur l'essentiel du problème comme un maître zen esquisse un trait qui veut tout dire à la fois. Cette façon de faire demande des années d'expériences, et certainement une qualité propre au thérapeute, en plus d'une compréhension profonde du phénomène hypnotique.

Mais disons que nous prenons le temps de passer par une étape d'induction classique : Comment s'y prendre ? Pour induire l'hypnose, on peut par exemple accompagner les instructions de phrases paradoxales ne voulant rien dire, destinées à faire perdre les repères.

On laisse la confusion s'installer progressivement. Confusion des sens. Confusion de l'esprit. Le patient est comme fondu dans le siège, absorbé, coupé des afférences sensorielles externes.

C'est maintenant la phase de la dissociation. Elle permet de mettre de côté les habitudes, les croyances, les réflexes acquis, d'autres réflexes plus fondamentaux, pour retrouver une certaine liberté. La confusion, le flou créé par l'induction a permis au patient de quitter le contrôle, la raison, présents en début de processus. La confusion permet de laisser tomber les fonctionnements acquis et attendus du système nerveux. La confusion permet de créer un chaos dans les perceptions, à partir duquel va naître une nouvelle configuration de liens, selon Roustang.

Car cette focalisation n'est pas une focalisation qui ferme, comme ce peut être le cas dans la pathologie : c'est une focalisation qui ouvre explique Jean-Marc Benhaiem.

Au fur et à mesure que le patient s'absorbe, on peut observer différents signes tels que l'immobilité du corps, le ralentissement de la respiration, la perte de l'émotion, la perte du sens critique, de petits mouvements involontaires des muscles, une coloration différente de la peau. Le patient pourra aussi renseigner avec une certaine lenteur dans le phrasé : « Je me sens lourd… Dans le flou… ».

Situer le patient dans le processus hypnotique

> Demander au patient où il en est, c'est-à-dire laisser la liberté au patient s'il le désire, de renseigner le thérapeute sur ses perceptions, est le moyen le plus sûr de l'accompagner et de ne pas se perdre en conjoncture. Nombre de praticiens considèrent que la transe hypnotique est quelque chose de bien trop fragile pour risquer de l'interrompre en demandant au patient de formuler son expérience. En réalité, c'est parce que l'hypnose n'est pas un état, que le patient peut y faire des allers retours, tantôt plus profondément en transe, tantôt un peu plus présent. S'enquérir de ce que ressent le patient permet également d'user de la ratification pour l'accompagner plus avant dans l'expérience. Trop nombreux sont les thérapeutes qui continuent à procéder à une induction suivie d'un long monologue de leur part dans le but de « dispenser » les suggestions thérapeutiques au patient. Cela peut marcher, mais la meilleure des hypnoses est celle qui accompagne le patient pas à pas.

Puis l'on observe. On est attentif aux signes physiques mais aussi à ce qui se dit : « Il me vient une image… Une idée… C'est curieux… Je perçois telle chose… ». C'est fugitif. Comme un rêve. Ce n'est pas une élaboration mentale, une construction de la pensée logique. Ce n'est pas un raisonnement. C'est quelque chose qui vient dans une sorte de flottement, comme lorsqu'on entre dans une rêverie. Cela signe que le patient est vraiment dans l'expérience.

À ce stade du processus hypnotique, le thérapeute propose l'exercice qui lui semble le plus adapté à la situation. C'est le contexte, l'expérience du thérapeute, sa sensibilité, ce qu'il a perçu de l'histoire du patient, les forces qu'il aura soupçonnées, ou leur absence, qui l'amènera à proposer telle ou telle expérience hypnotique.

Le seul guide pour le thérapeute, une fois le processus en cours, est la perception du patient pendant l'expérience de l'hypnose. Et celle-ci est inestimable.

L'émergence de ces images nouvelles, de ces perceptions nouvelles, se réalise pendant la phase que François Roustang nomme perceptude. C'est l'étape de l'ouverture. L'étape de la résolution de problèmes. C'est un état de perception généralisée, de non-distinction, de non-différenciation. C'est l'état dans lequel les liens se défont : si l'on veut créer quelque

chose de nouveau, changer quelque chose (un rapport à tel ou tel élément de notre vie), il faut d'abord que les liens préexistants se défassent pour en créer de nouveaux. Pour changer ces liens, sa perception, son point de vue, la raison n'est parfois pas suffisante. Il faut plutôt laisser agir quelque chose du corps. Il n'y a de changement complet que dans la mesure où il y aura incorporation de cette nouvelle perception.

ituation génératrice d'angoisse

Pour exemple, afin de percevoir différemment une situation génératrice d'angoisse, il faut relâcher les liens qui génèrent cette perception de sorte que l'on puisse se permettre de faire l'expérience de la situation d'une nouvelle manière. Cette nouvelle façon de percevoir, cette nouvelle tonalité, est quelque chose de l'ordre du corps car *dans l'hypnose, faire l'expérience d'une situation revient à la vivre réellement*. C'est le corps tout entier qui est embarqué dans l'expérience. Cela n'a rien d'une simple représentation mentale. C'est un nouveau positionnement qui se fait, par une perception alternative de l'être tout entier : cette émergence de la nouveauté est rendue possible par la perceptude.

Parce que dans cette phase de l'hypnose, le patient fait l'expérience d'une perception alternative, tout se passe comme si l'ancien mode de fonctionnement de l'individu était refondé, remodelé en un nouvel état d'être. On peut dire aussi que la perception est rafraîchie.

On se croyait condamné à répéter inlassablement le même comportement, à percevoir le contexte de la même façon, et voici que par l'hypnose on expérimente une nouvelle façon de se comporter, une nouvelle façon de percevoir les choses, qui sied mieux au contexte et le rend plus confortable.

C'est donc par l'expérience hypnotique que se réalise une véritable plastie mnésique. On parle aussi de réorganisation des liens.

Ces alternatives expérientielles sont toujours produites par le patient lui-même. Le thérapeute n'est là que pour le guider, en percevant le point

névralgique sur lequel l'hypnose pourra s'exercer pour modifier la perception.

Ainsi, le thérapeute aura accompagné le patient au travers du processus hypnotique. Se rendre compte d'une immobilité, de quelque chose de figé, mettre de la confusion dans les sens pour que l'intellect lâche la volonté de faire quoi que ce soit, pour laisser émerger une indistinction, une non-différenciation. C'est de ce magma de possibles que naîtra une nouvelle perception, un nouveau positionnement par rapport à tel ou tel élément qui posait problème. S'il s'agit de lâcher prise, ce n'est que pour lâcher la volonté de contrôle en début de processus, afin d'accepter de quitter la cognition pour faire l'expérience du vide de l'ouverture. C'est par la perceptude que le vivant exprime son inégalable inventivité et procède à la rectification des liens avec les êtres et les choses.

Cela paraît simple.

Pourtant, chaque étape a ses règles qu'il vaut mieux connaître.

Intéressons-nous à présent en détail à chacune de ces phases.

e qu'il **faut retenir**

L'hypnose n'est pas un état.

L'hypnose est un processus.

Le processus hypnotique se découpe en phases successives.

Chacune des phases se caractérise par des signes cliniques qui peuvent être observés chez le patient.

La première phase est l'induction qui consiste à se focaliser sur un élément pour produire une confusion dans la perception.

La confusion permet de quitter la pensée critique qui entrave la capacité d'adaptation de l'individu.

La seconde phase est la dissociation, qui fait que le patient est à la fois ici et ailleurs.

La dissociation hypnotique ouvre sur la perceptude.

La perceptude est appelée également ouverture ou veille paradoxale, et représente l'état hypnotique à proprement parler.

La perceptude est le lieu dans lequel les perceptions acquièrent suffisamment de souplesse pour se réorganiser.

C'est par l'ouverture de l'hypnose que les modes de fonctionnement délétères sont refondés en de nouveaux modes de fonctionnement plus adaptés.

Pour faire l'expérience de l'hypnose, il faut passer par la mise en veille de l'esprit logique et rationnel.

OceanofPDF.com

Chapitre 9

Première étape : créer **l'alliance thérapeutique**

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, l'hypnose est devenue une thérapie à part entière, et de nombreuses personnes, si elles n'ont pas elles-mêmes bénéficié d'une hypnothérapie, ont entendu parler de l'hypnose autour d'elles. Certaines entendent parler de l'hypnose dans des articles de journaux divers, dans des émissions de télévision tout aussi diverses, ou encore au spectacle de music-hall. Internet regorge de sites anglophones mais aussi francophones où l'on propose même de bénéficier de l'hypnose par le biais de cours électroniques par correspondance, ou par le biais de séquences vidéos, moyennant paiement bien entendu. Dans un tout autre domaine, très loin du soin, quelques artistes de music-hall rencontrent un vif succès en utilisant l'hypnose de spectacle. Certains mêmes, usent de techniques hypnotiques et les combinent avec illusion et manipulation mentale pour créer des spectacles très divertissants.

Hélas, cet engouement renouvelé pour l'hypnose fait que l'on peut entendre et lire tout et n'importe quoi sur le sujet. Si l'hypnose est un artisanat qui s'est transmis de génération en génération de médecins depuis le IX^{e} siècle, l'application qui en est faite aujourd'hui est parfois bien éloignée du contexte médical et du contexte du soin lui-même. Il en résulte une quantité regrettable d'informations erronées, malheureusement largement diffusées, qui conditionnent les attentes et les croyances du patient au sujet de l'hypnose.

Alors qu'est ce qui nous permet de différencier l'hypnothérapie de l'hypnose de spectacle, ou de l'hypnose de rue ? Qu'est-ce qui nous

permet de différencier l'hypnose proposée par un tiers de l'hypnose proposée par un professionnel du soin ?

Le contexte

Le premier des fondamentaux est la pose du contexte. L'hypnose en elle-même n'est pas gage de thérapie. Seul le contexte dans lequel elle est employée conditionnera ce que l'on peut en attendre. Ce n'est donc pas l'hypnose qui porte l'intention du soin, mais le *contexte* dans lequel se fait la rencontre entre hypnotisé et hypnotiseur. L'élément essentiel du contexte est *l'intentionnalité* qui sous-tend ce dernier. Dans le contexte du soin, l'intention est implicitement le soulagement du patient.

e soin

Le soin est une pratique spécifiquement humaine : de tout temps, dans toutes les cultures, les humains ont désigné des personnes du groupe pour soigner autrui. Notre société a donné à la médecine et aux pratiques du soin la légitimité d'accompagner l'autre vers un soulagement. C'est dans ce contexte que l'hypnose prend sa dimension thérapeutique *légitime*.

Aujourd'hui, il est possible de bénéficier d'hypnose thérapeutique dans le contexte ambulatoire (cabinet privé, clinique, centre médico psychologique, centre médical généraliste ou spécialisé, dispensaire, consultation ambulatoire hospitalière, cabinet dentaire…) mais également dans le contexte hospitalier.

En ambulatoire, le patient consulte de sa propre initiative. C'est donc un mouvement tout à fait volontaire, voulu, réfléchi. Le lien de confiance qui en résulte a une tonalité différente du lien dans le contexte hospitalier.

En milieu hospitalier, c'est dans le cadre de la douleur chronique, mais aussi aiguë, que l'hypnose a repris naturellement sa place dans les locaux aseptisés de l'hôpital. Le patient se voit proposer l'hypnose par les professionnels du soin de la structure qui le prend en charge. En ce sens, cette technique n'est pas, le plus souvent, une demande spontanée de la

part du patient, mais plutôt quelque chose dont il peut bénéficier s'il l'accepte. On est bien loin du cabinet du thérapeute, aux lumières tamisées et aux fauteuils d'hypnose confortables, propices à la confidence ou au relâchement. Le contexte hospitalier donne souvent l'impression de devoir « improviser », d'apprendre à « faire avec » l'environnement qui va parfois tout à fait à l'encontre d'une suggestion de bien-être (bruits de pas, portes qui claquent, sonneries de matériel médical, lumière vive, fauteuil inconfortable, odeur de médicaments…). Cet environnement oblige le thérapeute à développer un savoir-faire spécifique au contexte, à l'aide de techniques d'hypnose rapide et efficace quelles que soient les perturbations alentour.

À l'hôpital, l'hypnose s'invite également dans divers services d'hospitalisation, en tant qu'outil de choix pour calmer l'anxiété. On ne sait que trop bien l'influence délétère du stress sur la perception que l'on a d'un symptôme, ou sur la façon dont un événement est vécu. Ainsi, on la verra volontiers utilisée dans le cadre d'une préparation à une intervention chirurgicale, d'une préparation à l'accouchement, d'un soutien d'un traitement anticancéreux, d'un soin anxiogène en pédiatrie etc.

Quelle que soit l'indication, elle donne une qualité tout à fait unique à la relation thérapeutique, et influe favorablement sur l'observance du traitement. Elle a également toute sa place en psychiatrie, dès lors qu'elle est utilisée par des *psychiatres*.

L'hypnose peut donc potentiellement être utilisée en médecine quelle que soit la spécialité, sauf dans le cadre de la pratique médico-légale du vivant. Cette dernière n'est en effet pas une médecine de soin, mais une médecine de constat, d'objectivation de lésions, dans le cadre d'une procédure judiciaire. Ici, l'hypnose n'a pas sa place, sauf peut-être pour faciliter l'entrée en relation avec le patient dans un contexte posttraumatique aigu, mais certainement pas dans une optique de soin surtout si le praticien est lui-même le légiste requis par la justice.

En dehors de ce cadre spécifique, les indications de l'hypnose sont très larges. Le pendant de cette grande polyvalence est la tentation – parfois trop grande – pour les hypnothérapeutes, de prendre en charge des pathologies qui ne relèvent pas de leur champ de compétence.

Car il en va de l'hypnose comme pour toute autre technique de soin : *l'hypnose rajoute une qualité à une compétence qui est déjà présente.* Il ne viendrait pas à l'esprit d'un dentiste de soigner un patient atteint de trouble de la personnalité par l'hypnose sous prétexte qu'il a été formé à cette technique. De la même manière, il ne viendrait pas à l'esprit d'un psychiatre d'accompagner au bloc opératoire un patient en hypnose pendant une intervention locorégionale.

C'est une question de bon sens autant que d'éthique.

L'hypnose ajoute une nouvelle dimension à un savoir-faire préexistant. Elle ne se substitue pas à la formation initiale d'un soignant.

En quoi consiste le principe de précaution ?

Ce principe de précaution (qui vaut pour le patient comme pour les hypnotiseurs) étant pris, l'emploi de l'hypnose en milieu hospitalier s'intègre parfaitement comme un complément parfois indispensable à la prise en charge des patients. On s'assurera simplement d'établir une bonne coordination entre les différents intervenants (médecins, infirmières, etc.) afin d'adapter au mieux l'hypnose au contexte dans lequel elle est employée. À titre d'exemple, il n'est pas rare que l'hypnose utilisée au bloc opératoire change radicalement l'atmosphère dans laquelle l'intervention est réalisée : chacun prend son temps, les gestes sont posés, on limite les sons inutiles, et les équipes sont agréablement surprises par la réduction du stress qui résulte d'une technique pourtant initialement destinée au bien-être du patient uniquement !

Dans le contexte ambulatoire, le patient réalise souvent lui-même la coordination des différents intervenants. Lorsque la consultation est réalisée par un médecin, c'est assez naturellement que ce dernier se tiendra au courant de la bonne évolution de la thérapie, les confrères participant à la prise en charge du patient.

À une époque où la médecine découpe l'humain pour tantôt ne s'occuper que de son cœur, tantôt de ses poumons, tantôt de son ventre, c'est parfois le patient lui-même qui veille à une certaine cohésion dans la prise en charge en choisissant les intervenants qui lui semblent capables de

s'intéresser à l'individu dans sa globalité, en respectant ce qu'il a d'unique. Les acteurs de santé devront faire alliance pour potentialiser les chances de guérison. La communication permettra d'accorder l'intentionnalité et de s'assurer ainsi qu'aucune confusion n'existe quant au rôle et aux objectifs de chacun.

On prendra surtout et à chaque séance le temps de faire formuler (ou reformuler) au patient sa demande, son objectif, afin de focaliser le travail, même et surtout s'il est adressé par un confrère ou une connaissance. Il ne s'agit en rien de tester la motivation des patients, mais plutôt de s'accorder sur ce que l'on attend de l'expérience, et peut-être ainsi de s'attarder en précisions sur ce qui est possible et ce qui ne l'est pas dans le cadre de l'hypnothérapie.

> ***Le rôle de l'hypnothérapeute est de permettre au patient, dans un contexte sécurisant, de se laisser aller à faire une expérience de modification perceptive dans la perspective d'un soulagement.***

Ainsi, la position du thérapeute elle-même sera clarifiée. Ce que l'on peut attendre de lui, et ce que le patient devra faire par lui-même. Il sera par exemple hors de question de maintenir un certain flou sur de quelconques capacités spéciales du thérapeute. Quelques patients en effet, sont persuadés que c'est grâce à un fluide ou à un pouvoir particulier que le thérapeute les conduit en hypnose. Il est contre-productif voire dangereux de laisser s'installer cette croyance, et il est de la responsabilité de l'hypnotiseur de rétablir le rôle de chacun dans l'expérience thérapeutique de l'hypnose.

Mais qu'est-ce qui doit être modifié ? C'est ce que le patient amène comme expérience ou comme contenu perceptif sur le temps de la séance. C'est sur cela que l'attention doit se porter. Et c'est pour cela que l'on doit s'assurer que patient comme thérapeute sont présents sans aucune réserve à ce qui se déroule dans l'ici et maintenant.

Cette modification perceptive pourra se jouer, entre autres, par le déploiement de l'imagination. Non pas par l'imagination comme simple représentation mentale, mais plutôt l'imagination comme simulation : dans l'hypnose, l'imaginaire devient le réel. Pourtant, ne nous y trompons

pas, le patient est tout à fait capable de faire la distinction entre ce qui est de l'ordre du factuel, du tangible, de la réalité partagée du monde des corps et de la réalité perçue personnelle et non partagée. C'est toute la différence entre le monde des faits et le monde des représentations. Cette distinction est implicite mais il est tout à fait possible lorsque l'expérience vécue dans la transe acquiert une réalité de perception déstabilisante, de rappeler que si l'imagination s'est déployée dans la transe c'est pour en faire pleinement l'expérience perceptive, et qu'il n'y a pas à craindre de ne plus savoir ce qui est réel et ce qui ne l'est pas. Il suffit de revenir de l'hypnose pour retrouver le monde tangible partagé par tous.

Faire peau neuve… Sans chirurgie !

Éric, 42 ans, consulte pour phobie sociale. Il semble peu confiant. Ses gestes sont empruntés, sa démarche mal assurée… Jusqu'à ses vêtements qui sont trop étriqués pour lui, et de couleur bien terne. Éric exerce une profession qui lui permet d'éviter le contact avec autrui. Il subit une phobie sociale depuis une vingtaine d'années, et se décide à faire quelque chose, souffrant de la solitude qui paradoxalement le rassure et lui donne une contenance.

Pendant la première séance d'hypnose, Éric fait l'expérience spontanée d'une scène particulièrement pénible où il s'observe lui-même sur une table de dissection, écorché et blessé. Supportant mal cette vision inquiétante, il met un terme à la séance. Il revient pourtant quinze jours plus tard, quelque peu perturbé par sa première expérience.

Au terme de la seconde séance, il revient de l'expérience hypnotique dans une certaine confusion. Lorsque je lui demande ce qui le perturbe, il me répond que pendant l'expérience, la même scène est venue à son esprit, et qu'il ressentait le désir féroce d'enlever cette peau sanguinolente qu'il pouvait observer sur son corps écorché. Il faudra quelques minutes de discussion pour faire comprendre à Éric que l'expérience de l'hypnose permet de jouer avec les perceptions et qu'il est possible de laisser son imagination se déployer sans risque, dès lors que l'on fait bien la part de ce qui est réel et ce qui est imaginaire. Éric ne souffre d'aucun trouble dissociatif, et comprend tout à fait mon discours. Pourtant, il préfère annuler la troisième consultation.

Trois mois plus tard, Éric revient, à mon grand étonnement. Il est tout à fait déterminé à aller jusqu'au bout de l'expérience. Une fois en transe, il expérimente, une fois encore, le même scénario. Cette fois, c'est en toute connaissance de cause qu'il arrache cette peau sanglante de son propre corps, une scène certainement digne des pires films d'horreur.

À la fin de l'expérience, Éric ouvre les yeux. Il y a quelque chose de différent dans son regard. Il ne dit pas mot, ne souhaitant pas partager ce qui s'est joué pendant cette expérience et nous nous quittons sur cette ultime séance d'hypnose.

C'est six mois plus tard qu'Éric revient me voir. Je le reconnais à peine lorsque je viens le chercher dans la salle d'attente. Sa façon de se mouvoir est différente, ainsi que ses vêtements et sa coupe de cheveux. Il parle avec aisance. Il vient pour « prendre un peu de forces dans l'hypnose » dit-il, car il est en train de créer sa propre petite entreprise. Nous ne reviendrons pas sur l'expérience réalisée quelques mois auparavant. Une chose est sûre, elle aura été décisive dans son évolution personnelle.

C’est bien par la bienveillance du contexte que le patient, soutenu par le thérapeute, peut accepter de laisser ses perceptions se déployer, par la prolifération de l’imagination comme expérience réellement vécue, tel que ce cas clinique l’illustre.

Mais cette expérience, aussi radicale qu’elle puisse être, ne pourra évidemment se faire qu’avec le consentement éclairé du patient.

Le **consentement** du patient

Dans le cadre de l’hypnose thérapeutique, que celle-ci soit dispensée par un médecin, un dentiste, une psychologue, une sage-femme ou toute autre personne *habilitée à délivrer un soin*, il est une nécessité à laquelle nul soignant ne peut déroger : *l’obtention du consentement éclairé du patient*.

Tout soin, quel qu’il soit, doit être administré à un patient *avec son accord*.

Le consentement éclairé consiste à obtenir l’accord du patient après s’être assuré de la bonne compréhension du soin qui va lui être administré.

C’est donc la première et indispensable étape préalable à toute thérapie.

Lorsqu’on sait la difficulté pour les hypnotistes et les hypnologues à s’accorder sur une définition consensuelle de l’hypnose, et lorsqu’on sait combien l’expression « *état de conscience modifié* » est peu contributive à éclairer le patient sur la nature de l’expérience, on sera bien inspiré de simplifier ce qui va se passer afin de rassurer le patient.

Parce que l’hypnose est porteuse d’idées reçues, il ne sera pas inutile de faire tomber quelques mythes la concernant avant de débuter la thérapie.

La seule chose qui compte, c’est que la relation entre le patient et le thérapeute soit honnête et explicite.

En réalité, il n’y a rien de spécifique à ces qualités de la relation thérapeutique, mais dans le cadre de l’hypnose, nombreux sont encore ceux qui ont tendance à considérer que moins on en dit, plus le patient est dans l’ignorance, plus il sera facile de « contourner les résistances ». C’est une approche assez peu adaptée à la pratique du soin aujourd’hui. Il existe

dans cette perspective une arrière-pensée de « manipulation » qui reste discutable.

Nous sommes partisans d'une totale transparence dans la pratique de l'hypnose, dans le cadre du soin. Toutefois, devant l'évidente difficulté à définir l'hypnose, le thérapeute peut tout à fait inviter son patient à « faire une expérience », c'est-à-dire faire l'économie de l'utilisation du terme d'hypnose, sans porter tort à la qualité de l'expérience qui va se jouer. Car c'est bien de cela qu'il s'agit. *Faire une expérience*, au travers du tissu relationnel du contexte thérapeutique.

Il n'est en particulier pas nécessaire de parler d'hypnose lorsque celle-ci est utilisée « à la volée » ou dans un contexte dans lequel elle intervient comme un outil thérapeutique qui apparaît adapté à l'instant qui se vit (faire tomber une angoisse pendant une hospitalisation, accompagner pendant la mise en place d'une anesthésie, préparer un enfant à un geste douloureux, etc.). Là non plus on ne cherche nullement à cacher quoi que ce soit au patient, mais il est tout aussi valable de parler « d'exercice de concentration », de « jeu de perception », « d'expérience un peu bizarre » que de parler d'hypnose. Cela est même peut-être préférable, car on imagine aisément combien le patient, que l'on sentait disponible pour faire une expérience perceptive, pourrait s'éloigner de l'opportunité de vivre l'hypnose en s'inquiétant de la signification de l'expression « modification de son état de conscience ».

Un heureux oubli

Juliette a 38 ans. Elle est anesthésiste. Depuis peu, elle est formée à l'hypnose, et a suivi avec un intérêt particulier les cours d'hypno-analgésie destinés à la mise en application de l'hypnose dans le contexte du bloc opératoire.

Habituellement, Juliette propose au patient, juste avant d'induire l'anesthésie pharmacologique, de « faire une expérience avec l'hypnose ». En général, Juliette constate à cette évocation, une certaine nervosité chez les patients déjà anxieux du fait du contexte du bloc, et de la chirurgie imminente. Puis un jour, Juliette oublie de parler d'hypnose à une patiente, qu'elle accompagne spontanément dans une induction. Elle réalise cette omission trop tard, et s'étonne de la qualité et de la rapidité de l'induction.

Elle en déduit que la qualité de la relation a permis tout naturellement de basculer sur l'expérience hypnotique.

Depuis, Juliette a décidé de se passer du terme d'hypnose, et reste concentrée sur l'instant présent de façon à mieux ressentir le moment où le patient propose une ouverture pour tenter l'expérience. Alors, patient et thérapeute sont tous deux disponibles.

Elle propose : « Voulez-vous bien porter toute votre attention sur… ». Ainsi, elle invite à la focalisation, en demandant au patient de porter son attention tantôt sur sa respiration, tantôt sur les bruits du bloc, tantôt sur une imagerie intérieure…

En procédant ainsi, Juliette réalise que les patients la suivent beaucoup plus volontiers dans l'expérience que lorsqu'elle parlait d'hypnose et tentait de les rassurer.

Proposer au patient de focaliser son attention permet de l'accompagner, s'il le veut bien, dans la première phase de l'hypnose. Le processus se poursuit si le patient, qui garde toute sa liberté, veut bien faire l'expérience proposée par le thérapeute.

Encore une fois, il est important de comprendre qu'il ne s'agit en rien de cacher quoi que ce soit. Il s'agit d'être le plus explicite et honnête possible. En ce sens, s'accorder à dire que l'hypnose est une expérience de modification perceptive qui se fait dans le tissu relationnel du contexte thérapeutique, rend service à la fois au patient, et au thérapeute.

Mais pourquoi, outre la nécessité de clarté voulue par l'éthique, faut-il s'assurer de la bonne volonté du patient à se prêter au jeu de la transe ?

> ***C'est parce que quel que soit le contexte, l'hypnose marche lorsque le patient veut bien en faire l'expérience.***

Si ne pas nommer l'hypnose potentialise parfois l'adhésion à l'expérience hypnotique, ne peut-on en définitive garder par principe ce non-dit facilitateur ?

Là encore, c'est certainement le contexte qui dictera naturellement la conduite à tenir. Dans le cadre d'une consultation ambulatoire ou du cabinet privé, lorsque le patient consulte un hypnothérapeute, c'est en tout état de cause qu'il s'adresse à un praticien de l'hypnose. Dans ce contexte, le terme d'hypnose doit non seulement être utilisé, puisque c'est ce que le patient vient chercher, mais aussi démystifié.

Pourra s'en suivre quelque discussion sur les idées reçues de l'hypnose. On sera toutefois attentif à ce que l'échange autour de l'hypnose ne se substitue pas à l'expérience elle-même et on sera prudent de ne pas entrer dans le jeu de certains patients qui, non-consciemment, cherchent à contrôler la séance en mettant en avant l'intellect, la raison et la logique. Ces derniers sont assez faciles à identifier car ils semblent poser comme condition à se laisser aller à faire l'expérience, la compréhension du phénomène. Ils pourront passer des heures à vouloir comprendre l'hypnose et à la remettre en question, sans à aucun moment en faire

l'expérience. Il faudra que le thérapeute, à un moment de la séance, mette en évidence explicitement ce comportement pour échanger sur les éventuelles craintes à faire de l'hypnose. Car l'hypnose fonctionne parce qu'elle se vit et non pas parce qu'on en comprend l'essence.

On peut même dire que potentiellement l'emploi du terme hypnose peut se faire à dessein pour exploiter l'effet suggestif du terme lui-même.

étude de **Spanos**

Spanos, dans les années 80, réalisa une étude en ce sens : il forme deux groupes. Le groupe 1 et le groupe 2 font des exercices d'hypnose. Mais alors qu'au groupe 1 on annonce explicitement que l'on va utiliser l'hypnose, on ne parle que de « thérapie de soutien » au groupe 2. Pourtant, ce sont les mêmes exercices qui sont proposés aux deux groupes. Les résultats montrent que les patients à qui on avait annoncé qu'ils allaient vivre une expérience d'hypnose relatent une expérience de transe plus profonde que ceux du groupe 2 pour lesquels on a utilisé les mêmes techniques hypnotiques mais sans employer le mot *hypnose*.

Bien entendu, il n'y a pas de règles. Par exemple, on pourra objecter que l'emploi du mot *hypnose* peut potentialiser l'effet de la suggestion en augmentant l'expectation positive du patient même dans le contexte hospitalier. Ou encore que, dans le cabinet de l'hypnothérapeute, proposer quelques expériences d'hypnose en les présentant comme de simples exercices de « concentration » permettent de rassurer les inquiets qui ne veulent pas se lancer d'emblée dans une séance, et de les accoutumer ainsi à la transe.

Puisque le contexte est celui du soin, du soulagement, travailler en hypnose de façon implicite ou explicite importe peu dès lors que l'on reste prudent sur les implications de la manière d'aborder ou non la question de l'hypnose. *La réalité clinique, plus que les considérations théoriques, doivent prévaloir*. Le thérapeute devra s'adapter aux situations. Dans le cadre de l'approche indirecte comme de l'approche directe, il faudra

prendre garde aux attentes du patient et prendre en compte ses propres représentations du travail thérapeutique qui lui sera proposé.

Je le répète à dessein, la seule règle qui puisse valoir est *l'indispensable relation honnête et explicite entre le patient et son thérapeute.*

Toutes les questions ont le droit d'être posées avant, pendant et après une séance.

De même que l'objectif doit être clairement défini avant chaque séance d'hypnose.

La **détermination d'objectif**
et la démystification de l'hypnose

L'hypnose permet de modifier la perception que l'on se fait de sa santé, de son corps, de son mental, de son rôle social, de sa vie, de son passé et de son avenir.

On parle souvent de « repositionnement » vis-à-vis de l'un ou l'autre de ces éléments constitutifs de notre existence.

On parle aussi souvent de « création de nouveaux liens » : l'hypnose permet de changer son lien à un objet, une maladie, une personne…

On dit souvent que le lien est « rigide » lorsqu'on ne parvient pas à le changer : cela revient à dire que l'on ne peut se débarrasser d'une perception, d'une croyance. L'hypnose est le creuset alchimique dans lequel le lien va se tordre, s'assouplir et se dissoudre pour que de nouvelles croyances puissent prendre place.

Dans le contexte d'une relation thérapeutique basée sur l'honnêteté et l'explicite, la détermination d'objectif se fait facilement, par un ajustement naturel, à chaque consultation mais aussi à chaque moment de la consultation. Il est possible en effet qu'en avançant dans l'expérience hypnotique, aidé par l'élargissement des perceptions de l'ouverture, le patient réalise soudain que le motif de consultation n'était qu'un prétexte et que le nœud du problème se trouvait être là où il ne le suspectait pas.

Mais, quel que soit le moment choisi, il est nécessaire de poser clairement, avec le patient, l'objectif que l'on se fixe au travers de l'hypnothérapie. Cette étape présente d'abord l'intérêt de faire mettre en mots une demande qui n'était peut-être pas véritablement formulée jusqu'à présent. Elle permet ainsi souvent de préciser une demande qui pouvait rester trop floue ou trop indéfinie. Si l'hypnose a la capacité d'utiliser nos ressources de vivant pour nous orienter vers le soulagement, encore faut-il préciser la direction que l'on veut prendre : notre objectif sera le Nord de notre boussole, et permettra de débuter l'expérience. Sans cela, l'hypnose restera indéterminée, et il sera difficile de savoir si oui ou non les choses changent, dès lors qu'on ne saura pas ce que l'on veut changer.

Parfois, demander de formuler l'objectif rend bien des services au thérapeute lui-même : cela lui évite de se perdre en conjectures à imaginer ce qui serait bien pour le patient à sa place (comment pourrait-on avoir pareille prétention), lui évitant ainsi tout comme au patient perte de temps et dépense inutile d'énergie.

Une demande éclairante

Karine, 52 ans, consulte au centre antidouleurs. Elle souffre de douleurs neuropathiques des quatre membres suite à un accident de la route qui a causé une lésion de la moelle épinière dans la région cervicale, la laissant tétraplégique : elle ne bouge ni bras, ni jambes, et se déplace en fauteuil roulant, accompagnée par son mari.

La première fois que je vois Karine, je me sens extrêmement démuni. Elle présente de telles douleurs, et communique une telle souffrance, malgré la longue liste de médicaments quotidiennement ingurgités et le nombre vertigineux de spécialistes qui s'occupent d'elle, que je ne sais vraiment pas comment l'hypnose pourrait l'aider à aller mieux.

Après deux séances d'hypnose sèche, dont elle sort satisfaite mais toujours aussi douloureuse, Karine revient me voir. Avant de commencer la séance, me sentant impuissant, je me décide à lui demander : « Qu'est-ce qu'on peut faire pour vous aujourd'hui ? ». Le regard de Karine dessine un sourire apaisé : « J'aimerais, si vous voulez bien, qu'on travaille un peu sur mon anxiété ».

Suite à cette phrase, la pression tombe brutalement. C'est quelque chose de palpable dans la pièce. Ni elle ni moi, jusqu'à présent, n'avions osé aborder la question (après tout, pourquoi consulterait-on dans un centre antidouleurs si ce n'est pour ne plus avoir mal ?). Nous nous étions fixé un objectif implicite, imposé par le contexte.

Les trois séances d'hypnose qui suivent permettent à Karine d'apprendre l'autohypnose. À aucun moment nous n'abordons la question de la douleur.

Lorsque Karine revient me voir six mois plus tard, elle me confie être moins douloureuse depuis qu'elle pratique l'autohypnose. Mettre indirectement en place un outil lui permettant de

mieux gérer la douleur, et travailler sur un objectif plus accessible, a pu efficacement soulager Karine.

Certains courants d'hypnose, puis d'autres dérivés de l'hypnose, ont créé plusieurs protocoles de détermination de l'objectif. La Programmation Neuro-Linguistique, notamment, a porté une attention particulière à la modélisation de la détermination d'un objectif comme préalable indispensable à la thérapie.

Robert Dilts, un des fondateurs de la PNL, propose un protocole de formulation d'objectif en 10 étapes. Chaque étape consiste à répondre de façon la plus complète possible à une question.

Il est fort intéressant d'accompagner le patient dans l'hypnose, par une induction formelle ou par l'hypnose conversationnelle, et de lui demander de prendre son temps pour laisser venir les réponses à la question que l'on pose *via* le protocole.

L'état d'ouverture en hypnose permet d'obtenir des réponses plus riches, plus complètes et plus authentiques, et par ailleurs certaines questions impliquent que le patient fasse l'expérience de percevoir les éléments qui feront partie de son contexte une fois l'objectif atteint.

Le questionnaire devient alors un exercice d'hypnose à part entière, sous le prétexte de mieux déterminer le motif de la consultation. Répondre aux questions avec la logique seule donne des résultats insuffisants, voire limite les possibilités de résolution de problème : en effet, gardons à l'esprit que c'est parce qu'il y a ouverture, dans la transe, que la solution émerge. C'est donc par l'hypnose que la solution se fait jour, dans le cadre d'une hypnothérapie, et non par la pensée logique.

Cependant, ce questionnaire est un bon exercice pour celui qui sait le manier et l'intégrer à la séance d'hypnose.

UN APPUI, UN QUESTIONNAIRE

Les dix questions qui permettent au thérapeute de mieux guider le patient dans la détermination de son objectif peuvent être les suivantes :

10 questions pour formuler son objectif

1. Que voulez-vous ?

Que vous apportera la réalisation de votre objectif ?

L'objectif est-il :

– Exprimé positivement (formulez ce que vous voulez et non ce que vous ne voulez pas) ?

– Pouvez-vous le mettre en œuvre vous-même ? ;

– Est-il sous votre contrôle ? (ce que vous pouvez faire vous-même sans dépendre d'autres personnes)

– Est-ce un objectif global ou peut-il être découpé en éléments plus facilement réalisables ?

2. Comment saurez-vous que vous l'aurez obtenu ? (évidence exprimée par le langage sensoriel : voir, entendre, sentir, goûter) ;

3. Où, quand et avec qui vous trouverez-vous une fois l'objectif atteint ? Avec qui allez-vous vivre concrètement sa réalisation? (Contexte)

4. Qu'est-ce qui vous empêche de l'atteindre actuellement ? (Obstacle)

5. Quelles sont les conséquences positives et négatives qu'entraîne la réalisation de votre objectif ? (Environnement)

6. De quelle ressources avez-vous besoin pour atteindre cet objectif ? (Information, attitude, état interne, argent, aide ou soutien de la part d'autres personnes, etc.)

7. Quel est votre premier pas pour atteindre votre objectif? (Plan d'action)

8. Y'a-t-il plus d'une façon d'atteindre cet objectif ?

9. De quel délai avez-vous besoin ?

10. Imaginez avoir atteint votre objectif. Retournez-vous et déterminez quelles étapes ont été nécessaires pour y arriver.

Il existe bien d'autres outils de formulation de l'objectif, mais certainement qu'en tout premier et dernier lieu le lien honnête et explicite entre le patient et son thérapeute est le meilleur gage d'une bonne

compréhension de ce qui est attendu et ce qu'il est raisonnablement possible d'attendre de l'expérience.

L'orientation de la thérapie tout entière est conditionnée par ce moment.

Alors, c'est en toute simplicité que l'on demandera ce que le patient attend de l'hypnose. La réponse peut ne pas être celle que l'on attendait. On cherchera simplement à faire formuler au patient ce qu'il attend. Parce que nous travaillons en hypnose avec le monde des représentations, nous prendrons le temps d'aider le patient à exprimer avec précision, et en engageant tous ses sens pour ce faire, la perception de l'objectif atteint. Car poser l'objectif, c'est aussi poser le matériel perceptif sur lequel le travail va se faire. Et c'est toujours la perception qui nous intéresse. Comment la perception change. Comment, une perception qui était figée (et qui empêche le patient d'atteindre son objectif) peut se mettre en mouvement et rentrer dans un processus de changement.

Ainsi le thérapeute partira-t-il de ce matériel perceptif. On voit donc toute l'importance de cette première clarification en début de séance.

Déterminer un objectif, c'est poser le cadre essentiel des représentations du patient. Quelles sont les attentes, quelles sont les représentations du soulagement. Cette question possède en elle-même le germe de la remise en mouvement des perceptions lorsque le patient commence à imaginer en quoi peut consister le problème résolu.

En clarifiant les attentes et les représentations du patient, le thérapeute intègre la spécificité de ce dernier, au-delà des dogmes, des classifications, et de la culture. Laisser au patient la liberté de s'exprimer est le sésame de l'hypno-thérapie. Laisser s'exprimer non pas pour favoriser une logorrhée de plaintes et de regrets, mais pour prendre en compte la perception du patient sans jugement : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise perception.

> ***En hypnose, on ne s'intéresse pas au pourquoi d'une représentation mais au comment elle affecte le patient. L'expérience de la transe consistera à modifier cette perception.***

Spinoza nous éclaire sur l'unicité et la valeur de nos systèmes individuels de représentation lorsqu'il dit que l'imagination ne peut être perçue que par celui qui la perçoit, et que l'imagination ne dépend que de celui qui l'imagine.

La seconde des clarifications est tout aussi importante que la détermination de l'objectif : elle consiste pour le thérapeute à prendre le temps nécessaire pour comprendre de quelle façon le patient se représente l'hypnose, et pour clarifier quelques idées reçues qui risqueraient d'interférer avec la qualité du travail à réaliser. Ainsi, il peut insister sur le fait que l'hypnose n'est pas le sommeil et qu'à aucun moment le patient ne perdra conscience. Ensuite, il pourra rassurer en affirmant que le patient garde toute sa volonté pendant l'expérience, et qu'il peut, s'il le souhaite : parler, bouger, ouvrir les yeux, mettre un terme à la séance.

Il est enfin utile d'insister sur le fait que le patient gardera le souvenir intégral de ce qui se sera passé pendant la séance d'hypnose.

L'accordage : le premier temps du processus hypnotique

La première étape du processus thérapeutique est bien souvent passée sous silence par nombre d'écoles de formation en hypnose thérapeutique. Et pourtant. Sans cette étape essentielle, point de confiance, point d'induction, point de dissociation, donc point de transe, point de changement, point de guérison.

Ce premier pas est l'instauration d'un lien thérapeutique. Il se fait par *l'accordage*, qui forge une alliance de qualité entre patient et thérapeute.

Il n'est à aucun moment question de tester la motivation du patient. D'abord parce que, nous l'avons vu, celui qui vient est celui qui a perçu même non-consciemment qu'il est déjà en mouvement vers le changement, et ensuite parce que le simple fait de réaliser la démarche de consulter est en soi une mobilisation considérable de forces qui témoignent de l'implication du patient.

réer une **alliance**

L'alliance qui se tisse dans la relation thérapeutique dépend essentiellement de la qualité d'attention respectueuse qu'offre le thérapeute au patient. En outre, le thérapeute ne juge pas. Il *rejoint* le patient dans sa perception pour l'accompagner dans le processus de changement. C'est grâce à l'alliance de qualité que les deux acteurs de la guérison s'accordent tels deux instruments de musique destinés à jouer au bon rythme la même mélodie.

On a souvent comparé le travail qui se réalise dans le cadre du colloque singulier d'une séance d'hypnose à une danse. Car comme dans une danse, le thérapeute et le patient suivent le même rythme. Il faut à la fois suivre et à la fois précéder l'autre. Pour ce faire, le thérapeute doit s'effacer en tant que Moi pour entrer tout entier dans le mouvement qui s'initie dans l'enceinte relationnelle. C'est là une spécificité de la transe : il faut que le *je en tant qu'opérateur* disparaisse. On laisse ainsi quelque chose agir sur soi et donner la réponse adéquate à l'environnement. Pour le thérapeute, le procédé permet de suivre et de précéder dans le même temps le patient dans l'hypnose. Pour le patient, le même procédé ouvre le champ des possibles pour laisser émerger la guérison.

Ressentir quel pas fait l'autre, ou quel pas il *pourrait* faire dans le sens de la guérison peut se faire par tâtonnement. Mais cela va de soi lorsqu'on suit le même *tempo*. À l'instant même où le thérapeute se rend présent au patient, sans aucune réserve, il entre dans la transe. Il n'y a alors qu'à se laisser guider par un ressenti global. C'est un ajustement réciproque qui ne passe pas par l'intellect mais par la sensorialité. C'est dire que le thérapeute se rend *sensible* à l'autre. Non pas pour absorber sa souffrance, mais pour l'accompagner au plus près de ce qui est juste.

Au fur et à mesure que le patient prend confiance en sa capacité à suivre la danse, il lui sera possible de se laisser aller plus avant dans la transe. Puis, chaque expérience dans l'hypnose le confortera dans sa capacité à aller plus loin et par-là même, à changer. Il n'est pas de séance d'hypnose qui ne procède à une réorganisation des liens. Lorsque le patient commence à suspecter que des choses ont commencé à changer, il est mis

devant la réalité incontestable de sa capacité à changer. Ratifier cette expérience est, pour le thérapeute, la meilleure des suggestions thérapeutiques car le patient est ainsi invité à constater le changement qui est déjà en train de s'opérer. Libre à lui d'aller plus loin vers une refonte plus profonde des liens qui conditionnent son rapport aux êtres et aux choses, ou à stopper là le processus de changement.

Si l'accordage est nécessaire dans l'hypnose, c'est que patient et thérapeute se doivent d'être au même endroit au même moment. Autant il est possible dans d'autres contextes thérapeutiques d'administrer un traitement sans prendre le temps d'un accordage de qualité, autant en hypnose il est impossible d'imaginer un soin de qualité sans le temps de l'accordage.

Pourquoi ?

En médecine comme dans nombre de techniques de soin, l'alliance se forge essentiellement autour d'un diagnostic. Tout se passe comme s'il fallait un ennemi commun à combattre pour mobiliser de façon égale, patient et soignant. Dès lors, les traitements seront destinés à combattre la maladie, et non à changer le patient lui-même. Lorsqu'il s'agit de l'hypnose, le travail ne porte pas sur un symptôme à éliminer, mais sur une modification de la perception subjective du patient. Car le contexte n'est pas toujours modifiable. Seule la perception que l'on en a peut être changée.

Le **diagnostic médical** en hypnose

Parce que l'on se trouve dans un contexte de soin, il est légitime (surtout si le thérapeute est médecin, psychiatre ou psychologue) de prendre connaissance d'un diagnostic si celui-ci a été posé. Mais il faudra rester prudent à ne pas traiter le diagnostic *plutôt* que l'individu.

Le problème d'un diagnostic est qu'il peut avoir tendance à éloigner le soignant de la singularité du patient. Il n'y a qu'à prêter l'oreille au langage de certaines équipes soignantes pour entendre « la chambre 222, c'est une névrose » ou encore « j'ai posé la perfusion de la méningite » ou

bien « Monsieur X, c'est un accident ischémique sylvien droit sur fibrillation auriculaire ».

> ***Les protocoles de soins ne prennent pas en compte la perception propre à chaque patient. Pourtant, c'est bien cette dernière qui conditionne l'adhésion au soin, l'observance du traitement, et, dans une certaine mesure, l'évolution de la maladie.***

Bien entendu, c'est toute la médecine qui s'est développée par la rigoureuse et indispensable classification des signes, des maladies, des symptômes, des médicaments. C'est parce que Monsieur X souffre d'un AVC ischémique que l'on va lui administrer des anticoagulants et lui faire passer un scanner de contrôle. Pourtant, si ce jeu permet d'user de protocoles de soins avec efficacité, il est incontestable que cette approche éloigne de ce qui fait le spécifique du patient.

Dès lors il est légitime de se poser la question suivante : en hypnose, la classification permet-elle de soigner ou risque-t-elle d'enfermer patient comme thérapeute dans un champ limité de possibles : celui dicté par la science et ses protocoles ?

Soyons honnêtes : en hypnose, comme ailleurs, nous avons besoin de cadres précis, et d'une série de concepts qui nous permettent de positionner les éléments de notre expérience dans des référentiels qui rassurent. Hélas, aucune des théories ou des classifications ne nous aide à entrer en contact avec un patient. Tous les tests, toutes les échelles d'évaluation auxquelles il est possible de soumettre un patient dans le contexte du soin nous éloignent un peu plus de la réalité de ce même patient qui se trouve juste en face de nous. Il ne peut pas y avoir d'hypnose tant que thérapeute et patient ne sont pas entrés en contact. Soumettre le patient à des tests, aussi pertinents soient-ils, pour le faire entrer dans une classification psychopathologique généralise l'individu et efface ce qui fait sa singularité.

Nous pourrions objecter qu'établir un diagnostic permet d'appliquer le protocole de soin adéquat.

Hélas, ou heureusement, en hypnose, il n'existe pas un protocole pour une maladie.

Le substrat sur lequel on travaille en hypnothérapie est le patient lui-même. C'est la perception du patient qui nous intéresse. Pas les signes objectivables par la science. C'est la raison pour laquelle l'entretien dans l'hypnose est mené de façon à aider le patient à exprimer la demande plutôt que les symptômes. Ce qui nous intéresse, c'est de déterminer ce qui fait souffrir le patient, et ce que ce dernier attend vis-à-vis de cette souffrance. Et l'on ne cesse de s'étonner de l'extraordinaire diversité de formulations d'un même symptôme, lorsqu'on s'intéresse non pas aux classifications cliniques médicales, mais à la perception subjective du patient. Par exemple, on peut inviter le patient à user de l'expression « comme si », qui permet d'entrer dans la métaphore, l'imagination. L'extrême subjectivité de cette dernière permet de s'assurer que le patient ne prendra pas appui sur ce qui lui a été dit ou ce qu'il est de bon ton de dire dans le contexte qui est le sien.

Par là même, il confie au thérapeute une représentation précieuse : c'est le matériel perceptif sur lequel se fera le travail. Il sera alors possible de commencer l'expérience hypnotique en proposant de porter toute son attention sur cette métaphore.

À présent que le contexte est posé et le lien thérapeutique créé (ou du moins amorcé), nous pouvons débuter l'expérience de l'hypnose.

Mais pour être dans l'hypnose à proprement parler, la « perceptude », ce temps d'ouverture permettant une réorganisation des perceptions, il est une étape inévitable.

Pour faire l'expérience de l'hypnose, il nous faut quitter la cognition. Cela ne peut se faire que parce que nous avons pris jusque-là le temps d'établir un lien de qualité, et de déterminer précisément l'objectif.

Maintenant, l'induction peut être proposée.

e qu'il **faut retenir**

L'hypnose thérapeutique est une hypnose qui s'exerce dans un contexte de soin.

Le contexte thérapeutique porte l'intentionnalité du soulagement.

Dans le contexte thérapeutique, la relation qui s'instaure entre patient et thérapeute agit.

La qualité de la relation permet une détermination de l'objectif thérapeutique dans une relation honnête et explicite.

La transe permet, soutenue et encouragée par le thérapeute grâce à la qualité de l'accordage, le déploiement de l'imaginaire en vue d'une expérience de modification perceptive.

C'est par la transe hypnotique que l'imaginaire acquiert une telle intensité, qu'elle devient une simulation capable de réorganiser les perceptions.

En hypnose, on s'intéresse à la perception subjective du patient, et non à l'étiquette du diagnostic posé.

OceanofPDF.com

Chapitre 10
Deuxième étape : **l'induction**

L'INDUCTION CONSISTE À INITIER LE PROCESSUS HYPNOTIQUE. Pour que l'induction puisse être proposée et pour qu'elle soit suivie d'effet (en l'occurrence l'entrée dans le processus hypnotique), il aura fallu entrer en lien avec le patient, en lui portant une attention bienveillante. Il aura peut-être fallu également reformuler l'attente, et démystifier quelque peu l'hypnose.

Disons qu'à présent, patient comme thérapeute sont au clair sur l'objectif à atteindre par le biais de l'hypnothérapie.

L'hypnose peut débuter.

induction

L'induction est la seconde étape du processus hypnotique, mais c'est elle qui initie l'entrée dans l'hypnose. Pour cela, elle va dans un premier temps permettre au patient de sortir de la perception ordinaire, dominée par la logique, la maîtrise et la raison.

Bien qu'il existe de nombreuses techniques pour induire l'hypnose, le principe de base est la saturation des différents canaux sensoriels, habituellement par un stimulus monotone. C'est ce que l'on nomme *l'absorption*, ou la *focalisation*.

Dans la fixation d'un point lumineux, nous dirons que toute l'attention est volontairement portée sur la seule modalité sensorielle visuelle. Cette absorption a pour effet de couper le patient des modalités auditives,

tactiles, olfactives et gustatives. Cette fixation a tendance également à réduire le dialogue interne et à provoquer un ralentissement de la pensée. L'induction se traduit sur le schéma du processus par un mouvement de fermeture : c'est toute la perception qui se réduit et qui se ferme sur un point.

Ainsi, toutes les techniques d'induction, quelles qu'elles puissent être, consistent en une focalisation de l'attention sur une seule perception.

James Braid usait de la fixation visuelle, en proposant de fixer intensément l'extrémité d'un instrument lumineux.

Lorsqu'un point est fixé avec attention, et lorsqu'on prolonge cette fixation, la perception que l'on a de ce point se transforme. Bien entendu, le point lui-même ne change pas. Pourtant, on observe des changements de forme, de luminosité, le point se dédouble… Cette expérience, pourtant très simple, est fascinante par la richesse de son enseignement.

> ***L'hypnose consiste en un apprentissage d'utilisation du processus attentionnel.***

C'est un entraînement à la modification perceptive, essence même de l'expérience hypnotique.

> ***L'hypnothérapie consiste à accompagner le patient de la souffrance au soulagement par la transformation de la perception.***

L'attention soutenue entraîne une modification des perceptions. Dans le cadre expérimental, ce jeu de fixation permet d'installer des états légers d'hypnose, et d'apprivoiser la capacité à générer du flou dans les perceptions. En clinique, ce principe de base est utilisé dans l'intention du contexte du soulagement.

Lorsque l'on voit les étrangetés perceptives qui naissent de la simple fixation d'un point noir sur une feuille blanche, on ne s'étonne pas des situations insolites parfois rencontrées dans le cadre de la thérapie, puisque le processus attentionnel sera utilisé tout au long de l'expérience pour modifier ce qui était figé afin de lui rendre du mouvement. Mais ici aussi, il n'y a rien à juger. Le travail du thérapeute consistera à

accompagner le patient pour favoriser les changements perceptifs, sans chercher à interpréter quoi que ce soit au cours de l'expérience.

Ces expériences de fixation de l'attention intéressent l'hypnothérapeute car elles sont suivies d'un bref intervalle de confusion : à force de fixer l'attention sur un point, la perception devient confuse. On regarde sans voir. Pour contrôler ce que l'on perçoit, il faut alors remettre du mouvement dans le regard. Accepter de laisser la confusion s'installer dans les sens c'est volontairement accepter de ne plus contrôler sa perception le temps de l'expérience. Qu'il suffise de savoir que rien de nocif ne peut venir de cette expérience pour se rassurer et se laisser aller plus avant.

Car c'est précisément la confusion qui permet le relâchement de la logique, de la cognition, du contrôle.

> ***C'est cette confusion qui favorise la mise en sommeil de la pensée logique basée sur les associations cognitives, pour permettre l'émergence de nouvelles associations.***

C'est précisément ce premier temps de l'induction qui est responsable du relâchement des fonctions supérieures permettant l'émergence de sensations, représentations, images nouvelles.

Si vous souhaitez expérimenter vous-mêmes ce que sont ces états un peu particuliers, il existe sur internet de nombreux sites qui proposent des jeux d'illusion d'optique. Ces jeux déclenchent toujours une *modification perceptive* générant une certaine confusion.

Car lorsque l'on fixe, lorsque l'on est *vraiment* dans l'expérience proposée, on expérimente *l'arrêt de la pensée logique*.

Il est en effet impossible de faire à la fois l'expérience de la confusion des sens générée par l'exercice et penser avec acuité.

Voilà la brèche, l'ouverture, qui était nécessaire pour commencer à envisager une autre perception. Jusqu'à présent, parce que la pensée était omniprésente, le patient ne pouvait s'ouvrir à un milieu beaucoup plus large de perceptions alternatives.

Il peut être intéressant de présenter ces illusions au patient comme autant de jeux permettant l'exercice de la concentration. Les plus résistants auront parfois quelques difficultés ou appréhensions à entrer d'emblée dans l'hypnose. Passer par ces expériences ludiques est un moyen d'assouplir la perception, et souvent l'occasion de retrouver le plaisir du jeu et de la nouveauté, que la gravité du quotidien nous enlève trop facilement.

Quelques précautions à prendre

Nous allons à présent proposer divers exercices utilisables en hypnose : des techniques d'induction, mais aussi un peu plus loin dans le texte, quelques exercices pour la phase dite de l'ouverture, propices à la modification perceptive.

Il est indispensable d'avoir toujours à l'esprit qu'une bonne séance d'hypnose sera toujours faite « sur mesure ». Ainsi, un thérapeute de talent n'aura nul besoin d'utiliser les techniques qui vont vous être présentées. Ou s'il les utilise, c'est uniquement pour les adapter au contexte de la thérapie qui se joue.

Un thérapeute d'expérience n'aura parfois qu'à rendre le patient présent à l'endroit même où se joue le problème, pour laisser la force de la transe faire éclater toutes les interrogations et faire épouser le mouvement avec une simplicité redoutable d'efficacité. Mais avant d'en arriver là, les hypnothérapeutes doivent passer par l'apprentissage méthodique des techniques permettant l'obtention des phénomènes hypnotiques. C'est seulement dans un second temps que ces techniques seront assimilées dans la pratique et l'expérience, et donneront naissance à une pratique hypnotique personnalisée, de plus en plus proche du but recherché avec le patient, au moment voulu.

Pourtant, puisque ce livre parle d'hypnose et de sa technique, je pense qu'il est intéressant de présenter quelques expériences que vous pourrez vous-même réaliser, de façon ludique, toujours dans un esprit léger de jeu et de curiosité, pour approcher peut-être un peu mieux ce qu'est l'expérience hypnotique.

Il vous sera possible, si vous souhaitez aller plus loin, de combiner un exercice d'induction à l'un des protocoles thérapeutiques proposés plus loin dans le texte.

Certes, les exercices décrits et proposés ne remplaceront jamais l'intervention d'un thérapeute, mais porté par votre curiosité et votre motivation, ils peuvent vous être très utiles, comme ils l'ont été pour nombre de mes patients, depuis mes premiers pas en hypnose.

Techniques d'induction

L'étude de l'histoire de l'hypnose met en évidence quelques techniques propres à chaque hypnotiste. Ces techniques étaient influencées par l'hypothèse qui sous-tend la pratique propre à chacun des praticiens. Ces pratiques étaient bien entendu conditionnées par la compréhension de l'hypnose qui était communément admise.

Les inductions d'autrefois sont peu utilisées aujourd'hui.

Mais il est intéressant de constater que toutes font appel, quel que soit le paradigme alors en vigueur, à une focalisation de l'attention, une absorption, pour induire une dissociation qui sera suivie de l'ouverture dans la sensorialité.

En réalité, tout élément du champ perceptif peut faire l'objet d'une focalisation. Pour induire l'hypnose, pour induire l'état de fascination qui provoque la dissociation nécessaire à l'entrée dans l'hypnose, nous choisirons des exercices destinés à absorber le patient.

Aujourd'hui, nous considérons en hypnose que la voie la plus simple est la meilleure.

Nous utiliserons donc une série d'exercices faciles à réaliser destinés à l'induction.

Je propose de passer en revue quelques-uns des exercices possibles. Mais il est à ce stade de notre étude important de préciser une chose essentielle à la pratique hypnotique.

Il existe schématiquement deux façons de « faire de l'hypnose ».

La première consiste à appliquer un protocole (d'induction par exemple) appris pour produire l'effet souhaité. Cela revient à proposer le même exercice à tous les patients. Ou bien à choisir au hasard tel ou tel exercice pour tel ou tel patient.

De la même manière, il est possible de prendre dans un manuel d'hypnose (je pense en particulier aux livres de scripts hypnotiques, déjà nombreux en anglais et florissant en français) un exercice destiné à l'arrêt du tabac, par exemple, et de le proposer à tous les patients qui viennent consulter un hypnothérapeute pour arrêter de fumer.

Cela marche peu. En fait, cela réduit *immensément* l'efficacité de l'hypnose. Bien entendu, par ce seul procédé, un hypnothérapeute même novice obtiendrait des résultats positifs dans un pourcentage de cas non négligeable, celui-là même de la frange de la population particulièrement suggestible.

Malheureusement, procéder de cette manière (et combien procèdent de la sorte !) réduit considérablement les bénéfices possibles de l'hypnose. *En effet, une hypnose bien faite est une hypnose réalisée sur mesure.*

Cela nécessite d'identifier quelles sont les croyances du patient, où se situe l'immobilité, quel est le style de l'individu singulier qui consulte, quelle est sa sensibilité, quel pourrait être son canal sensoriel préférentiel avant de proposer l'exercice d'hypnose qui aurait le plus de chance de susciter le changement thérapeutique.

Chaque mot proposé, chaque exercice de modification perceptive sera adapté au patient. Un bon hypnothérapeute compose une induction – et la totalité de sa séance thérapeutique – en fonction du matériel apporté par le patient pendant l'hypnose : les mots, les attitudes, les réponses aux suggestions, les émotions présentes, et bien sûr l'anamnèse.

L'exercice n'est pas des plus simples, et avant que ne se développe le savoir-faire nécessaire, chaque hypnothérapeute aura passé le temps nécessaire non seulement à étudier la théorie mais également à se familiariser avec la production des phénomènes hypnotiques (chapitre 15).

Les exercices de base, tels que les techniques d'induction exposées plus loin, font partie de ces basiques auquel chacun s'exerce dans certaines écoles d'hypnose.

Apprendre pour oublier

Une fois rodé à l'utilisation des phénomènes hypnotiques, le thérapeute dispose d'une boîte à outils dont il saura user en fonction du contexte. Il est d'usage de dire lors des formations à l'hypnose qu'il est « nécessaire d'apprendre pour ensuite tout oublier ». L'expression a son importance car elle expose bien le paradoxe de l'apprentissage de l'hypnose. On apprend la technique hypnotique comme on apprend le geste sportif : la phase d'apprentissage passe nécessairement par l'intellect, mais par la suite, ce qui a été appris doit être oublié pour se fondre dans le corps et faire du geste un spontané indispensable à la fluidité et à la justesse du mouvement.

Mais il est d'abord nécessaire de comprendre et d'appliquer avec attention les techniques hypnotiques afin de pouvoir les produire aisément. Une fois la maîtrise de la technique acquise, elle devient une seconde nature dans la pratique clinique. Il devient alors possible pour le thérapeute de produire les phénomènes hypnotiques, de les mêler, de les adapter, de les réduire à leur essence thérapeutique la plus simple, sans même y penser de façon consciente. En thérapie, ce n'est plus l'hypnotiseur qui par un effort intellectuel passe en revue les étapes nécessaires à la production de l'hypnose, c'est le contexte clinique et l'unicité de chaque patient qui génère la réponse hypnotique la plus adaptée de la part du thérapeute.

La meilleure des comparaisons serait certainement le joueur de tennis qui doit faire tous les efforts possibles pour retenir et décomposer la façon d'exécuter un coup droit et un revers, mais qui avec la pratique, s'approprie le geste et l'exécute sans même s'en rendre compte, au moment le plus opportun du match. D'ailleurs, un autre parallèle peut être souligné : au tennis comme en hypnose, qu'il suffise que l'on se mette à se regarder faire, à s'observer soi-même dans une attitude critique, ou bien à vouloir décomposer le geste qui est fait, et on perd tout le naturel, la grâce et la fluidité du mouvement qui devient alors inefficace. Le coup, dira-t-on, devient maladroit.

L’apprentissage des techniques hypnotiques est l’un des intérêts de la formation à l’hypnose dans un environnement spécialisé. Le contexte permet de s’entraîner dans des conditions idéales, supervisé par des professionnels de l’hypnose et du soin.

Fort de cet apprentissage, le thérapeute usera de l’ensemble de la technique hypnotique en fonction de sa propre personnalité, de celle du patient, et du contexte clinique.

C’est en partie pour cette raison qu’on entend souvent dire qu’il n’existe pas deux séances d’hypnose semblables. Certes l’expression suscite un mystère que certains aiment entretenir afin de donner l’impression que leur pratique est inimitable, mais elle n’en est pourtant pas moins vraie si l’on a bien compris ce qui vient d’être dit.

Quelques précisions à propos des exercices…

Passons à présent en revue quelques exercices simples d’induction. Vous pouvez vous entraîner à ces expériences et les reproduire lorsque vous le souhaitez. Dans un contexte anxiogène, par exemple, lorsque vous êtes en pleine « tempête », vous pouvez utiliser ces exercices pour faire retomber l’émotion. Vous pouvez prendre un instant pour vous asseoir et réaliser un exercice très simple de focalisation sensorielle pendant 3 à 5 minutes. Vous en ressortirez rafraîchi et vous serez un peu plus disponible pour faire face au contexte.

Ces exercices d’induction constituent l’entrée dans l’expérience de l’hypnose. Il vous sera proposé plus loin dans le texte, en particulier dans le chapitre consacré à l’autohypnose (chapitre 17), de choisir une induction avant de poursuivre plus avant dans le protocole thérapeutique que vous utilisez.

L’induction que vous devrez choisir ne dépend que de vous. Cependant, je vous recommande de choisir la plus simple : celle qui vous plaît, que vous trouvez facile, et que vous éprouvez du plaisir à exécuter.

Vous pouvez retenir d’une manière générale, pour les expériences d’autohypnose que vous envisagez de faire, que votre meilleur guide est votre plaisir : faites les exercices qui vous plaisent.

> Lorsqu'on fait quelque chose qui nous plaît, on éprouve du plaisir. Lorsqu'on éprouve du plaisir, on est tout à fait présent à ce que l'on fait. Si l'on est tout à fait présent à l'expérience, on en tire alors d'immenses bénéfices.

Induction **visuelle**

Le premier sens par lequel nous percevons notre réalité est sans nul doute pour la grande majorité d'entre nous le canal visuel. Voici un exercice simple que vous pouvez réaliser pour expérimenter le processus d'induction *via* la vue.

Réalisez votre première induction visuelle

Exercice inspiré par Jean-Marc Benhaiem.

Vous pouvez tenter ce premier exercice si vous n'avez aucun trouble ophtalmologique de type strabisme, trouble neurologique… Si vous êtes myope, chaussez vos lunettes, ou mettez vos lentilles.

Vous allez vous munir d'une feuille blanche, d'un feutre noir, d'un rouleau de scotch. Vous devez faire cette expérience avec un mur blanc, ou crème, ou gris clair.

Vous allez dessiner au centre de la feuille un rond noir de la taille d'un petit pois.

Vous allez scotcher la feuille sur le mur en question. Veillez à ce que le mur soit dégagé autour de la feuille.

Vous allez vous installer dans un siège à 2 ou 3 mètres de distance de la feuille.

À présent, veillez à rester immobile. Vous n'avez pas besoin de vous détendre, mais vous ne devez pas bouger. Vous allez donc positionner votre corps de façon à pouvoir le laisser assis sans avoir à y penser.

Posez maintenant votre regard sur le point noir.

Fixez le point.

Tout simplement.

Vous n'avez pas à faire le moindre effort. C'est important : ne forcez pas sur vos yeux. Simplement, vous posez votre regard sur le point et vous restez immobile. Vous avez le droit de cligner des yeux. Vous ne cherchez pas à faire venir les larmes.

Au bout d'un certain temps, vous allez vivre une illusion d'optique : tout en continuant à fixer le point avec un total détachement, vous allez constater qu'un, deux, trois, ou même quatre bords de la feuille vont s'estomper pour se fondre dans le mur.

Autrement dit, vous allez avoir l'impression – de manière très fugace – que les bords disparaissent.

Au début, cela ne durera qu'une seconde. À peine aurez-vous remarqué qu'en effet, alors que vous continuez toujours à fixer le point, un ou plusieurs bords se sont fondus dans le mur, qu'aussitôt ceux-ci réapparaîtront.

Cela est normal. Votre cerveau essaie de faire disparaître cette illusion d'optique.

Toutefois, persistez dans cette expérience.

Recommencez jusqu'à être capable de garder un ou plusieurs bords fondus pendant 5 secondes. Vous constaterez que cela n'est qu'une question d'entraînement.

Lorsque vous parvenez à garder le flou, vous êtes dans une hypnose légère. Une transe légère. Vous êtes absorbé, concentré, et vous expérimentez déjà des modifications perceptives. La confusion s'installe.

Félicitations ! Vous venez d'apprendre un premier exercice d'autohypnose vous permettant de vous installer dans une transe légère, et mieux encore : vous possédez un merveilleux témoin pour savoir si vous êtes vraiment dans l'expérience hypnotique : lorsque vous obtenez le flou dans vos perceptions, c'est-à-dire lorsque la feuille est fondue dans le mur, vous savez que vous y êtes. *Il ne vous est pas possible de générer la confusion des sens sans être totalement présent à ce que vous faites.*

Ce petit exercice, que l'on nomme « le point » est certainement l'un des exercices d'hypnose les plus simples.

Quelle pourrait être l'utilité de ce court exercice d'absorption ?

Vous pouvez l'utiliser lorsque vous êtes tendu et stressé : qu'il vous suffise d'obtenir 60 secondes de flou plusieurs fois sur quelques minutes seulement pour sentir physiquement les tensions vous quitter.

Si vous souffrez d'une douleur dont l'intensité est supportable, vous pouvez prendre le temps de faire venir le flou. Une fois que vous parvenez à garder le fondu 60 secondes, ressentez ce que devient votre douleur tout en gardant le flou. Vous ressentirez certainement une sédation immédiate de votre douleur sans avoir pris le moindre médicament.

À présent, voulez-vous bien vous mettre à la place d'un observateur extérieur ? Si quelqu'un entrait dans la pièce alors que vous faites l'expérience du point, il verrait quelqu'un assis, le dos droit, le regard

fixe. Peut-être même cet observateur pourrait-il vous poser une question mais vous ne l'entendriez pas, tellement vous seriez absorbé dans l'expérience.

Comprenez-vous mieux à présent ce que nous entendons par « couper les afférences externes » ? Vous vous êtes tellement focalisé, concentré, que vous étiez, l'espace d'un instant, à la fois présent et à la fois absent.

Vous venez d'expérimenter une absorption des sens créant une confusion provoquant la modification perceptive et générant une certaine dissociation (à la fois ici, et à la fois ailleurs).

Les patients qui auront une réelle appréhension à s'abandonner à l'expérience de l'hypnose tireront de grands bénéfices de ce simple exercice. Les patients dans le contrôle notamment, seront moins inquiets puisqu'ils garderont les yeux ouverts, et pourront à tout moment mettre un terme aux changements perceptifs en balayant à nouveau le regard.

Induction **kinesthésique**

Il s'agit de focaliser sur *une* sensation corporelle localisée (telle que le contact des pieds sur le sol) ou plus étendue (la sensation de pesanteur de tout le corps). En école d'hypnose, les élèves apprennent souvent avec étonnement combien on peut s'absorber dans quelque chose d'aussi simple que le contact de deux doigts.

Réalisez votre première induction kinesthésique

Exercice proposé par François Roustang.

Mettez en contact la pulpe de votre pouce (la main que vous voulez) avec un index. Vous formez ainsi une « pince ».

Bougez lentement vos doigts de façon à ressentir le frottement très lent et très discret entre votre pouce et votre index.

Absorbez-vous totalement et complètement dans cette expérience : rendez-vous sensible à ce petit frottement.

Êtes-vous capable de poursuivre cette expérience 3 minutes ?

N'est-il pas vrai que si vous ne vous laissez pas distraire, vous n'avez pas d'autre choix que d'être très présent à l'expérience, pour pouvoir ressentir toutes les subtilités du contact ?

N'est-il pas vrai qu'il n'est plus possible d'être dans la rumination ou la projection anxieuse lorsque votre attention est focalisée sur un seul stimulus, qui demande toute votre

concentration ?

N'est-il pas vrai que pendant l'expérience, peut-être vos épaules se sont un peu relâchées pendant que votre regard devenait plus vague, votre visage impassible ?

Prenez le temps de faire cet exercice très simple de focalisation pour ressentir les effets de l'absorption sur la pensée et sur le corps.

Le thérapeute peut également proposer au patient de se concentrer sur la perception de l'air qui entre et qui sort des narines : plus frais à l'inspiration, plus tiède à l'expiration.

Ou encore, le thérapeute peut proposer au patient de ressentir des vagues de chaleur balayer le corps de la tête aux pieds. Dans un premier temps, les sensations ne sont qu'imaginaires, puis elles sont hallucinées, c'est-à-dire ressenties avec le corps *comme si elles existaient vraiment.*

Expérimentez le ressenti des vagues de chaleur

Asseyez-vous confortablement.

Fermez les yeux.

Respirez à votre rythme. Portez seulement attention à la sensation que provoque l'air lorsqu'il entre par vos narines.

Vous aurez envie de prolonger l'inspiration pour être encore un peu plus attentif à cette sensation. Si vous gonflez votre ventre à l'inspiration, vous ferez plus de place pour laisser entrer l'air. Cela oxygénera votre sang, c'est excellent en soi.

Une fois l'inspiration terminée, faites une pause d'une ou quelques secondes.

Expirez lentement, toujours par le nez. Soyez très attentif à la sensation de l'air qui s'échappe de vos narines. Vous allez remarquer que l'air qui remonte de vos poumons, pendant que vous rentrez le ventre pour faire sortir tout l'air, est plus chaud. Plus tiède. Vous allez le ressentir dans votre gorge.

Faites une très courte pause si vous le souhaitez avant d'inspirer à nouveau.

Pouvez-vous faire cet exercice 3 minutes ?

Une variante consiste à expirer par la bouche tout en étant toujours très attentif aux sensations de l'air expiré par la bouche.

Un autre exercice simple d'induction combine la confusion des sens visuels et kinesthésiques.

Combinez les inductions visuelle et kinesthésique

Installez-vous confortablement.

Vous allez respirer normalement, tranquillement, sans forcer, de la manière suivante :

– à l'inspiration, ouvrez les yeux ;

– à l'expiration, laissez les paupières se fermer à votre rythme ;

– suivez la respiration : c'est elle qui vous guide ;

– en même temps, laissez-vous bercer par les bruits environnants ;

– assez rapidement, vos yeux auront envie de se fermer tous seuls ;

– lorsque ce moment est venu, gardez les yeux fermés et reposez-vous.

La relaxation comme induction kinesthésique

Les exercices précédents ne sont pas associés à des suggestions de relaxation. C'est *l'absorption* seule qui crée la dissociation.

La relaxation et l'hypnose

La relaxation est un moyen parmi d'autres de réduire la perception de son corps. En effet, faire l'expérience de laisser chaque membre peser lourdement et rester immobile quelques dizaines de minutes conduit généralement à la confusion des sens par une perte des repères du corps dans l'espace. Nous observons alors un phénomène dissociatif (je suis présent/je perçois moins bien mon corps/mon esprit a tendance à partir dans la rêverie) propice à l'expérience hypnotique.

Ainsi, si elle n'est pas nécessaire à l'hypnose, la relaxation est présentée comme une technique classique et traditionnelle d'induction dans la littérature hypnotique. Nous avons tous en tête des scènes d'hypnose de la littérature ou de films datant de quelques années dans lesquelles l'hypnotiseur propose d'une voix profonde au patient allongé sur un divan : « Votre corps est lourd, très lourd… Au chiffre dix, votre corps sera parfaitement relaxé… »

D'après notre expérience, user de la relaxation est un bon moyen d'induire l'hypnose mais ce n'est certainement pas le meilleur.

D'abord parce que si chacun est capable de s'absorber sur un stimulus sensoriel, tout le monde n'est pas capable de se relaxer convenablement.

Ensuite parce que les gens très tendus et qui n'ont pas l'habitude de se relaxer mettent beaucoup de temps à se détendre.

Aussi, ceux qui n'ont jamais ressenti une sensation de relaxation dans leur vie auront bien des difficultés à se relaxer. C'est chose possible, mais susceptible d'impliquer quelques heures d'entraînement.

> ***Les patients viennent à l'hypnose pour résoudre une difficulté, et non pour se détendre.***

Enfin, les patients douloureux ou en grande souffrance ne peuvent pas se relaxer. Leur demander de se détendre peut passer pour une provocation et un déni de leurs difficultés.

Enfin, dans le cadre médical et en particulier hospitalier, le temps est un luxe dont ne dispose pas l'hypnothérapeute.

C'est la raison pour laquelle on sera bien avisé de faire appel à des techniques d'induction simples, rapides et efficaces.

Il est toutefois nécessaire de préciser que même en ne passant pas par la relaxation, nombre de patients confieront une sensation de détente au cours ou à la suite de la séance d'hypnose. Mais si relaxation il y a dans l'hypnose, elle ne sera qu'une manifestation parmi d'autres (lévitation, contraction, catalepsie, anesthésie, hallucination kinesthésique, imagerie spontanée, etc.). Alors que les techniques de relaxation demandent de détendre volontairement les muscles, l'hypnose, elle, induit un état spécifique du corps qui peut de lui-même se détendre spontanément.

> ***L'hypnose est utile car elle permet un mode de fonctionnement particulier dans lequel le corps peut laisser émerger une perception nouvelle sans intervention de la volonté.***

La relaxation, si elle est présente, pourra donc être considérée comme un effet secondaire de l'hypnose ou un effet collatéral à la transe, mais elle ne sera en aucun cas un but à atteindre en soi.

Mais puisque la relaxation a été et reste une porte possible vers l'expérience de la transe, il sera certainement intéressant d'expérimenter un exercice des plus célèbres dans le cadre de la gestion du stress et l'auto-hypnose traditionnelle.

e **training autogène** de Schultz

Le docteur Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) développa l'exercice ci-dessous à partir de données physiologiques et psychologiques, afin de réduire les tensions et le stress. Le principe consiste à l'emploi par le sujet lui-même du phénomène d'autosuggestion (mentalement ou à voix haute).

Cet exercice provoque chez le sujet des sensations particulières comme une certaine lourdeur et une chaleur inhabituelle dans les membres.

L'expérience se déroule en plusieurs étapes. Chaque étape doit être maîtrisée afin de passer à la suivante.

Voici une version simplifiée que vous pouvez expérimenter pour votre satisfaction personnelle…

Expérimentez le training autogène de Schultz

Allongez-vous. Les bras le long du corps, les mains à plat, jambes rapprochées, les pieds légèrement tournés vers l'extérieur.

En partant de la tête jusqu'aux pieds, visualisez mentalement tous vos muscles en train de se détendre, visualisez l'impression de lourdeur, de pesanteur de la partie du corps sur laquelle vous vous concentrez. Vous pouvez y associer la suggestion « mon bras est tout lourd, mon bras est tout lourd, etc. »

Toujours de la tête vers les pieds, visualisez mentalement une impression de chaleur douce et agréable. Vous pouvez y associer une affirmation silencieuse (mon bras est tout chaud, mon bras est tout chaud).

Essayez d'étendre la sensation de chaleur à tout le corps.

Prenez conscience (ressentez) votre rythme cardiaque, sans chercher à le modifier. Vous accueillez son fonctionnement *tel qu'il est*.

Concentrez-vous à présent sur votre respiration afin que celle-ci soit ample et lente.

Il existe une dernière phase qui consiste à ressentir une fraîcheur au niveau de la tête et du front.

Le training autogène de Schultz a trouvé ses applications dans le champ de la médecine psychosomatique, de la psychothérapie, mais aussi de la médecine du sport et de la gestion du stress.

Il s’agit d’un entraînement proposé encore aujourd’hui aux patients dans le cadre de la gestion du stress.

Induction **auditive**

Il s’agit ici de s’absorber sur un stimulus sonore. Dans sa forme la plus simple, il peut s’agir d’un son unique mais répétitif tel que le tic-tac d’une pendule, un métronome, ou encore le tam-tam d’un tambour. Il s’agit de se laisser absorber par le rythme jusqu’à la phase de dissociation.

Les chamans d’Amérique du Sud réalisent les *voyages de l’âme* en utilisant une expérience que l’on pourrait qualifier aujourd’hui d’état hypnagogique.

Cet état caractérise la phase intermédiaire entre la veille et le sommeil : c’est ce moment où, pas encore endormi mais plus tout à fait éveillé, on expérimente des hallucinations visuelles (des scènes très réelles), sonores (on peut entendre son nom prononcé par une voix inconnue) ou tactiles (on peut avoir l’impression d’avoir bougé ou que quelque chose nous touche.)

Pour favoriser le voyage chamanique, les chamans usent de tambours. Le voyageur de l’esprit s’installe, et écoute le tam-tam. Au bout d’un certain temps, les images viennent, et le voyageur peut y entrer comme on rentre dans un rêve pour s’envoler vers des aventures initiatiques. Le tambour destiné à accompagner le chaman est censé produire l’énergie nécessaire au voyage, permettant au voyageur de rester conscient pendant l’expérience. Dans la tradition amérindienne, le tambour est surnommé « wings » (ailes en anglais) car il permet au sorcier de s’envoler vers d’autres plans d’existence.

Dans notre société, nous nous absorbons rarement sur le son d’un tambour, mais on rencontre assez facilement nombre de gens qui ont pour habitude de s’allonger, de fermer les yeux, et de s’absorber dans une musique. Si en théorie toute musique peut faire l’affaire (qui ne s’est jamais mis à rêvasser en s’isolant dans un train les écouteurs sur les oreilles, les yeux fermés et bercé par les mouvements du wagon ?) on trouve sur le marché bon nombre de CD spécifiquement destinés à la détente et à la méditation. Ce sont des musiques *New Age* parfois mixées

avec des sons traditionnels tels que le son des bols tibétains ou les tambours des chamans, afin de créer implicitement une expectation positive de voyage vers l'imaginaire et de lâcher prise.

Plus proche encore des sons traditionnels, une nouvelle mouvance a vu le jour en ce début de XXIe siècle : les sons binauraux. Ce sont des fréquences sonores dispensées à l'aide d'un casque stéréophonique, censées synchroniser l'activité des deux hémisphères cérébraux lors de l'écoute. Certains avancent que l'utilisation de ces stimulations asymétriques auditives aurait un effet sur l'attention, la mémorisation, l'humeur, l'anxiété et le traitement de l'émotion.

L'attention portée sur ces sons n'est pas sans rappeler les conditions d'une induction hypnotique lorsqu'on recommande de s'isoler dans une pièce obscure, de s'allonger confortablement, et de se relaxer convenablement avant de procéder à l'expérience. On ne s'étonnera donc pas d'expérimenter toutes sortes de modifications perceptives pendant l'écoute.

a voix du **thérapeute**

La stimulation auditive la plus simple et la plus accessible est certainement la voix du thérapeute. On comprend donc pourquoi certains hypnotiseurs entretiennent une voix profonde et monotone : elle capte l'attention et invite le patient à suivre le discours, parfois dénué de sens, qui ne manque pas de produire rapidement une certaine confusion.

Induction olfactive ou gustative

Elles sont plus rarement utilisées. Elles font appel le plus souvent non pas à la focalisation d'une odeur propre à la pièce (bien que cela soit possible si une odeur particulière marque le lieu telle que l'odeur aseptisée de l'hôpital, l'odeur de l'encens dans un cabinet privé, etc.) mais plutôt au souvenir d'une odeur qui a particulièrement marqué le patient.

Dans ce cas, l'odeur est le plus souvent un canal préférentiel que l'on identifie par les questions adaptées et que l'on exploite au travers d'une

technique hypnotique spécifique. Le thérapeute pourra user de suggestions pour favoriser le rappel et l'hallucination de l'odeur évoquée.

Les inductions **complexes ou composées**

Elles sont plus élaborées et font intervenir plusieurs canaux sensoriels, ou même l'imagination.

Cette technique d'induction utilise les différentes modalités sensorielles.

Elle utilise la fixation de l'attention ainsi que le rythme répétitif et lent de l'expérience pour créer une confusion propice au relâchement du contrôle et de la maîtrise.

Voici une variante de cette induction classique…

Expérimentez la spirale sensorielle

Exercice inspiré de Betty Erickson.

Vous êtes en position demi-assise. La tête ne doit pas être portée par le cou. Vous devez pouvoir vous laisser totalement porter par le support, sans n'avoir aucun effort musculaire à faire pour maintenir la position.

Vous posez votre regard sur une surface, que vous fixez. Par exemple le mur. Vous formulez intérieurement « je regarde le mur ».

Vous imaginez le contact de cette surface sous vos doigts en mouvement (texture, température…)

Vous faites cela pendant 5/10 secondes.

Vous déplacez seulement votre regard (pas la tête) pour fixer une seconde surface.

Vous reprenez toute la procédure de façon à avoir fixé et imaginé le contact virtuel de 5 surfaces devant vous.

Puis vous fermez les yeux.

Vous ressentez le contact d'une partie de votre corps (le mollet gauche par exemple) avec la surface. Pendant 5 à 10 secondes. Vous formulez « je touche le support avec mon mollet gauche ».

Vous changez de surface de contact.

Vous répétez la procédure de façon à avoir ressenti 5 zones d'appui de votre corps avec le support.

Vous ouvrez les yeux et répétez la fixation et imagination de 4 surfaces devant vous.

Vous fermez les yeux et répétez la sensation du contact de 4 surfaces de votre corps.

Vous ouvrez les yeux et répétez la fixation et imagination de 3 surfaces devant vous.

Vous fermez les yeux et répétez la sensation du contact de 3 surfaces de votre corps.

Vous ouvrez les yeux et répétez la fixation et imagination de 2 surfaces devant vous.

Vous fermez les yeux et répétez la sensation du contact de 2 surfaces de votre corps.

Vous ouvrez les yeux et répétez la fixation et imagination de 1 surface devant vous.

Vous fermez les yeux et répétez la sensation du contact de 1 surface de votre corps.

Vous faites une pause. Pendant laquelle vous ressentez la sensation de pesanteur généralisée. Vous restez ainsi le temps que vous le souhaitez, et mettez fin à l'exercice lorsque vous le désirez en ouvrant les yeux et en vous remettant à bouger tranquillement.

Si l'exercice est proposé par une thérapeute :

Avant de commencer l'induction, le thérapeute précisera au patient qu'il pourra garder les yeux fermés lorsqu'il en aura l'envie ou lorsqu'il sera trop pénible de les ouvrir à chaque nouveau cycle.

Entre chaque série (de 5, de 4, etc.) le thérapeute pourra lier une suggestion d'approfondissement dans l'hypnose : « Vous ressentez le contact de votre dos avec le fauteuil… Vous entrez dans la sensation de ce contact… *Pendant qu'une partie de vous se laisse aller un peu plus loin dans l'expérience*. »

Cet exercice d'induction fonctionne bien en raison de la monotonie du processus. Avec la pratique, on ressent le moment où le patient a besoin de lâcher l'expérience pour se laisser glisser dans la transe. C'est la raison pour laquelle il est important de proposer aux patients de garder les yeux fermés à n'importe quel moment de l'exercice lorsqu'ils le souhaitent, pour s'absorber intérieurement.

Le plus souvent, l'effort demandé pour maintenir l'attention est tel que le patient accepte bien volontiers de se laisser aller après 3 ou 4 balayages sensoriels.

Dans la version originale de l'exercice, on passe par une fixation d'un point, puis on ferme les yeux et on fixe l'attention sur un son, puis sur un contact kinesthésique, puis on recommence le cycle en ouvrant les yeux.

Cela rajoute une modalité sensorielle, rallonge l'expérience et potentialise ainsi l'induction.

Utiliser la modalité sonore peut être difficile lorsqu'on se trouve dans un environnement calme voire silencieux : la source sonore sur laquelle fixer son attention doit être prolongée ou au moins répétée (et non un son soudain et isolé).

Induction par un **souvenir agréable**

Cette expérience d'hypnose est à la fois une induction et une expérience d'hypnose à part entière.

S'il est possible d'absorber un patient sur une seule et unique modalité sensorielle, il existe d'autres techniques plus abouties que les hypnothérapeutes emploient volontiers.

Le principe est toujours le même : il s'agit de focaliser le patient dans une expérience afin de le couper des afférences sensorielles externes et créer ainsi les premiers signes dissociatifs de la transe.

Dans l'expérience du souvenir agréable, il existe un exercice d'induction très utile pour les anesthésistes réanimateurs ou pour les professionnels qui comptent user de l'hypnose pendant des soins aigus : on propose au patient de revivre un événement ou un moment de la vie empli d'émotion positive. Le souvenir sera choisi parce qu'il a apporté de la joie, du plaisir, du calme, un soulagement, un moment de contemplation, etc.

Le thérapeute laissera au patient le temps de choisir le souvenir (s'intéresser à un souvenir qui s'impose spontanément à l'esprit du patient témoigne de la charge affective liée à ce dernier. Au plus le souvenir est chargé d'émotion, au plus le patient aura de facilité à s'y replonger.)

Une fois le souvenir choisi, toute l'habileté du thérapeute consistera à accompagner le patient dans la scène par un discours le plus *aspécifique* possible.

atifier

Rappelons que l'objectif est d'aider le patient à revivre l'expérience sensorielle du souvenir : cela implique que le patient doit laisser/créer les images qui viennent, de sorte que le souvenir l'enveloppe. Le thérapeute ne peut jamais savoir exactement quelles images se présentent à l'esprit du patient. Il doit donc ratifier (c'est-à-dire conforter le patient dans ce qu'il expérimente) afin d'augmenter la réalité du souvenir, sans pour autant tirer le patient de sa transe naissante.

Le principe est celui de la substitution du réel par le virtuel. En entretenant cette expérience et en amplifiant l'intensité de chaque modalité sensorielle, l'imagination se substitue au réel dans l'expérience perceptive du patient.

Une fois que l'expérience est engagée, toute suggestion inappropriée de la part du thérapeute risque d'éveiller le sens critique du patient et de faire perdre au virtuel de sa force.

Voici un exemple classique que l'on retrouve dans la littérature hypnotique : le patient choisit une promenade sur la plage, et le thérapeute, plein de bonne volonté, croit accompagner son patient en proposant « le sable est chaud, le soleil brille, vous décidez de faire quelques pas dans l'eau bleue turquoise. Les palmiers se balancent au gré du vent. Il fait bon. Il fait chaud. Vous êtes bien. Vous êtes tellement bien. Vous décidez de vous baigner, car l'eau va vous rafraîchir en cette journée caniculaire. »

Hélas, le souvenir qu'avait choisi le patient était bien une promenade sur la plage, mais une plage du Nord de la France, en plein cœur du mois de décembre. Vous comprendrez aisément la maladresse du discours du thérapeute.

À cela deux possibilités : le patient, plein de bonne volonté, peut tout à fait faire fi des instructions mal à propos de l'hypnotiseur et continuer à s'absorber dans son souvenir, ou bien, perplexe et désorienté, vivra l'expérience de façon non satisfaisante et moins profonde. Parfois même, il y mettra un terme en ouvrant les yeux.

Le remède à cette maladresse est bien entendu de rester le plus vague, le plus aspécifique possible, en usant de phrases telles que : « Vous marchez et pouvez ressentir la texture du sol à chaque pas. Vous regardez autour de vous et remarquez ce qu'il y a à remarquer sur la plage. Puis vous regardez l'eau. Sa couleur. Vous humez l'air et vous emplissez vos poumons du parfum propre à l'endroit où vous vous trouvez. Pouvez-vous sentir la température de l'air ambiant sur votre visage ? »

Réalisez votre première induction par un souvenir agréable

Installez-vous confortablement.

Choisissez un **souvenir** agréable, qui comporte une franche connotation émotionnelle positive.

Fermez les yeux.

Revivez le souvenir en imagination.

Voyez ce qu'il y a à voir, entendez ce qu'il y a à entendre, touchez ce qu'il y a à toucher, sentez les odeurs propres à l'endroit, peut-être même y a-t-il quelque chose à goûter ici.

Vous y êtes. Vous voyez par vos propres yeux ce qu'il y a à voir.

Portez toute votre attention à ce que vous êtes en train de faire.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin.

Prenez du plaisir à vivre ce que vous êtes en train de vivre.

L'accompagnement dans un souvenir agréable présente plusieurs avantages.

Le premier est qu'il utilise un stock d'informations mnésiques déjà présent dans l'esprit du patient. Si une charge émotionnelle positive est fortement associée à ce souvenir, le patient y retournera avec facilité.

Le second est que l'absorption dans le souvenir constitue un exercice d'induction efficace capable de tellement bien dissocier le patient de la réalité partagée qu'il serait capable (avec l'accompagnement adéquat) de supporter un geste chirurgical ou un soin pénible (changement de pansement, chimiothérapie…)

Cette technique est la technique la plus prisée des anesthésistes qui accompagnent certains patients dans l'hypnose au cours de certaines opérations chirurgicales. L'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire se nomme « hypno-sédation », et sera développée dans le chapitre consacré aux applications médicales de l'hypnose (Voir chapitre 18, page 331).

Enfin, le troisième intérêt de cet exercice réside dans la tonalité positive de l'événement. Revivre une émotion positive est en soi une expérience anxiolytique. On s'assurera cependant que le patient est vraiment dans l'expérience. Dans le cas contraire, lorsque l'intellect reste au premier plan, il n'est pas rare que l'exercice induise une anxiété en raison du regret et de la nostalgie que peut provoquer l'évocation du souvenir choisi.

Mais si l'exercice du souvenir agréable est vraiment réalisé dans la transe, l'esprit critique n'est plus suffisamment présent pour commenter

l'expérience de façon délétère.

Alors, le souvenir agréable peut servir de « pont d'affect » en ce sens qu'il permettra de retrouver et réactualiser une émotion positive utile au patient dans son expérience présente de vie.

Dans ce dernier cas, nous ne nous servons plus du souvenir agréable comme moyen de dissocier le patient pour l'éloigner d'un soin douloureux, mais plutôt pour réactualiser une ressource ou un apprentissage utile à la gestion du quotidien.

On choisira alors par exemple le souvenir d'une réussite professionnelle ou d'une performance sportive pour apprendre au patient à convoquer cette émotion à volonté. Il pourra alors s'imprégner de cette tonalité positive lorsqu'il sera confronté à une situation dans l'avenir qui nécessitera d'être dans une certaine disposition.

Retrouver l'évidence de la victoire

Rodolphe a 42 ans. Il consulte en hypnose pour améliorer son jeu au tennis.

Ce sportif a été un temps tennisman de haut niveau, avant de devoir cesser pendant trois années cette activité, suite à un accident de moto ayant occasionné plusieurs fractures du bassin.

Lorsque Rodolphe, trois ans après son accident, se réessaie au tennis, il constate avec déception que son corps n'est plus aussi réactif qu'autrefois. Incontestablement, les séquelles de son accident diminuent ses performances physiques.

Pendant la séance d'hypnose, je demande à Rodolphe s'il a déjà vécu, avant l'accident, une expérience pendant laquelle il savait qu'il n'était pas au mieux de sa forme physique, tout en sachant de façon totalement irrationnelle qu'il allait gagner le match, et qu'effectivement, il l'avait gagné.

Par chance, Rodolphe répond par l'affirmative et évoque ce souvenir avec un plaisir évident dans la voix. La scène se passe au cours d'un tournoi sur terrain couvert au mois de février 2009. Arrivé en quart de finale, il estime avoir toutes les chances de remporter la victoire contre l'adversaire qu'il doit affronter ce jour. Hélas, le matin même, se réveillant avec une migraine inhabituelle, Rodolphe prend sa température et constate avec surprise qu'il est fiévreux. La journée étant trop importante à ses yeux, il absorbe un gramme de paracétamol et se rend au match. Il sait, ce jour-là, de façon non rationnelle, qu'il est destiné à gagner le match. Mieux, il sait : quels que soient les obstacles qui peuvent se présenter, il a déjà gagné le match.

Rodolphe me raconte combien ce jour-là, il a eu l'impression qu'il jouait comme s'il était commandé par quelqu'un d'autre. Bien qu'il ait ressenti la fièvre dans son corps, il savait que chaque mouvement qu'il réalisait était un mouvement utile. Chacune de ses balles était exactement celle qu'il devait jouer. Et tout au long du match, l'évidence de la victoire le portait tout entier.

Je propose en hypnose à Rodolphe de revivre ce souvenir jusqu'à ressentir que là, maintenant, dans sa chair, dans son corps, il ressent la même sensation de certitude quant à la victoire.

Après quelques minutes, Rodolphe est totalement dans l'expérience. Son visage change, s'empourpre, un sourire se dessine insensiblement sur ses lèvres, le battement cardiaque s'est légèrement accéléré sous l'effet de l'excitation.

Nous utilisons ensuite une technique hypnotique afin que Rodolphe rappelle à lui cette émotion, à volonté. Après nous être assuré que Rodolphe était capable de faire cela sans difficulté, nous nous quittons.

Quinze jours plus tard, Rodolphe relate les résultats de sa pratique : il a retrouvé un plaisir immense à jouer. Avant de rentrer sur le terrain, il rappelle à lui l'émotion de certitude de la victoire et la laisse l'envahir. « C'est comme si après un moment, je ne pouvais plus rien y faire. Quand bien même je voudrais perdre, la victoire est courue d'avance. Alors quand je rentre sur le terrain, tout s'enchaîne parfaitement. »

Ce qui surprend le plus Rodolphe, c'est qu'une sorte d'économie d'énergie s'impose lorsqu'il joue : il sent la limitation de son corps, et celui-ci semble ne se mettre en mouvement que lorsque c'est vraiment nécessaire. Chaque geste sonne juste. Je me rappelle que la manière dont il m'a expliqué cela m'a immédiatement fait penser à ces gestes en art martial, dans lesquels l'action juste est recherchée, sans dépense d'énergie inutile.

Quel que soit l'objectif visé par le patient au travers du souvenir agréable, que ce soit une dissociation suffisante pour subir un soin douloureux ou le rappel d'une émotion ressource, le thérapeute utilise le langage hypnotique afin de donner à cette expérience l'intensité nécessaire pour que l'imaginaire devienne simulation.

Induction par une **activité agréable**

Il s'agit d'une variante de l'expérience précédente. Il s'agit de s'intéresser à un loisir (peindre, jouer de la musique, danser…) ou à un sport (courir, nager, skier…), où l'on accompagnera le patient dans une version virtuelle afin qu'il s'y absorbe complètement.

L'activité doit être régulièrement pratiquée et comporter une tonalité positive.

Réalisez votre première induction par une activité agréable

Installez-vous confortablement.

Choisissez une **activité** agréable, qui comporte une franche connotation émotionnelle positive.

Fermez les yeux.

Revivez cette activité en imagination.

Voyez ce qu'il y a à voir, entendez ce qu'il y a à entendre, touchez ce qu'il y a à toucher, sentez les odeurs propres à l'endroit, peut-être même y a-t-il quelque chose à goûter ici.

Vous y êtes. Vous voyez par vos propres yeux ce qu'il y a à voir.

Portez toute votre attention à ce que vous êtes en train de faire.

Prenez tout le temps dont vous avez besoin.

Prenez du plaisir à vivre ce que vous êtes en train de vivre.

Induction par souvenir d'une **transe précédente**

Il s'agit d'accompagner le patient dans le souvenir d'une transe précédemment vécue. Le travail du thérapeute consiste à ratifier les ressentis du patient, et anticiper ces derniers.

Réalisez une induction par le souvenir d'une transe précédente

Installez-vous confortablement.

Souvenez-vous de la transe précédente que vous avez vécue.

Portez votre attention à la première sensation que vous avez ressentie lorsque vous commencez à entrer dans l'expérience de l'hypnose.

Portez toute votre attention sur cette sensation.

Quelle autre sensation éprouvez-vous ensuite qui signe que vous entrez vraiment dans l'expérience de la transe.

Portez toute votre attention sur cette sensation et laissez-la s'installer.

Quelle sensation vous vient maintenant qui signe que vous allez un peu plus loin dans une hypnose confortable ?

Portez toute votre attention sur cette sensation en particulier.

Laissez se déployer toutes les étapes de la transe que vous connaissez.

Prenez plaisir à cette expérience.

Induction par **confusion**

Certains hypnothérapeutes sont passés maîtres dans l'art de la confusion. Utiliser la confusion, c'est faire (ou dire) quelque chose qui fait perdre le sens commun. Cela revient à saturer le système nerveux d'une information si inhabituelle que celui-ci interrompt son activité pendant un moment afin d'essayer de comprendre ce qui se passe.

a confusion

La confusion a une double utilité : d'abord, la sidération du système nerveux rend le patient perméable à la suggestion. Une suggestion directe peut être alors employée avec une grande chance d'être suivie d'effet.

Ensuite, la confusion invite à lâcher le contrôle et à se laisser aller dans le flottement indifférencié propice à l'état hypnotique : si le thérapeute poursuit dans sa technique de confusion, le patient quitte la cognition car son esprit logique n'a plus rien auquel se raccrocher.

Pour les patients dans le contrôle, qui cherchent à réfléchir, à analyser, à comprendre, la confusion pourrait être une technique de choix car elle incite à adopter un peu de souplesse et à se laisser vivre l'expérience proposée dans le contexte bienveillant de la thérapie.

Induction par un phénomène hypnotique

Parce que les phénomènes qui s'observent tout au long du processus hypnotique sont en eux-mêmes inhabituels, ils ont tendance à créer une certaine confusion dont il est possible de tirer parti pour accompagner le patient dans l'expérience et approfondir la transe. Ce type d'induction est également appelé « induction par phénomène de persuasion ».

L'astuce consiste à provoquer par suggestion un phénomène hypnotique qui, en étant ratifié, crée chez le patient une forte expectation positive, l'idée que quelque chose de spécial va continuer à se produire – quelque chose qui relève de l'hypnose.

Cette expérience consiste donc à installer un contexte en lui-même hypnotique, dans lequel l'entrée dans la transe devient une évidence.

Ainsi, un phénomène hypnotique peut en lui-même être un moyen d'induire l'hypnose.

L'exemple caractéristique consiste à provoquer une lévitation du bras (ou une lévitation inversée) chez un patient.

Sous l'effet de quelques suggestions habiles, et pour peu que le patient soit de bonne volonté en se prêtant à l'expérience, la main est capable de s'élever « toute seule » dans les airs, comme portée par un bouquet de ballons emplis d'hélium, qu'on aurait au préalable attaché avec une ficelle au poignet du patient. Ce dernier, souvent très surpris, ne peut qu'observer ou ressentir s'il a les yeux fermés, qu'il se passe en effet un mouvement d'élévation perçu comme indépendant de sa volonté – nous parlerons de mouvement *automatique ou* mouvement *dissocié*.

Les réponses motrices à une suggestion, également appelées réponses idéomotrices (le mouvement suit l'idée du mouvement), ont cette particularité d'être vécues comme *indépendantes* de la volonté consciente.

Les recherches en neuro-imagerie ont mis en évidence des modifications ciblées dans l'activité neurologique qui expliquent cette perception de la désactivation du « moi-je » en tant qu'agent de ce qui se passe.

Cette notion est fondamentale dans le cadre de l'hypnose de façon large, mais dans le contexte de l'induction par persuasion, c'est la prise de conscience de ce phénomène qui crée la persuasion que oui vraiment, il se passe quelque chose d'inhabituel.

La catalepsie, la réponse idéomotrice, est un phénomène caractéristique de l'expérience de l'hypnose.

Le thérapeute accompagnera de quelques suggestions l'expérience constatée, et le patient pourra glisser dans l'expérience hypnotique avec un grand confort.

Faire **comme si**

Il existe dans le langage courant depuis la fin du siècle dernier une expression anglo-saxonne qui illustre magnifiquement ce principe très utile en hypnose : *Fake it untill you make it.*

Cette phrase est une généralisation de l'expression d'Aristote : « agir de façon vertueuse rend vertueux *»*.

« Faire comme si » est une approche qui repose sur le principe selon lequel imiter un comportement lié à un état, a tendance à provoquer l'état

lui-même.

Parce qu'un état A provoque une attitude B, on joue avec l'idée selon laquelle adopter volontairement l'attitude B tend à provoquer l'état A, même si celui-ci n'était initialement pas présent.

Expérimentez le « Faire comme si »

Fermez les yeux et imaginez que vous êtes dans une situation désagréable. Peut-être une situation dans laquelle vous n'étiez vraiment pas sûr de vous. Pouvez-vous imaginer cela un instant ?

À présent, pendant que vous imaginez cela, ressentez votre corps : portez une attention particulière à la position de vos épaules, l'ouverture de votre thorax, le port de votre tête.

Bien.

À présent, je vous demande d'imaginer une situation (si possible vécue) dans laquelle vous êtes vraiment sûr de vous et à l'aise. Une situation agréable à vivre. Prenez le temps de vivre l'expérience.

À présent, portez attention à la posture et la sensation dans votre corps pendant que vous vivez en imagination l'expérience.

Ressentez-vous la différence ?

Peut-être la posture est-elle plus droite, la tête fière, les épaules ouvertes, le thorax en avant ? Peut-être avez-vous une sensation de plénitude ou de force dans l'abdomen ?

À présent, ouvrez les yeux, et prenez délibérément la posture que vous avez lorsque vous êtes bien, heureux, confiant.

Maintenez-vous dans cette posture et ressentez-la dans tout votre corps.

Quelle humeur vous vient ?

Voyez-vous l'intérêt de cette expérience ?

Dans une étude qui peut paraître triviale mais qui n'en est pas moins utile, des chercheurs de l'université du Kansas se sont intéressés aux effets psychophysiologiques du sourire.

Dans leur étude, il a été demandé à des étudiants, sans leur expliquer le but de l'expérience, de mettre une baguette dans la bouche afin de simuler une expression faciale bien précise.

Puis, trois groupes ont été constitués : les étudiants du premier groupe tenaient une expression neutre. Le second un sourire forcé, et enfin le troisième groupe un sourire sincère qui inclut la stimulation des muscles

autour de l'œil qui donne au regard ce caractère particulier lorsqu'on sourit de bon cœur.

Puis, il a été demandé à chaque groupe de s'acquitter de plusieurs tâches stressantes : dessiner une étoile de la main non dominante, plonger la main dans de l'eau glacée… Tout en conservant l'expression faciale pendant que l'on enregistrait certaines de leurs constantes physiologiques telles que le rythme cardiaque.

> ***L'influence du sourire***
>
> Les résultats montrent que le sourire, même forcé, a une influence directe sur le stress. Une des hypothèses proposées repose sur le fait que l'action des muscles impliqués dans le sourire sincère ferait partie de la manière dont le cerveau évalue l'humeur. Mettre en action ces muscles tromperait en quelque sorte le cerveau qui interprèterait alors que l'on est heureux et de bonne humeur, alors que nous n'avons fait que simuler et adopter les traits de la joie sans même la ressentir vraiment. Tout se passe comme si le cerveau générait alors en retour l'émotion correspondante.

Donc, imiter *sincèrement* un comportement aurait dans certains cas l'effet de produire l'état qui aurait dû initialement créer le comportement imité. En hypnose, on pourra utiliser ce principe de bien des façons, mais dans le cadre de l'induction, elle se révèle très efficace pour travailler avec un patient dit « résistant ». Il s'agit simplement de demander au patient de bien vouloir jouer à un jeu pendant un petit moment : on lui demande donc de *faire comme s'il entrait en transe.*

Le thérapeute peut utiliser toute technique d'induction possible, en prenant le soin de rappeler en permanence au patient qu'il suffit de faire « *comme si* son bras devenait de plus en plus léger », « *comme si* les sons à l'extérieur de la pièce s'estompaient pour ne focaliser son attention que sur ma voix », « *comme si* les paupières devenaient soudain très, très, pesantes », ou encore « *comme s*'il ressentait une agréable vague de pesanteur allant de la tête jusqu'aux pieds ».

Cette expérience très ludique génère souvent beaucoup d'étonnement dans les ateliers d'hypnose, car certains élèves vivent souvent leur transe la

plus profonde par le biais du « faire semblant ».

En y regardant de plus près, on peut voir dans le fait d'accepter de faire semblant à plusieurs reprises quelque chose du principe du *yes set* (Voir chapitre 15).

- oui *j'accepte* de sentir la pesanteur ;
- oui *j'accepte* de fermer les yeux ;
- oui *j'accepte* de faire léviter mon bras.

La série de perceptions *simulées* a pour conséquence la perception *réelle* d'une détente.

Accepter les suggestions précédentes en simulant leur réponse ouvre la porte à l'acceptation de suggestions thérapeutiques proposées en tout dernier lieu.

C'est en partie la technique utilisée par les hypnotiseurs de music-hall lorsqu'ils demandent d'obéir sans réfléchir à leurs premières injonctions, sans y penser. À force de répondre aux injonctions de l'hypnotiseur de façon réflexe, la réceptivité à la suggestion augmentent considérablement jusqu'à la réalisation automatique de la dernière suggestion.

Chez les enfants, l'expérience du *faire comme si* est merveilleusement productive, car pour ces derniers, il existe une mince frontière entre le réel et le virtuel : le jeu fait partie de leur mode de fonctionnement spontané.

Voici un exercice qui peut être proposé aux tout-petits[1].

Faites comme si vous étiez une peluche

Imagine que tu es une peluche.

Une peluche toute douce. Toute molle.

Elle a les bras tout mous. Des jambes qui bougent dans tous les sens.

Une tête qui se balance.

Et elle a l'air très détendue. Très confortable.

Si tu es d'accord, tu fais semblant d'être cette peluche toute molle.

Est-ce que tu crois que tu peux être aussi molle qu'elle ?

Aussi confortable ?

Je vais vérifier un bras… (on soulève le bras) c'est bien ! Le bras est tout mou !

Je vais vérifier l'autre bras… (on teste) mais c'est très bien ! Il est tout mou aussi !

Vraiment, vraiment tout mou ! Complètement mou !

Maintenant, si tu le veux bien, comme la peluche toute molle…

… Toi tu es tout mou. Tout mou !

Les jambes, le corps, et les bras, et la tête, et plus tu es comme la peluche toute molle…

… Plus tu es confortable.

Enfin, voici une illustration étonnante des effets du *comme si* chez l'adulte.

Un nouveau rôle, sur mesure

Pierre a 34 ans. Il consulte pour la troisième fois dans le cadre d'un sevrage tabagique.

Les deux séances d'hypnose préalablement réalisées n'ont donné aucun résultat. Suite à la première séance, il s'est surpris à ne pas désirer fumer jusqu'au lendemain matin. Hélas, il a vite repris le rythme de vingt cigarettes par jour. Malgré notre entretien, je ne parviens pas à trouver d'élément qui pourrait nous orienter vers un travail préalable en hypnose, afin de débloquer la possibilité de lâcher la cigarette.

Puis, Pierre me confie, pour la première fois depuis notre rencontre, qu'il y a un seul endroit où il ne fume pas : son cours de théâtre. Passionné d'art dramatique depuis la petite enfance, il se ressource régulièrement dans le jeu de scène où il devient – pour son plus grand plaisir – quelqu'un d'autre, et où il peut lâcher les impératifs de sa vie professionnelle exigeante et anxiogène.

Je propose alors à Pierre une expérience dans l'hypnose. Après une induction adaptée, je lui propose de jouer un rôle : celui d'un homme de 34 ans qui déteste la cigarette, qui a en horreur la cigarette ! Cet homme s'appelle Pierre. Je lui propose de vivre, en hypnose, une journée habituelle de Pierre. Mais dans cette journée, le personnage est non-fumeur. Plus : il a tellement horreur de la fumée de cigarette que la simple vue d'une cigarette le fait s'emporter dans une tirade inspirée sur les méfaits du tabac et sur la bêtise de s'attacher à une plante vénéneuse.

Pierre sourit. Il joue le jeu et quitte la consultation, léger et amusé.

Nous nous revoyons quinze jours plus tard. Pierre n'a touché aucune cigarette. À partir du moment où il est sorti de la séance, il a joué le rôle de Pierre le non-fumeur. Lorsque je lui demande, intrigué, comment il s'y est pris pour résister à la tentation, il répond, presque surpris de ma demande « Mais… J'ai fait comme si ! »

À chaque fois que l'envie de fumer l'a taraudé, Pierre s'est révolté contre lui-même, enflammé, et s'est plongé dans le personnage. Il a joué le rôle comme seul un acteur sait le faire : avec *sincérité*, pour que le public y croie.

Lorsqu'un collègue de travail lui proposait une cigarette à la pause, Pierre a fait comme s'il avait horreur de la cigarette.

Le « faire comme si » a peu à peu remplacé l'ancien mode de fonctionnement, jusqu'à ce que Pierre se libère naturellement de l'attachement à la cigarette, et n'ait même plus à penser à jouer le rôle de Pierre-qui-déteste-la-cigarette.

Ce qui a le plus amusé Pierre dans cette expérience de modification perceptive, c'est cette façon nouvelle qu'il a eue de partir en croisade contre la cigarette pour inciter ses collègues fumeurs à arrêter à leur tour.

Enfin, pour conclure ce court chapitre sur les moyens d'induire l'hypnose, il faut retenir qu'il existe en pratique clinique un nombre infini de façons d'induire une transe hypnotique. Le principe de base reste l'absorption, la focalisation. Les thérapeutes avancés s'embarrassent rarement de techniques apprises et usent du langage hypnotique pour cibler d'emblée le problème à résoudre.

Les exercices présentés ne sont que des référentiels qui pourront être utilisés selon le contexte.

Pour achever cette courte liste je propose un exercice d'induction ludique très apprécié à tout âge, et pouvant également servir de pause autohypnotique.

Expérimentez l'induction du ballon qui se dégonfle

Asseyez-vous.

Positionnez les mains comme si vous teniez un ballon invisible devant vous.

Observez ce ballon. C'est un ballon de baudruche.

Mettez-y la couleur que vous voulez.

Fermez les yeux.

Imaginez que vous continuez à observer ce ballon entre vos mains.

Observez maintenant, toujours avec l'œil de votre imagination, le petit nœud qui ferme votre ballon.

Imaginez que par la force de votre pensée, le petit nœud se desserre, et laisse s'échapper un petit filet d'air.

Absorbez-vous dans cette image : vous êtes en train d'observer un petit filet d'air qui s'échappe de votre ballon.

Vous pouvez imaginer le bruit que ferait ce petit filet d'air pendant que la pression s'évacue de votre ballon.

Continuez.

Si vous faites convenablement cet exercice, vous allez peut-être expérimenter un rapprochement de vos deux mains pendant que vous restez fixé sur votre imagination. Vos deux mains se rapprochent par de petites saccades qui vous semblent automatiques et indépendantes de votre volonté.

En réalité, vos mains bougent parce qu'elles répondent à l'image que vous entretenez dans votre esprit.

C'est ce que l'on appelle une réponse idéomotrice à une suggestion.

La suggestion est l'image du ballon qui se dégonfle. La réponse motrice est que les mains se rapprochent parce que selon la logique de votre cerveau, le ballon se dégonfle progressivement.

Une fois que les mains se seront touchées, ce sera le signal que l'expérience est terminée, et vous pourrez poser les mains sur les cuisses.

Cet exercice, de durée variable, peut être utilisé comme exercice d'autohypnose. Il peut aussi permettre une expérience thérapeutique. On pourrait mettre quelque chose dans ce ballon : la tension, la peur, une douleur etc. ; cela peut marcher. Tout peut marcher. Faites l'expérience.

C'est vous qui déciderez de quelle manière vous aurez envie de faire cette expérience.

Suivez votre intuition.

e qu'il **faut retenir**

L'induction est le premier pas dans l'hypnose.

L'induction repose toujours sur une focalisation de l'attention.

L'induction consiste à absorber le patient sur un élément.

L'induction permet de réduire les afférences sensorielles externes.

Il existe une infinité d'exercices d'induction.

Il est toujours possible et préférable de proposer une induction qui est adaptée au patient.

La confusion des sens permet de lâcher le contrôle et d'entrer dans l'hypnose.

1. Cet exercice est disponible sur le site http://www.reseau-lcd.org

OceanofPDF.com

Chapitre 11

Troisième étape : **la dissociation**

On appelle *dissociation* l'expérience perceptive dans laquelle une partie d'un individu fonctionne distinctement et indépendamment d'une autre partie.

Ce peut être une dissociation entre la pensée et l'émotion (vivre un souvenir sans l'émotion pénible qui y est associée), entre la pensée et le corps (se percevoir trop gros alors que le corps est maigre), entre le corps et l'environnement (sentir son corps mais ne plus percevoir l'environnement immédiat).

Il se passe dans la dissociation un ensemble de modifications dans le fonctionnement cognitif qui tend à séparer la volonté consciente de certaines activités qui deviennent autonomes. Les parties dites « dissociées » fonctionnent ainsi avec un certain degré d'indépendance par rapport au reste de la personne.

La **dissociation** dans l'hypnose

Ceci est à l'origine de la sensation que ce qui est vécu ou expérimenté en hypnose est indépendant du « *moi-je en tant qu'agent opérateur de ce qui se produit* ». Hilgard nomme l'expérience « *le phénomène de l'observateur caché* ». Par exemple, dans l'expérience d'une lévitation du bras, l'hypnotisé pourra rapporter : « Mon bras bouge tout seul sans mon intervention consciente ».

Pour Pierre Rainville, chercheur en neurosciences, « l'expérience hypnotique culmine par un sentiment d'automaticité accompagné d'une modification de l'activité cérébrale suggérant une altération des mécanismes d'autorégulation (ou monitoring) des réponses volontaires. »

Dans le domaine médical, et plus spécifiquement celui de la psychiatrie, le terme de dissociation comporte une connotation péjorative puisque celle-ci caractérise plusieurs tableaux cliniques psychopathologiques. Ce sont par exemple les troubles dissociatifs tels que les troubles de la personnalité, ou encore les sentiments de déréalisation. Pourtant, bien au-delà de la dissociation pathologique, l'expérience d'activités autonomes spontanées fait partie de notre mode de fonctionnement normal et quotidien, sans même avoir à passer au préalable par l'hypnose. Ce sont les états dissociatifs communs ou *transes quotidiennes communes*.

À chaque fois que nous nous attelons à une tâche de façon mécanique, sans y prêter attention, en ayant la tête ailleurs, nous faisons l'expérience d'une certaine forme de dissociation. C'est également ce qui nous permet de réaliser deux tâches à la fois, sans avoir à être particulièrement présent à l'une d'entre elle.

Un pilotage automatique

L'exemple le plus fréquemment exposé en atelier d'hypnose pour illustrer les états de transe quotidiens est le trajet en voiture. Nous expérimentons tous ces trajets pendant lesquels nous conduisons de façon machinale d'un point A à un point B. Comme tous les gestes sont connus, y compris les automatismes de priorité, de contrôle de la circulation, etc., il n'est pas rare de constater que nous nous retrouvons au point B sans avoir été présents à la conduite pendant la totalité du trajet. Tout s'est passé comme si nous avions la capacité d'activer une sorte de pilotage automatique du système nerveux. Ce pilotage automatique est capable non seulement de réaliser des tâches répétitives (nul besoin d'être mentalement présent pour faire la vaisselle), mais également d'utiliser les connaissances non conscientes et quelques fonctions supérieures,

comme dans l’exemple de la conduite automobile sur un trajet connu.

Ainsi, nous sommes capables de dissocier l’activité mentale (la pensée, la rêverie) de l’activité physique lorsque celle-ci s’inscrit dans un automatisme acquis. De la même manière, lors d’une réunion ennuyeuse, nous aurons bien du mal à rester présents à ce qui s’y passe. Nous expérimenterons peut-être une certaine forme de dissociation : l’esprit part se balader dans une rêverie pendant que le corps reste présent dans la pièce, à percevoir la voix de l’orateur comme un ronronnement sonore qui nous invite à nous dissocier plus encore.

La transe quotidienne n’a cependant que peu de rapport avec la transe utilisée en hypnose, si ce n’est le caractère tout à fait physiologique de ce mode de fonctionnement.

Dans le contexte de l’hypnose, cette capacité cérébrale de fonctionner sur plusieurs niveaux simultanément est sollicitée et potentialisée par le thérapeute lors de la séance, pour induire une transe adaptée au contexte.

Mais même si elle n’est pas celle de l’hypnose thérapeutique, la transe quotidienne commune nous permet de mieux saisir la perception subjective de l’expérience dissociative hypnotique.

Si on entre dans une pièce dans laquelle un enfant regarde son dessin animé préféré à la télévision, on comprend mieux l’intensité de la fascination hypnotique, et ce que peut être un état dissocié.

L’enfant est à la fois présent et absent. En fait, il est tout à fait absent de son environnement immédiat mais incroyablement présent à son dessin animé.

L’hypnose agit de même.

Si l’induction a été bien conduite et bien suivie, le patient semble coupé de la réalité extérieure : d’abord son corps semble figé, immobile, insensible. S’il a les yeux fermés, on pourrait jurer qu’il est en train de dormir. Peut-être la respiration est-elle plus lente ? Peut-être ses membres sont-ils agités de petits soubresauts involontaires ?

Ensuite, il semble tout à fait indifférent aux stimulations extérieures parasites : quand bien même y aurait-il des bruits parasites d'une certaine intensité, ou des conditions environnementales désagréables, cela ne semblerait en rien l'affecter. Mieux : on pourrait réaliser un geste chirurgical localement, et le patient s'en rendrait à peine compte.

> ***En fait, le patient est tellement présent à ce qui se passe dans l'expérience de la veille paradoxale, que le voilà absent de son environnement immédiat.***

Et pourtant, le patient expérimente en hypnose une hyperprésence à ce qui se joue *dans* l'expérience perceptive : il s'agit de jouer avec l'imaginaire, et sa présence à ce dernier se fait avec une telle intensité qu'il lui semble – le temps de l'hypnose – vivre quelque chose de tout à fait réel.

On pourrait donc dire que la dissociation en hypnose consiste en tout premier lieu en cette dualité caractéristique du phénomène :

- je suis à la fois présent – et à la fois absent ;
- je suis à la fois extrêmement présent à mon expérience perceptive – et à la fois totalement absent à mon environnement.

Et au plus je suis présent à mon expérience perceptive, au plus je m'absente de mon environnement.

On comprend bien que l'hypnose au bloc opératoire prend appui sur la dissociation en hypnose.

On pourrait également rajouter que l'hypnose permet au patient de se dissocier d'un ensemble de croyances, d'automatismes, de réflexes acquis, afin de laisser émerger de nouveaux modes de fonctionnement plus adaptés au contexte.

La dissociation est donc à la fois une expérience caractéristique de la transe hypnotique, et un moyen de défaire certains liens pour en créer de nouveaux.

Hypnose et troubles dissociatifs du patient

Bien entendu, on prendra garde au travail en hypnose avec les patients souffrant de troubles dissociatifs au sens psychiatrique du

terme : il serait bien évidemment délétère d'ajouter de la dissociation à une dissociation pathologique préexistante. Dans ce contexte clinique, il faudra plutôt passer par une hypnose spécifique à cette situation psychopathologique et proposer par exemple des exercices d'hypnose qui réassocient. Mais la particularité de cette pratique fait qu'elle doit être réservée aux spécialistes seuls. Il nous paraît en effet essentiel que l'hypnose doive être pratiquée avec les patients souffrant de troubles dissociatifs seulement dans le cadre d'une prise en charge médicale spécialisée.

Comme cela a été dit précédemment, l'hypnose rajoute une compétence à un savoir-faire déjà présent du fait de la nature de l'activité du soignant. On laissera donc les professionnels (les psychiatres pour notre présent sujet) travailler dans leur domaine et décider de l'opportunité d'utiliser l'hypnose selon le contexte clinique.

La dissociation dans la pathologie

Il n'est pas nécessaire de s'intéresser à la classification psychiatrique des troubles de la personnalité et des affects pour observer comment nombre de troubles sont issus, à des degrés divers, de phénomènes dissociatifs qui ne relèvent pas à proprement parler de la psychiatrie.

Soit que la dissociation crée le trouble, soit que le trouble ait créé la dissociation qui dans un second temps va aggraver ou entretenir le symptôme.

Dans un sens comme dans l'autre, ce n'est plus une dissociation qui ouvre, comme dans le processus hypnotique, mais c'est une dissociation figée qui rend malade.

Le chapitre consacré aux principes thérapeutiques de l'hypnose développera ce point plus en détail, et expliquera comment, en proposant l'hypnose dans ce contexte, une remise en mouvement s'effectue pour provoquer une réassociation par l'ouverture de la perception (voir chapitre 16).

e qu'il **faut retenir**

La dissociation est la troisième étape de l'hypnose.

Elle est la conséquence de l'induction.

Elle caractérise le phénomène hypnotique.

Dans l'hypnose, le patient se dissocie de son environnement au profit de son expérience subjective perceptive.

Le patient devient hyperprésent à sa réalité interne et hyperabsent à son environnement extérieur.

Le patient se dissocie également des conditionnements anciens et des croyances pour créer quelque chose de neuf.

Autant nombre de pathologies relèvent d'une dissociation dans un contexte délétère, autant l'hypnose invite à une dissociation qui ouvre vers la perceptude, expérience favorable à une réassociation des liens.

Lorsque le patient souffre de troubles dissociatifs au sens psychiatrique du terme, on utilise des techniques hypnotiques spécifiques qui doivent être employées par les professionnels formés à la prise en charge de la pathologie psychiatrique.

OceanofPDF.com

Chapitre 12
Quatrième étape : **la perceptude**

DANS LE PROCESSUS HYPNOTIQUE, la dissociation n'est qu'un passage qui ouvre vers la phase de l'ouverture ; cette nouvelle phase :

- c'est la transe hypnotique ;
- c'est la perceptude de François Roustang (qui emprunte le terme à Jean-Louis Lamande), ou ouverture, ou état hypnotique, ou veille paradoxale ;
- c'est là l'espace de sensorialité élargie dans lequel une modification thérapeutique peut s'opérer ;
- c'est, pour reprendre les termes de Pierre Rainville, le temps de « *l'émergence des alternatives expérientielles* ». C'est durant cette phase que les déterminations concernant les êtres et les choses auxquelles nous sommes habitués sont suspendues.

La suspension des déterminations conduit naturellement à la transe, à la perceptude, à l'ouverture et potentialise l'émergence des alternatives expérientielles.

C'est là que la capacité de réorganisation de l'humain en tant que vivant s'exprime à plein régime, en prenant par exemple appui sur l'imagination.

es transes

Cet espace de réorganisation, cette expérience dont il est difficile de rendre compte car elle se fait par la mise en sommeil de l'esprit critique du sujet, est aussi la transe décrite dans d'autres cultures. On pourrait dire que l'hypnose est l'avatar occidental de la transe du chaman ou celle des premiers peuples. Dans le contexte de l'hypnose, on parlera de transe *légère, moyenne et profonde* pour

décrire la profondeur possible de l'expérience. Pour nombre d'auteurs, c'est l'intensité de la dissociation qui conditionne la profondeur de la transe.

Mais parce que le terme de transe a une connotation péjorative, non médicale, l'expression est peu utilisée dans la littérature de l'hypnose contemporaine.

Cette étape du processus hypnotique, qui se caractérise donc par une capacité de réorganisation des perceptions, est l'étape *thérapeutique* d'une séance d'hypnose. Si l'accordage, l'induction et la dissociation peuvent avoir en eux-mêmes un effet thérapeutique qu'il sera possible d'exploiter au mieux selon l'indication de l'hypnose, c'est pendant la phase d'ouverture que seront proposées suggestions, métaphores, images, qui mettront au jour de nouvelles possibilités « que s'appropriera le principe organisateur de l'être[1] ». C'est une expérience bienveillante puisque réalisée dans l'enceinte relationnelle thérapeutique et sous-tendue par l'objectif de soigner. Chacune de ces expériences est unique, à chaque fois renouvelée. Il s'agit à chaque fois de créer quelque chose de nouveau, de différent, dans le contexte du soin.

La transe hypnotique se caractérise par l'expérience subjective de la dissociation, de la catalepsie, de la désorientation temporelle, d'une modification de l'expression émotionnelle, de l'attention, du schéma corporel, et par une potentialisation de la suggestibilité.

C'est dans cet espace que le patient fait une expérience de modification de la perception.

Les signes de la transe

À cette étape du processus hypnotique, on relève divers signes cliniques qui ont été rapportés au cours de l'histoire de l'étude de l'hypnose.

Rossi décrit, dans le « Traité pratique de l'hypnose », un ensemble de signes qu'Erickson reconnaissait comme autant d'indicateurs d'une transe qui s'approfondit.

Les signes cliniques de transe selon Rossi

- L'idéation autonome ;
- L'idéation objective et impersonnelle ;
- La tonicité équilibrée (la catalepsie) ;
- Le changement de qualité de la voix ;
- L'économie de mouvement ;
- Les modifications du regard et la fermeture des yeux ;
- Les traits du visage relaxés ;
- La sensation d'être loin ;
- Le sentiment de bien-être après la transe ;
- Le manque de mouvements corporels ;
- L'absence de réponse à un choc ;
- Le littéralisme ;
- Les réflexes retardés (avaler sa salive, cligner des yeux) ;
- Les modifications de la pupille ;
- L'attention à la réponse ;
- Les changements sensoriels, musculaires et corporels ;
- Le ralentissement et la perte du réflexe de clignement des yeux ;
- Le pouls ralenti ;
- La respiration ralentie ;
- Les phénomènes hypnotiques spontanés (l'amnésie, la régression, l'anesthésie, la distorsion du temps, etc.) ;
- Le décalage temporel dans le comportement moteur et conceptuel.

Pour Rossi, ces signes apparaissent généralement dans un délai de 10 à 20 minutes, et ont d'autant plus de valeur qu'ils se manifestent d'eux-mêmes, c'est-à-dire sans suggestion de la part de l'hypnotiseur.

Même si cette liste est large, il faut préciser qu'il est possible de ne voir aucun de ces signes, comme il est possible d'en voir certains qui ne font pas partie de cette liste. C'est comme toujours l'individualité du patient qui donne naissance aux manifestations cliniques les plus diverses.

Chaque thérapeute développe au fil du temps sa propre perception des petits signes qui traduisent que le patient fait réellement l'expérience de la transe hypnotique.

On peut par exemple, de façon plus simple, s'intéresser aux petits mouvements spontanés musculaires responsables parfois de petits soubresauts au niveau des doigts ou du visage. On peut également s'intéresser aux mouvements des globes oculaires derrière les paupières fermées, qui signent la production d'imagerie spontanée qui apparaît lors de l'entrée dans la transe. La respiration, aussi, a tendance à devenir plus ample pendant l'hypnose. Le pouls, en revanche, n'est pas forcément calme et lent, et si l'on observe le battement des carotides pendant l'hypnose il n'est pas rare d'observer un rythme qui s'accélère lorsque le patient vit une étape décisive au changement.

L'hypnose **sèche**

L'expression a été initialement proposée par Léon Chertok. L'hypnose sèche consiste à expérimenter la transe hypnotique dans ce qu'elle a de plus pur : le thérapeute conduit le patient dans l'hypnose, et laisse la transe se dérouler sans suggestion d'orientation thérapeutique. Si l'on considère que la transe de l'hypnose est ce temps qui fait appel à ce qu'il y a de plus fondamental dans l'être humain, à savoir sa capacité à s'adapter à son environnement en réinventant les liens qu'il entretient avec les gens et les choses, on ne doute pas que la seule expérience de l'ouverture joue un rôle réorganisateur. Car si cette expérience permet de tout englober à la fois pour laisser le corps s'ajuster à l'environnement comme seul le vivant peut le faire, alors l'exercice sera forcément suivi d'effets. Et on en ressortira plus souple.

L'hypnose sèche s'appuie donc sur le pouvoir réorganisateur de la transe.

Toutefois, il peut être parfois utile d'orienter le travail dans la transe. Non pas que les suggestions du thérapeute soient, comme on le pensait il y a quelques siècles, ce qui soigne, mais il s'agira plutôt de déterminer quel est le point névralgique, le nœud du problème, sur lequel il suffira d'orienter toute la force de la transe pour que l'hypnose puisse agir comme un levier sur un point d'appui[2].

On proposera donc, selon l'expérience et la connaissance acquise, quelques exercices destinés à tirer le plus grand profit de l'expérience hypnotique.

Les **exercices d'hypnose** dans la perceptude

Ainsi, c'est le thérapeute qui pourra proposer, à partir de ce qu'il sent de l'instant qui se joue, des exercices d'hypnose. Mais ceux-ci ne sont que des prétextes au changement, et si le patient fait une expérience tout autre que celle proposée initialement par le thérapeute, cela n'en est que mieux. L'essentiel étant qu'une expérience perceptive se mette en route. Les techniques hypnotiques sont intéressantes, mais c'est toujours et avant tout l'expérience du patient qui est la plus précieuse. Une fois l'expérience perceptive initiée, il n'y a rien à proposer qui ne soit amené par ce qui se passe dans l'instant.

Je compare souvent les exercices d'hypnose à des mises en scène ou à des jeux, des paradigmes, régis par leurs propres règles, et qui pourraient être proposés à l'infini au patient jusqu'à ce qu'une de ces mises en scène puisse servir de prétexte à la transformation.

Voilà pourquoi le thérapeute apprend des protocoles d'exercices. C'est pour pouvoir mettre en scène des jeux perceptifs propices au changement des représentations du patient.

Mais si les protocoles d'hypnose et les exercices sont intéressants, ils servent surtout à rassurer le thérapeute en lui conférant un savoir-faire utile pour initier l'expérience et pour favoriser les modifications perceptives. Les protocoles d'hypnose sont autant de cartes à jouer disponibles dans sa manche mais qui ne seront pas forcément utilisées.

Avec le temps et l'expérience, chaque thérapeute développe sa propre façon de pratiquer l'hypnose et son propre savoir-faire.

Au cœur de la séance, l'important n'est pas tant la technique utilisée que l'instauration d'un climat de liberté dans l'enceinte relationnelle accordée au patient. En ce sens, tout le temps nécessaire doit être pris. Le thérapeute prendra soin de laisser l'expérience se faire à son rythme, et le patient se l'approprier comme il l'entend. Il n'y a donc pas de durée prédéterminée de la transe, mais bien une adaptation permanente à ce qui se passe au cœur de la séance.

Pendant la phase de travail en hypnose, comme pendant toute la séance, il est tout à fait possible de rentrer en relation avec le patient pour s'enquérir de ses ressentis, de ses envies, de son confort. Si le patient préfère vivre l'expérience dans le silence, il pourra le signifier, pour que l'hypnotiste adapte son discours et son rythme. On peut également clarifier d'emblée, avant même de commencer l'expérience, le degré de liberté dont dispose le patient : ce dernier doit être libre de vivre les choses comme elles viennent. Les suggestions d'exercices du thérapeute ne sont que des propositions, et le patient devra se sentir tout à fait libre d'adhérer ou de ne pas adhérer à ce qui est proposé.

La liberté du patient

On est bien loin de l'hypnose autoritaire ou des protocoles psychothérapeutiques rigoureux qui ne laissent au patient aucun champ de liberté, alors que l'expérience de la perceptude repose précisément sur l'élargissement des possibles. Voilà pourquoi la liberté du patient à suivre l'expérience de modification perceptive doit être encouragée, afin que l'expansion des potentialités puisse se réaliser sans aucune contrainte imposée – parfois bien involontairement – par le thérapeute lui-même. L'hypnotiseur devra abandonner tout autoritarisme, toute illusion de détenir la solution au problème du patient pour ne servir que de catalyseur au changement. Ce rôle est essentiel.

La qualité de guide dépendra de son expérience en tant qu'hypnothérapeute, de la connaissance et la maîtrise des techniques hypnotiques, et d'une certaine habileté dans l'art de la communication.

Les non-dits, les mots, les gestes, l'absence de gestes sont autant de signaux verbaux et non verbaux qui conditionnent l'issue de l'expérience hypnotique. C'est donc seulement à la condition d'être dans une attention totale à ce qui se passe, donc à la condition d'entrer lui-même dans l'hypnose, que le thérapeute pourra avoir une lecture fine de l'expérience du patient, et pourra dans un ajustement permanent accompagner et orienter vers le soulagement.

C'est donc parce que le thérapeute sera présent sans aucune réserve à la séance qu'il sera en mesure de ratifier les modifications même minimes qui s'opèrent au cœur même de l'expérience perceptive de l'hypnose. Le moindre changement, par la ratification, met le patient devant le fait accompli de la possibilité d'adopter un mode de fonctionnement différent, plus flexible. L'hypnothérapeute inscrit ces changements dans une dynamique de croissance et d'autoréalisation qui rend au patient la responsabilité de la transformation qui s'opère.

Les **suggestions**

Les suggestions, qu'elles soient directes ou indirectes, constituent l'outil de base de la communication hypnotique. Nul étonnement donc à ce que les enseignements à l'hypnose consacrent un temps considérable à l'apprentissage de leur formulation et de leur application en pratique clinique.

Mais en réalité, au cœur de la séance, la plus importante des suggestions, et qui conditionne l'issue du travail thérapeutique, est celle du contexte et de son intention : aller vers le soulagement. Voilà la seule boussole qui doit orienter chacune des paroles du thérapeute. L'attention de ce dernier sera invariablement tournée vers le moindre signe de soulagement.

Classiquement, la meilleure des suggestions ou des métaphores est confiée par le consultant lui-même : car si une consultation a été envisagée, c'est bien qu'il a été imaginé, d'une manière ou d'une autre, ce que serait le soulagement. Il n'est pas besoin d'y croire pour l'imaginer, et chacun peut se mettre à rêver de ce qu'il n'a pas ou de ce dont il ne se croit pas capable. Une fois le soulagement imaginé, l'attente de la part du patient peut être très importante. Or, le travail du thérapeute ne consiste

pas à matérialiser comme par une quelconque magie l'image de la guérison dans le quotidien du patient, mais plutôt à permettre, dans l'enceinte de la relation thérapeutique, l'expression de la souffrance puis celle du soulagement attendu.

On pourra donc s'intéresser, après avoir permis de laisser s'exprimer la souffrance, à l'évocation du soulagement. Et l'expérience libératrice de la transe donnera à cette exploration une richesse parfois inattendue, rarement rencontrée dans la veille ordinaire.

e soulagement

Évoquer le soulagement n'est jamais chose anodine. C'est une étape décisive dans le cadre de la thérapie. L'image du soulagement ainsi formulée par le patient est la plus belle des métaphores et la plus puissante des suggestions. Elle sera le Nord vers lequel nous tâcherons de nous orienter tout au long de la thérapie. C'est sur cette image que nous prendrons appui, car cela revient à prendre appui sur les ressources et les compétences du patient lui-même. Voilà pourquoi la métaphore du patient a mille fois plus de valeur que la plus sophistiquée des métaphores créées par le thérapeute lui-même, ou tirées des plus beaux récits d'Erickson : amener le patient à adhérer à tel ou tel modèle de représentation limite considérablement son champ d'action dans la transe thérapeutique.

L'imagination dans l'hypnose

Une fois l'expérience engagée, la cible identifiée, on s'attachera à accompagner l'attention du patient tout au long du processus thérapeutique de ce qui fait souffrir à ce qui fait du bien. Un moyen de réorganiser le monde dans le temps de la perceptude est l'imagination. Alors que la cognition caractérise la veille restreinte, l'imagination est sans nul doute le pivot dynamique de la veille généralisée. Elle est en hypnose une forme particulière d'imaginaire qui relève non pas de la simple rêverie ou de la simple représentation mentale, mais plutôt de la *simulation*. Le terme a aujourd'hui une connotation péjorative en français

(ne dit-on pas du simulateur qu'il est un menteur ?) et pourtant cela signifie que le virtuel acquiert la même valeur *perceptive* que le réel.

Par exemple, des études ont montré que si l'on demande à quelqu'un d'effectuer une tâche manuelle en hypnose, il mettra le même temps que s'il effectuait la même tâche dans le réel. Dans l'hypnose, le jeu de l'imaginaire mène la pensée et le corps, et ne se résume pas à une expérience purement psychique.

Un exercice simple peut vous intéresser.

Expérimentez une action manuelle en imagination, puis dans le réel

Choisissez une tâche manuelle que vous pouvez reproduire facilement chez vous, en quelques minutes, dans le réel.

Munissez-vous d'un minuteur ou d'une montre.

Placez la montre devant vous.

Utilisez une des techniques d'induction du chapitre 10 pour entrer dans l'hypnose.

À présent, ouvrez les yeux si vous les aviez fermés pour vérifier l'heure.

Puis fermez les yeux et laissez-vous quelques instants pour retourner dans l'hypnose. Cela va se faire rapidement, car vous étiez déjà dans la transe.

Le fait d'ouvrir puis de refermer les yeux va vous permettre de replonger rapidement et plus profondément dans la transe.

À présent, en imagination, effectuez la tâche manuelle que vous avez choisie. Virtualisez cette tâche. Évoquez tous vos sens : la vue, le toucher, les sons, etc.

Une fois la tâche terminée, ouvrez les yeux.

Notez le temps qui s'est écoulé.

À présent, levez-vous et réalisez la tâche dans le réel, en vous chronométrant, et en prenant le même temps que pendant l'hypnose.

Que constatez-vous ?

Quelle est cette imagination qui nous intéresse dans l'hypnose ?

Quelle est cette imagination qui trompe l'esprit au point de lui faire croire que l'individu se promène sur une plage ensoleillée alors qu'il subit une ablation partielle de la glande thyroïde dans les locaux aseptisés du bloc opératoire ?

Dans l'hypnose, il est vrai, le patient perçoit de façon très intense ce qui se déroule dans son imagination, car son attention est tout entière orientée vers elle. C'est parce que la transe hypnotique donne cette intensité à l'imaginaire et parce que la transe potentialise l'émergence d'alternatives expérientielles qu'on pourra laisser se déployer l'imaginaire dans toute sa richesse. Mais si l'hypnose nous absorbe tout entier dans un *virtuel*, comment ce dernier pourrait-il nous permettre de changer nos perceptions du monde *réel* ? Pour le dire autrement, comment le virtuel déployé par l'imaginaire peut-il nous permettre de mieux vivre le réel ?

Nous pouvons d'emblée parler d'une imagination en tant que « construction mentale pour échapper à la réalité » et c'est bien ce versant-là de l'imagination que nous utilisons dans le cadre de l'hypnose pendant une chirurgie.

Cependant, cela n'est *qu'une façon* d'user de l'imagination.

L'imagination n'est en rien une capacité particulière ; elle est à l'œuvre chez tous et en tout temps. C'est une dimension simple et naturelle, présente chez tout individu, qu'il soit ou non « créatif ». Car l'imagination dont on parle n'est pas la créativité, la capacité d'inventer quelque chose de nouveau. Il s'agit simplement de l'aptitude à formuler ce que l'on veut, ce que l'on désire, ce que l'on anticipe, ce dont on se souvient.

La seconde façon d'user de l'imagination consiste à la planification pour agir dans le réel. C'est une projection d'intention. Nous ne sommes donc plus dans un imaginaire pour échapper à quelque chose mais dans un imaginaire comme intention de mieux interagir avec quelque chose. D'une certaine façon, nous pouvons dire que chacune de nos pensées est imagination. Non pas pour *échapper* au réel mais dans l'intention *d'agir* dans le réel.

Le simple fait d'avoir l'intention de sortir de mon domicile entraîne un processus de pensées sur les différentes étapes nécessaires pour accomplir cet acte : prendre les clés, ouvrir la porte, fermer la porte, descendre les escaliers…

Ce n'est en rien une volonté de s'échapper de la réalité, il s'agit d'un moyen de projeter une intention pour préparer une action.

Si je pose la question « que voulez-vous manger pour le déjeuner ? », n'allez-vous pas imaginer votre repas ? Si je demande « à quoi cela ressemble-t-il d'être libéré de la douleur ? », n'allez-vous pas générer une idée de ce que pourrait être *pour vous* l'absence de douleur ?

Engager une hypnothérapie, c'est imaginer que les séances puissent permettre d'aller mieux. C'est une projection d'intention par l'imaginaire.

Par l'hypnose, l'imagination ancre une intention dans la réalité. Mieux, elle déploie les actes nécessaires au but à atteindre : s'il n'est pas encore accessible, l'imagination permet de découvrir quel pas pourra être réalisé au préalable dans le sens du but à atteindre. La capacité de déploiement des perceptions et des représentations dans la transe hypnotique permettra de prendre appui sur quelques éléments nouveaux, et le thérapeute jouera également son rôle de guide pour ratifier ou proposer toute pensée ou tout geste permettant de dépasser la difficulté.

Erickson et l'imagination

Erickson utilisait cette capacité de déploiement progressif propre à chacun pour intervenir dans l'évolution thérapeutique par petites étapes. Il se gardait de présenter d'emblée la suggestion de la résolution du problème en tant que telle. En général, il divisait plutôt une tâche en un certain nombre d'étapes et amenait son patient à accepter une des étapes après l'autre. Puis, ces petites étapes étaient reliées l'une à l'autre, et lorsque venait le moment de la suggestion de résolution du problème, celle-ci n'était qu'une petite étape supplémentaire rendue accessible par la chaîne d'étapes préalablement acceptées par le patient.

Considérer l'imagination comme un simple moyen de s'échapper de la réalité est donc une vision tronquée et insuffisante de l'emploi de l'imagination, puisqu'elle est aussi capable d'anticiper nos actes et nos mouvements, nos succès comme nos échecs.

Et si l'imaginaire a ce pouvoir, c'est parce que, loin d'être une simple expérience de l'esprit, il embarque le corps tout entier, par les mêmes circuits neurologiques que ceux utilisés par l'exécution de l'action réelle. En rééducation par exemple, certaines techniques consistant à imaginer

les mouvements que feront les personnes une fois que leurs membres seront libérés du plâtre, réduisent le temps de récupération de la fonction du membre en question.

Charcot et le mouvement imaginé

Charcot suggérait que « le mouvement imaginé, c'est déjà le mouvement en voie d'exécution ». Les neurosciences ont prouvé depuis que, lorsqu'un sujet imagine une action, les zones corticales activées sont les mêmes que s'il réalisait vraiment l'action.

Le mouvement imaginé est donc déjà un mouvement en voie d'exécution. Faire imaginer au patient, c'est déjà commencer à faire accomplir. Dans le contexte du soin, les implications sont nombreuses. Imaginer aller mieux, c'est poser les germes de la guérison. L'effet placebo relève certainement en grande partie de cette capacité à se supposer déjà guéri à la prise du supposé médicament qui n'est en fait qu'un comprimé de sucre. L'imagination agit sur le corps.

Potentialisée par la transe hypnotique, l'imagination est donc la capacité humaine sur laquelle le thérapeute peut se reposer pour conduire l'expérience : par la transe, l'imagination devient un nouveau mode de perception, une nouvelle forme d'expérience vécue. Comme le suggère Patrick Richard, *par l'hypnose, le virtuel devient réel*. Ce qui à l'état de veille n'est que rêverie devient expérience vécue *dans l'hypnose*. Parce que c'est par l'expérience que l'humain apprend, change, s'adapte, évolue, rectifie, et se réinvente en permanence, on ne s'étonnera plus que ce qui est perçu dans la transe permette un ajustement au monde équivalent à celui qui se fait à l'état de veille, à ceci près que l'imaginaire permet d'exploiter les paramètres de l'existence qui ne sont pas encore actualisés à l'état de veille ordinaire, ou d'explorer des possibles qui ne sont encore qu'à l'état embryonnaire dans la réalité partagée.

Changer de défenses

Véronique, 45 ans, consulte pour des céphalées de tension. Ce sont des maux classiquement situés à l'arrière de la tête, qui sont produits par des tensions dans les muscles de la nuque et de la base du crâne.

Les différents antalgiques n'ont que peu d'effets sur les douleurs, qui sont constantes et quotidiennes. Véronique comprend très bien que les tensions sont favorisées par le stress ambiant, et elle admet avoir du mal à ne pas se laisser envahir par les conflits professionnels qui la minent.

Lors d'une séance d'hypnose, elle se place dans la situation professionnelle qu'elle connaît bien, et dans laquelle elle doit gérer des groupes de réflexion sur la gestion des finances d'une grande entreprise. Rapidement, en portant toute son attention à son corps pendant l'expérience hypnotique de mise en situation, elle identifie les contractures qui apparaissent progressivement au niveau de sa nuque et de ses épaules, au fur et à mesure que les négociations avec ses collègues de travail se font plus tendues, dans un rapport de force qui semble être un exercice obligé.

Dans l'hypnose, je demande à Véronique s'il lui semble envisageable d'imaginer un autre rapport avec ses collègues qu'un rapport de force. Au premier abord, cela lui semble impossible, car l'agressivité semble venir de ses collègues, qui d'après elle, n'ont que du mépris et de la jalousie pour elle. Sa réaction de tension lui semble alors être la façon évidente pour son corps de se protéger contre l'agression extérieure.

Pourtant, par l'imagination, dans la transe, Véronique expérimente toute une palette de nouvelles façons de s'ajuster à la situation conflictuelle. Elle finit par trouver le moyen le plus facile pour elle de rester indifférente à l'agressivité de ses collègues de travail. Elle découvre qu'elle est capable d'installer une nouvelle réaction de défense de son corps qui n'est plus de la tension, mais une totale indifférence. Mieux : Véronique réalise qu'elle peut installer une sorte de réflexe conditionné qui consiste à une indifférence croissante dans la nuque et les épaules, au fur et à mesure que la tension de ses collègues se fait plus grande.

Après quatre séances d'hypnose, qui lui auront permis de répéter encore et encore et d'ajuster sa nouvelle façon d'entrer en rapport avec autrui, Véronique a développé un grand calme dans sa façon de négocier les contrats et de trancher des situations difficiles malgré l'animosité à laquelle elle continue d'être confrontée.

À sa grande surprise, il lui semble qu'elle applique tout à fait spontanément la même façon de résoudre les problèmes dans son couple, et les conflits à la maison deviennent plus rares.

Véronique me confiera, lors de notre dernière rencontre : « C'est bizarre, l'hypnose m'a permis de me voir agir et d'agir en même temps. C'est comme si je m'ajustais en permanence en tant qu'actrice et en tant que metteur en scène. Au fur et à mesure que l'on faisait l'expérience, les choses sont devenues de plus en plus drôles, et tout le dramatique et l'agressivité des situations s'est transformé en immense farce dans laquelle chacun joue le rôle qu'il veut. C'est vraiment étrange. Parfois le soir, avant de m'endormir, je me surprends à revivre des moments de tension de la journée en voyant comment j'aurais pu réagir différemment. J'ai l'impression que je continue à évoluer. »

L'imagination dont Véronique a fait l'expérience a déployé les possibles jusqu'alors non suspectés, et a mis en mouvement la capacité du corps à s'adapter à une situation conflictuelle. Grâce à la transe, l'imagination a mis en mouvement l'énergie nécessaire pour imposer une nouvelle façon d'être au réel, plus confortable et plus riche. Il aura fallu dans un premier temps que l'hypnose permette à Véronique de se défaire d'une réaction

réflexe de tension et de douleur pour que son corps s'approprie une nouvelle réaction qui lui semblait jusqu'alors inaccessible.

Mais cette pratique ne relève-t-elle pas de la pensée magique ? Cette idée selon laquelle imaginer les choses fait survenir les événements ?

Bien au contraire, l'hypnose est tout à l'opposé du fantasme de faire obéir les événements extérieurs à notre bon vouloir. Si imaginer en hypnose permet de changer quelque chose, ce n'est pas l'environnement mais bien notre rapport à ce dernier. Ce sont les liens que l'on entretient avec les êtres et les choses qui se modifient, se déplacent, se réajustent.

Il suffirait donc d'imaginer ses problèmes résolus pour les voir se résoudre ?

Pas tout à fait.

Si l'imagination permet de vaincre la phobie, d'arrêter de fumer, ou de redonner le goût de vivre au neurasthénique, c'est que dans la perceptude, ce n'est pas l'esprit rationnel qui passe en revue les possibilités et les handicaps de l'individu. C'est une perception élargie à tous les éléments de l'existence qui entre en jeu et donne au patient une perception beaucoup plus juste car globale de ce dont il dispose et de ce dont il ne dispose pas. C'est une prise en compte de tous les paramètres de l'existence qui devient possible grâce à la transe hypnotique; cette prise en compte permet de mettre au jour des possibles que l'on ne voyait pas jusqu'à maintenant.

Mais comment se fait-il que l'hypnose révèle des capacités dont on disposait et qui pourtant n'étaient pas exploitées ?

C'est qu'à l'état de veille ordinaire, la perception se trouve restreinte par les croyances, les peurs, les désirs, les regrets, la logique, la raison, le contrôle. Le faisceau de l'attention, la perception se réduisait à un possible que l'on se refusait de vivre tant il nous était douloureux.

Par l'hypnose, la perception s'élargit dans un ressenti global propre au vivant pour prendre en compte tous les éléments auxquels jusqu'ici nous étions rendus aveugles. Les forces dont nous disposions nous apparaissent alors et il nous suffit de nous laisser conduire par elles pour se voir ouvrir une voie, là où il n'y avait qu'une impasse.

En ce sens, on peut maintenant affirmer que l'imagination nous permet non pas de fuir le réel, mais *d'y pénétrer de la façon la plus totale*. Alors, l'ajustement se fait de lui-même et de la façon la plus satisfaisante.

Redéfinir les priorités

Élodie a 27 ans. Elle est enceinte de 3 mois.

Élodie fume un paquet et demi de cigarettes par jour depuis l'âge de 17 ans. Elle n'a jamais essayé d'arrêter. La cigarette, lui semble-t-il, fait partie de sa manière d'être : elle allume une cigarette avec nonchalance et ressent un grand plaisir au geste, au rituel. La cigarette lui permet de se poser et de créer une sorte de bulle dans laquelle les agressions extérieures, tant professionnelles que personnelles, ne l'affectent pas pendant un temps.

Pourtant, Élodie est consciente des effets néfastes du tabac sur sa santé, mais cela lui importe peu. Elle sait qu'on doit tous mourir de quelque chose et, dit-elle dans un demi-sourire : « Je préfère en fumer une que de devoir prendre des antidépresseurs ». Élodie est une fille intelligente. Son médecin traitant et sa gynécologue lui ont demandé avec insistance d'arrêter de fumer, et ce depuis longtemps, bien avant qu'elle ne tombe enceinte.

Malgré quelques tentatives, la cigarette a toujours gagné. Si bien qu'Élodie a entamé sa grossesse en tant que fumeuse. Si elle sait et comprend bien que fumer est dangereux pour elle comme pour le bébé, elle ne peut se résoudre à arrêter… Jusqu'au jour où une violente dispute éclate entre Élodie et son époux qui ne peut plus supporter de la voir mettre en danger sa vie et celle du bébé.

Après un entretien préalable pour tâcher d'identifier ses motivations à l'arrêt de la cigarette, il me semble qu'Élodie a véritablement envie d'arrêter, et qu'elle ne consulte pas sur la pression de son mari ou de ses médecins.

Elle entre facilement dans l'hypnose. Elle expérimente une transe moyenne rapidement. Dans l'hypnose, alors que nous avançons pas à pas dans l'expérience perceptive, je lui demande de prendre contact avec les choses qui lui paraissent précieuses et qui ont plus de valeur que le tabac.

Élodie fond brutalement en larmes. Après de longues minutes de sanglots, nous mettons fin à l'expérience de l'hypnose. Élodie me racontera que pendant l'hypnose, il lui est venu l'idée de repenser à ce que lui dit depuis longtemps son entourage et ce qu'elle savait très logiquement : à quel point le tabac faisait courir un risque pour le bébé. Soudain, elle a perçu la vie qui se développe en elle avec une acuité jamais jusqu'alors ressentie. « Tout a été chamboulé » dit-elle. « C'est comme si ce qui était vraiment important devenait évident ».

Je n'ai pas revu Élodie.

En revanche, j'ai reçu un faire-part de naissance de la magnifique petite fille à qui elle a donné le jour près de six mois plus tard. Sur le carton, ces quelques mots : « Maman heureuse et non fumeuse ».

Parce qu'elle est passée par l'hypnose, parce qu'elle a bien voulu laisser se déployer une sensorialité globale, une perception généralisée, Élodie a pris contact pour la première fois avec une chose qui était déjà présente,

mais à laquelle *elle s'était rendue absente*. La préciosité de l'enfant qui allait naître était la même que celle de la veille ou celle du lendemain, mais son faisceau d'attention était tellement restreint à sa relation avec la cigarette qu'elle s'était rendue aveugle au reste, y compris à la vie qui se développait en elle.

L'hypnose lui a permis de redonner un champ plus large à sa perception, et ainsi d'intégrer pleinement les autres paramètres de son existence. Ainsi ouverte la totalité des paramètres de sa vie, elle n'a eu aucun effort à faire pour épouser un mode de fonctionnement plus adapté à la situation : lâcher la cigarette pour de bon.

Si cette pratique de l'imaginaire permet bien des choses étonnantes, il faudra se garder d'adhérer trop facilement aux dogmes laissant croire que le pouvoir de l'imagination « fait advenir les événements ». Certaines techniques de développement personnel se mêlent du bien-être du corps et de l'esprit et véhiculent le présupposé selon lequel la visualisation va changer le corps et permettre, par exemple, de se débarrasser des cellules tumorales.

Pourquoi cette perspective est-elle dangereuse ?

Parce qu'en poussant le raisonnement à son paroxysme, cela signifie que si la personne est capable de faire disparaître des cellules tumorales, elle est capable d'en créer. Cette idée, de plus en plus répandue, conduit les patients en oncologie à développer une culpabilité intense et un sentiment de perte de contrôle dangereux, en considérant que le cancer dont ils souffrent « est issu de leur imagination ».

> ***Paradoxalement, c'est parce que l'hypnose prend appui sur le réel et ses limitations qu'elle permet la prolifération des possibles.***

On gardera donc toujours en tête la notion d'éthique et l'importance des représentations. La visualisation est un outil intéressant parce qu'il permet la modification des perceptions et de l'attention. Mais l'imaginaire permet de prendre appui sur ce qui est déjà là pour laisser émerger de *nouvelles* alternatives expérientielles.

Les **phénomènes hypnotiques**

Il s'agit de phénomènes qui se produisent spontanément ou en réponse à une suggestion pendant la transe.

Ils peuvent donc être une manifestation spontanée de l'hypnose sans que le thérapeute les recherche.

Mais qu'ils apparaissent spontanément ou qu'ils soient provoqués, ces phénomènes peuvent servir à des fins thérapeutiques. Soit que ces phénomènes serviront de métaphores pour illustrer un processus thérapeutique qui se met en place, soit qu'il sera possible de les lier par la suggestion à la résolution du problème (comme le propose Ernest Rossi au travers de ses protocoles idéomoteurs).

On peut citer parmi ces phénomènes : les distorsions sensorielles, la catalepsie, la lévitation, la dissociation, la désorientation, la régression en âge, la progression en âge, l'amnésie et l'hypermnésie.

Les **distorsions sensorielles**

L'expérience même de la transe tend à créer spontanément des changements dans la perception des cinq sens. Ainsi, l'hypnose peut faire apparaître un flou dans les sensations, ou de véritables hallucinations sensorielles : l'apparition d'images qui semblent très réelles, des sons, une sensation de température différente, une impression qu'un membre bouge alors qu'il ne bouge pas.

Le thérapeute peut également provoquer le phénomène par des suggestions. L'illustration thérapeutique la plus évidente est le traitement de la douleur en créant des hallucinations perceptives locales comme l'anesthésie, l'engourdissement, la chaleur, la fraîcheur, ou toute autre sensation analgésique.

Il est également possible de créer des déplacements de la douleur d'un point à un autre.

Les hallucinations peuvent être positives (percevoir quelque chose qui n'est pas là) ou négatives (ne pas percevoir quelque chose qui est présent).

La **catalepsie**

La catalepsie est un phénomène physique provoqué par l'équilibre entre des groupes de muscles qui ont une fonction inverse (les muscles dits agonistes et antagonistes) qui fait qu'un bras, par exemple, s'il est soulevé par le thérapeute, tiendra en l'air tout seul.

La catalepsie est l'une des caractéristiques du corps en transe hypnotique. Elle peut être spontanée, mais peut également être provoquée par le thérapeute.

D'un point de vue thérapeutique, la catalepsie peut s'intégrer dans un ensemble d'expériences idéomotrices, tel qu'un protocole de soin d'Ernest Rossi, mais elle peut aussi servir de levier de persuasion : faire expérimenter la catalepsie peut créer un effet de confusion suffisant pour entrer plus avant dans l'expérience de l'hypnose. Il est possible également d'utiliser la catalepsie comme une métaphore thérapeutique. Par exemple, pour rester droit malgré la fatigue si on laisse faire les choses comme elles se font, sans effort…

La **lévitation**

Comme la catalepsie, elle est caractéristique de l'hypnose.

Elle peut également être utilisée comme phénomène de persuasion, comme outil de confusion, ou comme une métaphore de changement, de mouvement, de guérison.

La lévitation, comme la catalepsie, permet au thérapeute d'apprécier l'entrée dans la transe de son patient, et constitue un travail thérapeutique à part entière. Ainsi, si l'on suggère qu'*au fur et à mesure que le bras s'élève dans l'air, l'esprit profond synthétise des ressources fondamentales utiles à la résolution du problème*, on lie un phénomène moteur hypnotique à une activité thérapeutique. Le mouvement ainsi réalisé témoigne de la bonne réponse à la suggestion.

Catalepsie et lévitation se mêlent dans le corps en transe qui, libéré des apprentissages et du contrôle de la logique, peut laisser l'imaginaire mettre en mouvement ce qui peut l'être dans un processus de changement.

Ces mouvements, perçus comme automatiques, participent au processus de réaménagement des perceptions et des représentations.

La **dissociation**

Elle est à la fois une étape de l'hypnose mais également un phénomène obtenu par l'hypnose.

La dissociation est également un des phénomènes typiques de l'expérience hypnotique. L'expérience subjective d'être à la fois ici et ailleurs est souvent relatée par les patients au sortir de la séance. Pour certains auteurs, c'est l'importance de la dissociation qui caractérise la profondeur de l'hypnose.

En hypnosédation, la dissociation est appuyée et amplifiée par le thérapeute, de sorte que l'on puisse réaliser un geste chirurgical locorégional sans que le patient ressente d'inconfort.

La **désorientation**

Elle peut être *temporelle* : pendant l'hypnose, on perd la notion du temps. Le patient expérimente spontanément une contraction ou une dilatation du temps. Si bien qu'au sortir de la séance, demander au patient combien de temps l'expérience a duré permet de ratifier l'étrangeté et le caractère inhabituel de ce qui vient de se vivre pendant la séance. Le plus souvent, le temps est perçu différemment, et le patient proposera une durée qui ne correspondra pas au temps « horloge ». Ratifier cette désorientation peut servir de phénomène de persuasion et potentialiser les prochaines séances d'hypnose.

Maîtriser » le temps

Avec la pratique, le patient peut utiliser le phénomène de distorsion temporelle en autohypnose pour contracter ou dilater le temps à sa convenance. Ainsi, dix minutes de pause en auto-hypnose pourront sembler 30 minutes, et encourageront la perception subjective de s'être reposé. Inversement, pendant un soin douloureux,

l'autohypnose permettra de contracter la perception du passage du temps pour faire que 30 minutes de soins pénibles n'en sembleront que 10.

La désorientation peut être *spatiale* : pendant l'hypnose, et surtout en l'absence de mouvement, il est fréquent de ne plus être capable de localiser la position exacte d'une partie du corps. Parfois, le patient expérimente des illusions kinesthésiques de mouvements (« j'avais l'impression que je basculais en arrière » ou « j'ai eu l'impression de m'élever vers le plafond »).

Cette désorientation est peut-être liée à la réduction de débit sanguin cérébral dans les régions du cerveau qui déterminent les sensations corporelles (cortex somesthésique).

Tout ou partie du corps devient flou, difficile à localiser, à délimiter…

Dans une transe moyenne à profonde, la dissociation est si marquée que le patient pourra au réveil ne plus savoir pendant quelques secondes dans quel lieu il se trouve.

L'ensemble de ces manifestations disparaissent dès le retour à l'état de veille ordinaire.

La **régression** en âge

Elle consiste à remonter le temps pour explorer le passé. Il peut s'agir de reprendre contact avec l'enfant que nous étions, ou avec une version de nous plus jeune, qui dispose de rêves, d'idéaux ou de ressources qui nous font défaut aujourd'hui. Il peut s'agir également de se resituer dans une scène de notre passé pour changer la perception que l'on en a.

ttention

L'hypnose ne permet pas de retrouver des souvenirs. Les souvenirs produits pendant l'hypnose, aussi réels semblent-ils, peuvent être une construction de l'esprit et ne correspondre nullement à l'événement tel qu'il s'est réellement déroulé.

Cette précision est d'une importance capitale. L'hypnose ne permet pas et n'a jamais permis de retrouver des souvenirs cachés ou enfouis. L'hypnose n'est pas un révélateur. Cette précision étant posée, évoquer une scène du passé sous hypnose peut être utile pour changer la perception que l'on se fait de cette scène. C'est ce que l'on appelle la *plastie mnésique*. Cette technique permet de traiter une empreinte traumatique dans le cadre d'un ESPT (État de Stress Post Traumatique).

L'exploration du passé permet également de se réinstaller dans un bon souvenir, et d'en évoquer l'émotion positive. Cela permet de s'installer dans un virtuel pendant un soin douloureux, mais cela permet aussi de reprendre contact avec des émotions positives et les ancrer comme une ressource (cf. chapitre sur les techniques d'induction).

La **progression** en âge

Il s'agit de réaliser un pont dans le futur. La progression en âge, à l'inverse de la régression en âge, permet de créer la perception d'un événement à venir. L'expérience offre de prendre contact avec une version plus mûre et plus sage de nous-mêmes, afin d'écouter les conseils qu'elle prodigue à la version plus jeune que nous sommes.

Elle permet aussi de se supposer guéri et de laisser se déployer les étapes nécessaires à l'accomplissement de l'objectif.

En se supposant guéri, le patient ancre l'émotion positive de la satisfaction du problème résolu et ainsi augmente sa motivation. La projection dans le futur tend à créer une expectation positive et ainsi sa propre prophétie autoréalisatrice.

Nombre d'exercices en hypnose utilisent de près ou de loin quelque chose de la futurisation, dès lors que l'on se projette dans la perception du soulagement attendu.

En clinique obstétrique, il existe une question « magique » qui invite la patiente à prédire l'heure à laquelle elle va accoucher. Un mémoire réalisé par le Dr Franck Bernard, intitulé « À quelle heure allez-vous accoucher ? » relate que les patientes à qui le protocole d'hypnose avait

été proposé avaient accouché dans un plus grand confort et dans des heures voisines de l'heure prédite.

L'amnésie

L'amnésie est l'oubli de ce qui a été vécu, que ce soit une expérience, une pensée, une obsession, un souvenir. À l'époque de Charcot, l'amnésie de la séance elle-même était recherchée comme témoin de la réalité de l'hypnose vécue par la patiente. Aujourd'hui, l'observation clinique, et certainement la manière d'accompagner dans l'hypnose, montrent que l'amnésie n'accompagne pas systématiquement l'expérience.

Cependant, on peut observer deux types d'amnésie en hypnose : il s'agit de distinguer l'amnésie spontanée qui a tendance à apparaître au détour d'une hypnose profonde, de l'amnésie provoquée dans un but thérapeutique.

Dans le premier cas, le patient aura du mal à se rappeler ce qui s'est dit ou ce qui a été perçu avec précision pendant la séance d'hypnose. Pourtant, il sera évident qu'il n'était pas endormi, mais il pourra décrire l'expérience comme étant confuse, et décrira la perception subjective de la séance comme une perception dissociée (« une partie de moi vous entendait, Docteur, mais en même temps j'étais très loin »).

Il s'agit plutôt d'une sorte de flou : on était à la fois présent et absent, et les détails de ce qui s'est dit restent indistincts. Ce type d'amnésie ne se retrouve pas de façon systématique. Inversement, un patient qui serait capable de retranscrire avec force détails ce qui s'est dit pendant la séance mettrait en avant un certain contrôle et une difficulté à lâcher l'intellect et la volonté de rester maître de soi pendant l'expérience.

Ce premier type d'amnésie ne présente pas d'intérêt particulier en thérapie, si ce n'est de vivre l'expérience de la dissociation et éventuellement de ratifier l'hypnose.

Le second type d'amnésie est provoqué à visée thérapeutique. Ce pourrait être simplement l'effet d'une proposition du thérapeute de « ne pas vraiment se rappeler de ce qui s'est passé comme expérience, et même de tout oublier », pour éviter que le patient cherche à mettre du contrôle et de

la logique dans une expérience thérapeutique d'un tout autre registre. Cela peut donc être une invitation à ne plus penser à la séance pour laisser les choses se faire spontanément sans que s'en mêle la pensée rationnelle.

Mais il pourrait s'agir aussi de faire littéralement oublier un élément dont la présence génère un trouble : tel qu'un souvenir traumatique. Pierre Janet en particulier, traitait les traumatismes psychiques par les techniques d'amnésie hypnotiques. Dans les années 60, il était courant d'user des techniques d'amnésie pour faire oublier des événements traumatiques. S'ensuivait une amélioration de la symptomatologie posttraumatique.

Aujourd'hui, le rapport de notre culture à la mémoire a profondément évolué. Nous sommes dans une société qui chérit la mémoire, et dans laquelle nous construisons notre identité sur nos souvenirs et nos expériences passées. Nous sommes à l'ère de l'enregistrement à outrance, de l'archivage numérique, de la modélisation informatique de nos savoirs, etc. Les patients ne consultent plus pour oublier, mais bien au contraire pour se rappeler.

Retrouver un événement passé

Il n'est pas rare en effet que certains consultent en hypnose pour retrouver un événement passé dont ils n'ont gardé aucun souvenir. Ils pensent alors, peut-être à raison, que quelque chose a eu lieu, qui fait que leur esprit a décidé d'oublier, et que ce quelque chose est aujourd'hui la cause de leur malaise.

Par exemple, certains patients consultent dans l'optique de déterminer s'ils ont subi des sévices durant l'enfance.

L'utilisation de l'hypnose à cette fin n'est pas envisageable.

D'abord parce que les souvenirs qui peuvent ressurgir au travers de l'hypnose ne sont pas de vrais souvenirs. Les souvenirs qui reviennent en hypnose sont la perception que l'on se fait non consciemment de ce souvenir. Ainsi, ce dont on se rappelle en hypnose peut être totalement construit et très éloigné des faits tels qu'ils se sont déroulés objectivement.

Ces explications étant données, on comprend que l'hypnose n'est pas un outil pour explorer le passé.

La démarche de savoir « si on m'a fait du mal » ne s'inscrit pas dans le contexte d'une thérapie, mais dans un contexte de recherche de vérité, qui pourrait initier ou compléter une démarche judiciaire, dont les implications sont trop graves pour se permettre de compter avec l'aléa de la reconstruction du souvenir sous hypnose.

En revanche, une bonne indication de l'hypnose consisterait à vouloir non pas savoir quelle est la vérité dans ce qui est perçu, mais à vouloir changer la *perception* d'un événement si cette perception génère une souffrance. On comprend alors que ce qui importe est de changer la représentation que l'on a d'un événement, afin que les conséquences pathologiques disparaissent spontanément une fois la perception changée.

Ainsi, aujourd'hui, on n'utilise que très rarement les techniques amnésiques pour traiter des traumas. On préférera utiliser les techniques de plastie mnésique, qui consistent à changer la perception que l'on a d'un événement.

Et si amnésie il y a, il s'agit non pas d'oublier un élément, mais d'oublier la *représentation* que l'on s'en fait pour la remplacer par une autre.

Corinne Van Loey et le traitement des microtraumatismes psychiques

Corinne Van Loey, psychologue, victimologue et conférencière, est hypnothérapeute spécialisée dans le traumatisme psychique. Elle a développé à partir de son expérience de clinicienne une méthode de traitement des microtraumatismes psychiques d'une redoutable efficacité. Le principe repose sur le changement de perception d'un événement que le patient a vécu comme traumatique, quand bien même cette scène de vie pourrait paraître anodine. Notre façon de vivre les événements conditionne la représentation que l'on se fait de ces derniers. Lorsque les patients souffrent de manifestations psychiques ou physiques qui ne sont pas sans rappeler les symptômes de l'état de stress posttraumatique, le changement de perception de l'événement initial résout la symptomatologie de façon radicale. À aucun moment Corinne Van Loey ne fait « oublier » au patient. Elle le rejoint dans sa perception subjective et l'aide à en changer la représentation délétère. L'EMDR, ou *Eye*

Movement Desensitization and Reprocessing, technique mise au point en 1987 par Francine Shapiro, est une technique basée sur le même principe thérapeutique. Utilisée pour traiter les États de Stress PostTraumatiques (ESPT), elle repose sur le changement de perception d'un événement cible en supprimant l'émotion et la cognition associées au trauma.

Mais peut-être en définitive peut-on dire que l'hypnose permet effectivement d'oublier quelque chose. Et ce quelque chose n'est pas un souvenir ou une idée, mais plutôt l'imprégnation de ce souvenir ou de cette idée dans le corps tout entier. L'hypnose inviterait, comme le propose Gaston Brosseau, à une réinitialisation des cinq sens. C'est cette image selon laquelle l'hypnose réinitialise l'humain tout entier, pour que celui-ci puisse se « *retrouver à l'origine de sa vie, de soi, de l'instant où tout est intact, non abîmé* » (G.Brosseau). Si l'hypnose réinitialise le système nerveux comme on peut réinitialiser un ordinateur, alors pour poursuivre la métaphore, l'hypnose permettrait d'effacer les programmes acquis erronés, pour faire retrouver au système tout entier son fonctionnement naturel, originel, libéré des fausses croyances acquises par de malheureuses expériences.

Alors, on pourrait dire aussi qu'en hypnose, on cherche en définitive à faire oublier une mauvaise habitude acquise, un réflexe, etc. Il s'agit de lâcher quelque chose. Par exemple, dans le cadre d'un sevrage tabagique, le thérapeute pourrait suggérer au patient d'oublier le geste de la cigarette. Le geste, artificiel, non naturel, s'en va et tombe dans l'oubli. Le patient « lâche » une habitude dans l'oubli. Ce n'est pas tant que le patient oublie ce qu'est ce geste, mais c'est comme si son système nerveux tout entier désapprenait un apprentissage inutile. Dans le cadre d'une phobie, l'hypnose fait « oublier » au système nerveux le réflexe de peur associé à l'objet causal. Le patient sait qu'il avait eu peur, mais à présent la peur est partie, oubliée par son corps qui a réappris à fonctionner confortablement même dans le contexte autrefois anxiogène.

L'**hypermnésie**

Il s'agirait donc de retrouver des souvenirs avec le maximum de détails. Nous avons émis nos réserves quant à cette technique et surtout l'utilisation qui en est faite.

L'utilisation des phénomènes hypnotiques est plus rare aujourd'hui qu'elle ne l'était à l'époque d'Erickson.

Par exemple, ce dernier utilisait volontiers la catalepsie, la lévitation. Rossi, qui a étudié auprès d'Erickson, a développé ses protocoles d'intervention thérapeutique à partir des mouvements idéomoteurs.

François Roustang n'utilise jamais ces phénomènes. Ou s'il utilise le geste dans l'hypnose, ce sera pour que le patient l'habite pleinement de sorte que son exécution remette en mouvement quelque chose qui était figé et qui était à l'origine du mal-être.

Qu'ils soient ou non utilisés, l'erreur est toujours la même : nombre d'hypnotiseurs font de l'obtention de ces phénomènes l'objectif de la séance. Or, si ces phénomènes sont étranges et remarquables, et s'ils ne manqueront pas de susciter l'étonnement chez le patient, ils n'ont en eux-mêmes aucune valeur thérapeutique.

Pourtant si ces exercices sont pratiqués depuis la naissance de l'hypnose, c'est parce qu'ils illustrent au travers de l'automaticité la notion de *laisser agir* qui est une composante essentielle à la survenue de la guérison. Par l'hypnose, le mouvement est présent parce qu'il est venu tout seul. Cela est vrai pour la lévitation de la main comme pour la guérison du corps. *Cela* vient tout seul.

Si l'on fait appel à l'hypnose, c'est souvent que la volonté n'a pas permis d'aller mieux. L'hypnose utilise de façon caractéristique un autre chemin de guérison. C'est ce chemin qui fait que la guérison semble venir *en dehors* de la participation consciente. En hypnose, on se laisse prendre par le changement. Il n'y a rien à forcer. Les choses semblent s'installer d'elles-mêmes.

L'hypnose invite à une autre posture qui est à l'opposé de celle qui nécessite la raison, la maîtrise, le contrôle, la volonté. Tout au contraire, chercher à utiliser l'un de ces éléments au cours de la séance, *dans le paradigme de l'hypnose*, *empêche la guérison de venir au patient.*

Les **techniques idéomotrices** et idéosensorielles

Les phénomènes hypnotiques de catalepsie, de lévitation et de dissociation se mêlent pour créer l'expérience de la réponse idéomotrice.

Les mouvements idéomoteurs consistent en des mouvements de certaines parties du corps qui agissent et réagissent en réponse à une suggestion. L'hypnotisé expérimente le mouvement comme quelque chose qui se fait « en dehors de la volonté ».

Ainsi, à un patient en hypnose, on pourra suggérer que sa main, de plus en plus légère, s'envole comme un ballon gonflé à l'hélium.

Le patient fait alors l'expérience de percevoir sa main bouger toute seule, tandis qu'il reste témoin du phénomène. C'est une expérience de *dissociation*.

Dans la rhétorique de l'hypnose, certains thérapeutes lient le mouvement idéomoteur à une activité dite « inconsciente ».

Nombre des protocoles d'hypnose thérapeutiques proposés par Ernest Rossi utilisent les réponses idéomotrices à une suggestion, par l'emploi de directives dites « implicites ». Il propose aux patients des suggestions de « résolution inconsciente du problème » *pendant* qu'un bras bouge de lui-même.

Un autre exemple de réponse idéomotrice, plus ludique, est l'induction du ballon qui se dégonfle (voir exercice page 118). Alors que le patient est absorbé par l'image de l'air qui s'échappe du ballon, les mains répondent à l'imagination en se rapprochant : c'est la réponse motrice (les mains se rapprochent) à une idée (imaginer que le ballon se dégonfle).

allucinations **sensorielles**

Les réponses idéosensorielles sont l'apparition d'hallucinations sensorielles en réponse à une idée donnée. Par exemple, avant la pose d'un cathéter sur une veine du dos de la main, on peut proposer au patient d'imaginer, en hypnose, qu'il a plongé sa main dans de la

neige. Si le patient a déjà fait cette expérience, le résultat n'en sera que meilleur : rapidement, le sujet fait l'expérience d'un engourdissement dans sa main, accompagnée d'une anesthésie, permettant d'effectuer le geste thérapeutique sans douleur. C'est une réponse sensorielle (l'engourdissement) à une idée (la main dans la neige).

Un autre exemple de réponse idéosensorielle consiste à faire imaginer au patient sous hypnose qu'il se trouve à côté d'un radiateur. Lorsqu'il sent la chaleur, on dit que c'est une réponse sensorielle à une idée suggérée dans l'hypnose.

Ainsi, la réponse idéosensorielle peut donner lieu à l'apparition d'hallucinations positives (faire apparaître une information sensorielle) ou négatives (ne plus percevoir un sens).

La **résistance**

Il est classique de considérer en hypnose le phénomène de *résistance*. Cela signifie que le patient manifeste une difficulté à expérimenter l'hypnose. On peut distinguer plusieurs sortes de résistances.

Ce peut être une résistance à adhérer à l'induction, une résistance à laisser le changement se faire pendant la perceptude, ou encore, une résistance à laisser le changement durer dans le temps une fois celui-ci installé.

Il s'agira, cependant, de bien distinguer la résistance de la peur de l'expérience de l'hypnose et de la guérison. Certains patients, surtout lorsqu'ils consultent pour la première fois, possèdent une certaine appréhension à expérimenter un phénomène aussi intriguant que l'hypnose. Il ne s'agira donc là que d'une appréhension à dépasser, essentiellement par le lien thérapeutique qui va se créer avec le thérapeute, et par l'explicite de cette même relation. Parfois, la peur est si grande qu'elle ne peut être dépassée. On pourra alors proposer d'avancer progressivement dans la thérapie jusqu'à ce que la peur soit apprivoisée, ou bien on pourra remettre à plus tard l'expérience et attendre l'instant où la transformation deviendra une nécessité que même la peur ne pourra entraver.

Les facteurs qui entretiennent nombre de résistances naissent d'une incompréhension quant au rôle de chacun dans l'enceinte thérapeutique, et quant à l'objectif à atteindre durant l'expérience hypnotique.

Les patients qui doutent de l'utilité de tenter l'expérience (méfiance ou appréhension à faire de l'hypnose), qui n'ont pas de réelle motivation à traiter quoi que ce soit (ceux qui sont présents uniquement parce qu'un tiers leur a proposé de consulter), ou ceux qui consultent par simple curiosité (comment est-ce de se faire hypnotiser ?) présentent un degré évident de résistance difficile à vaincre.

Comment réduire la résistance du patient ?

Une mauvaise représentation de ce qu'est l'hypnose et de ce qu'elle peut apporter entraîne résistance et échec de la thérapie. La plus grosse erreur serait ici d'insister pour tenter par tous les moyens de convaincre le patient que l'hypnose est le bon remède à son mal. Il n'est pas utile non plus de tenter de « contourner les résistances » du patient en le « manipulant » par quelques techniques indirectes. Cette attitude a peu de chances de réussite, et surtout serait dépourvue d'éthique. S'il existe des techniques de réduction de la résistance (telles que les techniques de confusion), elles doivent être employées de façon explicite pour inviter à faire l'expérience de l'hypnose, l'objectif étant de faire lâcher un peu de contrôle au patient. Parfois, le fait de ratifier la résistance fait réaliser au patient à quel point il a du mal à lâcher le contrôle. Deux situations peuvent en découler : soit le patient se rend présent à ce qui se joue et accepte de faire alliance avec le thérapeute – en prenant part aux exercices proposés pour apprendre à lâcher le contrôle –, soit le patient vit comme un échec l'impossibilité pour lui de lâcher le contrôle. Parfois, la prise de conscience de la perte du contrôle en soi, génère une colère que le patient exprime contre lui-même, ou contre le thérapeute, le contexte, le fauteuil, sa famille, son passé, etc. Cela donne un ensemble de critiques et de revendications qui n'ont pas de lien avec la nature de l'expérience demandée : « Votre voix me stresse » alors qu'il suffit d'en suivre les indications ; « le fauteuil est inconfortable » alors qu'on ne cherche pas à se relaxer ; « je suis trop en colère contre la secrétaire » alors qu'il s'agit d'être

très présent ; « c'est encore à cause de ma mère » alors que l'hypnose ne consiste pas à trouver la cause du trouble…

Dans une relation de confiance et d'honnêteté, dans laquelle les choses sont dites, les limites posées, les possibles présentés, et l'implication de chacun rappelée, on rencontre peu de résistance.

Proposer de l'autohypnose au patient et s'assurer de la bonne pratique de celle-ci, dès lors qu'elle est réalisable au quotidien malgré les contraintes organisationnelles de chacun, est un bon moyen de s'assurer de la motivation du sujet. On pourra par exemple enregistrer un court exercice d'hypnose pendant la consultation elle-même, et l'envoyer au patient sous un format audio qui sera facile à lire. Les nouvelles technologies se prêtent bien à cette pratique : il suffit d'un téléphone portable ou d'un petit enregistreur numérique pour envoyer immédiatement par courrier électronique l'exercice que le patient pourra reproduire le soir-même à son domicile. Il existe aussi tout simplement la possibilité d'enregistrer un disque qui sera remis au patient. Il convient de prendre soin que la durée de l'exercice n'excède pas quelques minutes.

Soit le patient pratique l'expérience prescrite, témoignant ainsi de son implication dans la thérapie par l'hypnose, soit le patient ne trouve pas le temps de pratiquer l'expérience.

Ce dernier cas peut témoigner d'une faible motivation à « faire ce qu'il faut » pour s'en sortir, mais aussi à une organisation quotidienne telle qu'il ne lui est pas possible de se poser pendant quelques minutes pour faire de l'autohypnose.

Dans cette dernière situation, on insistera sur l'importance de prendre ne serait-ce que dix minutes pour soi quotidiennement, quelles que soient les sollicitations du quotidien. Parfois, le fait d'imposer aux membres de sa famille que « maman » ou « papa » a besoin d'un moment rien qu'à soi est un acte d'affirmation aux conséquences salutaires non-négligeables.

Enfin, si la liste des choses à faire au quotidien est telle qu'il est impossible d'envisager de se poser quelques minutes sans agir, on pourra sérieusement suspecter que cette sollicitation permanente participe – en partie du moins – aux troubles ressentis.

L'implication du thérapeute

Enfin, on ne peut passer sous silence l'implication du thérapeute dans la bonne marche de la thérapie. Un thérapeute absent à son patient, car préoccupé, ou inconfortable face à telle ou telle pathologie, a peu de chance de créer un lien de confiance de qualité. Quand bien même il répondrait à toutes les questions et rassurerait le patient, son absence au moment présent entraînera un décalage facilement perceptible par celui qui vient consulter, de façon paraverbale et non verbale, décalage qui génère fatalement une résistance en réaction à la mauvaise qualité du lien thérapeutique.

Les mêmes règles s'appliquent donc pour le thérapeute comme pour le patient : chacune des parties doit être animée par la même volonté de tenter l'expérience, la même honnêteté dans ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, et être présente sans réserve au moment qui se joue dans le temps de la thérapie.

Gaston Brosseau a développé une série d'exercices simples qui conduisent le patient à se ramener tout à fait présent au temps de la thérapie. Lorsque le thérapeute est assuré que l'un comme l'autre sont synchrones, l'hypnose à proprement parler peut commencer. Pour Brosseau, nombre de thérapies échouent parce que le patient n'est pas présent à ce qu'il fait. S'assurer de sa coopération et de sa disponibilité potentialise grandement les résultats que l'on est en droit d'attendre par l'exercice de l'hypnose.

Expérimentez « se rendre présent », un exercice inspiré par Gaston Brosseau

Soyez présent.

Pour cela, demandez-vous : « suis-je ici ? »

Vérifiez si vous êtes bien présent.

Pour cela, vous allez avoir besoin d'ouvrir grand vos cinq sens pour voir ce que vous voyez, entendre ce que vous entendez, et toucher ce que vous touchez.

Quelle est la température de la pièce ? Que sentez-vous avec votre nez ? Sentez-vous vos fesses sur le siège ?

Soyez présent sans réserve.

Comment ressentez-vous que vous êtes là, vraiment là ?

Le simple fait de vérifier si vous êtes là vous ramène présent.

Pratiquez régulièrement cet exercice pendant quelques minutes, en particulier lorsque vous souffrez d'une douleur physique ou morale. Et notez en quoi vous vous sentez différent.

Il est classique de décréter qu'en hypnose, la résistance doit être respectée. Il ne s'agit pas en effet de la faire « voler en éclats » comme il s'agirait d'abattre un mur pour pouvoir passer son chemin.

L'existence d'une résistance peut révéler quelque chose d'utile à la bonne marche de la thérapie, et le thérapeute sera bien inspiré de reprendre avec le patient quelques éléments de la situation actuelle, de sa perception de la thérapie engagée, et de sa représentation de la possibilité d'une guérison. Pour Erickson, la résistance provient souvent de ce que l'on n'a pas porté une attention suffisante au rythme auquel doit se faire la thérapie pour un individu particulier.

Enfin, il est des résistances nécessaires qu'il ne faudra en rien faire tomber. Patient comme thérapeute font de leur mieux pendant l'hypnothérapie, et si pour une raison quelconque rien ne se passe, il ne faudra pas regretter de différer la thérapie ou d'orienter le patient vers un autre type de prise en charge plus adapté à son mode de fonctionnement.

Le **transfert** en hypnose

Le transfert est la répétition à l'égard du thérapeute du mode relationnel entretenu habituellement avec autrui. C'est une répétition d'une manière d'être à l'autre avec le thérapeute.

Le terme de transfert ne doit pas être sorti du contexte psychanalytique dans lequel il a été créé. Il n'est pas adéquat de parler de transfert dans le contexte d'une relation patient/médecin, d'un thérapeute, d'un médicament ni même dans le contexte de l'hypnose.

En hypnose, l'action du thérapeute n'a pas grande importance en regard de l'effet du contexte lui-même. L'intention, l'attente et l'énergie déployées par le patient donne au contexte une puissance agissante qui va bien au-delà de l'action que peut avoir le thérapeute.

L'attention est donc tout entière portée *sur l'expérience perceptive du patient* plutôt que sur le lien relationnel ou le thérapeute lui-même. En cela, et parce que l'hypnose recherche à chaque séance un changement de représentations, le terrain n'est pas propice au développement d'un transfert. Si ce dernier s'installe, c'est qu'il faudra recadrer les tenants et aboutissants de la thérapie engagée : le patient est là pour changer, non pour répéter une fois encore son mode de fonctionnement habituel.

Le « réveil »

Le dernier temps du processus hypnotique est le retour à l'état de veille ordinaire. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un réveil puisque le patient ne dort pas. Il s'agit de la transition de l'état de veille généralisé à l'état de veille ordinaire. On passe d'un régime de fonctionnement où la sensorialité prédomine à un régime de fonctionnement régi par le contrôle, la maîtrise, la raison.

Bien que le patient puisse lui-même, s'il le désire, mettre un terme à l'expérience hypnotique quand il le souhaite, c'est le plus souvent le thérapeute qui l'invite à rejoindre « l'ici et maintenant ». Ce retour s'effectue classiquement en proposant de laisser les images s'estomper, en proposant de reprendre conscience de la pièce où l'on se situe, d'écouter les bruits extérieurs, de remettre du mouvement conscient dans les extrémités, de prendre le temps de réaliser quelques respirations amples, et enfin d'ouvrir les yeux.

Si le patient se trouvait assez loin dans la transe, on prendra le temps qu'il faut pour que le retour se fasse tranquillement, à son rythme.

Rester bloqué »

Il n'y a pas, comme le pensent certains patients avant de commencer l'expérience de l'hypnose, de risque de « rester bloqué » dans la transe indéfiniment. Il est possible, en revanche, que le patient, en allant trop profondément dans l'expérience, et s'il est très fatigué, s'endorme et plonge dans le sommeil. Il n'est alors plus dans l'hypnose mais tout simplement en train de dormir, et il pourra se

réveiller spontanément, ou le thérapeute pourra doucement l'inviter à ouvrir les yeux.

Il est nécessaire ici de prendre le temps de réinstaller le patient dans l'état de veille ordinaire, c'est-à-dire de lui demander de revenir tout à fait présent ici et maintenant, de ressentir son corps, de se réassocier à ce dernier, surtout si l'expérience hypnotique a pris une certaine profondeur.

Veiller à ce retour dans le réel permet d'éviter l'impression de flottement qui peut persister quelques dizaines de minutes après l'hypnose, et qui n'est pas très différente de l'impression étrange que l'on peut ressentir lorsqu'on a été réveillé un peu trop rapidement d'une sieste ou d'un sommeil profond.

Le retour à la veille ordinaire, comme le passage à la veille paradoxale, est soumis à une courte période de confusion.

C'est en revenant au régime de fonctionnement usuel que l'expérience thérapeutique s'intègre dans le quotidien ordinaire du sujet. Pour asseoir cette appropriation, le thérapeute pourra adopter deux attitudes diamétralement opposées.

Il peut proposer au patient si celui-ci le souhaite, de relater son expérience dans l'hypnose, et de dire ce que lui évoque ce qui a été vécu dans la transe. Non pas pour analyser ce qui vient d'être vécu, mais plutôt pour ratifier la modification perceptive qui s'est jouée dans ce moment spécial. Certains hypnothérapeutes proposent même des échelles d'évaluation de confiance dans l'expérience thérapeutique qui vient d'être réalisée[3].

Cette échelle sert à la fois d'ancrage pour le patient qui ratifie lui-même la valeur thérapeutique de son expérience, mais aussi pour le thérapeute en tant qu'indice de confiance sur son aptitude à user de ces protocoles.

D'autres thérapeutes, tout au contraire, estiment qu'il n'est pas utile de vouloir faire mettre en mots une expérience qui se situe dans le domaine du perceptif, c'est-à-dire dans le monde du ressenti, du subjectif et de l'indéterminé. Cela reviendrait à vouloir remettre du contrôle conscient par l'analyse et la réflexion dans une expérience qui tire précisément sa puissance de la capacité à mettre le contrôle en suspens pour laisser advenir quelque chose de nouveau. Vouloir rendre compte d'un

phénomène qui est d'un tout autre registre que celui de la pensée aurait tendance à remettre du rigide là où une certaine souplesse propice au changement venait de s'installer.

Là comme dans beaucoup de choses, la solution se trouve certainement dans le juste milieu.

Ce qui se dira ou ce qui ne se dira pas à l'issue de l'expérience dépendra avant tout du patient. Si celui si désire rendre compte, il est important de lui laisser la liberté d'exprimer ce qui doit être dit, d'autant que dans une relation thérapeutique explicite, le patient doit pouvoir communiquer les éléments qui permettront au thérapeute de continuer à l'accompagner dans la thérapie. Alors, soutenu par le contexte de soin, le thérapeute usera de son savoir-faire et de son expérience pour renforcer l'effet suggestif de la transe dans le quotidien du patient.

Vérifier l'efficacité de l'intervention

En règle générale, la façon dont on pourra évaluer l'efficacité de l'hypnose dépendra de la relation qui s'est tissée entre patient et thérapeute. Certains thérapeutes gardent un contact étroit avec leur patient, par téléphone ou par courriel, et s'enquièrent régulièrement de leurs progrès.

Parfois, les patients prennent eux-mêmes l'initiative de tenir leur hypnotiseur informé des modifications qui voient le jour dans leur quotidien.

Le thérapeute peut également proposer l'essai du nouveau comportement dans le cabinet de consultation. Par exemple, il peut tendre une cigarette à quelqu'un venant de bénéficier d'une séance d'hypnose pour sevrage tabagique, afin de vérifier le désintérêt pour le tabac que l'on a bien voulu installer. Une troisième façon de faire consisterait à demander au patient de prendre un instant pour s'imaginer dans une situation future avec le nouveau comportement, et de voir si cela lui semble accessible et immédiatement applicable.

Toutefois, il faut préciser qu'il n'est pas indispensable de chercher à s'assurer de l'efficacité de la thérapie. Si l'on part du postulat que l'intérêt

de l'hypnose est essentiellement de rendre au patient son autonomie et sa liberté, il n'y a pas d'intérêt pour ce dernier à devoir rendre des comptes à celui qui n'a servi en définitive que de passeur vers le changement.

Le plus souvent, c'est pour se rassurer sur sa propre compétence que le thérapeute cherche à déterminer si le patient a résolu son problème.

Il est fréquent, surtout aujourd'hui où beaucoup de personnes se rendent chez le médecin comme elles se rendent chez le coiffeur, qu'un patient ne donne plus de nouvelles après une ou plusieurs séances d'hypnose.

Le thérapeute doit accepter ce silence et ne pas extrapoler sur un échec ou une déception de la part du patient.

D'ailleurs, il est tout aussi fréquent que ces mêmes patients reviennent spontanément quelque temps plus tard, parfois quelques années, pour traiter un autre problème par l'hypnose, et confient alors que la thérapie précédente avait été un vif succès. Ou encore, c'est un nouveau patient qui précisera qu'il vient sur les recommandations de celui qui n'avait plus donné de nouvelles, et qui même peut-être ne s'était pas présenté lors des derniers rendez-vous fixés.

Il s'agira donc pour le thérapeute de laisser toute la liberté au patient de donner des nouvelles s'il le souhaite, et quand il le souhaite, sans rien juger de la situation.

e qu'il **faut retenir**

La transe hypnotique est appelée indifféremment ouverture, perceptude, veille paradoxale, état hypnotique.

C'est la phase dans laquelle la perception se déploie et dans laquelle émergent les alternatives expérientielles.

C'est la phase dans laquelle les représentations peuvent être changées.

La transe produit de par sa nature un effet thérapeutique en remettant de la souplesse dans les liens.

Le thérapeute peut proposer un exercice spécifique dans cette phase, pour aider le patient à aller mieux.

La suggestion est l'outil de base de la communication hypnotique.

L'imaginaire est le pivot de la veille paradoxale.

C'est par l'imaginaire que l'on peut subir une opération sans douleur en hypnose.

C'est par l'imaginaire que l'on peut changer dans la réalité en y prenant une place plus confortable en accord avec notre statut de vivant.

Une relation honnête et explicite est le meilleur moyen de prévenir les résistances.

Le transfert n'a pas sa place en hypnose, et s'il s'installe, il s'agira de resituer explicitement les tenants et aboutissants de l'expérience.

Le réveil se fait en redevenant attentif aux afférences sensorielles externes dont on s'était coupé pendant l'hypnose.

---

1. Salem G., Bonvin E., *Soigner par l'hypnose*, Elsevier Masson, 2012.
2. Roustang F., *Savoir attendre pour que la vie change*, Odile Jacob, Paris, 2006.
3. Rossi E., *Cinq essais de génomique psychosociale*, Ed Trance-Lations, 2005.

OceanofPDF.com

Chapitre 13
La suggestibilité et la profondeur de l'hypnose

LA NOTION D'HYPNOTISABILITÉ EST UN CONCEPT DÉSUET en pratique clinique actuelle.

Mesurer la suggestibilité ou l'hypnotisabilité d'autrui permettrait de prévoir quel patient exécutera le mieux les instructions thérapeutiques administrées par l'hypnothérapeute.

La **suggestibilité**

La suggestibilité est l'aptitude d'un individu à accepter, sans remise en question, des idées ou des faits, et sa tendance à les réaliser.

Cette notion repose sur le modèle de l'arc réflexe, et donne une idée de l'hypnose qui relève d'une aptitude à « obéir » plus ou moins facilement aux injonctions de l'hypnotiseur. La guérison dépendrait donc de la facilité à exécuter les suggestions thérapeutiques délivrées par le thérapeute.

> ***Ce qui conditionne l'aptitude à bénéficier d'une hypnothérapie, c'est le désir d'essayer, la curiosité et la relation de confiance qui s'instaure avec le thérapeute.***

Cette notion laisse également penser que seul les patients qui obéissent facilement aux suggestions ont les meilleures chances de bénéficier de l'efficacité de l'hypnose.

Depuis Erickson, le modèle de l'arc réflexe est tombé en désuétude, et en dehors du contexte expérimental, la mesure de la suggestibilité n'a que peu d'intérêt au cours d'une thérapie.

C'est essentiellement à Stanford qu'ont été créées les échelles expérimentales de mesure de la suggestibilité. Le principe consiste à mesurer une capacité à répondre à une suggestion donnée.

Ces échelles sont mesurées selon un protocole prédéterminé. Ces protocoles sont organisés sous forme de tests à faire passer à un sujet.

Ces tests consistent en une série de suggestions à proposer au patient. Il est attendu en réponse à chacune des suggestions proposées un phénomène idéomoteur, une hallucination visuelle, auditive, kinesthésique…

Chaque fois qu'une suggestion est suivie d'effet, on comptabilise un point. Le total des points permet d'évaluer le degré de suggestibilité du patient. Dans l'échelle initiale d'évaluation de Stanford, on compte 12 tests de suggestibilités. Il existe de nombreuses variantes et plusieurs échelles de mesure de la suggestibilité, créées en France, en Europe ou Outre-Atlantique.

En France notamment, Léon Chertok et Didier Michaux ont réduit à 8 le nombre de tests sur l'échelle.

Exemple de tests de suggestibilité : échelle en 10 items

Classiquement, on propose les dix suggestions suivantes.

OBTENTION D'UNE OSCILLATION POSTURALE

C'est suggérer que le centre de gravité est flou et l'équilibre du corps difficile à maintenir. Cette suggestion est capable de provoquer la chute du patient si le thérapeute ne prend pas le soin de le rattraper en cas de bascule du corps.

FERMETURE DES YEUX

On peut proposer que les paupières deviennent de plus en plus lourdes, ou qu'elles sont collées l'une à l'autre par de la glu, ou qu'une grande fatigue visuelle assaille soudainement le sujet, ou encore que les yeux picotent, comme lorsqu'on a sommeil, et que fermer les paupières devient irrésistible.

ABAISSEMENT DE LA MAIN GAUCHE

Il s'agit de demander au sujet de tenir les deux bras tendus à l'horizontale, et de suggérer, par exemple, qu'un poids est accroché au poignet gauche. Ou encore que la force musculaire quitte le bras gauche, rendant celui-ci impossible à maintenir à l'horizontale.

IMMOBILISATION DU BRAS DROIT

On suggère au sujet que son bras devient une barre de fer. Ou bien qu'il se rigidifie sous l'effet de la suggestion, ou encore qu'il devient de marbre, de pierre, ou aussi qu'un métal liquide s'écoule pour le remplir et le rigidifier. On teste l'immobilité en essayant de plier le bras une fois celui-ci devenu raide.

RAPPROCHEMENT DES MAINS

Le sujet peut tendre les bras devant lui et on peut lui suggérer que ses deux mains sont deux aimants qui s'attirent irrésistiblement. Ou encore qu'un fluide magnétique passe d'une main à l'autre et les fait se rapprocher insensiblement.

INHIBITION VERBALE

On suggère au sujet la paralysie de ses cordes vocales, ou bien la paralysie et la maladresse de la langue, de la bouche, et on lui demande de prononcer son nom. S'il répond à la suggestion, le sujet ne peut parler.

HALLUCINATION DE LA MOUCHE

On suggère au sujet qu'une mouche vient de rentrer dans la pièce, et qu'elle vient voler près de son visage. On peut autoriser le patient à bouger si l'envie lui vient de chasser la mouche. Le sujet peut sursauter, tressaillir lorsque la mouche hallucinée vole près de son oreille. Il peut parfois aussi faire un mouvement brusque afin de chasser l'insecte indésirable.

CATALEPSIE DES YEUX

Sous l'effet des suggestions, les paupières restent collées.

SUGGESTION POSTHYPNOTIQUE

On propose au sujet qu'au retour de l'expérience, il sera pris d'une envie irrésistible d'exécuter un ordre qu'on lui donne. Par exemple, on peut lui suggérer qu'au réveil, il ressentira le besoin irrépressible de tapoter la table devant lui, ou encore de prendre son stylo de la main gauche, etc.

AMNÉSIE

On suggère au sujet qu'il va oublier l'expérience à la fin de celle-ci, ou bien qu'il oublie que la suggestion posthypnotique lui a été donnée, mais qu'il ne pourra pas s'empêcher de l'exécuter, à plus forte raison que la suggestion lui a été faite.

Si l'on s'intéresse aux échelles et aux tests de suggestibilité, cela se fera d'un point de vue expérimental : dans le cadre de la recherche, plusieurs tests et échelles de suggestibilité sont répertoriés.

Ces tests sont souvent pratiqués et expérimentés par les élèves en formation d'hypnose, et peuvent donc être proposés aux patients à titre purement expérimental, ou plus rarement dans le contexte clinique pour générer un phénomène de persuasion. En constatant qu'il répond de façon mécanique aux suggestions, le patient réalise qu'il se passe effectivement quelque chose de spécial, et il s'attend implicitement à ce qu'il réponde à l'hypnose thérapeutique à laquelle il se sait à présent « réceptif ».

La suggestibilité

Généralement, on classe la suggestibilité de « très suggestible », « moyennement suggestible » à « peu suggestible ».

On considère qu'environ 80 % des individus dans la population se situent dans la classe de suggestibilité moyenne, 10 % se situent dans la classe des personnes hautement suggestibles, et 10 % enfin seront faiblement suggestibles.

En formation d'hypnose médicale, il est intéressant de constater que d'une année à l'autre, on retrouve la même proportion statistique de sujets suggestibles que dans la population testée pour la création des tests : la majorité des étudiants en hypnose sont moyennement suggestibles, et on observe quelques sujets très peu suggestibles (qui paradoxalement sont les premiers volontaires pour expérimenter l'hypnose !) et quelques sujets hypersuggestibles (souvent ceux qui vivront une expérience décisive au cours de la formation).

Cette suggestibilité est relativement stable dans le temps : des études ont suivi des populations de sujets, et démontré une stabilité de la suggestibilité sur des périodes de 10 (Hilgard 1965) à 25 ans (Piccione 1989).

Cependant, on notera certaines variations dans la réponse à la suggestion, qui ne sont pas sans intérêt. Par exemple, à la suggestion d'une mouche se posant sur la joue, on peut n'avoir aucune réaction de la part du sujet hypnotisé. En revanche, si l'on substitue à la mouche une abeille, la réaction peut être franche et on pourrait considérer que le test est réussi. Cette observation peut paraître triviale mais en réalité elle ne l'est pas du tout : elle met en évidence que la manière dont la suggestion est maniée, et la façon dont elle prend appui sur les modes de représentation du sujet, conditionne l'importance de la réponse observée.

Quoi qu'il en soit, on peut raisonnablement se poser la question de l'intérêt de tester la réponse à ces suggestions autoritaires et sans aucun enjeu de changement dans la vie du patient, et en quoi une bonne ou une mauvaise réponse à ces tests conditionnerait l'issue de la thérapie en hypnose. Les échelles de suggestibilité, élaborées il y a quelques décennies, reposent sur l'hypnose pratiquée alors : c'était l'époque d'une

hypnose autoritaire, laissant peu de liberté de réponse au patient, et dans laquelle les spécificités de ce dernier ne sont nullement prises en compte.

Voilà pourquoi ces échelles ont un intérêt purement expérimental. Vouloir utiliser ces tests pour évaluer le pronostic de la thérapie est un risque inutile : ce n'est pas parce que le patient ne répond pas à ces suggestions qu'il ne s'impliquera pas dans le travail thérapeutique (qui présente autrement plus d'enjeu à ses yeux que l'hallucination d'une mouche). Par ailleurs, présenter au patient un score faible à ces tests est susceptible de le convaincre qu'il ne bénéficiera pas de l'hypnose. Une prophétie autoréalisatrice négative aura ainsi été créée à tort, et on aura saboté toutes les chances de réussite.

Mécanismes de l'installation de la pathologie

Si ces tests ont quelque chose de très artificiel, ils nous font réfléchir sur certains des mécanismes de l'installation de la pathologie : des suggestions autoritaires, non individualisées, capables même de créer une certaine amnésie au travers d'une réponse réflexe n'est pas sans rappeler l'influence néfaste de l'environnement. Pour les plus suggestibles, l'influence de la société au sens large (la famille, les amis, les professeurs, les médecins, les parents…) peut être autant salvatrice que destructrice. Les brimades et moqueries répétées sont autant de critiques qui pourront parfois être exécutées au pied de la lettre par certaines personnes : « toute mon enfance on m'a répété que je n'étais qu'un bon à rien… », « ma mère me disait que j'étais une mauvaise danseuse, alors j'ai tout laissé tomber… », « Mon professeur me disait que je finirai dyslexique, et il avait raison… »

Chez ces mêmes patients, un travail thérapeutique basé sur le changement de croyances permet d'obtenir de très bons résultats : celui-ci va enfin trouver sa place dans le monde professionnel, celle-ci se remettre à danser et se découvrir une grâce et une élégance qu'elle ignorait, et ce dernier va guérir miraculeusement de ses troubles de l'apprentissage… Au grand étonnement des spécialistes.

Les effets possibles de la suggestion directe nous invitent également à jeter un autre regard sur la publicité : celle-ci ne consiste-t-elle pas à délivrer au plus grand nombre des suggestions de compulsion à fumer, à manger tel ou tel type d'aliment, à adopter tel ou tel look – et tant pis pour celles et ceux qui n'ont pas les mensurations rêvées – ou à acheter tel objet à la mode ?

Puisque la population se compose d'individus extrêmement suggestibles, très suggestibles ou moyennement suggestibles, n'est-il pas étonnant que la loi du nombre fait que la publicité fonctionne ? Les individus réfractaires à la suggestion devront subir, s'ils n'ont pas obéi à la publicité, la suggestion générée par leur entourage, qui a déjà succombé au produit et qui exhibe son plaisir à le consommer ? Combien finissent alors par céder et à faire partie du groupe devant ce renforcement de la suggestion ?

Combien d'autres manipulateurs usent de la suggestibilité de la population générale pour diffuser largement les idées ? Les politiques ? L'industrie de la santé ?

En clinique, il est courant de déterminer certains profils de personnalité que l'on pressent particulièrement sensibles à l'hypnose. Dans la littérature, on peut trouver quelques profils dont la description peut parfois prêter à sourire. Par exemple, on peut lire dans tel ouvrage ancien que « les gens fins, à la peau pâle, aux longs doigts effilés, et au cou délicat constituent des personnes très suggestibles ».

Cette tentative de vouloir trouver une corrélation entre le physique du patient et sa suggestibilité peut surprendre, mais pourtant, certains chercheurs se sont intéressés non pas à l'aspect physique mais à l'anatomie cérébrale pour tâcher de déterminer s'il existe un élément anatomique qui servirait de support à l'hypnotisabilité.

orton

En 2004, Horton réalise un travail mettant en avant une augmentation du volume du rostrum, une région du cerveau (dans le corps calleux), de 30 % chez les patients hautement hypnotisables. Le résultat de cette étude laisse à penser que l'échange

interhémisphérique est une caractéristique majeure dans la possibilité d'entrer plus ou moins facilement dans l'hypnose.

La **profondeur de transe**

La notion de profondeur de transe est directement liée à la notion de suggestibilité : il existe un lien étroit entre hypnose et suggestibilité tout au long de l'histoire du phénomène (Voir Première partie, pages 10 à 11). Il existe l'idée pleine de bon sens selon laquelle *si l'hypnose augmente la suggestibilité, alors au plus l'hypnose sera profonde, au mieux le patient répondra à la suggestion*. Pour Hull (1933) l'hypnose se caractérise par une amplification de la suggestibilité présente à l'état de veille. Pour nombre d'auteurs, c'est l'intensité de la dissociation qui conditionne la profondeur de la transe.

Il existe au travers de la mesure de la profondeur de la transe, comme dans la mesure de la suggestibilité, la volonté d'objectiver des critères généralisables à tous, permettant d'attester de la réalité du phénomène hypnotique.

Pourtant, la difficulté réside dans la subjectivité de l'expérience telle qu'elle peut être rapportée par le sujet. Ainsi, certains patients pourront rendre compte d'une expérience subjective de profondeur importante pendant l'hypnose, sans pour autant relater les critères retenus dans les échelles de mesure proposées.

Par ailleurs, l'obtention de ces mêmes critères sera, comme tout phénomène hypnotique, fortement influencée par l'hypnotiseur lui-même : le rapport qu'il instaure avec son patient, son mode de communication hypnotique, et sa propre conviction dans la possibilité d'obtention des réponses aux suggestions conditionnent l'issue de l'expérience.

Enfin, le contexte expérimental se trouve à mille lieux du contexte du soin, dans lequel nombre de facteurs non spécifiques conditionnent le succès de l'hypnothérapie.

De même que l'évaluation de la suggestibilité ne présente qu'un intérêt purement expérimental, l'étude de la profondeur de la transe n'a que peu d'intérêt en hypnose clinique. En outre, il n'est pas nécessaire d'expérimenter un phénomène de transe très profonde pour bénéficier des bienfaits de l'hypnose.

L'idée sous-jacente encore une fois, et que l'on comprend bien, serait que plus la transe est profonde plus l'effet thérapeutique est puissant.

Milton Erickson passait un temps considérable, parfois de nombreuses heures, à entraîner certains patients à entrer dans une hypnose que l'on considérerait de moyenne à profonde.

Même dans les cas où il ne consacrait pas 8 à 10 heures d'entraînement à la transe, Rossi précise qu'Erickson ne donnait que rarement des suggestions hypnotiques *avant qu'une transe ne se soit développée pendant au moins 20 minutes*. Un des articles favoris d'Erickson est d'ailleurs consacré à la transe profonde[1]. Ainsi, jusqu'à récemment, beaucoup d'hypnothérapeutes ont associé la nécessité d'une transe profonde à la qualité de la réponse à une suggestion, et donc à l'importance de l'effet thérapeutique de la séance hypnotique.

Pourtant, pour produire une modification perceptive, nul besoin d'une transe profonde ! Mais puisque c'est dans la phase de la transe hypnotique que les représentations se réorganisent et que l'on expérimente une modification perceptive, il est compréhensible que l'on ait pu s'intéresser aux différentes modalités de vécus possibles de ce temps essentiel du processus hypnotique.

L'expérience clinique a cependant montré depuis plusieurs années maintenant qu'il suffit d'une transe légère à moyenne pour réaliser un changement perceptif thérapeutique durable. Il existe de nombreuses techniques développées récemment dans le cadre de la nouvelle hypnose, qui permettent d'obtenir un degré de dissociation suffisant en peu de temps. Dans le contexte de l'urgence, ou dans le contexte hospitalier, dans lequel nous ne disposons hélas que de peu de temps par consultation et par patient, il n'est pas envisageable de chercher à obtenir une transe profonde. Si celle-ci survient spontanément, elle sera bien entendu utilisée

à profit pour la thérapie. Mais en aucun cas elle ne sera recherchée comme une nécessité par le thérapeute.

Peut-être pourrions-nous simplement avancer qu'un patient entrant dans une transe profonde est un patient qui sait s'abandonner facilement. Et donc un patient qui sait lâcher le contrôle avec une certaine aisance. Or, comme nombre de pathologies sont liées à un excès de contrôle, ces patients sauront laisser faire les choses facilement, de sorte que le corps s'autorégule naturellement.

Ainsi, le patient qui sait aller profondément dans la transe saura aussi guérir plus facilement.

C'est certes un raccourci facile, mais qui a le mérite d'expliciter pourquoi certains patients semblent lâcher leur symptôme seulement après avoir fait l'expérience d'une transe profonde, là où d'autres n'auront besoin que d'un état hypnoïde.

Il est aujourd'hui communément admis par les spécialistes de l'hypnose qu'une hypnose légère ou moyenne constitue le support de travail le plus confortable pour le patient comme pour le thérapeute. Pourtant, la profondeur de la transe a inspiré de nombreux hypnologues depuis la naissance de l'hypnose, et on trouve aujourd'hui encore certains hypnotistes persuadés que la profondeur conditionne la qualité du travail thérapeutique.

Les échelles de **profondeur de la transe**

En 1896, Albert de Rochas (1837-1914), militaire et administrateur français qui fut l'auteur d'ouvrages sur les phénomènes paranormaux, rédige un ouvrage intitulé *Les États profonds de l'hypnose* consacré, comme son nom l'indique, exclusivement à l'étude des phénomènes hypnotiques obtenus par approfondissement d'une transe. On peut y lire une curieuse classification de ces phénomènes. Successivement il décrit : l'état de crédulité, la léthargie, la catalepsie, la léthargie à nouveau, le somnambulisme, la léthargie encore et enfin ce qu'il nomme l'état de rapport. De Rochas consacre son étude à l'expérimentation des phénomènes caractérisant chaque phase, et de l'utilité insolite de ces états (notamment de « communication *via* l'éther », permettant la

communication médiumnique). On retrouve là combien le contexte de l'époque conditionne l'étude, l'analyse et les conclusions du phénomène de la transe hypnotique. On note l'intérêt de De Rochas pour les phénomènes médiumniques, et combien une grande part de son ouvrage est consacrée à l'étude de ces phénomènes, faisant de l'hypnose un moyen d'accéder aux états propices à la « communication *via* l'éther ».

C'est Bernheim qui rapporte, dans l'ouvrage *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, l'une des premières échelles de mesure de l'hypnotisabilité et de la profondeur de transe débarrassées des oripeaux de l'occultisme : c'est l'échelle proposée par Liébeault en 1903.

Il est d'usage de considérer aujourd'hui qu'il existe trois niveaux de profondeur de la transe. On distingue l'hypnose légère, l'hypnose moyenne et l'hypnose profonde. Ces trois niveaux de profondeur sont exposés dans l'échelle de Davis et Husband (1931), et pour être tout à fait exact, cinq niveaux d'hypnose y sont décrits : le niveau 0 est le stade « *réfractaire* », c'est-à-dire l'absence de signes cliniques de la transe. Le niveau 1 est l'état *hypnoïde*. On y retrouve les symptômes suivants, eux-mêmes classés par ordre de profondeur. On commence à observer la relaxation, puis le battement des paupières, la fermeture des yeux, et enfin la relaxation physique complète.

Niveaux de profondeur de la transe

La transe *légère* s'accompagne des symptômes suivants : la catalepsie oculaire, la catalepsie des membres, la catalepsie rigide, l'anesthésie (insensibilité à un stimulus douloureux exercé sur le bras ou la main par exemple).

La transe *moyenne*, dans laquelle on peut observer une amnésie partielle de l'expérience hypnotique, une anesthésie posthypnotique, des changements de personnalité, l'exécution possible de simples suggestions posthypnotiques, des illusions kinesthésiques, et enfin une amnésie totale.

La transe *profonde*, considérée comme le dernier stade de l'hypnose, dans laquelle s'observent : une capacité à ouvrir les yeux sans modifier la transe, la réponse à des suggestions posthypnotiques

fantaisistes, un somnambulisme complet, des hallucinations visuelles, auditives, positives, posthypnotiques, une amnésie posthypnotique systématisée, des hallucinations visuelles et auditives négatives.

Bien entendu, l'hypnose profonde présente un intérêt lorsqu'il est nécessaire de se dissocier complètement du réel et je pense ici bien évidemment à la chirurgie sous hypnose : plus le patient est plongé dans un virtuel (donc une transe profonde) plus ce virtuel sera vécu comme réel. C'est justement ce qui nous permet de réaliser les chirurgies locales ou régionales sous hypnose. Notons que dans ce cadre, l'utilisation de drogues analgésiques à très faible dose potentialise les effets de l'hypnose et favorise certainement l'approfondissement de la transe, faisant gagner un temps précieux à l'anesthésiste hypnotiste.

Enfin, certainement que l'état d'hypnose profond présente un intérêt expérimental, ne serait-ce que pour continuer à cerner l'action de l'hypnose sur le cerveau, c'est-à-dire dans les conditions du laboratoire, dans un cadre éthique scientifique clairement défini.

Comment accéder à ces divers états ? Comment approfondir un état hypnotique ?

Tout simplement par les différentes techniques d'induction existantes. Une fois une transe légère installée, l'hypnose peut être approfondie : spontanément par le patient (il suffit qu'il se laisse glisser un peu plus avant dans l'hypnose, accompagné par la voix du thérapeute), ou par des suggestions appropriées, qu'elles soient directes ou indirectes.

Enfin, il est intéressant de préciser qu'une des techniques d'approfondissement de la transe hypnotique, pouvant aider le patient à expérimenter le passage de l'état d'hypnose léger à l'état d'hypnose moyen par exemple, consiste à fragmenter une induction. Cela revient à proposer une induction, puis à éveiller tout à fait le patient, puis à reconduire une induction, puis l'éveiller à nouveau, puis à proposer à nouveau une induction, etc. À chaque fois que le patient retourne à la transe, celle-ci a tendance à se faire naturellement plus profonde.

Encore une fois, dans le cadre d'une hypnothérapie à visée psychothérapeutique, ou destinée à installer un soulagement rapide et immédiat (comme dans le cadre de la douleur chronique ou d'un état de somatisation), les états de transe de légère à moyenne sont suffisants.

Mieux : parce que l'hypnose thérapeutique se veut une technique qui rend au patient sa liberté, en ce sens que le patient participe pleinement à son soulagement et si possible apprend quelque chose pendant la séance qu'il pourrait intégrer dans son quotidien, il n'est pas nécessaire qu'une transe profonde s'installe. D'abord, elle demandera plus de temps et d'entraînement pour le patient qui devra passer par les premiers stades de la transe et vaincre ses appréhensions pour se laisser aller suffisamment. Ensuite parce que dans la transe profonde, les phénomènes d'amnésie spontanée, qui sont plus fréquents, n'ont pas d'utilité dans le cadre de l'autonomisation et peuvent même constituer un obstacle : comment peut-on espérer reproduire une expérience dont on ne se rappelle pas la dynamique ?

Enfin, dernier obstacle, vouloir atteindre une transe profonde revient à poser une contrainte pour le patient comme pour le thérapeute. Cet objectif devient alors le préalable à la guérison, et empêche de consacrer son temps et son énergie à ce qui est vraiment important.

Mais même si l'hypnose est bien trop complexe et subtile pour être réduite à la mesure de la suggestibilité ou de la profondeur de la transe, on doit reconnaître tout l'intérêt de l'hypnose expérimentale : c'est qu'elle permet bien sûr de poser des bases scientifiques à la compréhension et la reproduction du phénomène.

Depuis quelques années seulement, l'hypnose bénéficie de nouveaux outils d'exploration qui ouvrent un champ nouveau dans l'étude du phénomène hypnotique : les techniques de neuro-imagerie et l'étude de la neuro-phénoménologie de la conscience, qui permettent d'étudier le lien entre le fonctionnement des différentes aires cérébrales et les activités de la conscience.

e qu'il **faut retenir**

La mesure de la suggestibilité comme la mesure de la profondeur de la transe, n'ont d'intérêt que dans le cadre de l'hypnose expérimentale.

La suggestibilité est l'aptitude à répondre à une suggestion donnée.

La profondeur de la transe serait particulièrement corrélée à l'importance de la dissociation.

Il existe des échelles de mesure de la suggestibilité qui sont utilisées dans le contexte de l'hypnose expérimentale.

L'étude de la suggestibilité nous donne un éclairage sur le rôle de l'influence dans notre société.

On peut approfondir l'hypnose en fragmentant l'induction.

---

1. Erickson M., *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*, Ed. Satas, 2009.

OceanofPDF.com

Chapitre 14

Comment ça marche : **neurosciences**

L'HYPNOSE EST UN MODE DE FONCTIONNEMENT PARTICULIER difficilement définissable. Malgré les nombreuses études qui se sont succédées depuis sa naissance pour essayer d'en saisir quelque chose, nul n'est parvenu jusqu'à maintenant à expliquer complètement le phénomène. Cette difficulté à expliquer l'hypnose a participé de tout temps à l'aura de mystère qui l'entoure. Voilà pourquoi l'hypnose a longtemps été considérée comme une science parallèle, voire une science occulte, et certains encore aujourd'hui considèrent que l'hypnose « sent le souffre ».

En raison de l'absence d'homogénéité dans les résultats obtenus dans la recherche clinique hypnotique et dans la psychologie expérimentale, les physiologistes ont décidé de s'intéresser plutôt à l'activité cérébrale elle-même, pour objectiver la réalité du phénomène hypnotique. Nul n'a pu mettre en évidence un patron d'activité cérébrale spécifique à l'hypnose.

Pourtant, en ce début de XXIe siècle, les progrès des neurosciences nous permettent de mieux cerner certains de ses aspects, et d'affirmer sans l'ombre d'un doute que l'hypnose n'est pas simplement une vue de l'esprit.

Ce chapitre s'intéresse à quelques-unes des études scientifiques consacrées au phénomène de l'hypnose.

Si le progrès des sciences et en particulier de la neuro-imagerie a permis d'individualiser pendant l'hypnose certaines modifications robustes et reproductibles dans le fonctionnement de certaines zones cérébrales, l'expérience hypnotique comprend trop de paramètres en jeu simultanément dont certains ne peuvent être mesurés par aucun appareil.

La relation hypnotique en particulier, relation psychologique intersubjective, est un mode de communication qui joue un rôle clé dans le déroulement de la séance et d'une manière générale de la thérapie engagée. Ce type d'interaction fait intervenir bien trop de facteurs non objectivables scientifiquement pour être intégrée dans une étude en laboratoire qui voudrait prendre en compte tous les éléments du phénomène.

De même, les nombreux facteurs non spécifiques qui entrent en jeu dans la thérapie conditionnent fortement l'évolution favorable vers la guérison, mais ne sont objectivables par aucune technique d'imagerie fonctionnelle, ni aucun dosage sanguin.

Il est cependant possible de simplifier les choses si l'on considère que l'état hypnotique est une fonction cérébrale différente de la veille ou du sommeil, qui s'instaure dans le cadre d'une relation thérapeutique. Parce que la capacité d'attention, de focalisation sur un élément est une fonction cérébrale naturelle, et parce que la focalisation est la première étape qui permet l'entrée dans le processus hypnotique, nous pouvons affirmer que l'hypnose est une aptitude du système nerveux, induite par un ensemble de procédures mettant en contribution certaines fonctions cérébrales non spécifiques.

Hypnose et médecine contemporaine

C'est en partie grâce aux progrès des neurosciences que l'hypnose a retrouvé sa place dans la médecine contemporaine. Autant les travaux cliniques des hypnotistes de la fin du XX^{e} siècle ont permis de constater l'efficacité empirique de l'hypnose pour le traitement de bon nombre de troubles, autant l'expérience clinique pure ne permet pas de rassurer le médecin sur l'objectivité du phénomène hypnotique et sur la réalité du phénomène. Voilà pourquoi la naissance de l'imagerie fonctionnelle en particulier, qui permet d'observer les modifications de fonctionnement des aires cérébrales pendant l'expérience hypnotique, a fortement contribué à ce que nombre de confrères s'intéressent à nouveau à cette pratique vieille comme le monde. Car à l'ère de la *Medicine Based Evidence* (la médecine basée sur des preuves), le médecin a besoin de se rassurer par des éléments concrets ayant fait leurs preuves d'efficacité avant

de consacrer temps et énergie à la maîtrise d'une technique qui pourrait n'être qu'une manifestation originale de l'effet placebo.

Que se passe-t-il dans le cerveau pendant l'hypnose ?

Les premières études s'intéressant à l'activité cérébrale pendant l'hypnose ont été réalisées par enregistrement de l'activité électroencéphalographique.

L'électroencéphalogramme (EEG) est un examen non invasif datant de 1929, qui étudie l'activité neurophysiologique du cerveau en mesurant son activité électrique par des électrodes placées sur le cuir chevelu. L'enregistrement se fait sous forme d'un tracé appelé EEG. On distingue différents types d'activité électrique, appelés « tracés » ou « rythmes » qui varient notamment en fonction de la vigilance du sujet.

Les études réalisées par EEG n'ont pas permis de mettre en évidence de modifications spécifiques de l'activité cérébrale au cours de l'hypnose. On a pu observer dans ces études des tracés en général composés de rythmes lents (*alpha*), tels qu'on les enregistre chez un individu en état de veille calme.

Certaines études mettent en évidence une augmentation des rythmes très lents (*thêta* et *delta*), mais on retrouve ces mêmes tracés lors d'une concentration intense, une attention soutenue, une visualisation ou encore une méditation.

En revanche, des méthodes d'études dérivées de l'EEG ont mis en évidence une *diminution du signal électrique de la douleur sous l'effet de suggestions d'analgésie.*

Danziger publie, en 1998, une étude mettant en évidence l'effet de la suggestion hypnotique à visée antalgique. On réalise une stimulation douloureuse sur un membre inférieur. Cette stimulation, lorsqu'elle atteint un certain seuil, produit en envoyant un signal le long des nerfs et de la moelle épinière, une information qui appelle une réponse motrice réflexe

consistant au retrait de la jambe pour la mettre à l'abri de la stimulation douloureuse.

Sous l'effet de suggestions hypnotiques, on constate que le réflexe de retrait est inhibé, et il faut une stimulation beaucoup plus forte en intensité pour provoquer le retrait réflexe de la jambe.

On conclut alors que l'hypnose agit en envoyant un signal inhibiteur descendant (le long de la moelle épinière), qui inhibe le signal douloureux ascendant.

Si ces études démontrent une action de modulation par un phénomène inhibiteur médullaire descendant, ce sont les techniques d'imagerie fonctionnelles (qui permettent de visualiser les modifications d'activité des zones cérébrales en fonction de l'activité réalisée) qui ont permis d'étudier les effets de l'hypnose au niveau du cerveau lui-même.

echniques **d'imagerie**

On utilise couramment l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) et la tomographie par émission de positrons (TEP) pour visualiser les modifications dans l'activité cérébrale. Ces techniques permettent de détecter des modifications dans l'activation de certaines zones du cerveau qui n'apparaissent pas sur le tracé électroencéphalographique. Elles permettent également d'établir une correspondance relativement précise et distincte entre l'activité physiologique du cerveau et l'expérience subjective consciente. Ces techniques d'imagerie étudient les variations de débit sanguin cérébral dans diverses régions. Le débit sanguin étant corrélé à l'intensité d'activité des zones en question, ces observations permettent de déduire quelles zones sont activées, hypoactivées ou hyperactivées pendant toute la durée de l'enregistrement.

On met alors en parallèle l'expérience subjective du sujet (ce qu'il ressent) et le niveau d'activité des zones en question.

À Liège, c'est le Dr Faymonville, anesthésiste, qui réalise de nombreuses anesthésies sous hypnose au bloc opératoire, et également plusieurs soins

douloureux sous analgésie hypnotique. Elle utilise son expérience clinique et l'apport de l'IRM fonctionnelle, pour démontrer les modifications du fonctionnement cérébral sous hypnose.

Au Canada, ce sont Pierre Rainville et le groupe de Catherine Bushnell de l'Université de Montréal qui ont été pionniers dans l'utilisation de ces techniques d'enregistrement pour étudier l'activité cérébrale au cours d'une induction hypnotique et au cours de l'application de suggestions d'analgésie.

Les études réalisées ont montré des changements robustes et reproductibles dans l'activité de plusieurs régions du cerveau : on observe une augmentation du flot sanguin dans des zones corticales occipitales (cortex visuels), dans des zones frontales gauches ou droites et dans le cortex cingulaire antérieur droit, et des diminutions dans les cortex temporaux et dans les cortex pariétaux, en particulier sur la face médiane des hémisphères.

Rainville propose plusieurs conclusions de ces observations. En outre, ces études montrent clairement que l'état hypnotique ne se résume pas, comme certains ont pu l'avancer précédemment, à un engagement prédominant de l'hémisphère droit du cerveau et à un désengagement de l'hémisphère gauche.

Ces observations permettent également d'avancer que les changements enregistrés dans l'activité occipitale pourraient refléter des mécanismes de désinhibition associés à la relaxation mentale et se traduire par une *facilitation des processus d'imagerie mentale* et de *l'influence descendante des fonctions exécutives sur les processus perceptifs*.

Par ailleurs, plusieurs études d'imagerie cérébrale fonctionnelle démontrent que des suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution significative de l'activité des régions corticales impliquées dans le traitement de l'information de la douleur. La forme des suggestions d'analgésie affecte directement les effets observés au niveau cortical : si les suggestions concernent *l'intensité* sensorielle de la douleur, on observera une modification dans l'activité du cortex somatosensoriel primaire qui traite l'information de l'intensité de la douleur. Si, en revanche, les suggestions d'analgésie visent la *pénibilité* de la douleur, on

observe une modification d'activité au niveau du cortex cingulaire antérieur, une zone associée au système limbique et aux émotions.

Ainsi, ces études mettent en évidence une modification dans le traitement des informations sensorielles et émotionnelles qui constituent l'expérience subjective de la douleur.

Enfin, contrairement à l'imagerie mentale volontaire qui s'accompagne de la perception subjective de contrôler volontairement le mécanisme de visualisation par un effort mental, les hallucinations hypnotiques sont expérimentées comme « autonomes et venant de l'extérieur ».

C'est la perte du « *je-en-tant-qu'agent-de-l'expérience-que-je-réalise* » et cette perception subjective que l'expérience vécue se réalise sans participation volontaire est ce que l'on appelle le sentiment d'automaticité. C'est une caractéristique de l'hypnose, qui se définit comme une altération de la représentation de soi en tant qu'agent responsable des changements perceptifs, moteurs et cognitifs produits en réponse à différentes formes de suggestions hypnotiques.

Pour Rainville, ces modifications de la représentation de soi pourraient être en lien avec certains changements dans l'activité des cortex préfrontaux et pariétaux ou dans une altération de la communication entre ces zones corticales.

Quand la science **rejoint l'empirisme** ?

Si les neurosciences nous permettent d'observer les modifications d'activité au cœur même de notre système nerveux, certaines études s'intéressent également à l'objectivation de l'expérience empirique des hypnotiseurs par la science moderne.

e regard du **sujet hypnotisé**

Voici une étude originale réalisée en Finlande par une équipe de chercheurs de l'Université de Turku et Alto, qui étudie la spécificité si souvent décrite du regard du sujet pendant l'hypnose. Ils utilisent pour cela une méthode qui traque le comportement oculomoteur (*eye*

tracking) et démontrent que la façon de regarder d'une personne en état d'hypnose ne peut pas être reproduite par un comédien. Cette étude va dans le sens d'une spécificité neurologique de l'état hypnotique, et de façon anecdotique, confirme la pertinence de la description empirique du regard vague, fixe, des patients lorsqu'ils se prêtent à une expérience d'hypnose les yeux ouverts.

L'ensemble de ces études tendent à rassurer le médecin puisqu'elles permettent d'observer que des mécanismes neurologiques sont impliqués dans le processus hypnotique, et d'affirmer que la diminution de la douleur vécue par les patients sous l'effet des suggestions hypnotiques, n'est pas simplement un changement dans leur propension à rapporter verbalement des niveaux plus bas de douleur, mais témoignent au contraire d'une modification dans les traitements de l'information de la douleur au niveau cérébral. Nous n'avons pas abordé dans cet ouvrage la totalité des études réalisées, telles que la réduction de l'effet *stroop* par suggestion hypnotique de Raz et ses collaborateurs, les effets de la suggestion hypnotique sur la mémoire étudiée par Mendelsohn et ses collaborateurs, ou encore les études de Stuart Derbyshire et de son équipe sur la perception douloureuse.

Ces résultats sont possibles grâce aux progrès remarquables des neurosciences depuis le début du XXI^{e} siècle.

Le système nerveux fonctionne de façon hiérarchisée sur divers niveaux, et l'ensemble de ces niveaux fonctionne de façon cohérente. C'est précisément l'imagerie fonctionnelle qui a permis de mettre en évidence l'organisation en réseaux de certaines fonctions cérébrales. Ainsi, on peut identifier un réseau de repos, distribué au niveau du cerveau médian et un réseau de l'attention, de distribution plutôt périphérique. L'imagerie fonctionnelle permet de mettre en évidence la modification d'équilibre de ces réseaux pendant l'expérience hypnotique.

À l'état de veille, les réseaux de l'attention sont activés, et les réseaux responsables de la relaxation ne le sont pas.

Pendant le sommeil, le réseau de la relaxation est activé, alors que le réseau de l'attention ne l'est pas. L'activation d'un cerveau relaxé crée une désinhibition des contenus de la conscience, facilitant la survenue de

pensées, images et rêves en tous genres. Hélas, le circuit attentionnel étant inactif, la vigilance du sujet est effondrée et ce dernier expérimente le sommeil.

Pendant l'hypnose, on observe la combinaison d'activité d'un cerveau en état de relaxation et d'un cerveau concentré. Les contenus désinhibés de la conscience, en présence d'une vigilance active, favorisent l'émergence des expériences alternatives.

Les modifications dans l'activité cérébrale observée pendant l'hypnose s'accompagnent d'un sentiment de relaxation et d'absorption mentale. Les changements cérébraux qui s'observent suggèrent une diminution de la compétition des représentations mentales. Ces changements sont compatibles avec un élargissement du potentiel expérientiel. C'est certainement par ce biais que l'hypnose permet la réinterprétation des expériences perceptives, et l'émergence de représentations alternatives.

Certainement que les progrès dans les techniques d'imagerie fonctionnelle et des outils d'exploration des neurosciences permettront d'ouvrir une nouvelle ère de l'hypnothérapie par une compréhension nouvelle des mécanismes de l'induction, du rôle de la suggestion, et peut-être même celui de la relation dans l'enceinte thérapeutique. D'ici là, les études permettent de cibler de façon plus précise les modifications qui s'opèrent dans les réseaux du système nerveux et qui rendent possible la réinterprétation des perceptions et des représentations.

> ***Avec l'hypnose, on reste conscient, mais c'est l'information perceptive qui est intégrée différemment.***

Dans le cadre de la douleur aiguë, par exemple, contrairement à l'anesthésie pharmacologie qui plonge le patient dans un sommeil profond, l'hypnose permet de conserver la vigilance du patient et par le biais de suggestions ciblées, de moduler certains des aspects spécifiques de l'expérience hypnotique.

La pratique clinique empirique nous l'avait déjà démontré : faire de l'hypnose, c'est agir sur les représentations au travers d'une expérience perceptive.

Le cas du **placebo**

Lorsqu'on s'intéresse à la suggestion et à la modification perceptive dans le contexte du soin, on ne peut s'empêcher d'évoquer le placebo.

D'après Anne Harrington, historienne scientifique, les placebos sont « des fantômes qui hantent notre royaume d'objectivité biomédicale et révèlent les paradoxes et les fissures de ce que nous avons défini comme étant les facteurs réels et actifs d'un traitement ».

Le placebo, du latin « je plairai », signifie « qui se comporte de sorte de plaire, de satisfaire » au patient mais aussi au thérapeute.

L'effet placebo est l'effet thérapeutique par anticipation du soulagement.

Le *placebo* est une molécule neutre, sans principe actif, qu'on fait passer pour un médicament.

Il s'agit donc de distinguer le *placebo* de *l'effet placebo*.

Car *l'effet* placebo n'est pas seulement produit par une molécule inactive (le placebo), mais s'observe à l'administration de *toute molécule*, y compris celles qui ont un effet pharmacologique réel.

Il est également susceptible d'être provoqué par toute technique et tout contexte de soin, du fait de la relation thérapeutique elle-même qui engendre une expectation positive de soulagement.

Mais si le placebo est l'anticipation (par l'imagination) de la guérison, en quoi l'effet placebo est-il différent de l'hypnose ?

En définitive, ne devrions-nous pas admettre que l'hypnose agit par effet placebo ?

Existe-t-il une imagerie spécifique à l'effet placebo et si oui, en quoi diffère-t-elle de l'imagerie de l'état hypnotique ?

Le témoignage du médecin

Au cours de mes études de médecine, on ne m'a appris à aucun moment, à utiliser l'effet placebo. Quel dommage ! Toutefois, j'en ai entendu parler, notamment en cours de pharmacologie puisqu'aujourd'hui, on ne peut mettre un médicament sur le marché si celui-ci n'a pas été comparé à un placebo. Autrement dit, pour qu'un médicament soit mis en

circulation, il doit prouver que son efficacité est supérieure à l'effet placebo. Ceci est extraordinaire, car par cette simple intégration de l'utilisation d'un placebo pour la fabrication et la mise au point d'un médicament, on reconnaît de façon légitime la capacité d'une substance inerte à apporter un soulagement dans la symptomatologie des patients. Pourtant, le placebo est considéré en médecine comme une étrangeté, une bizarrerie, une anecdote qui émerveille, ou l'occasion de se moquer gentiment de celui qui s'est « fait avoir » en allant mieux, en ne prenant rien d'autre qu'un placebo.

L'anecdote que je souhaite vous raconter se passe il y a 15 ans environ, alors que je suis jeune interne aux urgences médico-chirurgicales. Comme chaque nuit, le service d'urgence ne se contente pas d'accueillir, d'orienter et de soigner les gens arrivant directement dans le service. Il se doit également d'assurer une continuité de soins pour les patients hospitalisés dans les services de la structure. Lorsqu'un patient pose un problème d'ordre médical dans un service de l'hôpital, un médecin des urgences se rend sur place pour évaluer et prendre en charge le problème.

Ainsi, cette nuit-là, je suis appelé par l'infirmière du service de pneumologie car un patient, hospitalisé pour insuffisance respiratoire, ne parvient plus du tout à respirer. Une fois les premières informations prises par téléphone pour m'enquérir de la nécessité ou non de mobiliser une équipe de réanimation, je décide donc, avec l'accord du médecin responsable, de me rendre seul dans le service pour voir de quoi il retourne.

Je retrouve une équipe de garde, composée de deux infirmières et d'une aide-soignante. Ces dernières s'agitent en tous sens, et ne cachent pas leur soulagement en me voyant arriver dans le service. Elles me racontent l'histoire de José, 43 ans, hospitalisé depuis deux jours pour décompensation d'une bronchite chronique obstructive, une maladie provoquant une insuffisance respiratoire, et tellement évoluée que le patient a besoin, depuis son entrée à l'hôpital, d'oxygène en permanence (bien qu'à faible débit).

José se plaint de difficultés à respirer depuis le début de la nuit. Une étude du dossier me révèle que ce patient est très angoissé depuis son hospitalisation, et que le médecin du service a prescrit des anxiolytiques pour la journée. Au fait de ces informations, je me rends dans la chambre de José. Je trouve un patient qui, de toute évidence, présente des signes d'anxiété majeure. Mais l'anxiété est-elle causée par la difficulté respiratoire qu'il présente ou les difficultés respiratoires causent-elles l'anxiété ? Tel que le patient se trouve en face de moi, de la poule ou de l'œuf, peu importe. Il a besoin d'une seule chose : être rapidement soulagé. Après quelques analyses et examens, je suis rassuré quant à l'état respiratoire de mon patient : sur le papier, « tout va bien » - autant que faire se peut en telle situation.

Me voici donc devant un homme dont le traitement respiratoire semble tout à fait adapté, puisque les constantes sont satisfaisantes, mais qui présente un état d'agitation considérable à une heure avancée de la nuit, dans un service froid et impersonnel, sous le regard tantôt furieux tantôt désemparé de l'équipe de nuit.

Il me semble alors évident que le problème est purement d'ordre psychique, disons émotionnel, et que la priorité est de mettre fin à la crise d'angoisse. Je sais que José a déjà reçu une dose considérable d'anxiolytiques. Dans ce cas précis, je ne peux prendre le risque d'augmenter le traitement, car il pourrait avoir un effet sur la fonction respiratoire si la dose absorbée est trop importante.

Il ne me reste pas d'autre arme que le lien thérapeutique (duquel je ne suis pas familier à l'époque). L'équipe de nuit étant aussi anxieuse que le patient, je décide de l'exclure dans un premier temps, afin de ne pas prendre le risque d'aggraver la situation. Puis je m'assieds sur le lit de José et je commence à lui parler lentement, d'une voix calme. Sans le savoir,

j'expérimente les prémices du ton hypnotique utilisé naturellement et spontanément lorsqu'on commence à pratiquer l'hypnose.

J'explique à José, hagard, que je vais faire passer dans sa perfusion un produit qui va rendre sa respiration plus profonde. Je lui explique cependant que ce médicament est un peu fort en dosage et qu'il a tendance à « assommer les gens ». Je lui demande alors de ne pas m'en vouloir si le médicament l'endort, ou s'il se sent complément mou et la tête vide, après que la perfusion sera passée. Il me fixe avec de grands yeux, tirant sur sa respiration rapide et superficielle. Je demande à José s'il est d'accord pour recevoir ce traitement, malgré mes avertissements. Il acquiesce, sans hésiter. Je rejoins les infirmières et leur explique que nous allons donner au patient un placebo.

Nous choisissons une petite poche de liquide physiologique (composée d'eau et d'électrolytes, ce qui n'a aucune conséquence sur le fonctionnement de l'organisme), et nous organisons tout un rituel : nous nous rendons avec un petit plateau et un chariot dans la chambre de José. L'infirmière met une paire de gants stérile, un masque, puis elle prend la poche, connecte celle-ci à la perfusion en expliquant à voix haute ce qu'elle est en train de faire… Tout cela sous le regard attentif et avide de José.

Nous allons même jusqu'à écrire au marqueur sur la poche du liquide neutre un nom tout à fait fantaisiste de médicament inventé de toutes pièces. Le tout est branché. Nous quittons la chambre après avoir rassuré José d'une voix tranquille : qu'il n'hésite pas à appeler s'il a besoin de quoi que ce soit.

Puis je rédige et argumente ma démarche thérapeutique dans les dossiers médical et infirmier du patient, afin d'éviter que l'équipe du matin se demande quel traitement inconnu l'interne de garde a bien pu administrer à son patient. Je retourne ensuite dans le service des urgences, pour continuer mon travail de la nuit.

Lorsque je repasse dans le service, une heure plus tard, José dort comme un bébé… À la grande surprise de l'équipe infirmière.

Quelques mots **d'histoire**

C'est au XVIII^{e} siècle que le placebo voit le jour. Un médecin américain, Elisha Perkins, invente un système de baguettes métalliques (baptisé « tracteurs de Perkins ») censé soulager toute sorte de maladies par applications sur les nerfs supposés atteints d'une affection inflammatoire.

Le succès de Perkins se répand à Londres et intrigue. Un médecin épidémiologiste, John Haygart, décide d'expérimenter les effets des baguettes originales, composées d'un alliage spécifique censé concentrer l'électricité galvanique ou les ondes magnétiques, contre des baguettes fictives : il fabrique en effet des baguettes en bois, dont l'aspect est en tout point similaire à celui des véritables tracteurs de Perkins, mais qui n'ont donc nullement le pouvoir d'agir sur la santé, conformément aux hypothèses avancées par Perkins.

Ainsi, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, Haygart réalise une étude expérimentale d'un procédé thérapeutique (les tracteurs de Perkins) *versus* placebo (une imitation en bois indiscernable de l'original).

Bien entendu, Haygart par ce procédé, démontre qu'il n'existe pas de différence de résultats entre l'application des tracteurs et l'application du factice. Il dévoile la supercherie et décrira l'expérience dans son ouvrage qu'il sous-intitulera « De la curieuse influence de l'imagination sur les fonctions du corps humain ».

En France, Armand Trousseau en 1834 est le premier à user des effets du placebo dans un contexte hospitalier. Le terme de placebo ne fera son entrée dans le langage médical en France qu'en 1958.

À substance inerte, puissance variable

Le placebo est une substance inerte, c'est-à-dire sans effet pharmacologique, que l'on administre à un patient *dans le but d'une modulation cognitive des attentes*. C'est une attente positive de la survenue d'un effet créé par la prise du médicament inerte dans le contexte d'administration. Ce contexte est celui du soin. Si l'on donne une pilule à un patient qui souffre dans un service hospitalier, c'est bien évidemment dans l'intention de le soulager. Mais de façon plus large, le contexte est aussi l'ensemble du rituel qui accompagne l'administration de la substance, le lieu dans lequel elle est prescrite ou administrée, la galénique (c'est-à-dire la forme du médicament : pilule, injection, perfusion, etc.), mais aussi le contexte né de la reconnaissance de l'autorité des institutions qui entourent la fabrication du médicament : l'industrie pharmaceutique, la recherche biomédicale, le corps médical, « savant », et enfin le milieu hospitalier.

Tous ces acteurs de la fabrication et de l'administration du médicament ont, dans notre société, la même intentionnalité : soulager et guérir le patient.

La prise d'une substance fabriquée par les instances « dont le but est de nous guérir » induit implicitement une anticipation positive de guérison.

Le *placebo* n'a en soi aucune valeur thérapeutique pharmacologique. Pourtant, *l'effet placebo* fait qu'une substance neutre est capable de générer un soulagement chez un patient. Le placebo fonctionne donc sur la notion de croyance, ou d'anticipation positive quant à une amélioration de l'état physique ou psychique.

La valeur, ou la « puissance » du placebo est tout à fait variable et a ceci de remarquable qu'un même placebo peut chez certaines personnes avoir la même efficacité qu'un comprimé de paracétamol, alors que chez d'autres personnes, il aura autant d'efficacité que 5 mg de Morphine.

Effet placebo et **effet nocebo**

Par ailleurs, un placebo administré pour calmer la douleur calmera la douleur alors que la même substance neutre administrée et censée augmenter la douleur, augmentera la douleur. C'est ce que l'on appelle *l'effet nocebo* : c'est le phénomène inverse de l'effet placebo. C'est *l'anticipation d'effets néfastes* à l'administration d'une substance pourtant neutre.

Croire au placebo vous fait vous sentir mieux. Croire à un nocebo vous fait vous sentir moins bien.

Une même molécule peut donc avoir deux effets diamétralement opposés en fonction de l'attente du patient, elle-même conditionnée principalement par l'intentionnalité du contexte dans lequel elle est administrée. Mais pas seulement : un patient dans un contexte de soin peut développer des effets nocebo s'il s'attend à des effets nocifs des médicaments plus qu'à leur utilité. C'est par exemple le cas de certaines personnes qui développent systématiquement des effets indésirables de placebos administrés pourtant dans un contexte de soin.

Le placebo n'est pas forcément une pilule ou un comprimé. Ce peut être une crème, une injection, une perfusion, une chirurgie ou une boisson. Les différentes formes possibles d'un médicament sont ce que l'on appelle *la galénique*.

En fonction de l'aspect du placebo, on observe des résultats différents : tout se passe comme s'il était plus facile de croire qu'une forme sera plus

efficace qu'une autre forme. Par exemple, certaines études montrent que l'effet placebo est plus grand lorsque le comprimé lui-même est plus grand, ou si l'on administre deux comprimés au lieu d'un, ou si l'administration se fait en deux comprimés en une prise au lieu d'un seul comprimé en deux prises par jour. De même, généralement, une gélule sera plus efficace qu'un comprimé. Par contre, une injection sera plus efficace qu'une gélule. Une pilule plus chère sera plus efficace qu'une pilule moins chère. Mais aussi, l'aspect de la pilule influence la croyance en l'efficacité de la substance.

La couleur elle-même est capable de faire varier l'effet que l'on souhaite obtenir : un placebo de couleur bleue aura tendance à produire un effet calmant, alors qu'un placebo de couleur rouge générera préférentiellement un effet stimulant.

lacebo et **dépendance**

La conviction en la réalité de l'effet de la molécule est telle que l'on observe même une *dépendance* aux placebos chez certains patients. Une étude a donné un placebo à un groupe de femmes pendant plus de 5 années. Au bout des 5 années, 40 % d'entre elles souffraient de syndrome de manque. En fait, l'effet placebo peut être si efficace que certains ont même envisagé d'interdire la consommation de placebo dans le cadre de la pratique sportive.

> ***Ce qui fait l'effet placebo n'est donc pas la pilule, mais la croyance que l'on met dans cette substance inactive. Le contexte, en modulant les attentes, crée l'effet thérapeutique.***

Certainement parce que nos croyances sont influencées par notre environnement culturel et social, on a découvert récemment que le placebo n'a pas le même effet en fonction de la localisation géographique dans laquelle il est utilisé. Par exemple, l'Allemagne est le seul pays d'Europe dans lequel le placebo soulage les symptômes de l'ulcère gastrique.

En revanche, contrairement aux autres pays européens, en Allemagne le placebo n'est pas très efficace pour traiter l'hypertension.

Si une substance inerte est capable de provoquer un soulagement par un effet psychobiologique et en stimulant l'attente du patient, il est intéressant de constater que l'effet placebo existe à chaque fois que l'on administre un médicament actif. Bien entendu, le patient doit *savoir* qu'un médicament lui est administré, et son attente doit être celle d'obtenir un effet positif.

Voies d'action du placebo

C'est certainement dans la douleur que le placebo montre les résultats les plus impressionnants. Selon certaines études, 20 à 50 % des patients bénéficient d'un effet antalgique d'une substance placebo, avec un résultat d'antalgie tout à fait remarquable (équivalent à une administration de morphinique).

Comment une substance inactive peut-elle influer à ce point la physiologie du corps pour générer un effet réel sur le fonctionnement de l'organisme ?

En 1978, un numéro de la revue *Lancet* expose la réversibilité d'une analgésie placebo postopératoire par l'administration de Naloxone. Le Naloxone est une substance qui bloque les effets des opioïdes naturels (ou endogènes, c'est-à-dire la morphine naturelle sécrétée par le corps humain) ou de synthèse (comme la prise de morphiniques ou de drogues opiacées).

Donc si le Naloxone annule l'effet placebo c'est bien que le placebo active, d'une manière ou d'une autre, la production d'opioïdes endogènes.

D'autres études montrent par ailleurs qu'il existe un signal descendant du cerveau pour aller inhiber dans la moelle épinière l'information de la douleur. A été mise en évidence la participation d'un système inhibiteur descendant de la douleur incluant les cortex préfrontaux ventro- et dorsolatéraux, le cortex cingulaire antérieur, le thalamus, et la matière grise périaqueducale, exerçant un effet dans la corne dorsale de la moelle épinière par les endorphines.

Structures impliquées dans la perception de la douleur

En Imagerie fonctionnelle cérébrale (IRMf), on visualise l'activation des structures impliquées dans la perception de la douleur et sa modulation pendant une analgésie placebo.

Ainsi on observe au PET scan et à l'IRMf :

- une activation du cortex orbito frontal et du cortex cingulaire antérieur lors de l'analgésie placebo (ces activités sont similaires à celles produites par la prise d'un opioïde) ;
- une corrélation entre l'activité du cortex cingulaire antérieur et celle du tronc cérébral (deux structures clés du système inhibiteur descendant de la douleur) pendant la condition d'analgésie placebo ;
- une augmentation de l'activité du cortex préfrontal, associé à une réduction dans le thalamus, l'insula, et le cortex cingulaire antérieur (régions impliquées dans la nociception, pendant la période d'anticipation d'un stimulus douloureux) ;
- l'activation de l'hypothalamus, de la matière grise périaqueducale, et de la medulla rostro-ventro-médiale a été montrée pendant une analgésie placebo ;
- une diminution de l'activité dans la corne postérieure de la moelle épinière a été démontrée, offrant une image du dernier relais du circuit inhibiteur descendant de la douleur.

Dans une étude, on démontre même le rôle joué par une zone *anatomique* dans l'effet placebo analgésique : l'application de courants électromagnétiques à la surface du crâne (TMS) permet d'inhiber sélectivement et transitoirement l'activité d'une région corticale. Or, l'application de TMS au niveau du cortex préfrontal dorsolatéral a empêché certains volontaires sains de bénéficier de l'effet placebo antalgique. Le cortex préfrontal est donc une structure clé pour l'effet placebo analgésique.

Par ailleurs, si la neuro-imagerie associée à d'autres techniques a montré le rôle des opioïdes endogènes dans l'analgésie placebo, l'effet placebo ne semble pas reposer uniquement sur les endorphines. En effet, l'effet placebo n'est que partiellement inhibé par l'injection de naloxone. De plus, autant l'injection de naloxone tend à inhiber l'effet antalgique d'un placebo administré comme étant un morphinique, mais pas si le placebo

est administré sous couvert d'être un antalgique non morphinique ou un anti-inflammatoire dit « non stéroïdien ».

Il semble donc que d'autres neurotransmetteurs sont en cause dans l'effet obtenu par la substance neutre. En outre, on pense que l'attente du soulagement pourrait être assimilée à l'anticipation d'une récompense et créer ainsi une libération de dopamine, comme cela a pu être montré par PET scan pendant une analgésie placebo.

Il faut enfin mettre un bémol sur ces études en rappelant que les bases neurobiologiques de l'effet placebo analgésique ont surtout été étudiées sur des volontaires sains. Il existe par ailleurs des différences interindividuelles dans la réponse aux opioïdes ou à la dopamine qui influencent également la capacité à bénéficier d'une analgésie placebo.

Enfin, il semble important de préciser que les attentes et croyances des patients peuvent recruter l'effet placebo dans n'importe quelle circonstance de soin. Ce mécanisme renforce donc potentiellement l'effet antalgique initial du médicament.

L'effet placebo bien que souvent raillé intrigue, dérange, inquiète, fascine. Tout autant que l'hypnose, mais certainement moins, car le placebo occupe une place indétrônable dans la science moderne : il est indispensable à la fabrication du médicament, puisque pour qu'une nouvelle substance pharmacologique puisse voir le jour, elle doit faire la preuve d'une efficacité supérieure à celle du placebo. C'est là la meilleure preuve de la reconnaissance et du respect de l'effet placebo par les autorités médicales et pharmaceutiques : nul ne met en doute la puissance du placebo.

L'effet placebo est un parfait exemple d'interaction du corps et de l'esprit, et de la capacité du cerveau et du système nerveux humain à influencer le fonctionnement physiologique.

Certaines des études réalisées concernant le placebo montrent des résultats tout à fait impressionnants. En outre, une étude réalisée en 1994 par le chirurgien J. Bruce Moseley a montré que la chirurgie placebo avait autant d'effet qu'une arthroscopie du genou à visée thérapeutique chez un groupe de patients atteints d'une arthrose avancée. Dans un groupe, une arthroscopie thérapeutique est réalisée avec réelle intervention sur

l'articulation endommagée, sur le second groupe, seules les incisions typiques de l'arthroscopie ont été réalisées. Pourtant, dans les deux groupes, on a noté des résultats de récupération similaire.

Plus récemment (2004), une chirurgie placebo *versus* implantation intracérébrale de cellules souches a permis une amélioration notable de la symptomatologie chez certains patients atteints de maladie de Parkinson.

Mais en tant que médecin, au-delà du placebo, c'est *l'effet placebo* qui mérite toute notre attention. Car l'effet placebo peut être présent également pour l'administration d'une substance pharmacologiquement active, et peut ainsi potentialiser l'effet du médicament en question.

L'administration d'un placebo sans informer le patient de la nature neutre de la substance n'a d'intérêt que dans le cadre d'essais cliniques, notamment lorsqu'il s'agit de l'étude comparative de nouveaux médicaments *versus* placebo avant leur mise sur le marché. En revanche, dans le cadre de la clinique médicale, c'est bien l'effet placebo qui intéressera le médecin précisément parce qu'il pourra potentialiser l'efficacité des traitements prescrits.

L'effet placebo est donc un phénomène biologique créé par un contexte (rituel médical et suggestions du thérapeute). Ce dernier crée une attente chez le patient pouvant produire un soulagement ou, dans le cas du nocebo, neutraliser l'effet réel pharmacologique d'une molécule, voire créer des effets délétères des médicaments en question.

Si l'effet placebo est activé par une suggestion large et complexe (à laquelle participe le statut du prescripteur, le contexte d'administration de la substance, l'aspect du placebo la croyance et confiance du patient envers l'autorité médicale et pharmacologique) ne peut-on pas dire que finalement… l'effet placebo est de l'hypnose ?

Ou bien inversement, si un effet placebo existe dans tout contexte dont l'intentionnalité est celle du soin et du soulagement, l'hypnose n'est-elle tout simplement pas un effet placebo ?

L'hypnose est-elle un placebo ?

D’abord, puisque l’effet placebo est lié au contexte et non à la molécule, l’hypnose comme tout soin administré à un patient peut être potentialisée par un effet placebo. Donc, de même qu’un médicament actif peut bénéficier d’un effet placebo dès lors que le contexte le permet, l’hypnose peut bénéficier d’un effet placebo puisque l’intentionnalité est bien celle du soulagement.

Ensuite, pour répondre à la question « l’hypnose est-elle un placebo ? », la première des étapes serait de réaliser une étude expérimentale rigoureuse, dans laquelle on comparerait l’hypnose à un placebo, sans que le patient sache si la thérapie qui lui est prodiguée est l’hypnose ou bien le placebo. Le principe est exactement le même que lors d’une étude cherchant à démontrer la supériorité d’un médicament *versus* placebo.

La première des étapes serait donc d’inventer un placebo de l’hypnose. Or, autant il est possible de fabriquer un comprimé neutre qui ressemble en tout point à un médicament, autant on doit noter d’emblée la difficulté à créer un placebo d’hypnose. Un placebo d’hypnose devrait être une séance *qui porte l’appellation* d’hypnose mais qui ne contiendrait aucune suggestion thérapeutique.

hypnose **neutre**

Le terme d’hypnose neutre a été proposé pour caractériser l’hypnose placebo. Pourtant, nombre d’hypnotiseurs ont mis en évidence l’effet thérapeutique (parfois puissant !) de l’hypnose sèche, c’est-à-dire d’une séance d’hypnose sans suggestion thérapeutique ciblée, dont l’intérêt est de faire expérimenter la transe hypnotique qui aurait en elle-même un pouvoir réorganisateur. Pour faire passer un placebo pour de l’hypnose, il faudrait proposer un protocole de suggestions ou de non-suggestions qui ressemble à de l’hypnose. Sans même parler de l’impact des facteurs non spécifiques qui agiraient de façon similaire pour l’hypnose comme pour l’hypnose-placebo, délivrer un simulacre de suggestions ou de protocole d’induction risque fort d’entraîner les patients dans une réelle expérience de transe. Cette dernière pourrait même s’avérer profonde et fructueuse, dès lors que le patient est suffisamment suggestible.

Pour rendre la chose plus complexe encore, certains des protocoles de la nouvelle hypnose n'ont rien en commun avec des protocoles d'hypnose traditionnelle. Pourtant, ces expériences parfois étranges marchent, et peuvent s'inscrire dans le processus hypnotique tel que précédemment décrit.

En définitive, la question pourrait être « comment faire un placebo de l'hypnose en simulant ce qui est nécessaire à l'entrée dans l'expérience, sans que le patient y entre effectivement ? » La chose hélas, paraît impossible. Pour la simple étape de l'induction, on voit mal comment proposer un placebo de focalisation. Si le thérapeute propose de s'absorber sur une expérience, et si le patient joue le jeu, le processus hypnotique commence. On comprend donc mal comment on pourrait « proposer de se focaliser sans se focaliser ».

Voilà pourquoi il est plus simple d'étudier l'impact de l'hypnose *versus* un placebo (médicament placebo) que d'étudier l'impact de l'hypnose *versus* hypnose-placebo.

Si l'on s'intéresse donc plutôt à ce cadre, on peut déjà constater que dans le domaine de la douleur à nouveau, si placebo et hypnose agissent sans l'intervention de substance analgésique exogène (administration de pharmaceutique antalgique), leur mode d'action diffère.

D'abord, certaines études tendent à montrer une efficacité supérieure de l'hypnose (50 %) pour un effet antalgique *versus* un placebo (30 à 35 %). *Ensuite, il n'est pas nécessaire de parler d'hypnose pour obtenir un effet antalgique.* Il est possible en effet de proposer au patient des suggestions de façon indirecte, comme le faisait Erickson lorsqu'il usait d'hypnose à l'hôpital en raison de l'interdiction de ses supérieurs d'user de cette technique.

La pratique hypnotique et ses suggestions sont alors non consciemment perçues par le patient.

Nous voici face à une nouvelle difficulté car autant un effet placebo ne s'observe qu'à condition d'annoncer au patient que l'on donne quelque chose qui va soulager sa douleur, autant il n'est pas nécessaire d'annoncer au patient que l'on va faire de l'hypnose pour obtenir de celle-ci un effet antalgique.

Enfin, au niveau neurophysiologique, on observe plusieurs différences non négligeables dans les réseaux impliqués dans la modulation de la douleur selon que l'on utilise un placebo ou une hypnose à visée antalgique : le réflexe R III n'est pas modifié par l'effet placebo alors qu'il disparaît chez plus de 60 % des sujets hypnotisés.

Au niveau cérébral, on peut identifier une modification d'activité pendant l'hypnose des régions suivantes : le cortex somatosensoriel, l'insula, le thalamus, l'ACC, le cortex préfrontal, le cortex occipital et les noyaux gris centraux.

Dans le contexte de l'effet placebo, on observe une modification d'activité dans les *mêmes* régions à l'exception du cortex occipital et des noyaux gris centraux. *Par contre*, on observe dans l'effet placebo une modification d'activité cérébrale de la région hypothalamo-hippocampique, dans le nucleus accumbens et dans la substance grise péri-aqueducale, que l'on n'observe pas dans l'activité hypnotique.

OceanofPDF.com

Chapitre 15
La **technique hypnotique**

Le parler hypnotique, ou *langage hypnotique*, est la façon d'amener le patient à faire l'expérience de l'hypnose. C'est la façon de suggérer au sens large du terme, c'est-à-dire de suggérer par les mots, les gestes ou les attitudes quelque chose dont la finalité sera toujours de rendre au patient sa liberté.

C'est l'ensemble des techniques qu'utilise le thérapeute pour accompagner le patient dans chacune des étapes du processus hypnothique, et pour créer les phénomènes associés.

Le parler hypnotique, c'est le *comment le dire* en hypnose. C'est la façon dont on peut susciter une réponse thérapeutique chez le patient.

L'hypnose a ceci de fascinant qu'elle passe uniquement par le biais de la communication au sens large du terme. S'il est possible d'induire un état hypnotique de façon exclusivement *non verbale*, il est classique d'accompagner le patient dans l'hypnose *par les mots*.

C'est bien le thérapeute, par ses mots, qui invite le patient à faire l'expérience de l'hypnose.

Nous allons passer en revue, dans ce chapitre, l'ensemble des techniques de communication en hypnose qui induisent l'expérience thérapeutique. Mais ne vous y trompez pas : au-delà des mots, du phrasé, des messages cachés, il n'existe pas de suggestions qui permettent d'obtenir systématiquement une réponse sensorielle, motrice ou idéatoire. Car nous pouvons donner au patient la meilleure des suggestions indirecte, celle-ci n'aura que peu d'impact si nous ne faisons pas preuve de congruence. C'est la conviction du thérapeute en l'efficacité de sa technique

hypnotique qui conditionne en grande partie les résultats de la séance, ou du moins qui conditionne en grande partie l'entrée du patient dans l'expérience.

Un thérapeute inexpérimenté, peu sûr de lui, s'attend généralement à obtenir des résultats thérapeutiques avec les sujets les plus suggestibles. En revanche, un thérapeute sûr de lui, attentif, sachant manier le langage hypnotique et s'adaptant à son patient, rencontrera de nombreux succès par l'hypnose.

réer **le lien**

Si c'est bien le langage hypnotique qui invite à l'expérience de l'hypnose, n'oublions pas que celle-ci aura débuté par la mise en relation de deux individus, et par la création d'un lien de qualité par l'accordage. C'est donc dès le premier contact, dès la première poignée de main, dès le premier regard échangé, que débute le processus hypnotique. Peut-être même pourrions-nous avancer, comme le propose Jean-Marc Benhaiem, que l'hypnose commence au moment même où le patient se décide à consulter, puisque c'est à cet instant qu'une potentialité de changement émerge.

Une méthodologie du parler hypnotique

Dans ce chapitre, nous abordons l'ensemble des techniques qui permettent de faire l'hypnose. On pourrait nommer cela *une méthodologie du parler hypnotique*. Ici, « parler » est à entendre non seulement en termes de langage verbal (les mots, la façon de construire les phrases, la manière de formuler les suggestions, etc.) mais aussi en termes de langage paraverbal (l'intonation de la voix, les soupirs, les pauses, les silences, etc.) et de langage non-verbal (la position du corps, les gestes, le regard, etc.).

Nous allons passer en revue nombre de techniques mais aussi de principes qui sous-tendent la technique hypnotique. Ces outils de communication sont des outils enseignés en école d'hypnose thérapeutique.

L’apprentissage du savoir-faire hypnotique est un passage obligé pour tout élève de l’hypnose médicale.

Puis, en fonction du thérapeute, de son histoire, de ses affinités, de sa personnalité, de son expérience, et de sa compréhension du phénomène hypnotique, chacun développe sa propre façon de *faire de l’hypnose*. Certaines approches sont plus directes, d’autres plus indirectes, et pourtant les résultats obtenus peuvent tout à fait être les mêmes. Une fois les techniques apprises et assimilées, on peut se passer de beaucoup pour n’en garder que certaines, et on se surprend à en créer de nouvelles propres à chacun. Chaque professionnel développe alors sa propre approche, sa propre manière de travailler. Et c’est alors qu’il développe la plus efficace des hypnoses.

Mais combien d’années de travail et d’étude de l’hypnose faut-il avant d’en arriver là !

En ce qui me concerne, de par ma formation et de par l’influence de mes professeurs, je considère que le travail dans l’éthique de l’explicite est le travail le plus fécond et le plus confortable pour le patient comme pour le thérapeute. Parce que nous vivons dans une société pluraliste dans laquelle chacun se réfère à un système de représentation qui lui est propre, adopter une posture explicite dans la relation est le moyen le plus efficace, parce que le plus respectueux du mode de représentation de l’autre, pour entreprendre une thérapie. En raison des croyances du patient comme celles du thérapeute, il n’est pas possible de partir de l’*a priori* selon lequel dans l’enceinte relationnelle thérapeutique, les mêmes valeurs, significations, enjeux, et systèmes de représentation sont partagés. Or, ce qui nous intéresse pendant la thérapie, c’est précisément le matériel perceptif amené par le patient, quel que soit son système de référence. En hypnose, nous cherchons à changer une perception. L’hypnothérapie ne s’intéresse pas à l’origine des choses.

Le thérapeute accompagne le patient vers un recadrage du symptôme. Recadrer signifie donner un autre sens. Nous pourrions dire que recadrer, c’est donner un autre sens à ce qui est. Pour ce faire, c’est le patient qui avancera pas à pas vers les changements qu’il suspectait mais qui restaient encore de l’ordre de l’inaccessible. La transe conduite par le thérapeute

permet au patient d'actualiser les possibilités, et de ressentir comme vraies les choses qui l'étaient déjà sans qu'il le sache.

Il faudra pour cela à chaque instant de la thérapie s'ajuster sur ce que le patient semble pouvoir admettre comme possible, comme vraisemblable, comme probable, et s'en servir comme levier pour mettre à jour les potentialités qui étaient jusqu'alors ignorées. Et si le patient est incapable de percevoir autre chose que la perception sclérosée qui l'amène à consulter, on pourra compter sur l'émergence des alternatives expérientielles potentialisées par la transe pour trouver un point d'appui nouveau.

Voilà pourquoi il est nécessaire à tout moment de se laisser guider par celui qui vient consulter.

Nos idées en tant qu'hypnothérapeutes n'ont pas grand intérêt. Pire, elles risquent d'entraver le possible que le patient commencerait à entrevoir au travers de l'expérience hypnotique. Sclérosé par les dogmes et les systèmes de pensées, le thérapeute risque d'être aveugle à la voie qui s'ouvre au patient, en voulant absolument lui faire prendre le chemin que lui, professionnel de la thérapie, considère être le bon pour guérir. D'abord, la somme d'énergie pour amener le patient à le rejoindre dans son système de représentation sera considérable, et ensuite il y a fort à parier que le patient n'adhère pas à ce cadre qui n'est en rien fondé sur son propre système de représentation, sa propre histoire, ses propres forces, ses propres faiblesses.

En hypnose, le rôle du thérapeute consiste fondamentalement à se laisser déconcerter par toute possibilité présentée par le patient lui-même.

Pour pouvoir se laisser surprendre par la nouveauté, il va falloir que le thérapeute lui-même perde ses certitudes.

C'est parce que le thérapeute fait l'expérience de l'hypnose en même temps que le patient qu'il se débarrasse de ses certitudes et laisse apparaître le doute. Car la transe hypnotique, si l'on s'y abandonne, favorise le relâchement des associations. La plasticité des perceptions alors retrouvée fait naître le doute. Le doute est le vide à partir duquel va émerger le germe du changement. Car lorsqu'on doute, on est prêt à accueillir quelque chose de nouveau. C'est lorsqu'il n'y a plus de

certitudes que quelque chose de neuf peut apparaître. C'est dans le doute que l'imagination se déploie à l'infini pour créer le nouveau. Alors, s'ouvre un chemin différent.

Lorsque le doute est installé, il n'y a plus de condamnation à répéter encore et encore les mêmes comportements, les mêmes peurs, les mêmes habitudes.

C'est le doute qui engendre la liberté.

Mais cette liberté, pour être réelle, doit naître de l'expérience du patient à chaque étape de la thérapie. Pour susciter que le patient aille dans le sens qu'il a lui-même suspecté, il faut idéalement que l'expérience hypnotique qui lui est proposée soit la moins structurée possible. Ou paradoxalement, qu'elle soit si bien structurée qu'elle laisse au patient une immense liberté favorable à l'émergence d'une nouvelle alternative qu'il suspectait peut-être sans le savoir. Bien entendu, une fois que le thérapeute aura vérifié l'authenticité de la démarche et que l'objectif de la cure hypnotique aura été déterminé, forme et fond de l'expérience seront façonnés d'instant en instant.

Ceci est vrai pour chacune des expériences d'hypnose que le patient fait. Voilà aussi pourquoi chaque expérience hypnotique est unique et non reproductible : à chaque fois, la donne est différente, les ressources réactualisées, et le champ des possibles un peu plus large.

Ainsi avance-t-on pas à pas, au rythme de chacun. Certains patients seront capables d'utiliser l'ouverture de l'hypnose pour réaliser une transformation radicale. D'autres prendront le temps de construire l'appui nécessaire avant de faire le grand saut, alors que d'autres plongeront tête première dans le bain de la métamorphose. Les séances uniques, qui changent radicalement la vie d'un patient, ne sont pas rares.

Le langage du thérapeute, qui accompagne le patient au point culminant de l'expérience se compose de mots qui bercent, de mots qui rassurent, mais aussi d'éléments non-verbaux et paraverbaux : un rythme, un ton, une attitude. Autant de fils qui permettent au thérapeute de tisser le contexte qui invite le patient à faire une expérience de modification perceptive.

En fonction de ce qui se vit au cœur de la séance, le rythme proposé par le thérapeute pourrait être tantôt énergique, tantôt lent, et le patient fait ce qu'il a à faire avec cet ensemble de choses étranges et parfois disparates grâce à la souplesse qui se développe par l'expérience même de la transe.

Parfois même, il se peut que la séance soit inaudible. Le thérapeute dit des mots que l'on n'entend pas. Mieux encore : certaines séances d'hypnose se font dans le silence le plus complet. Cela ne signifie pas que c'est le silence en lui-même qui guérit, cela signifie qu'à cet instant de la thérapie, le silence était l'élément nécessaire pour permettre au patient de réactualiser ses perceptions et mettre à jour de nouvelles potentialités.

À quel moment placer les mots qui guérissent ? À quel moment placer les gestes qui rassurent ? À quel moment proposer le silence propice à l'émergence de ses propres ressources ? Il n'y a hélas aucune règle en la matière.

Et nous voici devant le grand paradoxe de la technique hypnotique : au-delà des méthodes, des techniques de formulation, des suggestions, des protocoles de création de métaphores thérapeutiques, il n'existe pas de règles permettant de prescrire tel élément plutôt qu'un autre à tel moment de la séance.

La sensibilité du thérapeute

Il existe une chose qui ne peut être mise en protocole, mais qui peut sans aucun doute être développée : la sensibilité du thérapeute. La sensibilité du thérapeute permet de sentir où le patient se trouve à chaque étape, de sentir le contexte, de sentir les mouvements qui se font au cours de la thérapie comme on pourrait sentir le sens du vent changer, et c'est elle aussi qui permet de proposer ce qu'il convient de proposer au bon moment.

C'est cette sensibilité que les écoles d'hypnose tentent de développer en proposant aux thérapeutes en formation divers jeux et exercices destinés à éveiller la perception généralisée.

La technique hypnotique comme **catalyseur du changement**

C’est donc le parler hypnotique qui permet de catalyser le changement perceptif, le changement de représentation, et qui permet de rendre possible ce qui était seulement à peine envisagé, bien que suspecté.

Mais le langage hypnotique et ses principes sont aussi le moyen d’induire l’hypnose et ses phénomènes, en permettant de créer une dissociation, d’accompagner dans la transe, et de susciter l’apparition des phénomènes hypnotiques tels que l’amnésie, la catalepsie, etc.

Ainsi, l’hypnothérapeute apprend les techniques, les utilise, les affine, les personnalise, et développe son savoir-faire hypnotique.

Certains hypnotiseurs créent un protocole pour une indication, comme on peut prescrire un médicament pour une maladie. Certains, même, proposent du « Erickson » en répétant ce qu’Erickson a dit lui-même au cours d’une thérapie. Cela n’a hélas aucun sens, puisque le contexte n’est jamais le même.

À chaque fois, il faudra donc créer. Il faut pour cela être tout entier disponible au patient. On oublie les techniques, on les met de côté, on ne s’encombre pas de présupposés. Si je reste appuyé sur mes protocoles, si je reste à l’affût pour pouvoir proposer l’exercice que j’ai si bien préparé la veille, l’accordage avec le patient ne se fera pas. L’approche aura quelque chose d’artificiel et de peu probant. À vouloir se rassurer, le thérapeute perd en efficacité. Voilà pourquoi il doit prendre le risque d’arriver dépouillé de toute stratégie ou volonté de bien faire devant le patient : car c’est le contexte, l’instant qui se joue au moment de la thérapie, qui donne naissance à une hypnose qui soigne.

La meilleure des postures pour le thérapeute sera donc de ne jamais oublier qu’il n’est qu’un passeur d’une perception à une autre. Cette perspective permet de conserver toute la vigilance nécessaire à l’autre, et toute la souplesse nécessaire dans l’utilisation des techniques de communication hypnotiques.

Voyons à présent ensemble quelques éléments clés de la boîte à outils en hypnose.

Quelques principes de la **technique hypnotique**

La détermination **d'objectif**

Étudiée au chapitre 9, page 78, la détermination d'objectif est en elle-même un élément indispensable à la thérapie en hypnose. Il n'est pas possible d'user de la force de l'hypnose pour se mouvoir si l'on ne sait pas où l'on compte se rendre. Déterminer l'objectif, c'est identifier le nord de notre boussole tout au long de la thérapie. Parce que les perceptions bougent à chaque moment de la séance et d'une séance à l'autre, il sera dans l'intérêt du patient comme celui du thérapeute de rappeler régulièrement, au cours de la séance si besoin, et en tous les cas à chaque rencontre thérapeutique, les objectifs que l'on s'était fixés en début de travail. Il est possible qu'au fur et à mesure tombent les limitations. On réalise que l'objectif que l'on s'était fixé n'est plus adapté, ou qu'il n'était qu'un leurre servant seulement de prétexte à la remise en mouvement de la vie.

L'objectif que l'on se fixe est le point où l'on veut se trouver, et les suggestions proposées au patient doivent être en lien avec ce but. On devra toujours prendre en compte la perception du patient, et en particulier ce qui semble important pour lui. Il sera possible dans un second temps de le faire transiter d'une représentation délétère à une représentation thérapeutique, mais il ne faudra jamais oublier que le travail devra se faire pas à pas en respectant le rythme du patient.

Voilà pourquoi on dit que le thérapeute doit toujours « rejoindre le patient là où il se trouve » avant de lui proposer une perception plus large. Il peut être risqué de proposer au patient quelque chose qui est trop éloigné de son champ de possible, ou qui est étranger à son système de représentation. Ou si cette voie de travail est choisie, elle l'est en

connaissance de cause dans le but de créer une certaine confusion propice à la réorganisation des croyances.

On prendra donc toujours le temps nécessaire pour vérifier le nord de notre boussole, et la possibilité de s'y rendre.

Les canaux de **communication**

Concept développé en programmation neurolinguistique, la notion de « canaux sensoriels » est basée sur la notion d'interface sensorielle avec le monde : nos cinq sens sont les « radars », par lesquels nous percevons le monde autour de nous.

Ce sont les *canaux sensoriels* par lesquels nous percevons le monde. Notre expérience. Les cinq sens sont la vue, l'ouïe, le toucher, le goût et l'odorat.

On appelle ce système le *système VAKOG* (acronyme pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif.). Dans certaines versions de ce modèle, le système est appelé VAK car les sens olfactif et gustatif sont considérés comme faisant partie de la modalité sensorielle kinesthésique, c'est-à-dire que le goût et l'odorat sont expérimentés directement au travers du corps.

Mais si nous disposons tous de cinq sens, et si nous percevons le monde au travers d'eux, chacun d'entre nous dispose de canaux dits « préférentiels ». Ce sont le ou les sens au travers desquels nous rentrons le plus volontiers en relation avec le monde. Ainsi, nous développerions au fil du temps un canal préférentiel par lequel nous percevons le monde.

Ce serait également au travers de ces canaux sensoriels préférentiels que nous communiquerions le plus facilement.

De la même manière, on peut se servir d'un canal préférentiel pour rappeler un souvenir. On proposera alors à un patient pour lequel la modalité visuelle est prépondérante de faire d'abord venir les images, alors qu'à un auditif, on proposera de se rappeler les sons qu'il peut percevoir dans ce souvenir.

Identifier le canal préférentiel permettrait donc à la fois de comprendre mieux comment le monde est perçu par un patient et à la fois de potentialiser le moyen de communiquer avec lui. Le thérapeute pourra alors adapter les suggestions, mais aussi les exercices proposés pendant la phase de réorganisation des perceptions : on pourra par exemple proposer plus volontiers des exercices de visualisation à des patients dits « visuels » et proposer des inductions basées sur le ressenti corporel chez un « kinesthésique ».

Identifier le canal préférentiel de communication grâce au langage

Écouter le langage du patient est une façon d'identifier le canal préférentiel de communication.

Par exemple, si nous demandons à un sujet de vous raconter ses dernières vacances, nous pourrions obtenir le discours suivant : « C'était magnifique. Le ciel était d'un bleu éclatant, le soleil était omniprésent. Toute cette verdure, mêlée à ces pics rocheux, c'était extraordinaire. Nous avons vu des merveilles architecturales. Et ces étendues d'eau, tu aurais dû voir cela. À en perdre haleine. » Un tel récit tend à nous faire suspecter que la personne est particulièrement à l'aise avec le sens de la vue.

La même expérience pourrait être traduite de la façon suivante : « Il faisait chaud. C'était très agréable. Parfois, il y avait juste une petite brise tiède, pour nous rafraîchir, mais vraiment cette chaleur était extraordinaire. Nous avons pu nous vêtir légèrement, et quel plaisir de plonger dans l'eau après une journée passée à respirer la poussière sur les chemins de terre. Tout était très doux, très agréable. Nous avons passé de super vacances. » Nous identifions là un canal préférentiel kinesthésique.

Enfin, la même expérience relatée par un auditif pourrait être : « Ce qui m'a le plus marqué c'est le silence et le bruit des vagues qui s'écrasent contre les rochers lorsque tu es allongé dans le lit, dans la villa. Et puis la magnifique musique de la langue. Quel plaisir d'entendre autre chose que ce qu'on entend au quotidien ! Je me suis merveilleusement entendu avec tout le personnel du complexe. Je ne suis pas prêt d'oublier ces vacances. »

Une autre façon d'identifier les canaux préférentiels consisterait à relever les expressions qu'un sujet utilise dans la communication de tous les jours :

- un visuel pourra utiliser volontiers les expressions de type « je vois, j'imagine que, c'est très clair, etc. » ;
- un auditif utilisera des expressions telles que « tu me casses les oreilles, je ne peux plus t'entendre, j'entends bien ce que tu me dis, etc. » ;
- un kinesthésique pourra utiliser l'expression « j'en ai plein le dos, t'es lourd, ça me reste en travers de la gorge, etc. » ;
- un olfactif pourrait dire « je peux plus le sentir, ça sent mauvais, etc. » ;
- enfin, un gustatif pourrait dire « c'est dégueulasse, elle a du goût, c'est bon, j'en ai l'eau à la bouche, etc. »

Enfin, les théoriciens PNListes ont posé le postulat selon lequel il serait possible de déterminer quel est le canal préférentiel d'un patient, d'après la *direction de son regard*. Il s'agit du modèle de « l'accès oculaire ».

Il s'agit toutefois de rester prudent, en ce sens où l'interprétation donnée aux différentes directions du regard, est censée prendre en compte le côté dominant du patient.

Ainsi, si on demande à un patient de se remémorer une scène du passé et qu'il regarde vers le haut, son canal préférentiel tendrait à être visuel.

Certains ont même poussé l'interprétation de cette méthode empirique, en l'imaginant comme un moyen de détecter si l'interlocuteur ment, ou dit la vérité.

En effet, chez un droitier, si la personne regarde en haut à gauche, il s'agirait d'une *remémoration* d'image. En revanche, s'il regarde à droite, il *inventerait* l'image. Donc le souvenir. Donc, il serait en train d'inventer un souvenir plutôt que de se le remémorer.

Je ne peux que mettre en garde contre cette interprétation qui aujourd'hui, à ma connaissance, n'a jamais fait l'objet d'études scientifiques objectives randomisées. Ces techniques relèvent d'une théorisation basée sur des observations empiriques.

Cette précaution étant prise, il peut être intéressant de travailler avec le patient par l'intermédiaire du canal sensoriel préférentiel qui le

caractérise. On pourra même utiliser cette voie d'accès avant l'hypnose, pendant l'induction, également tout au long de l'expérience hypnotique et de la transe à proprement parler, et enfin au-delà de la transe.

Bien entendu, la limite de cette méthode est qu'elle tend, si elle n'est pas assimilée comme une pratique naturelle, à éloigner le thérapeute du patient. Si le thérapeute s'attache à identifier à tout prix les canaux de communication de son patient, il risque fort de perdre en pertinence puisque sa focalisation ne portera pas tout entière sur l'instant qui se joue, ni sur le patient.

Le principe de **l'expectation positive**

Créer une attente positive, ou « expectation » positive (anglicisme à partir du verbe *to expect, s'attendre à* en anglais) est un principe essentiel en hypnose qui joue un rôle dans l'obtention des phénomènes hypnotiques, mais aussi dans chaque étape du processus et certainement d'une manière plus large qui conditionne l'issue même de la thérapie.

Le jeux des mots, des suggestions, jusqu'au contexte tout entier, tend à créer chez le patient une attente positive quant à la possibilité de faire une expérience décisive par l'hypnose. Fondamentalement, au travers de l'ensemble des techniques utilisées quelles qu'elles puissent être, l'hypnose est le facilitateur qui permet au patient de réaliser la transition de ce qui lui paraissait à peine plausible, à ce qui pourrait devenir réel.

En ce sens, l'hypnose installe de façon puissante une sorte de *prophétie auto-réalisatrice confiante et positive.*

a prophétie **autoréalisatrice**

La prophétie autoréalisatrice est une prophétie qui modifie des comportements de telle sorte que ces derniers finissent par faire advenir ce que la prophétie annonçait initialement. C'est à Frigyes Karinthy, un écrivain hongrois du début du XX^{e} siècle, que l'on doit le concept moderne de prophétie auto-réalisatrice. Mais l'expression en tant que telle est proposée vingt ans plus tard par le sociologue Robert K. Merton : « C'est au début, une définition fausse de la

situation qui provoque un comportement qui fait que cette définition initialement fausse devient vraie ».

Des exemples de prophéties autoréalisatrices ont été décrits dans différents domaines.

Dans le domaine de l'éducation notamment, on décrit l'effet Pygmalion, qui consiste en ce que la performance d'un individu est directement influencée par l'attente que l'on nourrit à son égard. Plus on s'attend à ce que quelqu'un soit efficace, et plus il le devient. Malheureusement, la réciproque est vraie.

En 1968, Robert Rosenthal, un psychologue américain professeur à l'Université de Californie, confie à des étudiants deux groupes de rats. Il annonce au premier groupe que les rats en question ont été sélectionnés pour leurs capacités extraordinaires et que l'on devrait s'attendre à d'excellents résultats des expériences menées sur ces mammifères (trouver son chemin dans un labyrinthe par exemple).

Il confie ensuite à un second groupe d'étudiants un second groupe de rats et leur annonce que ces derniers, du fait de leur héritage génétique, auront probablement des résultats médiocres.

En réalité, les deux groupes de rats étaient tout à fait identiques : choisis de façon aléatoire, les rats n'avaient nullement été sélectionnés pour leur intelligence ou leur médiocrité à réussir les tests dont il était question.

Peut-être suspectez-vous les résultats de cette étude ? Les rats du groupe 1 ont obtenu d'excellents résultats aux tests, conformément à ce qu'ils étaient supposés faire, et le groupe 2 a obtenu de mauvais résultats aux tests, certains n'ayant même pas franchi la ligne de départ.

On pose l'hypothèse que l'attention et le comportement des étudiants ont différé en fonction de ce qu'ils croyaient vis-à-vis de ces animaux pourtant semblables d'un groupe à l'autre, et voici que ce comportement non-conscient a infléchi le comportement de chaque groupe de rats de sorte que ce dernier se comporte comme il avait été dit qu'il se comporterait.

On peut aisément se demander en quoi une expérimentation animale pourrait avoir quelque chose à faire avec le comportement humain.

C'est que l'expérience est reproduite avec des enfants à Oak School aux États-Unis : il est confié de façon subtile à des professeurs que certains élèves se sont vus attribuer aux tests de QI un score particulièrement élevé, contrairement à d'autres étudiants. En réalité, comme pour les groupes de rats, il n'y avait rien de particulier pour les étudiants « surdoués ». Leurs scores n'étaient en rien différents de celui des élèves de l'autre groupe. Et pourtant, à la fin de l'année, lorsque les tests de QI ont été soumis aux mêmes étudiants, les résultats ont été stupéfiants : ceux à qui l'on avait attribué de façon fausse un QI plus élevé qu'il ne l'était ont vu augmenter de 5 à 25 points leur performance aux tests d'intelligence. Cela laisse supposer que le comportement des professeurs, pour une raison ou une autre, a fait en sorte que les élèves se comportent conformément à l'attente qu'ils avaient : leur intelligence devait être supérieure à la norme des étudiants présents.

Un contrôle au bout de deux ans confirme que certains élèves continuent à améliorer leurs résultats au test d'intelligence.

Ce principe appliqué à l'hypnose fait suspecter à quel point la croyance que l'on entretient quant à la capacité du patient à répondre à une suggestion ou plus généralement à la thérapie, joue un rôle dans la qualité de la réponse que l'on obtient au travers de la cure hypnotique.

D'abord le thérapeute posera donc l'hypothèse de départ selon laquelle le patient est déjà guéri ou peut guérir, c'est-à-dire qu'il est déjà dans la vie dont il se croyait séparé.

Ensuite, de façon pratique, à chacun des phénomènes hypnotiques observés, le thérapeute fait suffisamment confiance en sa technique et en son expérience pour s'attendre à une réponse positive de la part du patient, et potentialiser ainsi, en allant de ratification en ratification, les probabilités de guérison.

a croyance **authentique**

À aucun moment il ne s'agira de faire semblant. Seule l'anticipation honnête soutient le phénomène. C'est la croyance *authentique* des étudiants envers l'intelligence supérieure de leurs rats qui conduit ces derniers à dépasser leur performance, conformément à l'attente sincère des expérimentateurs.

De même, c'est *l'authentique attente émotionnelle* en l'intelligence supérieure de certains élèves, qui induit un changement de performance de ces derniers aux tests de QI réalisés.

Il y a certainement quelque chose de fondamental dans cette notion d'attente authentique. Nous utilisons l'adjectif « émotionnel » afin d'appuyer le fait qu'il ne s'agit pas d'une attente intellectuelle ou rationnelle. Il s'agit d'une certitude, d'une conviction viscérale, émotionnelle, que telle chose va se produire. Ou du moins, a une certaine probabilité de se produire.

Ne pas se laisser décourager par l'ampleur de la tâche

Hélas, si la prédiction autoréalisatrice peut influencer une thérapie, cela peut être dans les deux sens.

Voilà une des raisons fondamentales pour lesquelles le thérapeute doit se départir de toute idée préconçue et de toute croyance vis-à-vis de l'issue de la thérapie.

Autant il est possible de favoriser l'issue positive d'une thérapie en partant du postulat que la guérison est possible, voire certaine, autant il n'est pas rare que le thérapeute sabote lui-même un travail thérapeutique s'il suppose qu'il ne pourra rien apporter au patient, ou s'il se laisse décourager par l'ampleur de la tâche qui se présente à lui. Là encore, il ne s'agit pas de « simuler une croyance », car il s'agirait d'une construction intellectuelle. Il s'agit de se libérer en tant que thérapeute de toute croyance pour laisser place à une possibilité qu'il pourrait bien se passer quelque chose. Pour le thérapeute comme pour le patient, le seul moyen de parvenir à cette vacuité est le passage par la transe. Elle seule permettra de laisser le rien dont émergera la possibilité de quelque chose. Tout autre

chemin passera par l'intellect et empêchera la naissance d'une authentique attente émotionnelle.

Le patient réalise bien évidemment le même mouvement en passant par le vide de la transe hypnotique. Il casse ainsi la répétition des vieilles croyances et des comportements, pour en laisser de nouvelles se créer.

L'ensemble des principes et des techniques du parler hypnotique participe à l'obtention de l'effet ainsi désiré : actualiser le possible.

> ***Ratifier, c'est faire remarquer ce qui est en train de se produire.***

La **ratification**

C'est là un outil essentiel en hypnose. La ratification permet de prendre appui sur ce qui est pour en amplifier la dynamique.

Par exemple, au cours de l'induction, alors que le thérapeute observe un mouvement involontaire d'un doigt de la main : « Voilà, peut-être avez-vous ressenti, ou peut-être pas, mais un de vos doigts vient de bouger tout seul. Cela signe l'entrée de votre système nerveux dans la transe. Plus vous allez profond, plus vous pouvez vivre ce genre de petites manifestations. (Un autre doigt bouge) Tenez ! Avez-vous senti ? Cela continue… »

La ratification invite le patient à porter son attention sur ce qui est en train de se passer. Le fait de porter attention sur un élément tend à donner plus d'importance encore à ce même élément dans le champ perceptif. Au cours de la séance, ratifier un phénomène hypnotique en constatant à voix haute la réponse à une suggestion, fait prendre conscience au patient qu'il vient de répondre à une suggestion hypnotique. Ceci a pour effet d'accroître sa suggestibilité, autrement dit de le rassurer sur sa capacité à entrer en hypnose.

C'est par le jeu du langage que le thérapeute crée un lien entre les signes constatés et l'hypnose elle-même, amplifiant ainsi l'attente authentique du patient à vivre l'hypnose de façon plus profonde encore.

La ratification est un principe fondamental de l'hypnose, qui peut être utilisé à tout moment de la thérapie ; au cœur de la séance et au-delà.

Ratifier permet également de se servir d'un phénomène hypnotique quel qu'il soit comme levier de persuasion afin de potentialiser le changement. Les phénomènes idéomoteurs sont les manifestations hypnotiques les plus couramment utilisées pour servir de levier : de façon pratique, ratifier la lévitation du bras permet de prouver au patient qu'une partie de son esprit est capable d'entrer en hypnose et de provoquer un phénomène surprenant. Le thérapeute peut ensuite, par un jeu de liens, affirmer que de la même manière cette partie de son esprit est capable de changer de façon autonome le fonctionnement d'une autre partie du corps.

Dans un document filmé datant des années 60, Erickson réalise une transe chez une patiente en utilisant des phénomènes idéomoteurs, et lie l'effet de surprise généré par la lévitation à la confiance selon laquelle l'inconscient sera capable de prendre soin de la patiente durant la chirurgie à laquelle elle doit se soumettre. On pourrait résumer le message de la façon suivante : « puisque votre esprit est capable de lever ainsi votre bras de façon autonome, imaginez bien que votre esprit est capable de s'occuper de tout ce dont il faut s'occuper pour que l'opération se passe bien. Et de sorte que tout ceci se passera de façon non consciente, non volontaire, et pour votre plus grand confort ».

Ainsi, il n'est pas rare d'user des phénomènes hypnotiques suivants comme potentialisateur de la transe : l'anesthésie en gant, la distorsion du temps, la catalepsie d'un membre, la lévitation du bras, la lourdeur d'un membre, l'amnésie, les signaux idéomoteurs, les réactions aux suggestions posthypnotiques, le souvenir d'événements oubliés ou insignifiants, les phénomènes idéosensoriels (chaleur, goût ou odeur), et les hallucinations olfactives.

Une technique de persuasion utilisant la lévitation pourrait se présenter ainsi.

Expérimentez une technique de persuasion utilisant la lévitation

Usez d'une induction ne faisant pas intervenir les bras (la spirale sensorielle convient bien pour cette expérience).

Proposez au patient : « dans quelques instants ou peut-être tout de suite, peut-être allez-vous le sentir ou peut-être pas, mais cela n'a guère d'importance…

La main gauche va devenir de plus en plus légère…

Et peut-être allez-vous ressentir cette légèreté et peut-être pas…

Et peut-être allez-vous sentir de tout petits mouvements saccadés, mécaniques, automatiques, du poignet qui commence à s'élever dans l'air…

Et qui commence par décoller de votre support…

Comme s'il était relié à un bouquet de ballons gonflés à l'hélium…

Et qu'on aurait attaché ces ballons très, très, légers à votre poignet gauche…

Et vous pouvez bien sentir que le poignet devient étrangement de plus en plus léger…

Et c'est maintenant, le sentez-vous ? la main tout entière qui est emportée vers le haut…

Et cela peut être étrange de ressentir que cela bouge tout seul…

Mais c'est parce que la main, le poignet, sont emportés vers le ciel…

(Une fois la main en lévitation)

Et peut-être n'avez-vous jamais imaginé que votre corps était capable de faire des choses aussi étonnantes…

Peut-être n'avez-vous jamais imaginé que votre corps était capable de prendre soin d'une partie de vous comme cela…

Sans que vous ayez à faire quoi que ce soit…

(...)

Peut-être n'avez-vous jamais pensé que…

De la même manière que votre corps est capable de s'occuper des tendons, des muscles, des ligaments qui portent votre main pour la faire s'envoler…

Votre corps est capable de s'occuper des petits muscles, des fibres, des ligaments de toutes les parties de votre corps…

Pour vous aider à aller mieux,…

Et à être plus confortable dans votre quotidien…

(...)

Avez-vous déjà pensé à cela ?

Et de la même manière que votre esprit profond là, maintenant, s'occupe de votre main droite…

Qui devient de plus en plus légère et continue à s'élever dans les airs…

Sans que vous ayez quoi que ce soit à faire…

Votre esprit profond va maintenant…

Faire ce qu'il y a à faire dans votre corps…

Pour le rendre plus confortable au quotidien…

(...)

Et de la même manière…

Que vous pouvez être curieux…

De constater maintenant que votre main plane toute seule…

Vous pourrez être curieux…

De constater comment vous êtes plus confortable…

Au quotidien…

Sans rien avoir à faire…

Que de laisser faire…

Une partie plus sage et plus compétente…

De votre esprit…

La **communication** à plusieurs niveaux

Depuis Erickson, la communication indirecte est devenue un élément clé de la technique hypnotique.

Milton Erickson a développé en hypnose l'utilisation de la communication à niveaux multiples, comprenant en outre le langage mais aussi le comportement non verbal et le comportement paraverbal.

a communication verbale

On nomme *communication verbale* la communication qui emploie les mots, qui les combine pour formuler des phrases et transmettre une idée. Le langage verbal a l'avantage de pouvoir transmettre des informations complexes, des idées abstraites, d'user de la logique, ou d'utiliser la capacité de projection pour mettre en forme le passé, le présent ou l'avenir. C'est par le canal verbal que les idées sont échangées et la plupart des suggestions données.

Le langage non verbal consiste en l'ensemble des informations qui peuvent être transmises par tout ce qui ne relève pas de la parole : le regard, l'attitude, les gestes, les mimiques. De fait, les informations transmises sont moins riches et moins détaillées que le langage verbal, et

peuvent difficilement permettre une mise en mots de l'avenir ou du passé. En revanche, le langage non verbal est un outil de choix pour communiquer des informations simples telles qu'une émotion, une approbation, une négation, un doute, de la compassion et d'autres états émotionnels. L'utilisation du langage non verbal fait que le message transmis n'est pas nécessairement perçu consciemment par le sujet. La simplicité et le naturel du langage non verbal semblent s'adresser directement à notre animalité, qui lui répond à son tour d'une façon si spontanée et naturelle que l'esprit critique n'a pas forcément le temps de s'en rendre compte.

Enfin, on pourra décrire le langage paraverbal qui est l'expression par les soupirs, l'intonation de la voix, la respiration, les rires.

Tout au long de sa vie, Erickson a développé par nécessité personnelle et professionnelle l'art d'influencer les gens de façon indirecte. Le principe consiste à produire des réactions sans que la personne en soit pleinement consciente. Sans aucun doute l'immense capacité d'observation qu'Erickson développa en raison de sa pathologie, ainsi qu'une intuition propre au personnage, lui permit de développer un art de communiquer difficilement imitable.

L'astuce consiste à envoyer un même message sous différentes formes, ou bien d'envoyer des signaux qui, comme dans toute communication, attendent une réponse.

Le **langage** verbal

LES SUGGESTIONS

Elles sont l'outil de base de la communication hypnotique. Une suggestion est une communication indiquant à un sujet que quelque chose est en train de ou va se produire. Elle diffère de l'instruction ou de l'ordre en ce sens que le *quelque chose* en question survient de façon non volontaire, sans intention de la part du sujet. Ainsi, comme le propose Irving Kirsch pour illustration, « Levez votre main » est une instruction, alors que « votre main devient de plus en plus légère et commence à s'élever » est une suggestion. La première demande une réponse

intentionnelle de la part du sujet, tandis que la deuxième invite à une réponse involontaire.

En dehors du contexte du soin, la suggestion peut devenir manipulation ou prestidigitation. Une suggestion peut être bienveillante ou malveillante. Dans le contexte de l'hypnothérapie, la suggestion a toute légitimité à être utilisée dans une intentionnalité de soulagement.

Dans ce cadre, on veille à ce que la formulation – au sens large du terme – de la suggestion soit orientée positivement. Il ne s'agit pas d'angélisme ou de pensée positive, mais plutôt d'être conscient du fait que pour maintenir l'aiguille de la boussole dans la direction du soulagement, il est toujours préférable de formuler et reformuler ce que l'on veut et ce vers quoi l'on veut tendre, plutôt que ce dont on ne veut pas.

Par ailleurs, chaque idée proposée au patient, même formulée négativement, est intégrée telle quelle : c'est ce principe qui fait dire que « l'inconscient ne comprend pas la négation ». L'exemple caricatural est : « Qu'avez-vous en tête lorsque je vous demande de ne pas penser à un éléphant bleu ? »

La réponse est : « Un éléphant bleu. » Le simple fait d'évoquer cette représentation entraîne une perception de cette représentation, même si l'on use de la formulation négative.

Ce principe est utilisé dans les « suggestions négatives » (voir page 209)

Il n'existe pas de consensus affirmant le bénéfice de proposer une suggestion à tel ou tel moment d'une séance d'hypnose. Certains auteurs proposent de délivrer la suggestion la plus importante en dernier. D'autres proposent les suggestions lorsque la transe est suffisamment profonde. La réponse à la suggestion serait alors meilleure.

Enfin, quelques auteurs proposent d'identifier les signes de la transe et en particulier les mouvements oculaires derrière les paupières, et recommandent de donner les suggestions pendant l'apparition de ces mouvements. La dissociation serait alors particulièrement marquée, et les suggestions seraient plus facilement intégrées.

On distingue la suggestion directe de la suggestion indirecte.

LES SUGGESTIONS DIRECTES

Elles ressemblent à des ordres. Ce sont les premières suggestions utilisées par les hypnotiseurs d'autrefois. Elles sont autoritaires et ne laissent aucun autre choix au patient que d'exécuter la commande.

En ce sens, on peut considérer qu'elles restreignent radicalement la liberté du patient.

Un exemple de suggestion directe serait : « Votre corps est lourd. De plus en plus lourd. Vous dormez. De plus en plus profondément. Au compte de 5, vous irez encore plus profondément dans la transe, et n'entendrez plus que ma voix. »

Ce sont ces suggestions qui sont utilisées dans le monde de l'hypnose du spectacle. L'hypnotiseur choisit ses sujets en proposant à une certaine proportion de spectateurs une série de suggestions directes. Ceux qui répondent à la suggestion sont dits suggestibles et seront sélectionnés pour aller plus loin dans le spectacle. Puisqu'il existe une proportion de personnes très suggestibles (entre 5 et 10 % dans la population), l'artiste est assuré, pour un public de 50 personnes, de pouvoir jouer avec 5 personnes sur scène, qui accepteront les suggestions les plus directes et les plus farfelues sous le regard amusé d'un public ravi.

Suggestions directes et thérapie

Dans le cadre de la thérapie, les suggestions directes ne respectent pas la capacité d'adaptation du patient. Ce ne sont pas des suggestions qui invitent le patient à s'autonomiser. Pourtant, elles sont parfois utilisées dans le contexte thérapeutique. Certains thérapeutes au grand charisme n'hésitent pas à utiliser des suggestions directes lorsqu'ils sentent que le patient détient les ressources nécessaires pour actualiser la guérison. Un exemple pourrait être « maintenant, vous laissez le passé derrière vous » ou encore « maintenant, vous vous détachez de cette influence néfaste une bonne fois pour toutes. »

Prononcés par un thérapeute congruent, ces mots sont le sésame qui rend au patient sa liberté. Un autre exemple serait : « Vous vous libérez de la cigarette. Elle ne vous intéresse plus. Elle ne vous a

jamais intéressé ». Ou encore : « Votre corps développe une certaine allergie aux aliments gras, sucrés, alcoolisés. »

LES SUGGESTIONS INDIRECTES

Ce sont des suggestions masquées, ou proposées de telle sorte qu'elles ne génèrent aucun sentiment de contrainte chez le patient.

Elles sont donc plus respectueuses et s'appuient souvent sur la liberté de choix du patient dans l'exécution ou la non-exécution de ce qui est proposé.

La suggestion indirecte tend à enlever la pression qui peut reposer sur les épaules du patient, qui pourrait s'inquiéter de ne pas parvenir à exécuter les instructions du thérapeute. La permissivité amenée par la suggestion indirecte court-circuite l'exigence de performance du patient, et lui permet de répondre de la façon la plus adaptée à ce qu'il est ici et maintenant.

Différentes façons de construire des suggestions indirectes :

- *Les suggestions couvrant toutes les possibilités*

Elles consistent à anticiper les réponses possibles à la suggestion et à les proposer.

On donne ainsi un large choix de réponses possibles à la proposition : « Et au fur et à mesure que vous entrez en hypnose, vous pouvez ressentir de la pesanteur, ou de la légèreté, ou de la chaleur, ou de la fraîcheur, ou une sensation d'engourdissement, etc. »

- *Les suggestions ouvertes*

Elles sont les plus permissives car toute réponse de la part du patient sera la bonne. Par exemple, on pourra dire : « Et pendant que vous entrez en transe, vous pouvez ressentir toute sorte de sensation qui vous est personnelle. »

- *Suggestions composées*

Elles se composent de plusieurs éléments. On peut par exemple utiliser une suggestion en deux parties : la première partie est une vérité qu'il n'est pas possible de contredire, la seconde partie sera la suggestion à proprement parler, qui aura d'autant plus de chance d'être acceptée que la première partie de la proposition sera indiscutable.

Par exemple : « Vous pouvez entendre les voitures passer au dehors (truisme), et votre corps s'alourdit tranquillement sur le fauteuil ».

Les deux éléments de la phrase sont liés par une conjonction de coordination telle que « et », « donc », « ou », « car ».

La suggestion implicite en trois éléments d'Ernest Rossi

Un type particulier de suggestion composée est la suggestion implicite en trois éléments d'Ernest Rossi : elle consiste à lier l'acceptation d'une suggestion à une réponse observable, permettant à la fois au thérapeute de savoir quand la suggestion est réalisée, mais surtout permettant aussi au patient de constater que quelque chose de très inhabituel se passe, selon le principe même de la ratification.

Ainsi, ce type de suggestions, particulièrement habile, se compose ainsi :

- un élément temporel (1) ;
- un élément qui est la suggestion thérapeutique (2) ;
- un élément qui est une réponse motrice à la suggestion (3).

Par exemple : « Quand (1) quelque chose en vous intègre toutes les ressources nécessaires au changement thérapeutique (2), alors votre bras droit devient de plus en plus léger et s'élève tranquillement dans l'air comme s'il était porté par un fil invisible (3) ».

Ou encore : « Quand (1) votre esprit profond est prêt à réaliser ce travail intérieur en toute sécurité (2), alors vos paupières se ferment plus ou moins d'elles-mêmes (3), signalant ainsi que le processus thérapeutique a débuté ».

Ernest Rossi nomme cette suggestion, une « suggestion implicite ». Elle implique que lorsque le patient commence le travail hypnotique, il en

informera consciemment ou inconsciemment (le plus souvent) le thérapeute par un signal convenu.

Ce type de signal est appelé « signaling ».

■ *On distingue deux types de* signaling.

Le signaling « conscient », c'est le patient qui, très volontairement, fait un signe au thérapeute : « Lorsque vous serez prêt à faire cette expérience, vous pourrez me faire un petit signe avec la main de votre choix ».

Le signaling dit « inconscient », c'est une convention mise en place par le thérapeute afin de s'assurer de la bonne participation de « l'esprit profond » ou de « l'inconscient » thérapeutique du sujet. Cette mise en scène, cette métaphore du travail, tend à convaincre le patient qu'il existe une communication avec une partie de son esprit, une partie à laquelle il n'accède pas consciemment, mais qui semble capable de s'éveiller et de venir au premier plan au cours de la thérapie pour résoudre ses problèmes.

C'est ce type de *signaling* que Rossi utilise dans la suggestion implicite.

Un autre exemple serait : « Quand votre esprit non conscient active les ressources utiles au changement, il peut me faire un signe en bougeant l'index de votre main gauche ».

Bien sûr, sentir ou voir bouger une partie de soi de façon automatique par ratification entraîne un phénomène de persuasion : en constatant que quelque chose de tout à fait inhabituel est en action, le patient est conforté dans l'idée qu'il est bien dans l'hypnose, et augmente ainsi sa suggestibilité. Sa confiance en la réalité de l'hypnose s'affirme et se développe l'expectation positive d'une issue utile et favorable de l'hypnothérapie.

■ *Les suggestions négatives*

Elles utilisent le principe selon lequel l'esprit n'intègre pas les négations, d'une part et le principe selon lequel on a tendance à faire ce que l'on nous demande de ne pas faire, d'autre part. C'est l'exemple du petit garçon à qui l'on interdit d'ouvrir la boîte de gâteaux avant le repas. Il y a de fortes chances pour que l'interdit l'emporte sur la raison.

Les suggestions négatives consistent ainsi à suggérer de *ne pas faire* ou de *ne pas ressentir*, ce qui produit paradoxalement l'effet inverse.

Ainsi, « vous n'avez pas à vous détendre, vous n'avez même pas à relâcher les tensions » est une suggestion de relaxation paradoxale (principe développé par Gaston Brosseau) aux effets puissants.

Il n'est pas rare que le patient avoue s'être détendu « malgré lui » pendant la séance alors même que les suggestions proposaient de ne rien faire pour se relaxer.

Dans un sens comme dans l'autre, le thérapeute est gagnant : soit le patient a suivi les instructions et on le félicitera, amplifiant le lien thérapeutique et augmentant sa confiance en sa capacité à faire l'expérience de l'hypnose, soit il se sera détendu malgré lui et en ressentira les bienfaits. L'expérience corporelle l'emportant sur la raison, il sera obligé d'intégrer le bien-être qui se présente à lui, malgré lui, et en gardera peut-être quelque chose d'utile dans la suite de la thérapie.

Quels que soient le moment et la façon dont les suggestions sont employées, le thérapeute ne devra pas craindre de les répéter, ou bien de proposer une même suggestion, une même idée, mais sous des formes différentes (une suggestion directe, indirecte et une métaphore par exemple). La répétition de la suggestion augmenterait les chances de voir la proposition acceptée.

Cependant, si l'exécution n'est pas immédiate, le thérapeute doit garder en mémoire que la réponse aux suggestions est parfois progressive, voire différée.

Cela vaut pour tout phénomène hypnotique pendant la transe, comme pour la guérison elle-même. Le thérapeute fera preuve de patience, de confiance, et fera en sorte que son jeu de suggestions invite à une réponse progressive, positive et respectueuse du rythme du patient. On usera ensuite de la ratification pour renforcer les premiers résultats obtenus, renforçant ainsi l'idée que l'hypnose est efficace et facilitant ainsi la suggestibilité du patient.

Comme toujours, on prendra grand soin de s'adapter au rythme du patient sans le brusquer.

Une séance efficace… à long terme

Philippe, 44 ans, est avocat.

Il consulte car il aimerait bénéficier de l'hypnose pour remettre un peu d'ordre dans son comportement alimentaire.

Cet homme dynamique est en légère surcharge pondérale, principalement en raison d'un grignotage excessif et d'une prise d'alcool en quantité raisonnable, mais hélas régulière.

Suite à la première séance d'hypnose, Philippe ne remarque aucun changement dans ses habitudes. Il revient donc une semaine plus tard, pour une seconde consultation.

Pendant la deuxième séance, Philippe est très gêné par le bruit des travaux qui ont lieu dans l'immeuble voisin. Il quitte le cabinet furieux et déçu d'avoir perdu son temps.

Un mois plus tard, Philippe revient consulter de lui-même. Il m'explique qu'à son grand étonnement, c'est seulement quinze jours après la seconde consultation que son comportement alimentaire a commencé à changer. Il sait que ces modifications sont en lien avec l'hypnose, car il se surprend à entendre des mots prononcés pendant les séances (malgré les travaux !) et à retrouver spontanément la sensation de satiété que nous avions travaillée au cours de la seconde consultation, celle-là même qui l'avait tant déçu.

La séquence d'acceptation ou yes set

Il s'agit de générer chez le patient une série de réponses d'acceptation positive. En faisant cela, la probabilité que la prochaine suggestion soit acceptée augmente fortement.

On dit que l'on utilise un « truisme » (une vérité qui ne peut être contestée) pour introduire une suggestion.

Par exemple (série de truismes) : « vous êtes venu, vous êtes assis dans le fauteuil d'hypnose, vous avez fermé les yeux volontairement. Vous entendez les bruits dans la pièce à côté, vous entendez ma voix… (suggestion thérapeutique) *et votre corps devient un peu plus lourd*. »

Le saupoudrage

Le saupoudrage consiste à parsemer son discours de mots importants pour la guérison. Il s'agit de répéter régulièrement un terme important pour la thérapie, ou bien d'introduire une véritable suggestion masquée au sein d'un discours *a priori* sans intention thérapeutique particulière. Cette voie de communication aurait pour intérêt de contourner les résistances du sujet et de faire passer une suggestion de façon non consciente. Lorsque les mots-clés sont prononcés, il est possible de changer de façon subtile

l'intonation, ou la direction de la voix, ou encore d'utiliser un même geste pour marquer l'importance de l'instant.

Ainsi, c'est à la fois la communication verbale et non verbale qui participe à la suggestion.

Par exemple la suggestion « vous vous détendez de plus en plus et vous allez de plus en plus profondément en transe » pourrait être proposée de la sorte par saupoudrage : « *Vous vous* demandez certainement si je vais vous dire *détendez*-vous pour entrer en hypnose. Je pense que *de plus en plus* de gens comprennent que cela n'est pas utile de se détendre, *et vous allez* vous-même constater que *de plus en plus*, en faisant ces expériences d'hypnose, vous n'aurez pas besoin d'entrer *profondément en transe* pour obtenir des résultats qui dépassent vos espérances. »

- *Le principe du renforcement positif*

Ce jeu de langage consiste à valoriser l'expérience du patient au sens large du terme. Parce que le patient est son propre guide, accompagné par le thérapeute et parce que ce qu'il perçoit est la seule chose qui compte en hypnothérapie, toute expérience faite par le patient est considérée comme « bonne » et « valable » pour le thérapeute.

Cette perspective fait souvent dire au thérapeute pendant une séance « oui, c'est bien. », « vous faites cela parfaitement », ou encore « voilà. C'est excellent ».

Ce principe, qui repose aussi sur le non-jugement, donne au patient la liberté indispensable à l'ouverture de l'hypnose. L'exigence de performance n'a pas sa place au sein de l'expérience hypnotique où, bien au contraire, le patient doit laisser les choses se faire comme elles viennent. Qu'il se force à vouloir impérativement atteindre un but, ou qu'il se mette en recherche de l'approbation du thérapeute, et c'est la mécanique tout entière de l'hypnose qui s'écroule. Quoi que le patient puisse proposer, quelle que soit sa perception des choses, elle est juste, car c'est la sienne.

i jugement ni critique

En hypnose, on ne juge pas, on ne critique pas, on ne donne pas de leçons de morale ou de bonne conduite. L'hypnothérapeute n'est qu'un passeur d'une perception à une autre. Il se satisfait donc de chacune des expériences qui se vit par le patient dès lors qu'elles sont honnêtes.

Le questionnement

C'est une forme de suggestion indirecte : elle consiste à demander quelque chose à un patient, en lui laissant la possibilité de ne pas exécuter la demande.

Pour exemple, plutôt que de dire « ressentez le dossier du fauteuil », on proposera « pouvez-vous porter toute votre attention sur le dossier du fauteuil ? », ou encore « pouvez-vous laisser votre dos peser lourdement sur le dossier du fauteuil, de sorte que vous n'ayez aucun effort à faire pour maintenir cette position ? »

Le questionnement peut être utilisé spécifiquement dans la technique d'induction par souvenir d'une transe préalable : chaque question amène le patient à rappeler à son souvenir les sensations de l'expérience précédente, les intégrant ainsi à sa perception présente. Le patient refait alors l'expérience de l'hypnose :

« Quand vous commenciez à entrer dans l'hypnose, quelles sensations avez-vous ressenties en premier ?

– C'était une pesanteur dans les bras et les jambes.

– Pouvez-vous ressentir cette pesanteur maintenant ?

– Je sens que ça vient.

– Quelles autres sensations ressentez-vous quand vous allez un peu plus profond dans l'expérience ?

– Je ne sens plus mon corps.

– Pouvez-vous sentir votre corps là maintenant ?

– Non, je commence à ne plus vraiment en sentir les limites… »

LES SUGGESTIONS POSTHYPNOTIQUES

Elles sont des suggestions qui sont délivrées au patient pendant la séance, et qui sont censées être exécutées immédiatement après ou à distance de la séance.

Les tests de suggestibilité illustrent bien ce qu'est une suggestion posthypnotique lorsqu'il est proposé aux sujets qu' « au réveil, vous aurez une envie irrésistible de prendre le verre d'eau posé en face de vous ». L'exécution ou la non-exécution de la suggestion rend compte du degré de suggestibilité du sujet.

Dans le cadre thérapeutique, il est possible de suggérer au patient qu'après la séance, « il ressentira une vive répulsion pour la cigarette », ou encore qu'après la séance, il aura « une perception très nette de la sensation de satiété », participant ainsi à son propre changement thérapeutique.

L'intérêt d'une suggestion posthypnotique consiste à projeter le patient dans un avenir plus ou moins proche dans lequel il pourra « *s'observer* se comporter » d'une nouvelle manière, en accord avec les changements désirés. La suggestion posthypnotique est finalement une forme particulière de futurisation, ou d'expectation positive, puisque le patient se projette dans un nouveau mode de fonctionnement qu'il guettera plus ou moins malgré lui dans son quotidien, sitôt sorti de la séance d'hypnose.

La meilleure des suggestions posthypnotiques sera celle qui est le plus facilement réalisable par le patient, voire celle qui ratifie un comportement devenu évident pour le patient par le travail hypnotique réalisé.

> ***La séance d'hypnose thérapeutique agit comme une suggestion posthypnotique***
>
> L'intention d'aller mieux après la séance, tout à fait explicite, est sous-tendue par l'ensemble du contexte thérapeutique, et génère par anticipation une puissante suggestion indirecte de soulagement. Le patient « réalise la suggestion » en accomplissant la prophétie autoréalisatrice du soulagement que l'hypnose potentialise à chaque séance.

LA SYMBOLISATION

C'est la réification.

Cette technique thérapeutique consiste à proposer au patient, une fois l'induction achevée et une fois dans l'ouverture, de symboliser son problème. Il est possible de le symboliser par quelque chose du registre du réel (comme une barre de métal, pour réifier une douleur lombaire qui traverse le corps) ou quelque chose de totalement abstrait (une forme sombre et glacée qui occupe l'abdomen). Lorsque la représentation symbolique semble dictée par l'esprit logique on pourrait penser que le patient n'a pas quitté le contrôle et la raison, et ne s'est pas installé suffisamment profondément dans l'hypnose. C'est bien l'ouverture en hypnose qui permet une libération de la créativité des patients et débride leur capacité à réinterpréter leurs sensations. Ainsi, si la représentation symbolique manque d'originalité ou semble trop dictée par l'intellect, on cherchera à approfondir l'état hypnotique.

Une fois la représentation symbolique élaborée par le patient (voir chapitre 17, exercice page 286), on lui proposera d'observer ce qui change spontanément à force d'observation, ou bien on proposera d'en changer délibérément certains caractères (forme, couleur, texture, etc.) jusqu'à *ressentir* que le changement obtenu est satisfaisant.

Une représentation révélatrice

Olivier a 40 ans. Il consulte en hypnose pour canaliser un tempérament impétueux, qui se manifeste par des éclats de colère, pas toujours justifiés.

Au sortir d'une séance d'hypnose, alors qu'il a expérimenté une transe relativement profonde, il me raconte qu'à son grand étonnement, il s'est vu en train de manger de la purée d'avocat, contenue dans une petite cuillère chinoise. Si dans la pensée rationnelle du quotidien ce genre de confidence peut surprendre, en hypnose elle prend tout son sens : la situation était merveilleusement hallucinée par le patient, jusqu'à lui faire ressentir l'étroitesse si caractéristique de ces petites cuillères incurvées à potage chinois.

Lorsqu'on sait qu'Olivier a entretenu un rapport conflictuel avec son frère pendant des années, et que ce dernier exerce la profession… d'avocat (!) la tentation est grande de vouloir interpréter cette expérience onirique comme une mise en métaphore de la résolution de la colère entretenue contre son frère pendant la transe hypnotique.

Pourtant, l'hypnose n'a que faire de l'interprétation de ce qui est vécu. La seule chose qui a de l'importance est le ressenti d'Olivier au sortir de cette expérience de modification perceptive.

Le travail avec Olivier ne s'est pas arrêté là, mais je sais que cette séance a été un tournant décisif dans l'apaisement de cet homme.

Est-ce à dire que le thérapeute doit inviter systématiquement tout patient en conflit avec un avocat à symboliser ce dernier en guacamole prêt à être dévoré ? ! Certainement pas, puisque le seul guide est la perception du patient lui-même, la mission du thérapeute consiste toujours à laisser faire le travail tout en accompagnant le patient de façon non intrusive. Le thérapeute pourra parfois être bien inspiré de conseiller, non pas par des mots (ou pas toujours) mais par une présence tranquille, et laisser le changement s'installer de lui-même.

Enfin, un dernier conseil relatif à la bonne pratique de la réification. L'erreur fréquemment rencontrée, et qui conditionne hélas l'issue de la thérapie vers un échec, consiste à omettre de réaliser une induction suffisante.

On rappelle souvent, durant la formation en hypnose, que les exercices de modification perceptive ne doivent être proposés qu'une fois le patient dans la phase d'ouverture de l'hypnose. Cela implique que le thérapeute doit accompagner dans l'hypnose, grâce à une induction, observer les signes de dissociation, et enfin proposer les exercices.

Demander à un patient de réaliser d'emblée l'exercice de réification (comme tout autre exercice) en fermant les yeux, revient à rêvasser simplement et n'aura aucun effet thérapeutique.

appel !

Les exercices et les suggestions thérapeutiques doivent être proposés dans la transe hypnotique. Celle-ci, rappelons-le, n'est que la quatrième phase du processus hypnotique. Omettre les trois premières phases induit que l'expérience qui se joue n'est en rien de l'hypnose. La compréhension de ce principe permet de corriger nombre d'erreurs dans la pratique et de respecter le temps de chaque phase, afin d'optimiser l'impact de la technique hypnotique.

ANECDOTE ET MÉTAPHORE

Elles ont toujours pour objectif d'aider à modifier une représentation. Elles reposent sur la capacité du thérapeute à créer des histoires adaptées à la situation du patient, par définition unique.

Il existe différentes façons d'user des anecdotes et des métaphores :

Il est possible de raconter une histoire qui est une mise en métaphore du problème du patient, et dont l'issue révélerait la solution au problème.

Il est possible de proposer une histoire dans laquelle le patient est mis en scène et éventuellement transformé en un autre personnage, et il lui est demandé – dans l'hypnose – de résoudre un problème mis en scène par le thérapeute.

Éric Mairlot neuropsychiatre et président de l'Institut de nouvelle hypnose de Belgique, propose un exercice de métaphore particulièrement sophistiquée, qu'il nomme Métaphore Progressivement Régressive[1].

Expérimentez la Métaphore Progressivement Régressive

Étape 1 : Régression

D'abord, il s'agit d'aider le patient à régresser jusqu'à une époque précédent l'apparition des symptômes. Ceci n'est donc possible que pour les problèmes secondaires. Ce phénomène hypnotique permet un premier effet de libération de ces symptômes, grâce au retour à un fonctionnement dans lequel le problème n'est pas censé exister. Par une reviviscence de son fonctionnement de l'époque, le patient reprend conscience qu'il possède les capacités à fonctionner de façon équilibrée, sans symptôme(s) ou sans problème(s), avec l'illusion de vivre le présent de l'époque « comme si » le problème était résolu. De plus, si la régression est effectuée dans l'enfance, cela permet de faire appel à des ressources spécifiques de cet âge : de meilleurs mécanismes d'apprentissage, une créativité plus importante, une force imaginaire plus grande et une meilleure réceptivité aux nouvelles solutions. Cette technique à elle seule est très utile dans le traitement des TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs) notamment.

À noter que la régression peut être :
– Totale (« vous avez quatre ans… ») ;
– Ou partielle (« souvenez-vous… », « Imaginez-vous lorsque vous aviez quatre ans… »)

Étape 2 : Rencontre

Il s'agit de la création d'une attente d'une situation, d'un objet ou d'un être désiré dont la recherche aura été faite préalablement dans l'anamnèse. Dans l'exemple du deuxième cas (cité par Éric Merlot plus loin dans le livre NDA), la patiente avait eu une relation forte avec un chien dans son enfance, et souhaitait la revivre à l'âge adulte. Le choix de cette situation, chose, être, est sciemment fait de façon indépendante du problème du patient. Cette évocation favorise l'éveil d'une motivation positive ; on permet ensuite la rencontre de l'être ou de cet objet. Ceux-ci peuvent être non désirés et entraîner un rejet lorsqu'un processus de deuil ou

d'autonomisation est recherché. Cependant, si le sujet n'a pas de motivation utilisable dans notre métaphore, on peut lui suggérer une motivation moins spécifique, par exemple la soif, comme nous allons le voir dans le premier exemple du bruxisme (même note que plus haut NDA). Ce choix d'une motivation indépendante du problème ou du traitement, facilite l'accès à la métaphore.

Étape 3 : Remise en scène

Étape métaphorique avec déplacement du problème

Il s'agit de la remise en scène métaphorique du déplacement du problème qui, cette fois, ne survient plus chez le patient mais chez l'objet ou l'être rencontré. Ainsi, on produit une néodissociation du problème par sa mise à distance (deuxième effet de libération du symptôme) où le patient va nécessairement être touché par cet être qui souffre. Son envie de l'aider émerge alors de manière d'autant plus forte que cette souffrance entre plus ou moins inconsciemment en résonance avec la sienne.

En fait, cela permet surtout une distanciation émotionnelle suffisante pour se préparer à un meilleur recadrage du problème : comme si ce mécanisme projectif permettait une plus grande liberté d'action du sujet face à son problème. La découverte de la métaphore peut venir de notre imagination, de notre observation de la vie, ou d'une lecture comme celles utilisées par Milton Erickson et par d'autres auteurs.

Étape 4 : Résolution du problème

À cette étape, soit le sujet trouve lui-même la solution, soit on l'aide à le faire en lui proposant plusieurs options. Cette étape est favorisée par le fait que beaucoup de patients investissent davantage d'énergie à s'occuper des problèmes des autres que des leurs et ressentent ainsi plus de facilité à aider l'autre sans prendre conscience qu'ils s'aident en réalité eux-mêmes. En effet, nombreux sont ceux qui s'impliquent dans la relation d'aide et qui sont bien plus créatifs dans la résolution des problèmes des autres que lorsqu'ils sont coincés « dans » leurs propres problèmes.

Ratification

Avant de terminer, le thérapeute met l'emphase sur les conséquences positives de la résolution du problème ainsi que sur les capacités, les ressources et les qualités du sujet quant à l'obtention de cette réussite.

Un exemple donné par le Docteur Mairlot permet d'illustrer concrètement ce protocole thérapeutique.

Le témoignage du médecin

« À ma consultation 'psy' en gynécologie, une patiente m'est envoyée pour infertilité primaire. Elle se présente comme une angoissée de nature, très impatiente d'avoir un enfant. Elle est en effet hyper-anxieuse.

Lors de la recherche d'une fonction au symptôme, elle me raconte que, si jamais elle avait des nausées et des vomissements au début de sa grossesse, elle préférerait avorter ! Je découvre ainsi une grave phobie de vomir très focalisée sur la 'saleté' qui s'ensuit. La patiente en situe l'origine à l'âge de onze ans : une nuit, elle s'était réveillée en pleurant, se rendant compte

qu'elle avait vomi, il y avait de la 'saleté' sur elle et dans son lit. Elle avait ensuite continué de vomir jusqu'au petit matin. Depuis, elle n'avait plus jamais osé vomir de sa vie. En outre je savais qu'elle désirait un chien. Je l'ai donc aidée à régresser jusqu'à huit ans, âge précédant le traumatisme.

Elle promène son petit chien dans la rue, le lâche ; il saute et tombe dans une poubelle remplie de saletés, et là, il se met à manger des champignons vénéneux. Dans cette remise en scène, elle va réussir à faire tomber la poubelle et à prendre son chien tout sale dans les bras car elle sait que, pour le sauver, il faut qu'il vomisse, mais son chien déteste vomir. Après beaucoup d'efforts impératifs, elle réussit à le faire vomir, il le fait sur elle évidemment. On voit là une double 'exposition' ; la saleté de la poubelle et le vomi du chien. Technique chère aux comportementalistes. Ainsi par ce recadrage radical, elle est soulagée par le vomissement… du chien, et elle est très heureuse d'avoir fait revivre son chien grâce aux vomissements… D'avoir fait 'renaître' son 'petit' chien.

Puis je renverse une de ces phrases en disant que, si dans l'avenir elle devait vomir pour sauver l'enfant qu'elle porte en elle, elle le ferait sereinement (double suggestion hypnotique puisqu'elle implique que sa grossesse surviendra). »[2]

Enfin, il est possible de proposer plusieurs histoires, anecdotes ou métaphores, intriquées les unes dans les autres. Le principe revient à proposer une série d'histoires porteuses de messages thérapeutiques, comme on emboîte des poupées russes. Cela consiste à raconter une histoire dans laquelle s'imbrique une autre histoire dans laquelle s'imbrique une autre histoire… Dans laquelle se trouve un message caché utile au patient. Plus habile encore, lorsque chacune des histoires comprend un message caché comme autant de suggestions de guérison.

Aujourd'hui, il existe toute une série d'ouvrages consacrés à la bonne façon de construire des métaphores. La difficulté est toujours la même : l'erreur consisterait à substituer l'inspiration qui vient pendant l'hypnose, et qui se révèle souvent décisive pour la thérapie, par des protocoles appris à l'avance. Ainsi, vouloir absolument « placer sa métaphore », ou essayer de « construire différents niveaux logiques au sein d'une même intervention » présente toujours le risque d'éloigner le thérapeute de son patient et de le plonger non pas dans ce qu'il sent de l'expérience hypnotique qui se joue, mais plutôt dans son intellect et ses pensées.

Il faudra donc ici encore une fois être suffisamment expérimenté dans la pratique de ce genre de technique de communication pour pouvoir en user comme une seconde nature, tout en restant totalement présent à la séance d'hypnothérapie.

Ainsi, on pourra user de contes, d'histoires, de jeux de mots, de devinettes, d'anecdotes ou de nouvelles lues dans le journal ou inventées de toutes pièces, l'astuce consistant à délivrer un message caché sur le ton banal de la discussion. Pendant que l'esprit conscient écoute et peut-être même, analyse la discussion, on suppose qu'à un autre niveau, l'esprit non conscient capte un message qui pourrait agir comme catalyseur du changement. Cependant, même si le sens n'est pas si bien caché qu'on voudrait l'admettre, on peut constater de réelles modifications durables dans l'existence du sujet.

Le message est passé

En formation d'hypnose, une de mes collègues relate une expérience vécue avec les contes : un soir, elle décide de raconter une métaphore thérapeutique à son jeune enfant, qui souffre d'insomnie.

Elle décrit une tribu qui cherche à capturer le mythique papillon bleu, un papillon très rare que personne n'a jamais réussi à capturer. Les guerriers et les chasseurs les plus aguerris de la tribu ne sont jamais parvenus à se saisir du mythique papillon, malgré leur expérience et leur adresse. Dès qu'ils s'apprêtent à capturer le papillon, ce dernier trouve le moyen, au tout dernier moment, d'échapper à leurs pièges pourtant si efficaces.

Un jour, un petit garçon décide de partir à la chasse au papillon bleu. En pleine nuit, armé d'un filet à papillon, il croise le magnifique papillon bleu en se promenant dans la forêt. Ce magnifique papillon brille de mille feux, comme autant de petites étoiles bleutées. On peut voir toute la magie qui se dégage de cette superbe créature féerique. Devant tant de beauté, le petit garçon décide que le papillon bleu est trop beau pour être capturé et mis en cage. Alors, il lâche son filet. Il laisse le papillon s'éloigner et continuer sa route. Plus tard, le petit garçon s'assied à flanc de colline, pour admirer les reflets de la lune sur le lac des guerriers.

À sa grande surprise, un magnifique papillon bleu, encore plus beau que celui qu'il avait croisé un peu plus tôt dans la soirée, vient se poser sur son épaule. Plein d'émerveillement et de gratitude pour ce moment magique, l'enfant sourit et se blottit au coin du feu pour dormir comme jamais auparavant, protégé par son nouveau compagnon.

Fière de son histoire et du message qu'elle pensait avoir habilement délivré de façon non consciente, la maman souhaite une bonne nuit à son fils et s'apprête à quitter la chambre quand l'enfant l'interpelle : « tu sais maman, j'ai bien compris ce que tu essaies de me dire ; pour que le sommeil vienne, il faut que j'arrête de le chercher ». À la fois agréablement surprise mais aussi dépitée par la sagacité de son fils, la jeune hypnothérapeute quitte la chambre, persuadée d'avoir complètement raté ce qu'elle pensait être une magnifique séance thérapeutique à la volée.

Et pourtant… L'enfant, depuis, dort comme un bienheureux !

Une autre façon d'user de l'histoire et de l'anecdote est de faire vivre au patient une expérience, par l'intermédiaire de l'histoire d'un tiers. D'une

manière générale, les gens sont friands d'histoires arrivées aux autres, surtout si ces histoires leur procurent un frisson d'excitation.

Le jeu de dissociation / association

Nombreux sont ceux qui aiment entendre des histoires étonnantes, ou bien des histoires d'autres personnes en mauvaise posture, et qui se sont finalement sorties de ce mauvais pas. Ces histoires semblent un instant permettre de relativiser ses propres soucis en restant à distance dans un premier temps du personnage de l'histoire qui semble en proie à des difficultés certaines, puis dans un second temps, alors que le thérapeute raconte comment finalement tout se termine pour le mieux, le patient tend à s'identifier fortement au personnage. Ce jeu de dissociation / association a tendance à créer une activation de ses propres ressources, par un phénomène humain tout à fait commun qui est celui de l'imitation : tout se passe comme si le patient se disait « mon histoire n'est pas tout à fait la même mais je peux tout de même retirer quelque chose de cette anecdote ».

Cette approche permet souvent de travailler malgré une certaine résistance chez le sujet. Après tout, quel danger y a-t-il à écouter une anecdote ? D'autant que celle-ci apparaît au fil de la discussion sans fanfare ni trompette. C'est à la fois l'étrangeté de l'histoire racontée qui capte l'attention du patient, tout autant que l'apparente banalité avec laquelle elle est racontée qui invite à baisser la garde. Combien de fois écoutons-nous l'histoire des autres, et combien de fois nous a-t-on conté des histoires pendant notre enfance ? Ne continuons-nous pas à nous laisser bercer par les contes lorsque nous regardons la télé, lorsque nous allons au cinéma, lorsque nous puisons dans des fictions ou des faits réels un moyen de nous distraire du quotidien, et peut-être aussi d'apprendre quelque chose des autres comme de nous-mêmes ?

Accompagnée par le support de l'hypnose conversationnelle, ou bien saupoudrée d'éléments destinés à créer de la confusion ou à délivrer des messages thérapeutiques, une métaphore peut donc être un moyen subtil de transmettre des suggestions thérapeutiques. Il est possible aussi de faire

que l'anecdote ne soit que le prétexte à la suggestion. Ainsi, Erickson pouvait raconter des histoires longues et ennuyeuses, tellement ennuyeuses qu'elles généraient une certaine confusion chez le patient. Les suggestions pouvaient alors être délivrées grâce aux techniques de communication à plusieurs niveaux, dont Erickson maîtrisait le moindre rouage. Le patient peut parfois être tellement désorienté pendant la séance qu'il ne garde aucun souvenir précis de ce qui a été dit pendant l'hypnose.

Pour conclure ce court chapitre sur les anecdotes et les contes métaphoriques, nous rappellerons que la plupart des erreurs dans l'emploi de ces techniques consistent essentiellement à vouloir imposer au patient son propre système de représentation. Certains thérapeutes construisent leur métaphore sur des représentations symboliques qui se voudraient partagées de façon universelle. C'est malheureusement une erreur puisque nos systèmes de représentation sont le fruit de notre époque, de la société dans laquelle nous évoluons et de ses valeurs, mais aussi de notre culture, de notre éducation, de notre expérience personnelle.

Le thérapeute ne doit jamais oublier que sa propre façon de percevoir n'a guère d'importance dans la résolution du problème : il ne s'agit pas de donner au patient ce que l'on pense être la solution ou la bonne façon de se représenter le problème pour le résoudre. Il s'agit tout au contraire de le rejoindre dans son propre système de représentation, et de déterminer de quelle manière, en prenant appui sur ses propres ressources, il lui est possible de changer ses perceptions de sorte que le problème soit résolu.

Un hypnothérapeute, aussi expérimenté soit-il, n'a pas à imposer de solution au patient. Toute la difficulté dans la construction des anecdotes et des métaphores réside dans la création et le choix d'histoires adaptées au contexte, et dont le seul but consiste à potentialiser la capacité du patient à changer. La manière dont celui-ci changera reste toute personnelle, et le thérapeute n'aura à aucun moment son mot à dire sur la question. Imposer quelque chose à un patient qui s'est rendu disponible à la suggestion du thérapeute, en toute confiance, n'est pas sans risque. Quand bien même ce qui a été imposé le serait sous prétexte du soin.

Trouver la méthaphore adaptée

> Comme toutes les techniques d'hypnose donc, la métaphore sera nécessairement unique car adaptée au contexte, au patient, au thérapeute, à la problématique, et à bien d'autres facteurs encore. Elle sera utilisée de façon fluide, naturelle, en usant des différentes techniques de communication verbale, para-verbale et non verbale pour en potentialiser l'impact thérapeutique. Une même métaphore ne pourrait être réutilisée qu'avec la plus grande prudence dans un tout autre contexte thérapeutique. Une chose est sûre, il n'existe pas une métaphore « pour tous », ni même telle métaphore pour « telle indication ». Et cela, malgré ce que nombre d'ouvrages dans le commerce peuvent nous inciter à croire.

Enfin, si la pratique et l'expérience permettent sans nul doute à certains thérapeutes de développer leur capacité à délivrer des histoires thérapeutiques, il faut bien se rendre compte que d'autres ne seront jamais à l'aise avec cette approche. Nombre de collègues ne sont pas des conteurs, et s'épuisent à vouloir à tout prix devenir compétents dans ce domaine. Nous ne pensons pas que cela soit une bonne idée. Chaque hypnotiseur possède une sensibilité propre qui doit l'orienter vers certaines techniques hypnotiques plutôt que d'autres. Cela vaut pour toute technique hypnotique, comme les anecdotes et les métaphores : chacun les approchera avec sa propre sensibilité, et développera un savoir-faire qui lui sera personnel.

SILENCES ET INTERACTION PENDANT LA TRANSE HYPNOTIQUE

Il doit vous apparaître clairement, désormais, que le rôle de l'hypnothérapeute ne consiste pas à délivrer des suggestions au patient qui serait « dans un état second », comme on peut administrer un médicament dans une perfusion.

L'hypnose est un accompagnement. Cet accompagnement implique une communication verbale, para-verbale et non verbale suffisamment explicite entre patient et thérapeute pour que ce dernier puisse continuer à guider le patient vers le soulagement.

Ne pas communiquer, c'est prendre le risque de passer à côté de quelque chose de décisif. De la même manière, trop communiquer, c'est prendre le

risque d'empêcher le patient de faire sa propre expérience libératrice.

Notamment, on observe souvent en début d'apprentissage que les hypnothérapeutes se contentent d'administrer les suggestions une fois le patient en transe, sans chercher de *feedback* de leur part, de peur de « rompre le charme » de la transe. Il ne faut pas perdre de vue que autant le rythme que les modalités d'interaction seront déterminés par le patient, de même que la façon dont se déroule l'expérience à un instant « t ». Pour se rassurer quant à la sortie éventuelle de transe de son patient, il suffit que le thérapeute se rappelle que l'hypnose est un processus dynamique et que le sujet peut faire des allers-retours constants d'une étape à une autre, et ceci à tout moment de la séance.

Car l'hypnose est quelque chose de non stable. Surtout au début de la pratique. On y va, on en revient, on y repart. Il peut même être utile de faire revenir le patient quelques instants d'une transe peu profonde, car il suffira de lui permettre de repartir dans l'expérience pour que celle-ci s'approfondisse.

On appelle cela la fragmentation de transe, et c'est un moyen d'approfondissement fort efficace.

Il convient de préciser et d'admettre toutefois que certains patients préféreront parfois garder le silence pendant l'expérience pendant que d'autres ressentiront le besoin de partager avec l'hypnothérapeute ce qu'ils sont en train d'expérimenter. En définitive, le moyen le plus simple reste simplement de demander au patient ce qu'il désire faire. Par une question ouverte (*voulez-vous me dire comment cela se passe* ?) ou une question fermée (*voulez-vous communiquer* ?), il suffira de s'enquérir des besoins du patient et de ce qui lui rend le plus service à l'instant où se déroule l'expérience.

Un autre moyen de communiquer est l'utilisation du *signaling*, qui dans ce cadre sera utilisé de façon consciente : « quand vous sentez bien que vous avez pu installer autant de confort que possible dans cette jambe, vous pouvez me faire un signe avec un petit mouvement de la main droite ».

e « double signaling »

Certains hypnothérapeutes particulièrement à l'aise avec les techniques dissociatives et la communication à plusieurs niveaux utilisent un « double *signaling* ». On propose au conscient de dire oui en bougeant un doigt de la main droite, et on propose à l'inconscient de dire oui en bougeant un doigt de la main gauche. Cette mise en scène donne lieu à des situations cocasses dans laquelle le patient répond à certaines questions de façon contraire à son esprit non conscient.

Le langage non verbal : l'emploi de la gestuelle

Le langage non verbal consiste à utiliser les gestes ou la posture pour suggérer quelque chose ou pour donner plus de sens à une suggestion verbale.

Pour comprendre l'importance du langage des gestes et du comportement non verbal, il faut comprendre le rôle des neurones miroirs dans le cadre du développement et du fonctionnement humain. Les neurones miroirs, ou encore neurones empathiques, sont une catégorie de cellules nerveuses du cerveau qui s'activent lorsqu'un individu observe un autre individu réaliser une action. Ces neurones joueraient un rôle dans le développement de l'individu par l'apprentissage qui se fait par imitation de nos aînés et de nos pairs. Ils joueraient également un rôle majeur dans les processus empathiques par la reconnaissance implicite de l'émotion observée chez un autre individu.

En hypnose, les applications d'une telle fonction neurologique sont évidentes : d'abord, elles appuient l'importance de l'imagination dans le processus thérapeutique, puisqu'imaginer faire revient, à un certain niveau, à faire l'expérience. Ensuite, parce que ce jeu de miroir servira de moyen de communication subtil. Il permettra au thérapeute de percevoir l'état émotionnel et l'expérience perceptive de son patient, et inversement, il lui permettra d'influencer le patient s'il montre et garde à dessein une attitude calme, assurée, paisible, sereine : par imitation, le plus anxieux des patients peut puiser chez son thérapeute les ressources nécessaires à un travail tranquille et productif.

On comprend donc mieux l'intérêt pour le thérapeute d'adopter une attitude qui inspire à la fois confiance et tranquillité, une assurance calme quant à l'issue de la thérapie.

Au-delà de l'influence sur notre propre mode de fonctionnement de ce que l'on observe chez l'autre, les gestes peuvent à dessein accompagner subtilement une suggestion. Par exemple, en parlant de douleur, on pourrait accompagner le discours d'un mouvement de la main pour marquer ce qui est en train de se dire. Plus tard, pendant les suggestions antalgiques, le thérapeute pourrait utiliser le même geste pour rappeler indirectement ce qui avait été dit. Par exemple, si le thérapeute use d'un geste particulier lorsqu'il évoque un soulagement, il pourra plus loin dans la thérapie, si besoin est, utiliser le même geste pour rappeler implicitement l'idée du soulagement.

Ou bien encore, lorsque le thérapeute parle de ressource, il peut utiliser un geste précis, qu'il réutilisera plus tard dans la thérapie pendant qu'il traite une difficulté qui nécessite que le patient reprenne contact avec cette ressource spécifique.

Enfin, une autre façon de travailler avec les gestes consiste à mettre en scène la difficulté à résoudre en la modelant dans l'espace comme on modèle un bout de terre glaise. Puis, une fois la forme attribuée, le thérapeute invite le patient à modifier lui-même la représentation jusqu'à ce qu'elle lui semble plus confortable. On n'use pas ici de la notion d'imitation ou de réponse empathique, mais les gestes réalisés peuvent être aussi informatifs que les mots employés.

C'est une sorte de modélisation virtuelle en trois dimensions de la technique de réification. C'est une autre façon d'utiliser la métaphore dans l'hypnose.

Expérimentez la modélisation virtuelle : sculptez la glaise

Indication : Tout problème peut être traité par cet exercice.

Entrez en hypnose.

À présent, les yeux ouverts ou fermés, laissez parler vos mains. Laissez-les sculpter devant vous votre problème, comme si vous étiez en train de modeler un bloc d'argile pour lui donner la forme qui d'après vous symbolise le mieux ce qui ne va pas. Laissez parler votre instinct. Oubliez l'intellect. Il n'a pas sa place en hypnose. Vous devez jouer à être un artiste qui crée. Il

n’y a pas de bonne ou de mauvaise représentation de votre problème. Faites appel à ce sens qui vous fera ressentir quand « c’est bon », quand « ça sonne juste ».

Maintenant, vous allez modifier cette forme dans la mesure de ce que vous sentez accessible. Inutile de provoquer un changement radical, trop rapide. Prenez le temps et surtout, ressentez à chaque modification que vous apportez si cela vous convient ou non. À la fin de l’expérience, vous devez ressentir que… « C’est mieux comme ça ».

Prenez une belle respiration et sortez de l’hypnose.

Soyez à l’affût dans votre quotidien des petites choses qui changent suite à cet exercice, en rapport, bien entendu, avec votre problème.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retravailler cet exercice régulièrement. Dans ce cas, repartez toujours du début : peut-être invoquerez-vous la forme telle que vous l’avez laissée à la fin de l’exercice, la dernière fois que vous l’avez réalisé.

Peut-être qu’une nouvelle représentation vous viendra et vous aurez envie de sculpter différemment.

C’est égal.

Tout est bon du moment que vous le sentez comme ça.

1. Tiré de l’ouvrage collectif *Hypnose et pensée magique*, edit. IMAGO, 2008.
2. Collot E., *Hypnose et pensée magique*, Ed IMAGO.

OceanofPDF.com

TROISIÈME PARTIE

L'HYPNOSE QUI SOIGNE : LE PRINCIPE DE GUÉRISON

OceanofPDF.com

Chapitre 16

Nouveaux éclairages, **nouvelles stratégies thérapeutiques**

L'HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE EST UNE EXPÉRIENCE RELATIONNELLE qui met en jeu des mécanismes neurophysiologiques permettant à un individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer un trouble ponctuel ou chronique.

L'étude de l'hypnose propose également, au travers de la grille de lecture du processus, de redéfinir les mécanismes d'installation de la pathologie, et de proposer des stratégies thérapeutiques novatrices. Jean-Marc Benhaiem et François Roustang, dans *L'Hypnose ou les portes de la guérison*, proposent une réflexion avancée sur ce thème[1].

Quand le processus hypnotique nous éclaire sur le **mécanisme d'installation de la pathologie**

L'étude de l'hypnose a permis aux équipes de l'association Française de l'Étude de l'Hypnose Médicale de modéliser le phénomène hypnotique non pas comme un état mais comme un processus. La connaissance et la compréhension de chacune de ces phases permettent une compréhension transversale de l'hypnose et de ses modes d'action beaucoup plus complète que d'autres modèles précédents.

Mieux, une telle modélisation permet non seulement de comprendre ce qui peut se passer par l'hypnose, mais également de donner quelques éclairages sur l'installation de certains états pathologiques, notamment chroniques. Jean-Marc Benhaiem développe ce concept.

Certains événements de la vie, pénibles, violents ou perçus comme tels, confrontent le patient à une succession de phases semblables à celles du processus hypnotique, mais dans un contexte pénible et autoritaire.

Ainsi, autant le contexte d'empreinte dans la pathologie douloureuse ou traumatique se fait dans un contexte pénible et violent, autant le passage dans le processus hypnotique se fait dans un contexte bienveillant de soin.

Lors d'un traumatisme, d'un choc, d'un événement de vie brutal, menaçant l'intégrité physique ou psychique, mais aussi lors de l'apparition d'une douleur qui s'installe dans le temps, l'attention du patient est tout entière, bien malgré lui, captée par la pénibilité de ce qui est vécu.

C'est une focalisation sur une perception (première étape du processus hypnotique), mais c'est une perception qui est douloureuse. On parle de sidération, qui n'est pas sans rappeler la sidération de la proie face à la menace que représente le prédateur : la victime est immobilisée par le contexte menaçant.

À force de fixer son attention sur la souffrance, il s'installe une confusion (seconde étape du processus hypnotique). De même qu'un point fixé devient flou, l'objet de la focalisation fait que l'ensemble de la perception du patient se brouille, et il lui devient impossible d'analyser le problème objectivement : raison et logique ne parviennent pas à appréhender le problème autrement. La bonne volonté de guérir n'y fait rien non plus : plus on pense au problème, plus on cherche à le comprendre, plus on l'explore, plus il devient flou et insaisissable. La perception même de l'objet douloureux prend une ampleur démesurée, et les conséquences du traumatisme perturbent ainsi la perception de *tous les autres champs de la vie* du patient.

Le patient semble figé, prostré, sa capacité imaginative se réduit, il répète en boucle les mêmes idées, les mêmes sensations. Le voici bloqué bien malgré lui dans la rumination, l'obsession. Il peut même présenter divers

troubles neurovégétatifs tels qu'hypervigilance, irritabilité, insomnie, entraînant fatigue et réduisant davantage les capacités d'adaptation de l'individu face au problème. On retrouve dans la classification de l'état de stress posttraumatique de la classification internationale certains de ces symptômes, qui caractérisent l'arrêt du mouvement vital des patients victimes d'un événement traumatique.

Le seul moyen de guérir consisterait pour le patient à passer par la *phase 4* du processus hypnotique : l'ouverture vers une perception plus large et une remise en mouvement de la perception. Dans certains cas, cette étape est catalysée naturellement par la capacité de résilience propre à chacun, mais aussi par un contexte, un événement, une personne, une rencontre, une expérience de vie qui fait éclater les certitudes du patient et ouvre brutalement son champ de perception à quelque chose de plus large que le problème qui l'a immobilisé.

Dans d'autre cas hélas, le patient reste bloqué en phase 3 (dissociation). On peut donc dire que certaines pathologies relèvent *d'une hypnose négative* : la brutalité d'un événement a généré la pathologie ou bien l'entretient. En l'absence de capacités de résilience ou en l'absence de contexte favorable à la remise en mouvement, le patient pourra être amené à consulter un hypnothérapeute pour sortir de la transe négative et revenir dans le mouvement de la vie.

Les **principes thérapeutiques**

L'hypnose, dans le contexte de la thérapie, accompagne le patient au travers de chacune des étapes du processus hypnotique. Dans ce contexte bienveillant, c'est très naturellement que l'étape de la dissociation s'ouvre vers la perceptude. L'hypnose favoriserait donc la « veille paradoxale » en élargissant le champ de perception du patient de sorte qu'il devienne sensible à la totalité des éléments qui composent son existence. Cette perception est à l'opposé d'une énumération par la pensée logique. C'est un ressenti généralisé qui – débarrassé des limitations de la pensée discursive – retrouve la capacité de percevoir la totalité des liens qui le constituent comme un animal perçoit son environnement pour mieux s'orienter sur sa route.

Faire naître de nouvelles potentialités

L'hypnose thérapeutique repose sur l'intervention du thérapeute. Dans une dynamique d'influence et d'ajustement réciproque, le thérapeute utilisera toutes les techniques qu'il a apprises pour faire surgir dans le présent de nouvelles potentialités. Le but de la cure en hypnose sera de permettre au patient de retrouver sa capacité première à évoluer et à s'adapter à un environnement quel qu'il puisse être, et quel que soit le trauma qui a été vécu. Nulle recherche des causes de la souffrance n'est nécessaire car elle ne permet pas de guérir dans le paradigme de l'hypnose. Au contraire, la compréhension de l'origine de la souffrance tend à augmenter la focalisation et la rumination autour du problème qui amène à consulter. Il s'agit donc plutôt de réactiver l'animalité de l'homme dont le patient s'était coupé, en se replongeant dans un régime de fonctionnement premier, antérieur à l'intervention de la pensée logique, de l'esprit critique, du besoin de contrôle.

Pour retrouver son animalité, et exploiter ainsi tout le potentiel d'adaptation du vivant, le patient sera invité à réaliser certains exercices.

Car si en hypnose on en vient à dire qu'il n'y a pas de règle, c'est en raison de la spécificité et de l'unicité de chaque séance. C'est toujours le contexte, par définition unique au cours d'une thérapie, qui détermine les modalités d'intervention du thérapeute.

Toutefois, il est possible de poser quelques principes thérapeutiques généraux sur lesquels le thérapeute comme le patient pourront s'appuyer pour évoluer vers la guérison.

Une fois l'essence de ces principes comprise, toute technique, tout protocole, toute création, toute intervention sera bonne pour permettre au patient de franchir « les portes de la guérison ».

Élargir la perception

Lorsque l'attention est fixée sur un point, il se passe une perturbation dans les sens. Si vous vous êtes exercé à l'induction par fixation visuelle du point (page 94), vous avez constaté que la fixation prolongée, ou plus

exactement l'absence de mouvement, a des conséquences sur l'ensemble de la perception. On pourrait dire qu'à cause de la fixation, un flou s'installe dans la perception. Vous ne voyez plus les choses comme elles sont dans la réalité partagée. Lorsque le flou apparaît, des éléments du champ visuel disparaissent : les contours, les objets, l'environnement se fondent en une perception plus ou moins distincte. On peut dire qu'on « voit sans voir ».

La même expérience peut être réalisée avec un autre sens : posez la pulpe de l'index sur la table. Restez immobile. Attendez quelques minutes. Ne bougez pas pendant que le temps s'écoule. N'est-il pas vrai qu'au fil du temps, en raison de cette immobilité, vous perdez la perception fine de la température de la table ? De la texture de celle-ci ? De la taille ou même de la position exacte de votre doigt ?

N'est-il pas vrai que pour retrouver une perception qui donne une lecture fidèle de la réalité, il vous faut remettre du mouvement ?

Par exemple, dans l'exercice qui vous a été proposé dans ce livre, en cessant de fixer le point et en balayant votre regard de droite à gauche, les modifications visuelles disparaissent et il vous est possible de voir les limites de la feuille.

Ou bien vous pourriez remettre du mouvement en passant à nouveau le doigt sur la table. N'est-ce pas que le mouvement vous permet de percevoir à nouveau avec précision la texture de la table, sa température ?

Enlever le mouvement crée donc des modifications perceptives subjectives. La fixité provoque des distorsions dans la perception. Si bien qu'un observateur extérieur qui vous verrait faire l'exercice pourrait s'inquiéter des remarques étranges que vous exprimeriez en commentant ce dernier : « c'est flou, le point se dédouble, la feuille disparaît, tout se fond, je ne vois plus rien… »

Supprimer le mouvement fait basculer dans une autre perception. Il faut donc remettre du mouvement pour que les choses redeviennent conformes à la réalité.

emettre du **mouvement**

Nombre de pathologies proviennent de l'absence de mouvement : la fixation sur une douleur, un traumatisme, la rumination, une obsession, la répétition d'un même geste. Le travail du thérapeute consistera à identifier cette immobilité et à aider le patient à remettre du mouvement. La raison n'y fait rien hélas, comme les bons conseils des amis et de la famille qui enjoignent le patient d'agir, de « se bouger », de « arrêter de ruminer ». Le remède vient rarement de la raison. Parce que la perception est déformée par le prisme de l'immobilité.

Pour vaincre la fixité, il faudra remettre du mouvement dans la perception : se remettre en contact et se laisser traverser par l'ensemble du contexte. La remise en mouvement permet de rouvrir la perception qui s'était restreinte, permet d'élargir la perception pour apercevoir la solution. Remettre du mouvement permet de mieux discriminer les éléments, de percevoir la réalité telle qu'elle est, de mieux identifier les choses et surtout de les replacer dans leur contexte. Cette perception élargie comprend la totalité des liens qu'entretient le patient avec son monde. Comme un élément se définit par son contexte, isoler un élément par la focalisation le sort de celui-ci et l'isole encore un peu plus. Voilà pourquoi on dit souvent que l'hypnose permet de *sortir de la plainte* : faire cesser la rumination, ou cesser de vouloir « comprendre pourquoi » permet de sortir de l'obsession.

On pourrait donc dire que dans certains cas, la fixité crée la maladie, et que la guérison doit passer par la remise en mouvement.

Cette remise en mouvement nécessitera que l'on lâche les coordonnées figées sur lesquelles on se repose, et qui en un sens pouvaient rassurer par leur stabilité, leur immuabilité. Pour se remettre en mouvement, il faut quitter la zone de confort de la répétition et de la fixation. On peut ainsi s'ouvrir et accueillir de nouvelles représentations, perceptions, interactions, quelles qu'elles puissent être. Remettre en mouvement la perception passe donc par l'acceptation de l'incertitude : ne pas savoir ce qui vient demain, mais être prêt à l'accueillir tel qu'il se présente.

Lorsqu'on remet du mouvement, lorsqu'on remet un balayage dans le faisceau de l'attention, on entre dans un espace plus large de perceptions

qui pourrait contenir la réponse d'adaptation au problème. C'est donc par l'ouverture que se fait la guérison.

Dans cet espace de jeu, où de nouveaux possibles émergent, on peut utiliser par exemple un changement de perception ou la réinterprétation du contexte. Les troubles dont souffre le patient s'améliorent grâce à cette ouverture renouvelée de soi au monde. Ce qui causait de la douleur est dilué dans un vécu plus global.

Le patient fait alors l'expérience d'une capacité personnelle à aller mieux, et le thérapeute l'encourage fortement à faire sienne cette aptitude. Il s'agira non pas de produire une unique fois l'expérience mais de la répéter autant de fois que nécessaire pour éviter le piège de l'enfermement de la perception.

hanger de **perception**

C'est le patient qui fait lui-même l'expérience de la transformation de son symptôme, et cet apprentissage est la clé de sa liberté : l'objectif de la thérapie en hypnose est de rendre au patient son autonomie, en l'invitant à se prendre en charge et vivre sa capacité à changer sa perception. Ce sera à lui de déterminer si, et à quel rythme il désire changer.

Lâcher le contrôle

Parce que nombre des événements qui surviennent dans notre vie comme dans notre corps échappent au contrôle conscient, l'excès de contrôle de la part du patient ne fait qu'aggraver la frustration de ne pouvoir agir et amplifie, dans de nombreux cas, les troubles. L'exemple le plus évident est celui du sommeil : qui ne s'est jamais couché le soir en cherchant volontairement à s'endormir, pour se retrouver à deux heures du matin encore plus éveillé ? On peut assez aisément imaginer qu'une personne qui a l'habitude de tout contrôler vive mal qu'une partie son corps ou de sa vie lui échappe et devienne source d'inquiétude et de douleur.

LES EFFETS PERVERS DU CONTRÔLE

Plus le patient cherche à contrôler un fonctionnement naturel qui n'est pas de l'ordre de la volonté, plus le mécanisme se dérègle. La naissance et l'entretien de *nombreux troubles fonctionnels* reposent sur ce principe. Si le patient s'évertue à vouloir à tout prix mettre ces fonctions sous le contrôle de sa volonté, il s'épuise et sa frustration grandit. Son sentiment de contrôle lui échappe un peu plus à chaque fois. Il décide de redoubler d'efforts et de vigilance pour parvenir à mettre sous sa volonté ce qui de fait n'a rien à y voir. Il se confronte à répétition à l'échec d'une telle stratégie, et une attente émotionnelle négative d'aggravation des symptômes apparaît. La symptomatologie s'autoentretient dans un véritable cercle vicieux.

Le recours à l'hypnose est alors une méthode de choix pour casser cette boucle de prophétie autoréalisatrice négative et pour apprendre au patient à laisser le corps retrouver un mode de fonctionnement spontané. Parce que le corps est une mécanique intelligente, il y a de grandes chances que la nature joue son rôle de régulatrice et remette de l'harmonie dans l'ensemble. Ce qui empêchait les choses de suivre leur cours naturel et de bénéficier de la pulsion de vie (la nature cherche spontanément à réparer et à guérir) est alors mis hors-jeu. Le patient ne tarde pas, à son grand étonnement, à voir ses problèmes disparaître : le sommeil revient, le transit redevient régulier, l'érection se fait naturellement…

Dans le contexte d'une pathologie qui dure dans le temps, le patient tend également à développer pour se protéger de la souffrance un excès de contrôle qui ferme l'accès à la veille paradoxale qui, pour s'ouvrir demande précisément de lâcher le contrôle. La volonté de tout maîtriser verrouille la capacité d'innovation et d'adaptation de l'humain et rend le changement impossible.

LÂCHER PRISE, À SON RYTHME

Voilà pourquoi nombre d'exercices en hypnose visent à réduire le contrôle. On propose donc des expériences pour apprendre à ne pas contrôler ce qui de fait échappe au contrôle, et à laisser les choses se dérouler à leur rythme.

Le même principe est utilisé lorsque le patient souffre de phobie, par exemple, et qu'il souffre de ne pouvoir contrôler les éléments aléatoires propres au contexte qui déclenche sa phobie. Dans le cas d'une phobie de l'avion, le patient doit accepter l'aléa et le fait que nombre de facteurs ne dépendent pas de lui.

Les exercices d'hypnose dans ce contexte peuvent servir à aider le patient à accepter que les objets extérieurs échappent à son contrôle direct, et qu'il existe de l'imprévisible en toute chose. L'énergie économisée à ne pas chercher à contrôler ce qui est incontrôlable est restituée au patient qui en ressent un soulagement immédiat.

Cette approche permet au patient de reprendre ses forces pour les utiliser au mieux sur des actions réalistes, mais qu'il ne pouvait envisager jusqu'ici tant il était absorbé par le problème.

S'EXERCER À ACCUEILLIR LA NOUVEAUTÉ

On peut proposer également au patient un exercice qui consiste à accepter d'accueillir quelque chose de neuf, d'imprévisible, qui contraste avec la répétition du schéma perceptif fermé que représente la symptomatologie chronique.

C'est le passage par l'hypnose, par la transe, qui fait voler en éclat toutes les certitudes et installe le patient dans un état de réceptivité de tout ce qui est, pour laisser émerger quelque chose de neuf. C'est précisément pour cette raison qu'il faudra lâcher la volonté et le contrôle qui, de toute évidence, n'ont pas permis au patient d'aller mieux. On pourra donc utiliser par exemple la confusion pour faire perdre le sens commun, de sorte que le JE lâche la volonté de tout comprendre et de tout maîtriser. Il est possible d'enchaîner toute une série d'exercices jusqu'à trouver le paradigme qui rendra l'expérience accessible.

Il est possible de déterminer jusqu'à quel point un patient peut se permettre de lâcher la volonté de contrôler l'expérience lorsqu'on lui demande de bien vouloir lâcher la volonté d'aller mieux. Cette injonction est parfois perçue comme réellement dérangeante, voire provocatrice, et rares sont ceux qui acceptent de faire l'expérience de ne plus rien vouloir changer.

Car vouloir quelque chose, c'est encore vouloir contrôler les tenants et aboutissants de l'expérience qui se dessinent au travers de l'hypnose. Certains, pourtant, admettent que jusqu'à présent, et malgré une farouche volonté, l'objet de leur désir leur a échappé. Plus ils essaient d'aller mieux, plus ils vont mal. C'est un immense soulagement lorsqu'ils acceptent de s'installer dans le fauteuil d'hypnose et de déposer les armes. Il s'ensuit une récupération de l'énergie jusqu'ici cristallisée dans le désir d'aller mieux, et cette énergie rendue disponible permet souvent à elle seule une amélioration spectaculaire des symptômes en quelques jours seulement, à condition que le patient accepte de continuer à garder cette position paradoxale de « laisser-aller ».

Pour aller mieux et pour guérir, il aura donc suffi de lâcher prise ?

La notion de « lâcher prise » a été largement galvaudée dans notre société et l'expression revient comme un leitmotiv dans les magazines de psychologie et les livres de développement personnel. Pour aller mieux, il suffirait de « lâcher prise ».

Le témoignage des patients eux-mêmes nous invite à prendre cette voie : « j'ai lâché ma peur, j'ai lâché mon obsession, j'ai lâché la cigarette… ».

Pourtant, lâcher prise n'est pas tant une méthode en soi. C'est plutôt la conséquence de l'expérience qui permet de guérir. Lâcher prise est impossible à appréhender sans faire une expérience décisive. La transe hypnotique sera cette expérience. Demander à quelqu'un de lâcher prise sans l'hypnose ne sera pas suivi d'effet. C'est d'ailleurs certainement ce que l'entourage répète au patient depuis des années.

Par l'hypnose, le patient peut se permettre de lâcher quelque chose qui rendait toute thérapie jusqu'ici inefficace. Par l'expérience de lâcher le contrôle, au travers de l'induction, le patient peut utiliser les forces rendues disponibles pour épouser le changement. Lorsqu'un patient atteint de pathologie chronique parvient à s'installer dans la perception élargie de l'hypnose, c'est souvent le début de la guérison.

Réassocier

En définitive, en élargissant la perception pour avoir un regard exhaustif sur le contexte de vie, en lâchant la volonté de vouloir contrôler ce qui n'est pas de l'ordre de notre contrôle, et en usant de l'imagination pour exploiter des paramètres que l'on avait jusqu'alors ignorés, on en revient toujours à inciter le patient à *arrêter de se tenir à distance de sa vie*.

RÉINTÉGRER SA RÉALITÉ

Même si les voies d'accès sont multiples et propres à chacun, réintégrer sa réalité est l'acte thérapeutique par excellence, le sésame vers la guérison.

C'est intégrer la réalité telle qu'elle est, s'y asseoir, et la revendiquer sans aucune réserve. *Le soulagement ne peut s'envisager qu'à condition de partir de là où l'on est*. C'est la première étape inconditionnelle à la guérison : partir du commencement. Si le patient veut avoir une chance de s'adapter à la réalité, il faut savoir faire avec ce que cette dernière peut offrir. Cette étape implique de laisser tomber les revendications, les conflits, les regrets…

Il m'arrive fréquemment de comparer cette attitude à celle du joueur de poker. Lorsqu'on vous distribue des cartes, vous n'avez pas à vous attarder sur la pauvreté du jeu qui se trouve entre vos mains. Soit furieux vous quittez la table et abandonnez la partie sans même avoir essayé, soit vous décidez de continuer à jouer. Vous n'avez alors qu'une chose à faire : jouer le jeu avec ce que vous avez, et vous concentrer sur ce qu'il y a à faire et ce que vous pouvez faire. Si vous restez dans le regret et la plainte de la mauvaise qualité de la donne, vous ne serez pas présent au jeu et vous êtes assuré de perdre. Si, en revanche, vous décidez de rester dans la partie, vous mettez de côté vos regrets et vous tâchez de faire ce que vous pouvez, *de votre mieux,* avec les éléments en votre possession. Ceux qui peuvent tirer bénéfice de l'hypnose sont ceux qui décident de rester à la table du grand jeu de la Vie, et apprennent à faire ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont.

Une illustration serait l'exemple du patient douloureux chronique, en attente de réparation d'un préjudice. La douleur ressentie est plus importante et aucun exercice ou antalgique n'y fera rien tant que le patient restera focalisé sur un désir de réparation et de reconnaissance par la justice ou la société, du préjudice qui a été causé. Tant que le patient ne

laisse pas tomber cette revendication (par ailleurs tout à fait légitime !) toutes ses forces ne seront pas mobilisées pour la thérapie.

Si le patient a entamé des démarches juridiques en vue d'une réparation, il sera très difficile de travailler la notion de présence au travers de l'hypno-thérapie. Acceptation et lâcher prise seront mis en échec par la charge émotionnelle mobilisée par l'attente de la réparation et de la reconnaissance de la société.

Apprenez à vous voir « en entier », faites l'expérience du fauteuil

Asseyez-vous dans un fauteuil dans lequel vous pouvez vous laisser aller complètement. Un fauteuil dans lequel vous pourriez dormir, qui vous soutiendrait absolument.

À présent, vous allez vous laisser aller complètement pour permettre au fauteuil de vous porter sans réserve. Sans aucune réserve. Vous allez vous laisser aller de sorte que le siège vous porte intégralement. Vous ne devez avoir aucun effort musculaire à faire pour maintenir votre corps dans sa position.

Laissez-vous aller : vous n'avez aucun effort à faire. Au contraire.

Ressentez que vous faites confiance au fauteuil et que vous pourriez vous endormir dedans, en étant confiant dans sa capacité à prendre soin de vous.

Si vous parvenez à réaliser cette première étape, poursuivez.

Imaginez à présent que ce fauteuil est constitué de tous les éléments présents dans votre vie. Ce n'est plus un fauteuil fait de bois, de plastique ou de métal, ni même fait d'accoudoirs, de dossier ou d'appui-tête. C'est un fauteuil qui est fait des gens qui gravitent dans votre existence, de vos différents rôles dans la société (le père, la mère, l'enfant, le professionnel, l'ami, etc.), de votre activité professionnelle, des lieux, des gens, des choses qui partagent votre vie. Ce fauteuil est fait de vos réussites, de vos succès, mais aussi de vos faiblesses, de vos échecs, de vos défauts. Tout cela est mélangé et constitue votre siège.

Prenez le temps de faire comme si vous pouviez ressentir avec réalisme, que tous ces éléments constituent le siège qui vous porte.

Ressentez que vous vous laissez soutenir par tous les éléments constitutifs de votre existence.

Ressentez que vous prenez appui sur tous les éléments qui constituent ce fauteuil : vos défauts, vos faiblesses, vos échecs. Les relations ratées. Mais aussi les réussites, les succès, les relations dont vous êtes fier.

Ne jugez pas. Surtout ne jugez rien de ce que vous passez en revue dans votre esprit : l'exercice consiste à se laisser porter par les choses telles qu'elles sont.

Si vous ressentez une difficulté à vous laisser aller autant qu'au début de l'exercice, c'est que quelque chose en vous n'accepte peut-être pas un élément de votre existence.

Trouvez votre propre façon de faire pour vous laisser aller complètement.

Une variante de cette expérience consisterait à ne remplir le fauteuil que d'éléments négatifs de votre vie : les échecs, les défauts, les choses nulles que vous n'aimez pas dans votre vie.

Il ne s'agit pas de se résigner. Il s'agit d'accepter les choses telles qu'elles sont pour pouvoir agir ensuite dans la mesure de ce qui est accessible.

Sentir la réalité de son corps

Jean-Christophe a 37 ans. Il souffre de surpoids depuis l'adolescence.

Il est passé par tous les régimes possibles et imaginables. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de perdre une dizaine de kilos pour les reprendre presque aussi vite. Désespéré, il a laissé tomber les régimes et s'est résigné à être en surpoids. Il tente même de porter avec fierté sa surcharge pondérale et joue, pour ses amis, le rôle du bon vivant jovial et un peu original.

Hélas, en plus de l'inconfort physique causé par la surcharge elle-même, l'estime de soi de Jean-Christophe souffre de plus en plus, car cette image ne lui correspond pas et entretient l'idée d'incapacité à résoudre son problème.

Sa vie sociale souffre de sa perte de confiance : il sort de moins en moins avec ses amis et il lui arrive même de perdre ses moyens dans le contexte professionnel, où pourtant jusqu'à maintenant il n'a pas eu à souffrir du regard d'autrui.

Jean-Christophe, désespéré, en vient à l'hypnose.

Lors de la première consultation, il relate un mode de fonctionnement typique de dissociation à son propre corps : quand son poids atteint un certain seuil, comme il ne peut plus se supporter, il fait abstraction de son physique. C'est alors qu'il prend plus de poids encore… Perdant la perception de son propre corps et de ses limites, Jean-Christophe absorbe autant de nourriture que son appétit lui ordonne d'engloutir, faisant fi de la sensation de satiété, qu'il ne perçoit même plus par ailleurs.

Je propose à Jean-Christophe de se laisser peser de tout son poids dans le fauteuil d'hypnose.

Sa première réaction est défensive. Jean-Christophe a du mal à se laisser peser puisque précisément, il vient chercher un moyen de perdre du poids. Je le rassure en lui indiquant que ce n'est que la première phase du changement, qui lui permettra de donner à son esprit profond la bonne direction à prendre pour commencer à changer.

Peu rassuré, mais tout de même confiant en raison du lien thérapeutique de qualité qui s'est installé entre nous, Jean-Christophe se laisse peser dans le fauteuil. Je peux voir aux traits de son visage et au tonus musculaire de ses membres qu'il commence à lâcher prise et à entrer dans l'exercice.

Alors qu'il pensait être au maximum de l'expérience, je lui demande d'augmenter son propre poids, sa propre densité, jusqu'à ressentir très finement la charge pondérale et la surcharge graisseuse. D'abord dégoûté par cette perception, il se décide à se laisser plonger plus profond dans l'expérience.

Pendant une vingtaine de minutes, j'accompagne Jean-Christophe dans la perception des aspects de son corps qu'il déteste et je l'invite à installer de l'indifférence vis-à-vis de ces parties.

Peu à peu, Jean-Christophe apprend à ressentir la surcharge graisseuse de façon froide, indifférente. La colère, le ressentiment et la déception le quittent. Il accepte d'installer une perception neutre de la surcharge, et de voir ce qu'il ressort de cette perception.

L'effet de cette séance est remarquable : après avoir annulé notre second rendez-vous, qui devait avoir lieu quinze jours plus tard, Jean-Christophe revient un mois après la première séance.

Il a perdu trois kilos. Il confie qu'il a retrouvé une perception très fine de son corps, et que cette dernière semble dicter son appétit. Ainsi, il retrouve la sensation de satiété, et il lui semble éprouver clairement le moment où les aliments qu'il absorbe « débordent » pour aller se stocker dans la graisse.

Trois mois plus tard, Jean-Christophe a perdu une dizaine de kilos. Il a besoin de pratiquer l'autohypnose régulièrement pour supprimer la culpabilité, et pour reprendre contact avec la réalité. Lorsqu'il fait avec ce qu'il a, lorsqu'il habite pleinement son corps, alors c'est sans effort qu'il régule sa prise alimentaire.

Je n'ai revu Jean-Christophe que deux ans plus tard, lorsqu'il a accompagné son épouse pour un tout autre motif de consultation. J'ai failli ne pas le reconnaître, tant les quinze kilos qu'il avait perdus lui rendaient un physique dynamique de jeune homme sûr de lui.

Jean-Christophe m'a confié qu'il continuait à pratiquer l'autohypnose, pour ne jamais perdre le contact avec la réalité.

Partir de ce que l'on a sans rien en jeter, voilà un des leviers essentiels dans le déroulement d'une cure en hypnose.

Dans le contexte de la maladie chronique, entre autres contextes, une bonne façon de coller à la réalité est d'inviter le patient à réintégrer son propre corps, avec tout ce qu'il a de dysfonctionnel et d'imparfait.

Il y a peu, j'ai reçu en consultation un jeune patient atteint de fibromyalgie. Il se bat depuis des années avec ses douleurs, et fait bonne figure auprès de ses proches et de sa famille. Après quelques mois de réelle amélioration, le voici à bout de forces et moralement abattu. Il ne supporte pas l'état de fatigue dans lequel il est. Notre travail en hypnose a consisté à lui faire accepter qu'il existe des phases de sa maladie durant lesquelles l'épuisement prend le dessus. Il ne s'agit pas d'une acceptation mentale et intellectuelle, mais d'une intégration dans sa perception de la fragilité de son état et du besoin de repos de son corps et de son esprit.

Cette étape de la thérapie a été un tournant décisif : il a cessé de lutter contre la fatigue elle-même et s'est mis à l'écoute de son corps et de ses besoins. Sans jugement, sans reproche, sans autocritique.

Cette acceptation dans la chair lui a permis d'alterner des moments de repos et de petits plaisirs simples pour progressivement recouvrer quelques forces et avancer plus avant dans la prise en charge.

ACCOMPAGNER LA RÉASSOCIATION VOLONTAIRE

La volonté de faire fonctionner différemment le corps, et l'insupportable de la situation qui est vécue aujourd'hui est telle que le patient installe une distance avec son propre corps, comme avec sa propre vie. On peut parler de dissociation. Mais c'est une dissociation qui n'aide pas à aller mieux dans le contexte de la chronicité. Car en se séparant de son corps, en s'observant, en jugeant les parties du corps dysfonctionnelles et en cherchant à les contrôler, le patient bloque les mécanismes d'adaptation naturels du corps humain : lorsqu'on habite pleinement son corps et qu'on le laisse faire, les choses sont plus faciles et plus légères. Quand l'esprit est ailleurs, ou se tient à distance, la mécanique est grippée et le corps dysfonctionne. Les musiciens connaissent bien ce phénomène : lorsqu'ils sont présents à leur corps et à la musique, le corps joue tout seul. Les mouvements sont fluides et précis. Le rythme est parfait. Mais si le musicien se met à s'observer en train de jouer, à guetter et juger la façon dont il manie l'instrument, il perd le rythme. Le corps ne fonctionne plus de façon fluide. Le jeu est pénible, poussif, maladroit.

De la même manière, si le patient observe l'organe qui souffre, il se dissocie de son corps. Il cherche à contrôler sans succès ce qu'il repousse au loin. Il juge, critique, et ressent même de la colère envers cette partie du corps, ce qui ne fait qu'installer encore plus de distance avec lui.

Le remède viendra d'une réassociation volontaire à son corps tout entier. En étant présent à son propre corps, c'est la totalité que l'on réintègre : y compris l'organe que l'on avait eu tendance à mettre de côté car on l'accusait de mal fonctionner. Alors que nombre de thérapeutiques médicales, notamment pharmacologiques, tendent à aggraver la dissociation en proposant d'endormir la partie du corps qui dysfonctionne pour ne plus percevoir ce qui fait souffrir (avec les antalgiques ou les anesthésiques), ou encore d'endormir tout entier le patient en mettant de la confusion dans les sens par la pharmacologie (par les antiépileptiques, les myorelaxants, les antidépresseurs, etc.), l'hypnose propose d'abord de

réassocier la partie du corps qui souffre pour pouvoir remettre de l'harmonie dans son fonctionnement. Ce principe est poussé à son paroxysme lorsque, malgré les médicaments, la zone continue à faire souffrir : c'est alors l'exérèse chirurgicale. C'est une dissociation irréversible. Mais même une fois l'organe enlevé, il est fréquent de constater que la douleur persiste. Ainsi, ce patient qui souffrait de douleurs du rectum et qu'aucun traitement n'avait pu soulager, aura été opéré d'une exérèse du rectum par une chirurgie lourde de conséquences. Après quelques mois de soulagement, les douleurs réapparaissent… Alors que l'organe mis en cause n'est même plus présent !

Heureusement, si la partie qui fait souffrir n'est plus présente physiquement, il est possible, par l'hypnose, de travailler à sa « réintégration » à l'ensemble de l'individu.

Dans le cadre des douleurs des membres fantômes, également, il peut être nécessaire de travailler à faire imaginer au patient qu'il réintègre dans son corps le membre disparu. La douleur cesse alors.

C'est donc bien la réassociation de ce qui fait souffrir qui assure paradoxalement le soulagement.

Les exercices de perception du présent, qui consistent à couper la pensée logique pour en venir à seulement ressentir la présence du corps, sont des exercices de choix pour travailler sur la réassociation. Le plus souvent, lorsque les patients acceptent de jouer le jeu, c'est-à-dire lorsque les patients acceptent de cesser la rumination pendant un instant pour se consacrer uniquement à la perception de l'ici et maintenant, la perception de la douleur s'effondre pour parfois disparaître totalement. Le patient est alors invité à accepter son corps comme il est, avec ses qualités et ses défauts, ses forces et ses faiblesses, et à ne rien juger de ce qu'il perçoit. Il craignait en réassociant son corps que la douleur ne devienne insupportable, et c'est tout le contraire qui se passe. C'est lorsqu'il habite pleinement son corps que le soulagement peut venir. Pour ce faire, il faut bien entendu enlever toute émotion vis-à-vis de l'organe défaillant. Le même principe s'applique pour la totalité des éléments qui constituent son existence : c'est lorsque le patient accepte tous les paramètres de son existence et s'y installe sans critique, sans regret, sans revendication, sans jugement, qu'une nouvelle perception peut apparaître.

Lorsque le patient est tout entier à ce qu'il est et à ce qu'il fait, il n'y a plus à distinguer la pensée du corps car l'action thérapeutique viendra du corps lui-même.

Dissocié de son milieu, le patient perd sa capacité à se fondre de façon harmonieuse dans l'environnement et par conséquent la capacité de l'action juste. Le rôle du thérapeute consistera à le replonger dans le milieu dans lequel il baigne mais dont il se tient à distance.

Dans le contexte de l'anxiété par exemple, si un patient est absorbé par l'appréhension d'un examen à réussir, sa perception de ses capacités, de ses lacunes, de ses ressources et de ses faiblesses est déformée par la peur, le thérapeute pourra proposer une série d'expériences en hypnose pour lui permettre de se positionner non plus par rapport à sa peur, mais plutôt par rapport au contexte de l'événement tel qu'il est.

C'est en collant au plus près à la réalité telle qu'elle est, que le patient pourra s'y adapter au mieux.

Autant dans le contexte de la douleur aiguë, il sera utile de dissocier le patient de son environnement, autant dans le contexte psychothérapeutique et dans la prise en charge de la pathologie chronique, la réassociation à son propre corps et à sa propre vie constitue le sésame de la guérison. Il s'agit de revenir au contexte pour le laisser agir sur le corps. Lorsque le milieu agit sur l'individu, la réponse survient spontanément. Dès lors que la pensée s'en mêle ou cherche à théoriser quelque chose du problème, le patient se tient à distance du contexte et ne peut laisser agir sa faculté d'adaptation.

Par l'hypnose, le patient perçoit une façon de se placer différemment dans un contexte : ce n'est pas un repositionnement de l'ordre de la pensée ou de la raison, c'est quelque chose du corps qui réagit. En réintégrant son corps, comme il réintègre sa propre vie, le patient perçoit que son positionnement aux choses cause de la souffrance. Autant il lui était difficile d'être présent à cet inconfort en raison de la distorsion perceptive causée par la focalisation, autant dans l'expérience de l'hypnose, précédé par le thérapeute, la malposition lui paraît évidente.

a guérison suit d'elle-même

Une fois le contexte tout entier réintégré, le sujet rectifie sa position et une adaptation à l'environnement se fait naturellement. L'hypnose a ceci d'original qu'elle ne cherche pas à convaincre le patient de ce qui ne va pas : elle l'invite à ressentir cet inconfort, et à se laisser prendre un positionnement différent qui de fait, intégrant tous les éléments constitutifs de son existence, le rend plus confortable.

L'imagination comme **support au changement**

Chacun des principes de la guérison suscités pourra être mis en scène au travers du prisme de l'imaginaire. Parce qu'en hypnose faire et imaginer activent certaines mêmes zones corticales cérébrales, on pourra par exemple inviter le patient à visualiser ses difficultés et à modifier son attitude jusqu'à ce que le conflit disparaisse ou s'atténue.

De même, on peut utiliser l'imagination pour projeter la meilleure façon de s'adapter à une difficulté dans l'avenir : dans le cadre d'un accident entraînant de graves séquelles, l'imagination permet au patient de se projeter avec un corps changé et accepté dans des tâches simples du quotidien.

S'il s'agit d'obtenir une réponse physiologique dans le cas d'un trouble du transit, d'une énurésie ou de la nécessité d'obtenir une anesthésie avant un soin, on pourra utiliser avec succès certains exercices faisant appel au jeu, à la spontanéité et à l'imaginaire.

L'imaginaire sert de levier à certains mécanismes physiologiques et par le biais d'une réponse idéomotrice, ou idéosensorielle, permet d'obtenir un effet désiré. Voilà pourquoi, pour obtenir une anesthésie de la main, on sera plus avisé de faire imaginer la main plongée dans un seau d'eau glacée plutôt que de délivrer des suggestions directes d'anesthésie : ces dernières risquent fort de générer une exigence de résultats chez le patient susceptible d'interférer avec le succès de l'expérience.

En définitive, tous les exercices qui seront proposés au patient pendant l'état hypnotique seront des prétextes, des paradigmes, des aires de jeu, pour pouvoir mettre en application les grands principes thérapeutiques que ce chapitre expose.

Plus ces exercices seront en adéquation avec le vécu et l'expérience du patient, plus l'intervention thérapeutique sera efficace.

Le rôle du thérapeute

Puisque son rôle n'est qu'un rôle de catalyseur, il devra se rendre disponible sans réserve au patient comme à la thérapie, pour percevoir l'élément clé qui permettra au système tout entier de basculer de la fixité au mouvement.

Paradoxalement, pour être efficace, le thérapeute doit abandonner tout jugement, toute volonté de guérir, toute planification, toute stratégie thérapeutique, et doit s'installer dans l'indifférence au résultat. Vouloir quelque chose serait encore une manière de restreindre son champ de perception, et ferait courir le risque de limiter la capacité d'expression créative du patient. Pourtant, lui seul serait en mesure de trouver une place plus adaptée à son contexte actuel, aussi délétère soit-il. Le thérapeute, par sa présence tranquille, ressent la capacité du patient à résoudre son problème, et l'invite à passer à l'action. En outre, le patient peut prendre appui sur la présence assurée du thérapeute et la tranquillité de celui qui a servi de passeur à nombre de changements thérapeutiques influera positivement sur la dynamique du changement qui se joue dans l'hypnose. Le mouvement peut alors réapparaître. Rapidement ou lentement, selon les ressources du patient et l'alchimie qui se fait entre les deux acteurs du jeu thérapeutique.

C'est parce que le thérapeute s'est rendu suffisamment présent au patient qu'il peut ressentir une inadéquation entre ce dernier et son milieu. Il lui semble alors que le patient « n'est pas là ». Il pourrait être absorbé par une inquiétude, une peur, une anxiété, et ainsi s'être rendu absent au milieu. L'hypnose ne permet pas de changer les événements. Elle ne permet pas de transformer le milieu dans lequel se trouve le patient. Ce qui change par l'hypnose ce n'est pas le milieu lui-même mais le rapport à ce dernier.

Une fois que le travail est engagé, le travail du thérapeute pourrait consister à insister sur les petits changements qui ponctuent la thérapie et qui peuvent modifier les perceptions de façon notable. Il n'est pas question de faire une hypnose spectaculaire, mais d'initier un soulagement

en maintenant un lien thérapeutique de qualité, en accompagnant le patient et en respectant le rythme nécessaire à un rétablissement du mieux-être. Car si la fixité dure depuis quelque temps déjà, faire l'expérience d'une remise en mouvement des perceptions peut être vécu comme une étrangeté que le patient pourrait avoir besoin d'apprivoiser. Mais comme ces modifications s'accompagnent de soulagement et d'un évident mieux-être, très vite le goût au renouveau sera pris et la vie pourra se déployer dans toute sa splendeur.

e qu'il **faut retenir**

Le processus hypnotique permet de comprendre certains éléments d'installation de la pathologie.

Le processus hypnotique permet de comprendre à quel niveau l'hypnose agit pour faire basculer la perception et remettre du mouvement.

Il existe des grands principes en thérapie qui sont proposés au patient et qui sont mis en scène au travers de toute sorte d'exercices et de protocoles.

Ces principes sont l'élargissement de la perception, la réassociation, le lâcher du contrôle.

L'imaginaire peut être le moyen de mettre en scène la guérison.

Le thérapeute doit s'affranchir de toute idée préconçue pour se rendre disponible à la thérapie.

1. Jean-Marc Benhaiem, François Roustang, *L'Hypnose ou les portes de la guérison*, Odile Jacob, 2012.

OceanofPDF.com

Chapitre 17
L'autohypnose

Depuis de nombreuses années, bien avant que l'hypnose ne fasse son retour sur le devant de la scène médicale, les rayons de développement personnel des librairies ont vu fleurir nombre de manuels et ouvrages traitant de la pratique de l'autohypnose.

L'autohypnose est la possibilité de pratiquer soi-même une expérience d'hypnose.

Ne nous y trompons pas. C'est tout à fait possible, et c'est même fortement recommandé si l'on veut tirer parti de toutes nos aptitudes humaines à vivre plus confortablement et plus aisément notre quotidien.

Quand pratiquer l'autohypnose ?

Très honnêtement, il n'existe pas de moment idéal. Votre intuition sera votre seul juge. La pratique doit être un plaisir, une curiosité, et certainement pas une contrainte inscrite en rouge sur votre agenda déjà surchargé, entre le rendez-vous de 14 heures, celui de 16 heures et juste avant de courir récupérer les petits à la sortie de l'école.

e concept de rythme ultradien

Ernest Rossi, collaborateur d'Erickson, expose le concept de rythme ultradien : ce seraient là des cycles durant environ 90 minutes, répétés plusieurs fois au cours des 24 heures, et pendant lesquels le système nerveux humain serait capable de réaliser une expérience

dite « numineuse », c'est-à-dire une expérience créative thérapeutique. Il serait possible de prendre avantage de ces cycles naturels en étant à l'écoute de ses besoins et de réaliser une pause hypnotique au moment où l'on en ressent le besoin.

La dynamique d'un cycle ultradien expliquerait également, d'après Rossi, pourquoi une séance dure en moyenne entre 60 et 120 minutes : sur ce laps de temps, le thérapeute s'assure que son patient passera par la phase créative du processus thérapeutique.

En quoi consiste la pratique de l'autohypnose ?

Nous pourrions dire qu'il existe trois manières de pratiquer l'autohypnose.

Être son **propre thérapeute**

La première façon de faire de l'autohypnose consiste à appliquer des exercices, des protocoles, et d'adapter ces derniers à sa propre personnalité de sorte que ces expériences servent de catalyseur au changement, comme le ferait un thérapeute pendant une consultation.

Cette pratique est la plus courante, et c'est celle que proposent les livres et les manuels d'autohypnose en vente dans le commerce. Ces techniques sont efficaces. Cependant, cette efficacité est soumise à deux conditions.

D'abord, ces expériences doivent toujours être réalisées dans un état d'esprit de curiosité, de plaisir et de jeu : il faut avoir envie de faire l'expérience de l'hypnose et en retirer du plaisir. À aucun moment, l'autohypnose ne doit devenir une contrainte. Car aborder ces expériences dans cet état d'esprit serait le meilleur moyen pour ne pas être présent à ce que l'on fait et ainsi perdre son temps comme son énergie. Or, pour que l'hypnose agisse, qu'elle soit autoinduite ou hétéroinduite, il faut être tout entier à l'expérience. Cela signifie qu'il faut être présent et sentir ce qui se passe à chaque étape de l'exercice réalisé, et aborder chacune d'elles avec un esprit plein de curiosité. Pour cela, chaque exercice devra être pratiqué quand le patient en ressent le besoin ou lorsqu'il en a l'envie. Les

exercices peuvent être réalisés quotidiennement, ou une fois tous les deux jours, ou une fois par semaine, cela n'a guère d'importance.

intuition sera votre seul guide

Si on le désire, on pourra ne pratiquer qu'une seule et unique fois un exercice et, si l'on sent que quelque chose d'intéressant s'est produit pendant la réalisation de ce dernier, on peut simplement attendre et observer dans le quotidien les changements qui vont commencer à s'installer. Si l'on désire approfondir ces changements, on pourra toujours retenter l'expérience, en pratiquant le même exercice ou bien une toute autre expérience. Ou encore, on laisse faire le temps et on observe comment les changements continuent à se développer et à s'affirmer à leur rythme, comme la nouvelle plante qui vient de sortir de terre et qu'on laisse grandir à son propre rythme, sans rien faire d'autre que s'émerveiller devant la naissance du nouveau.

La seconde condition au succès de la pratique de l'autohypnose est l'existence d'une certaine souplesse pour pouvoir s'adapter à l'exercice proposé. Car contrairement à une consultation avec un thérapeute, pendant laquelle ce dernier proposera une hypnose adaptée à votre personnalité, dans le cas de protocoles d'autohypnose tels que délivrés dans les bouquins, il vous faudra trouver l'exercice qui vous parle le mieux. Certains seront plus à l'aise avec les expériences qui font appel à l'imaginaire, d'autres avec les exercices faisant appel aux sensations corporelles, etc.

Quelle que soit la technique utilisée, il est recommandé de faire sienne l'expérience : elle doit être adaptée au rythme et à la personnalité de chacun. Une fois le principe de l'exercice assimilé, le praticien a toute liberté de sauter une étape ou d'en créer une nouvelle dès lors que cette modification lui permet de mieux appréhender la finalité de l'exercice.

Pratiquer en complément d'une thérapie

La seconde façon de pratiquer l'autohypnose s'intègre dans le contexte d'une thérapie réalisée auprès d'un hypnothérapeute : entre les séances,

ou au-delà de la thérapie qui avait été engagée, le patient est encouragé à retrouver une fois chez lui quelque chose de l'expérience partagée avec le thérapeute.

Là encore, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire. Le thérapeute laisse au patient le soin de retrouver les sensations vécues pendant la séance. Pour ce faire, le patient pourra se replacer dans le contexte, ou bien retrouver quelques mots ou quelques gestes dont il a senti la portée décisive dans l'expérience hypnotique. Si le patient ne parvient pas à reproduire l'expérience, c'est le thérapeute qui pourra insister sur un élément de la séance qui permettra de revivre quelque chose de décisif de l'expérience hypnotique qui s'est jouée pendant la thérapie. La répétition de cet instant agirait comme une confirmation d'une nouvelle façon de percevoir, de ressentir, de vivre. Elle serait un engagement de la part du patient, son désir de vouloir faire sien un nouveau mode de représentation pour dépasser un problème.

Parfois même, le simple fait de savoir le geste possible et disponible rassure suffisamment le patient, qui n'éprouve même plus le besoin de mettre en pratique. Il constate alors qu'il continue à changer, à évoluer vers le mieux, le soulagement, car l'expérience qu'il a faite s'est muée en *savoir* de ce qu'il peut désormais accomplir. Ce qui était inaccessible est devenu un possible plusieurs fois validé car expérimenté.

C'est donc toute la perception du patient qui change : perception de ce qu'il est et de ce qu'il *peut*.

Face à l'angoisse, inventer son rituel

Sylvie a 46 ans. Elle consulte pour phobie sociale.

Travaillant dans le commerce international Sylvie connaît, depuis une année maintenant, des crises d'angoisse qui la paralysent lorsqu'elle s'apprête à faire une présentation professionnelle à un groupe de plus de cinq personnes. Elle rit de l'incongruité de la situation en se demandant ce qui fait qu'au sixième témoin, elle perd ses moyens. Après une courte discussion, elle veut bien admettre que la perception de toute chose est toujours subjective et ne suit la plupart du temps aucune logique contrairement à ce qu'on voudrait bien croire pour se rassurer. Elle se résigne donc à jouer selon les règles de l'hypnose : c'est-à-dire renoncer à comprendre les causes de ses troubles, et tenter l'hypnose pour résoudre son problème.

Au cours de la seconde séance, Sylvie réifie sa difficulté à aller vers les autres comme une mince cloison faite d'un métal très dur, très froid, qui la sépare des autres. Lorsque je lui demande d'envisager ce qu'il est possible de faire pour résoudre le problème, elle réalise

instinctivement – toujours sous hypnose – un geste de balayage avec la main, comme si elle faisait coulisser la paroi de métal dont elle parle.

Sylvie est tellement présente à son geste qu'à son grand étonnement, le soulagement est immédiat.

Quinze jours plus tard, Sylvie me confie que, suite à la séance, il lui est venu spontanément l'envie de répéter le geste lorsqu'elle s'apprêtait à se confronter à une réunion. Faire ce geste lui permet de faire tomber l'angoisse. Il reste certes un certain degré de crispation, mais il lui semble pouvoir faire avec la tension, plutôt qu'être submergée par elle. Je lui propose d'utiliser ce levier dès qu'elle en éprouve le besoin.

Une semaine plus tard, Sylvie me confie que les crises d'angoisse ont disparu. En fait, elle explique que lorsqu'elle sent monter la tension, elle sait qu'il lui suffit de faire son geste hypnotique pour interrompre la crise. Le simple fait d'anticiper l'effet de son geste évite la survenue des crises d'angoisse.

Je n'ai de nouvelles de Sylvie que deux ans plus tard, alors qu'elle décide de consulter pour arrêter de fumer par hypnose. Les crises d'angoisse ne sont plus jamais réapparues, et elle n'a plus jamais eu besoin de réutiliser le levier hypnotique qu'elle avait elle-même mis en place.

La transe hypnotique au quotidien, un art de vivre

La troisième manière de faire de l'autohypnose repose sur la pratique de *l'essence* même de l'hypnose. Cela consiste à expérimenter, quotidiennement ou pluri-quotidiennement, la transe hypnotique dans ce qu'elle a de plus pur : c'est la pratique de l'hypnose sèche, ou bien la pratique de l'expérience de l'hypnose en tant que redoublement de ce qui est. *Il s'agit alors de faire l'expérience de se poser dans sa vie, en acceptant tous les éléments qui la composent, sans en juger aucun*. Cette pratique, conseillée par François Roustang, devient non plus un exercice d'autohypnose, mais un véritable art de vivre.

Elle permet de se resituer là où l'on est, afin de rassembler ses forces et agir au mieux de ce qui est possible, sans disperser son énergie à nier la réalité ou à entretenir des rêveries inconséquentes.

Tout au long de ce livre, vous avez pu découvrir et peut-être expérimenter quelques techniques d'hypnose, notamment celles du chapitre consacré aux différentes phases du processus hypnotique.

Vous pouvez user de ces expériences ludiques pour créer des changements perceptifs et résoudre quelques problèmes de votre quotidien.

Quelques **exercices**…

Je vous propose également ci-dessous plusieurs exercices d'autohypnose que vous pouvez utiliser dans un large spectre d'indications.

Parce que nous ne pouvons travailler ensemble en temps réel dans le contexte d'une thérapie, je vous propose une approche autohypnotique sûre et progressive qui vous permettra d'adapter le travail en fonction de vos propres besoins, de vos propres ressources, et d'avancer à votre rythme au fur et à mesure que vous vivez des progrès concrets au quotidien.

Abordez ces expériences avec un esprit de curiosité et si possible, un esprit léger, dans une atmosphère ludique. Même si votre problème n'a rien de drôle, tâchez d'aborder l'autohypnose avec plaisir plutôt qu'avec une anticipation anxieuse quant au résultat que vous pourriez obtenir grâce à ces expériences.

Moins vous vous mettrez de pression, plus les résultats s'installeront rapidement. Plus vous jouez, plus vous découvrez avec plaisir les changements étonnants qui apparaissent dans votre quotidien.

onseil : faites des scripts

Si vous le pouvez, enregistrez les scripts d'exercice pour pouvoir vous installer confortablement et les écouter à loisir, avec des écouteurs.

Vous possédez peut-être un magnétophone numérique ou tout simplement votre portable possède-t-il une fonction dictaphone.

Enregistrer l'exercice vous permet d'écouter les instructions et de vous concentrer sur l'expérience plutôt que de faire des efforts pour vous rappeler des étapes.

Vous apprendrez à parler au rythme qui vous convient à vous et à vous seul, en prenant le temps ou en étant plus énergique, mais n'oubliez pas de vous laisser du temps entre chaque étape de l'exercice, pour pouvoir ressentir ce que vous faites. Si le rythme ne

vous convient pas, si les mots ne vous conviennent pas, réenregistrez l'exercice !

En un mot comme en cent : jouez ! Amusez-vous ! Vous obtiendrez alors de merveilleux résultats.

Protocole **d'autohypnose**

Quel que soit votre objectif à atteindre par l'autohypnose, vous pourrez utiliser le protocole d'intervention suivant :

- détermination de l'objectif ;
- la base : exercice quotidien d'autohypnose ;
- évolution progressive hypnotique ;
- réification ;
- pour une habitude à changer : + changement de comportement.

La détermination de l'objectif

Que voulez-vous obtenir par l'hypnose ? L'objectif que vous vous fixez doit être…

UN OBJECTIF PRÉCIS

Par exemple : « Je veux me sentir en meilleure forme » n'est pas un objectif spécifique. En revanche, « je veux me remettre à courir et manger moins sucré » en est un.

UN OBJECTIF RECONNAISSABLE, UNE FOIS ACHEVÉ

C'est ce qui vous permettra d'identifier que vous avez atteint votre objectif. Pour reprendre l'exemple ci-dessus, lorsque vous vous remettrez à courir et lorsque vous vous surprendrez à refuser la carte des desserts, vous saurez que vous avez atteint vos objectifs.

UN OBJECTIF PERSONNEL

Il n'est pas nécessaire de parler aux autres de votre travail en hypnose. D'abord parce qu'ils seront curieux de votre méthode, qu'ils vous poseront mille et une questions sur les comment et pourquoi vous faites cela, et ensuite parce que cela va créer une pression supplémentaire sur vos épaules. Vous faites cette expérience d'hypnose *pour vous*. Pas pour les autres. *Vous n'avez rien à prouver à personne*. *Devenez autonome*. Ne vous reposez sur personne d'autre que vous. Lorsque vous cesserez d'attendre l'approbation des autres, vous ne serez jamais déçu et vous recevrez tout ce qu'ils pourront vous apporter comme un merveilleux cadeau. Essayez de vous mettre dans la position dans laquelle vous ne faites dépendre votre bonheur de personne d'autre que vous.

Par ailleurs, les sceptiques feront tout pour vous convaincre de l'inutilité de votre démarche.

À un stade où vous êtes ouvert à l'expérience mais n'avez pas encore expérimenté dans votre chair que l'hypnose marche vraiment, vous risquez de vous retrouver dans la situation délicate de devoir défendre quelque chose qui vous est pour le moment étranger. Il n'y a rien de mieux pour saper votre détermination.

Lorsque vous aurez utilisé l'autohypnose avec succès plusieurs fois et obtenu des résultats satisfaisants, vous pourrez en parler et rire des mauvaises langues qui ne croiront pas en vos histoires. Vous, vous saurez que c'est vrai et vous ne serez pas décontenancé par certaines réactions acides de ceux qui n'y croient pas avant même d'avoir essayé ou même écouté ce que vous avez à dire. D'une manière générale, préservez-vous des ambiances négatives : gardez vos secrets ! Éludez les questions ! Que l'hypnose devienne votre jardin secret, votre technique mystérieuse pour avancer dans la vie comme un petit poisson qui remonte les courants et évite les obstacles.

Enfin, quand vous commencerez à changer, que les autres constateront que vous changez et vous en feront la remarque, vous serez bien avisé d'éluder la question tout en notant fièrement intérieurement que vous êtes effectivement en train de changer.

Par exemple, si vous travaillez à la perte de poids, on pourrait dans quelques semaines vous dire « tiens, mais tu n'as pas minci toi ? » et vous répondrez « ah bon ? Je ne sais pas, je ne me pèse plus… » ou si vous refusez la carte des desserts, ne justifiez pas en disant que vous êtes en train de faire un régime. Prétextez plutôt quelques remontées acides ou des difficultés nouvelles à digérer.

UN OBJECTIF RÉALISTE

Si votre objectif est à mille lieux de là où vous vous trouvez aujourd'hui, soit vous n'aurez pas la motivation pour commencer le travail, soit vous ne mobiliserez pas assez d'énergie pour atteindre votre but.

Voilà pourquoi il est important d'avancer étape par étape.

Pour reprendre notre exemple, poser l'objectif (par exemple, « je veux perdre 15 kg et avoir un corps musclé ») peut être profondément décourageant si vous êtes en franc surpoids, si vous ne faites pas de sport, et ne possédez pas de masse musculaire préalable. Voilà pourquoi dire « je veux me remettre à courir régulièrement et éliminer les sucreries de mon alimentation » est plus confortable. C'est un objectif réaliste, atteignable, et qui vous mène directement sur la voie d'un objectif au long cours qui pourrait même dépasser vos espérances !

UN OBJECTIF IMMÉDIATEMENT APPLICABLE

Lorsque vous travaillez avec l'hypnose, attendez-vous à commencer à constater des changements immédiatement après l'exercice.

Cela est possible car vous posez des objectifs précis et accessibles. Ainsi, dans notre exemple, dès le lendemain, mettez en application votre nouvelle habitude : sortez courir avant de partir travailler ou en rentrant du travail, et commencez dès le petit-déjeuner à éliminer les sucreries.

Êtes-vous ***vraiment*** décidé à **atteindre cet objectif ?**

La réponse à cette question doit être profondément positive et générer un réel enthousiasme de votre part. Vous devez soit ressentir une sorte d'excitation à l'idée d'atteindre votre objectif, soit une frustration à l'idée de ne pas l'avoir encore atteint. Quoi qu'il en soit, pour débuter, vous devez choisir un objectif qui a une certaine importance pour vous.

> ***Autant il sera nécessaire de lâcher prise sur l'obtention du résultat, autant le choix de votre objectif doit être porté sur un besoin réel, quelque chose qui vous stimule et vous embarque tout entier dans l'aventure de l'autohypnose.***

Il ne s'agit pas nécessairement de résoudre un problème qui évolue depuis des années, ou une pathologie grave qui désespère les médecins. Pour cela, il y a des professionnels qui vous apporteront tout le soutien dont vous avez besoin et qui pourront vous guider par l'hypnose comme il convient.

Vous pouvez choisir une petite chose, un objectif qui peut même paraître anodin ou puéril. Cela n'a aucune importance dès lors que l'objectif que vous choisissez vous tient à cœur.

Une ferme résolution intérieure

Il existe parfois des situations pour lesquelles le changement s'opère lorsque l'on réalise à quel point il nous tient à cœur.

Il s'agit d'autre chose que de motivation. C'est une prise de conscience qu'une évolution est nécessaire dans un domaine précis. On avait bien en tête qu'on allait tôt ou tard devoir changer telle ou telle chose, mais c'est lorsqu'on formule le changement et que l'on commence à l'envisager comme faisant partie de notre existence qu'il nous apparaît comme urgemment nécessaire.

Selon le domaine dans lequel on travaille, il se passe ce que nous pourrions décrire comme une sorte de ferme résolution intérieure qui joue le rôle de passeur de l'ancien au nouveau comportement.

Les facteurs qui jouent le rôle de déclencheur et qui permettent de passer d'un système de représentation à un autre sont multiples et aussi divers qu'il existe d'individus et de buts à atteindre.

Quel sera votre **levier motivationnel** ?

Le levier motivationnel est l'élément qui rend le changement non seulement possible mais surtout nécessaire, voire évident. Un véritable levier motivationnel, s'il est pleinement assimilé par le patient, permet une bascule radicale d'un mode de représentation dans lequel on était figé dans le problème, à un mode de représentation dans lequel le problème se résout de lui-même. Parfois le levier motivationnel apparaît lorsqu'on assume la réalité que l'on vit et que l'on arrête de se raconter des histoires pour fuir la réalité (« après tout, je ne suis pas si gros », « oh, mais de toute façon j'ai toujours été colérique », « je ne sais pas quoi faire de ma vie, je n'ai jamais su », « de toute façon, à quoi bon essayer, il est probable que j'échouerais », « tout le monde me dit que », etc.).

Parfois, le levier motivationnel est évident. Parfois, c'est l'hypnose qui permet de le révéler en élargissant de champ de perception. Dans les deux cas, c'est encore l'hypnose qui permet au patient de faire corps tout entier avec le levier et de s'y installer de sorte que le changement se produise de la façon la plus écologique possible.

L'EXEMPLE DU SEVRAGE TABAGIQUE

Peut-être l'exemple concret du sevrage tabagique permettra-t-il de mieux cerner ce que peut être un levier motivationnel.

Les patients qui cessent de fumer et revendiquent définitivement le statut de non-fumeur sont les patients qui lâchent la cigarette du jour au lendemain, quel que soit le nombre de paquets fumés par jour. Les patients qui *essaient* d'arrêter, eux, échouent le plus souvent dans leur tentative de sevrage.

Lorsque l'on interroge de nombreux patients qui ont cessé de fumer et ceux qui n'ont pas réussi à arrêter malgré leurs tentatives souvent multiples, se révèlent quelques éléments clés du changement :

- ceux qui ont arrêté formulent distinctement qu'ils ont, à un moment donné, clairement et une fois pour toutes, décidé qu'ils étaient à partir de cet instant, non-fumeurs ;

- à aucun moment ils n'ont considéré qu'ils « essayaient d'arrêter de fumer » ;
- *a contrario*, les patients qui ont essayé d'arrêter de fumer mais ont repris leur mauvaise habitude, ne décrivent pas cette ferme résolution intérieure à se positionner d'ores et déjà comme non-fumeurs.

Qu'est-ce qui justifie ce changement de positionnement ?

Certainement pas la raison. Notre société est suffisamment claire sur les dangers du tabagisme : outre les informations accessibles sur internet, les études épidémiologiques qui ne se comptent plus tant elles sont nombreuses, les campagnes de mobilisation pour le sevrage tabagique, on lit même sur les paquets de cigarettes que « fumer tue ».

Peut-on être plus clair ? Et comme une image vaut mieux que mille mots, nous trouvons sur ces mêmes paquets une photographie illustrant les conséquences dramatiques de la cigarette : trachéotomie, poumon noirci et racorni par le goudron du tabac, tumeur maligne bourgeonnante, patient défiguré suite à une opération mutilante d'un cancer de la bouche…

Parfois, certains fumeurs connaissent des gens dans leur entourage plus ou moins proche, qui sont eux-mêmes morts du tabagisme.

En un mot comme en cent : tout le monde sait que la cigarette tue.

Si autant de preuves accablantes ne parviennent à discréditer la cigarette aux yeux des fumeurs, c'est donc qu'il se passe quelque chose de l'ordre de la *perception subjective* qui endort leur méfiance. Qu'est-ce qui fait que l'on peut continuer délibérément quelque chose qui tue ?

Certainement que le caractère addictif du produit toxique y est pour quelque chose. Mais comme arrêter de fumer est possible malgré l'inconfort relatif que certains peuvent ressentir pendant quelques heures, le temps physiologique pendant lequel l'organisme annule la dépendance, c'est qu'il y a autre chose que la simple addiction au produit.

LE POINT DE BASCULE : LA PERCEPTION SUBJECTIVE

Nous en revenons à un principe de base sur lequel s'appuie l'hypnose : la réalité est déformée par une perception subjective.

Cette perception subjective est entretenue par un ensemble de fables que se raconte le fumeur : la cigarette me détend. Fumer me stimule. Fumer m'aide à rester mince. Fumer me tient éveillé. Fumer me relaxe. La cigarette est ma meilleure amie, elle ne m'a jamais laissé tomber. Fumer m'aide à lutter contre la constipation. Fumer ne peut pas être aussi mauvais qu'on le dit. J'ai une constitution génétique solide. Fumer me permet de contrôler mon appétit… Et la liste est longue.

e beaux **mensonges**

Ces prétextes ne sont que de beaux mensonges que l'on se raconte à soi-même. Car si l'on interroge les fumeurs et qu'on les pousse dans leurs retranchements, il se passe un moment tout à fait palpable où les masques tombent et la comédie ne tient plus : « oui », disent-ils, « je sais bien que c'est mauvais pour moi et que je dois vraiment arrêter. » Ce ne sont plus des arguments d'ordre économique (le prix du paquet augmente d'année en année) ni des considérations d'ordre esthétique (les doigts et les dents jaunies par la nicotine) qui sont évoqués. L'espace d'un instant, il est admis que la cigarette est un poison mortel que l'on s'inocule volontairement et régulièrement dans la journée, en toute connaissance de cause.

Fumer revient à jouer à la roulette russe. Un fumeur pourrait très bien se voir diagnostiqué demain un cancer du poumon et ne pas vivre plus de quelques mois. Inutile de prétendre que cela n'arrive qu'aux autres et que l'on sera l'exception à la règle : fumer tue chaque jour nombre d'individus, toutes classes socio-économiques confondues, à n'importe quel âge, et par de nombreux biais. Tumeur maligne des poumons mais aussi des lèvres, de la bouche, de la langue, de la gorge, de la vessie, infarctus du myocarde, infarctus cérébral… La liste, là encore, est tristement longue, sans parler des pathologies qui sont indirectement favorisées par la cigarette et qui ne se seraient jamais déclenchées sans le tabagisme.

Pour arrêter de fumer, il est nécessaire une fois encore de *coller à la réalité*. Cela implique de cesser de vivre dans un monde merveilleux dans lequel la cigarette aurait des pouvoirs magiques (qui tantôt détendraient, tantôt stimulerait, tantôt faciliteraient le lien social), et surtout ne serait pas le poison qu'elle est vraiment.

Pour guérir, il faudra donc volontairement et honnêtement *passer d'une représentation à une autre*.

UNE AUTRE REPRÉSENTATION

Si j'ai choisi l'exemple du sevrage tabagique, c'est parce que dans ce contexte, le levier motivationnel le plus efficace que l'on met en évidence est l'envie de vivre. Si le fumeur voit la cigarette comme un tueur, et s'installe vraiment dans cette perception, le sevrage se fait radicalement, même s'il n'est pas facile.

Si vous installez la perception selon laquelle une seule bouffée de cigarette vous est fatale et vous tue sur le champ, il est fort probable que vous ne porterez plus jamais une cigarette à vos lèvres. Cela peut demander une certaine vigilance au début, puis l'habitude sera prise et vous n'y penserez même plus.

Cet exemple peut faire sourire, pourtant il traduit parfaitement la perception dans laquelle se placent nombre de fumeurs que j'ai croisés en tant que médecin, et qui arrêtent du jour au lendemain.

> ***Vos motivations pour atteindre votre but doivent être supérieures à vos motivations pour continuer à vivre ce que vous vivez actuellement.***

Mais pour s'installer dans cette perception, il faut faire ce qu'il y a à faire. La première des conditions est de *vouloir faire ce qu'il faut pour arrêter*. L'hypnose n'agit pas dans le sens où elle vous force à faire quelque chose que vous n'avez pas envie de faire. En revanche, l'hypnose vous aide à faire ce que vous ne parvenez pas à faire malgré votre bonne volonté. L'hypnose permet de défaire les liens qui vous attachent à de fausses représentations des choses pour vous installer dans une perception qui sert mieux vos intérêts.

Pour faire cette expérience, vous devez le vouloir vraiment.

Vous devez prendre dès maintenant la responsabilité de faire ce qu'il y a à faire pour changer. Pas demain. Pas dans quelque temps. Maintenant.

Vous pourriez évaluer vos motivations en vous demandant : pour quelles raisons est-ce que je veux atteindre mon objectif ? Est-ce que c'est vraiment important pour moi ? Si ce n'est pas le cas, est-ce que je me moque vraiment de continuer à fonctionner comme je fonctionne aujourd'hui ? Est-ce que fonctionner comme je fonctionne aujourd'hui me rend heureux et me plaît ? Est-ce que fonctionner comme je le désire (atteindre mon but) me rendra plus heureux ou me plaira bien plus ?

Il arrive parfois que les personnes ne changent pas, parce qu'elles n'ont tout simplement pas réellement pris la décision de changer maintenant. Et si vous ne vous êtes pas décidé, c'est que vous avez encore des croyances qui vous empêchent de prendre cette décision radicale. Ce pourrait être la croyance que vous n'y parviendrez pas. Mais comme dans l'exemple de la cigarette, si changer était une question de vie ou de mort, hésiteriez-vous un instant ?

> ***Si vous décidez de mettre en application l'autohypnose, passons, vous et moi, un marché, dès maintenant : vous ne parlerez à personne de votre travail.***

Avez-vous plus à perdre en essayant de changer, qu'en n'essayant pas ?

Il est inutile de répandre autour de vous votre projet d'autohypnose. En procédant ainsi, vous pouvez supprimer le regard d'autrui sur votre réussite ou votre échec prochain. Il ne reste plus que votre propre regard sur vous-même.

Si vous vous engagez dans un travail d'autohypnose, vous prenez le risque de réussir. Si vous échouez, vous ne serez pas plus déçu que vous ne l'êtes aujourd'hui, alors que vous êtes toujours figé dans la situation qui vous pose problème.

Si vous réussissez, vous gagnez tout. Y compris la reconnaissance de vos proches que quelque chose a changé en vous, ou qu'« *enfin, comment as-tu fait pour… ?* »

Le gros lot.

Pour être très clair, s'il ne vous est plus possible de continuer à faire comme vous faites aujourd'hui, et parce que vous voulez continuer à vivre de nouvelles expériences, il ne sera pas très difficile de changer.

Mais encore une fois, ceux qui ont changé ne se posent pas la question. Ils se sont installés radicalement dans le changement, et l'ont épousé heure après heure, jour après jour, jusqu'à ce qu'il devienne un nouveau mode de fonctionnement.

Et vous ? Quel est votre levier motivationnel ?

Une fois que vous l'aurez trouvé, vous obtiendrez des résultats magiques, quelle que soit la technique d'hypnose que vous utiliserez : ce sera la petite poussée qui s'exercera sur le levier et qui fera radicalement basculer votre existence.

LA TECHNIQUE DE L'AMPLIFICATION DES RESSOURCES

Vous avez choisi un but.

Vous êtes vraiment motivé pour l'atteindre, car vous serez vraiment plus heureux une fois votre objectif atteint.

Puisque vous allez travailler seul à votre propre transformation, nous pourrions travailler de deux façons.

Première option

Mobiliser une énergie conséquente pour réaliser un changement radical. Cette façon de faire peut se conclure de deux façons : vous parvenez à changer de façon radicale, et c'est tant mieux.

Vous ne parvenez pas à changer et vous amplifiez ainsi votre perception, selon laquelle vous ne pouvez rien faire pour résoudre votre problème.

Vous voici de retour à la case départ, bien plus mal que vous ne l'étiez auparavant, puisque vous avez nourri votre croyance selon laquelle vous ne pouvez changer.

Seconde option

Mobiliser une énergie raisonnable pour réaliser un petit changement tellement accessible qu'il est presque certain que vous pourrez l'atteindre.

Le succès se construit alors en prenant appui sur des actions en apparence insignifiantes qui semblent produire d'invisibles résultats. Ces actions sont faciles à intégrer par l'autohypnose.

Nombreux sont ceux qui désirent un résultat radical et immédiat. Ces personnes abandonnent souvent le travail de changement en cours de route car elles ne voient pas venir les résultats espérés.

etit à petit…

Si vous avancez par étapes, en visant un petit changement à chaque fois, l'énergie que vous aurez mise en route en commençant à changer va s'accumuler à vos ressources. Vous allez alors vous rendre compte que vous êtes capable de continuer à évoluer vers votre objectif, car vous éprouverez du plaisir à constater que vous êtes capable de continuer à changer.

C'est cette seconde approche que nous utiliserons. Ainsi, vous aurez mis toutes les chances de votre côté pour progresser.

Première étape : faites un état des lieux

Tracez trois colonnes.

Dans la **première** colonne, décrivez la situation telle qu'elle est aujourd'hui.

Dans la **troisième** colonne, décrivez la situation *réaliste* telle que vous la désirez dans le futur.

Dans la **deuxième** colonne, décrivez un petit changement qui vous semble *accessible dès maintenant* et qui irait dans le sens de votre objectif.

> Choisissez le petit changement qui vous semble accessible et appliquez le protocole d'autohypnose du changement évolutif ci-dessous pour commencer à l'actualiser dans votre quotidien.

Deuxième étape : autoévaluez-vous

Comme vous êtes seul embarqué dans l'aventure, il va falloir être d'une rigoureuse honnêteté envers vous-même pour ne pas vous fourvoyer, ni perdre votre temps.

Évaluez après chaque exercice d'hypnose…

… L'indice de confiance dans l'exercice réalisé, de 1 à 10 :

– 1 : vous pensez qu'il ne s'est rien passé ;

– 10 : vous sentez qu'il s'est passé quelque chose pendant l'exercice.

… L'indice de bénéfice de l'exercice pratiqué au bout de quinze jours de pratique, de 1 à 10 :

– 1 : les choses n'ont pas bougé depuis l'exercice ;

– 10 : les choses ont changé depuis l'exercice.

Notez vos progrès.

Tenez un journal de vos « indices de confiance ».

Soyez honnêtes avec vous-même.

Cet outil simple est un *feedback* honnête, qui guide vos progrès.

Protocole 1 - Votre programme quotidien d'autohypnose : l'exercice de base

Considérez que l'hypnose est un mode d'emploi pour apprendre à utiliser certaines fonctions de votre système nerveux que vous n'utilisez pas habituellement.

Par l'hypnose, vous prenez le contrôle de l'ordinateur le plus perfectionné au monde : votre cerveau.

Si l'on enregistrait l'activité de votre système nerveux pendant que vous faites ces exercices d'hypnose, on remarquerait des changements robustes et reproductibles dans votre activité cérébrale.

Nous pourrions dire que par l'hypnose, vous allez réinitialiser votre système nerveux[1].

Vous êtes né fluide, plastique et souple. Vous êtes venu au monde avec une capacité d'adaptation au monde environnant tout à fait remarquable. Votre système biologique a été créé pour s'orienter en tout temps et en permanence vers la guérison, la réparation, la cicatrisation, l'adaptation.

Cette faculté, vous la partagez avec tous les êtres vivants. Pourtant, votre pensée rationnelle, votre besoin de contrôler et de comprendre les choses a tendance à réduire la capacité d'évolution spontanée de votre organisme.

Permettez-moi de répéter : votre corps, votre système nerveux, votre cerveau, la totalité de votre organisme biologique a été programmé dès la naissance pour s'adapter, évoluer et se réparer tout au long de la vie.

C'est la fonction première de la vie : proliférer et s'adapter.

C'est la raison pour laquelle, lorsqu'on se coupe, la peau cicatrise toute seule. Cela est vrai que vous soyez âgé d'une semaine ou de quatre-vingt-quinze ans.

C'est aussi la raison pour laquelle lorsque quelque chose dysfonctionne dans le corps, l'ensemble de l'organisme cherche un moyen de maintenir l'homéostasie, c'est-à-dire de maintenir un équilibre de sorte que la vie continue à circuler dans chacune de vos cellules le temps que l'organe qui dysfonctionne soit réparé.

Parfois, pour des raisons diverses et variées, ce cercle vertueux semble s'enrayer. L'humain rencontre alors des difficultés. Certaines semblent même insurmontables tant elles durent ou tant elles sont violentes et graves.

Pourtant, la capacité du corps à tendre vers la vie est *toujours présente*.

LES CROYANCES ACQUISES CONDITIONNENT NOS POSSIBLES

Chaque expérience d'hypnose, et en particulier l'exercice de base que vous allez pratiquer dans quelques minutes, rend au système nerveux la souplesse nécessaire pour remodeler les croyances limitantes. Si notre cerveau fonctionne comme un ordinateur, nous pourrions dire que les croyances sont les programmes qui permettent d'exécuter telle ou telle action. Les croyances sont ce qui nous permet de réaliser des choses et aussi ce qui nous empêche d'en réaliser d'autres, et nous empêchent parfois d'essayer.

Mais nous parlons ici d'un type particulier de croyances. Il ne s'agit pas de croire en quelque chose en dépit de toute preuve matérielle, comme on

peut croire en un dieu sans en avoir la preuve matérielle. Il s'agit de croyance en tant qu'expérience acquise, c'est-à-dire assimilée comme *connaissance expérientielle*.

a connaissance expérientielle

Cette notion est capitale : ce que nous accumulons comme expérience personnelle constitue une connaissance qui ouvre sur un champ de possibilités ou d'impossibilités. C'est précisément cette conviction profonde, basée sur nos expériences passées, qui conditionne nos gestes et nos actes. Nous nous comportons de telle ou telle manière parce que nous *savons* que nous pouvons nous comporter ainsi. Nous n'essayons même pas de changer ou de nous comporter autrement parce que nous *savons* que nous ne le pouvons pas.

EN RÉALITÉ, NOUS NE LE SAVONS PAS

Nous savons que dans le passé nous avons réussi à faire telle chose et échoué à faire telle autre. C'est à partir de ces expériences du passé que nous avons tendance à généraliser nos aptitudes et nos inaptitudes. Le problème réside dans le fait que nous ne savons pas si nous pouvons faire quelque chose si nous n'essayons pas.

À titre d'exemple, si je fais de façon répétée l'expérience selon laquelle je peux nager un maximum de 500 mètres avant d'être fatigué, j'ai tendance à généraliser cette expérience en me disant que je ne peux nager guère plus loin que 500 mètres : « je me fatigue à partir de 500 mètres ». Pourtant, il existe bien des raisons qui pourraient me pousser à voir les choses autrement. Je sais par expérience que mon corps est capable de nager 500 mètres. Voilà la conviction que j'entretiens, qui est une connaissance née de l'expérience d'avoir nagé facilement 500 mètres à plusieurs reprises. Ce n'est pas une croyance. C'est un savoir. Je sais peut-être aussi, par expérience, qu'il fut un temps où je ne pouvais pas tout à fait nager 500 mètres. J'ai accumulé l'expérience selon laquelle en m'entraînant, mon corps a pu progresser dans la nage. Je sais, par cette connaissance, que le corps est capable de progresser.

Si je ne sais pas si je suis capable de nager un kilomètre, je peux, en revanche, m'appuyer sur le savoir certain selon lequel mon corps peut évoluer et gagner en force, et en endurance.

Si des croyances limitantes, telles que « je suis trop vieux pour progresser » ou « à cause ma hanche, je ne peux pas nager », ne viennent pas entraver ma perception précédente, ou si au contraire j'use d'autres croyances pour gonfler la perception du progrès possible (« j'ai un ami plus vieux que moi qui continue à progresser », « un kilomètre, ce n'est rien en natation, c'est tout à fait accessible »…), alors j'ai de fortes chances de transformer ma *perception de ce que je peux faire* ou ne pas faire.

L'idée sous-jacente est la suivante : nous n'essayons quelque chose de nouveau que si nous avons la conviction qu'il existe une possibilité même minime que nous pouvons y arriver.

L'exemple peut paraître simpliste, mais il illustre assez bien comment nous nous limitons et n'envisageons que rarement d'élargir le champ de nos possibles. Combien de fois avez-vous renoncé à suivre un régime parce que « vous savez bien que vous craquez toujours » ou que « vous êtes d'une constitution à prendre du poids » ? Combien de fois avez-vous renoncé à essayer d'arrêter de fumer parce que « de toute façon vous replongez toujours » ? Combien de fois avez-vous essayé de vous imposer en réunion pour faire machine arrière puisque « vous savez que de toute façon cela fait des années que vous fonctionnez comme ça, ce n'est pas maintenant que cela va changer » ?

Comment changer ces programmations, ces connaissances, ces convictions dès lors qu'elles semblent irrémédiablement ancrées dans nos fonctionnements quotidiens ? Il existe, en réalité, plusieurs voies possibles.

PLUSIEURS VOIES POSSIBLES…

La plupart des techniques de développement personnel, si l'on en décortique la mécanique, consistent à changer ce que la personne pense possible ou non. Notre nature humaine fait que nous n'essayons presque jamais de faire ce qui nous semble hors de notre portée.

Des techniques de travail sur les changements des croyances, comme dans certains protocoles que propose la PNL, sont efficaces. La difficulté consiste à manier suffisamment bien l'outil pour cibler les bonnes croyances à l'origine de la difficulté.

D'autres thérapies reposent sur le démantèlement systématisé et organisé des croyances limitantes du patient, par le biais de la logique et la raison.

aison et **émotion**

L'erreur est toujours la même : *la raison est à mille lieux de l'émotion*. La *connaissance* de nos capacités et de nos incapacités est d'une nature profondément *émotionnelle*. La raison n'y fait rien. J'aurai beau me répéter 1001 fois que « je peux nager 1 kilomètre », cette belle phrase n'aura pas le moindre effet sur moi à moins que quelque chose en moi ne bouge et qu'au niveau émotionnel j'intègre l'idée que *c'est possible pour moi*.

Voilà pourquoi la pensée positive n'a que des effets limités ou peut même parfois provoquer l'inverse de ce qui est affirmé : « je suis calme » répété *ad nauseum* peut générer un conflit émotionnel en mettant un patient devant le fait accompli de son impulsivité, et produire ainsi l'effet inverse de celui recherché. De même, se dire « je mange en petites quantités et je me sens rassasié » peut inciter à porter son attention sur la fringale permanente et le constat que « décidément, je n'y arrive pas ». Ce qui est intégré émotionnellement comme capacité n'est pas ce qui est désiré (je mange en petites quantités et je me sens rassasié) mais *ce qui est vécu comme expérience* (j'ai toujours faim et je me goinfre en permanence).

Et si nos *expériences vécues* donnent naissance à nos croyances limitantes, c'est bien parce que c'est *par le corps* que s'installe la *véritable connaissance*.

C'est par le corps que nous apprenons. La connaissance qui passe par la chair est la connaissance qui reste gravée en nous, au travers de l'interface des cinq sens et intégrée dans le système nerveux, et qui influence à jamais nos gestes et nos actes. À moins qu'une nouvelle connaissance ne vienne élargir le champ des possibles.

Pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à regarder toutes ces choses que nous apprenons avec le corps et que nous n'oublions jamais. J'ai appris à faire du vélo à l'âge de 8 ans, je suis très rarement monté sur un vélo depuis. Mais si je me remets en selle demain matin, il ne me faudra que quelques minutes pour que mon corps se remette dans le mouvement, aussi aisément que si je n'avais jamais arrêté de faire du vélo.

De même, c'est parce que les gestes de la conduite sont intégrés au corps que je suis capable de reprendre une voiture et me rendre d'un point A à un point B tout en pensant à autre chose, même si je n'ai pas conduit depuis des années.

Mieux : parfois, en reprenant un geste que l'on n'a pas pratiqué depuis des années, on se surprend à l'exécuter avec encore plus d'élégance, comme si la chair avait continué à assimiler et faire sienne l'action en dehors de toute intervention de la pensée consciente.

L'apprentissage se fait par le corps, au travers du système nerveux, et la connaissance reste dans la chair.

Voilà pourquoi l'hypnose passe par le corps. Réinitialiser le système nerveux n'est pas seulement une belle métaphore : en faisant l'expérience de l'hypnose, le corps retrouve un fonctionnement premier libéré des programmations et des apprentissages de ses nombreuses années de vie. L'hypnose permet à l'homme de se réduire à la sensorialité première, généralisée, dans laquelle le corps n'a rien d'autre à faire que de vivre.

Pendant la transe, la chair retrouve un fonctionnement vierge de tout conditionnement. Cette expérience n'est pas et ne peut pas être conscientisée (sinon, ce ne serait plus une expérience de sensorialité généralisée), mais nul besoin qu'elle le soit puisque c'est bien dans le corps que se jouent les drames de nos succès et de nos échecs. C'est la raison pour laquelle il est tellement inutile de passer des heures et des heures à convaincre les patients que l'hypnose marche. Ni même à discourir sur le comment elle marche. À ceux qui viennent nous voir en demandant à comprendre d'abord avant de faire l'expérience, nous disons : faites l'expérience d'abord, et plus tard, si vous y tenez toujours, nous parlerons du pourquoi et comment vous avez changé. Le plus

souvent, une fois que les patients vont mieux, ils ne se préoccupent absolument plus du pourquoi, ni du comment.

> ***Par l'hypnose, la chair oublie : elle redevient vierge de toute croyance et se met un instant à rêver à de nouveaux possibles.***

L'hypnose, même si elle est une expérience temporaire, permet de réinitialiser le système nerveux humain. C'est bien cette réinitialisation, même temporaire, qui rend l'imprégnation des croyances moins certaine.

Débarrassé pendant un instant de la connaissance viscérale de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas, le corps s'ouvre à de nouvelles alternatives.

Il suffit de cette brèche, ou mieux encore de sa répétition, pour donner à des alternatives expérientielles l'opportunité de s'installer dans cette chair neuve et avide d'expériences.

Voilà donc l'expérience de l'autohypnose : veiller à entretenir une souplesse dans le système nerveux, de sorte que la perception ne se fige pas en des possibles prédéterminés, mais au contraire, qu'elle reste ouverte au plaisir de l'expérimentation de nouvelles limites, de nouvelles expériences, et continue ainsi à développer une vie riche en succès et en échecs.

PROTOCOLE 1 : L'EXERCICE DE BASE

L'exercice ci-dessous est l'exercice de base qui vous permettra de *potentialiser*, quotidiennement, la capacité à rétablir l'équilibre dans votre fonctionnement en tant que vivant.

C'est un exercice qui permet à la vie de circuler et de s'exprimer en vous.

C'est un exercice qui vous permet d'utiliser la capacité d'homéostasie du corps, du système nerveux, du cerveau, et de rétablir ainsi un mieux-être *immédiat*.

Vous n'avez pas besoin de souffrir d'un problème précis pour réaliser cet exercice. Au contraire : autant cet exercice participe à la guérison

naturelle de votre corps et de votre esprit, autant il constitue également un incroyable exercice préventif pour éviter que la mécanique s'enraye.

Il vous est donc conseillé de pratiquer cet exercice au moins une fois par jour, au moment qui vous paraîtra le plus adapté, avec ou sans autre programme d'autohypnose associé.

Prenez la position la plus adaptée, celle qui vous convient, celle qui vous plaît. Si vous vous endormez, cela n'a pas d'importance, vous vous réveillerez naturellement. Mais essayez de rester vigilant tout au long de l'expérience, et d'être vraiment présent à l'exercice.

Réalisez l'exercice de base : dans la peau d'un arbre

Asseyez-vous ou allongez-vous.

Posez votre corps et imaginez que vous faites un pas en arrière pour le laisser là où il est.

Vous laissez le corps, vous le déposez, et vous l'observez si vous le souhaitez, mais vous ne faites rien d'autre que de l'observer.

Ne cherchez pas à détendre le corps, ou à faire quoi que ce soit.

Cet exercice va commencer à s'activer lorsque vous vous installez dans une passivité totale. Vous devez, à partir de maintenant, laisser le corps fonctionner en pilotage automatique.

Laisser le corps s'autoréguler.

Laisser le corps peser.

Poser le corps.

Ne pas se relaxer.

Le laisser faire.

Le laisser faire comme ça se fait.

Peut-être bien, peut-être mal.

Ça fait comme ça peut.

Une chose est sûre, la vie circule.

Vous êtes vivant.

Sentez que malgré les problèmes, vous vivez.

Vous êtes là et vous vivez.

Ressentez intensément cela : vous êtes vivant. En tant qu'organisme biologique.

Avec ses qualités et ses défauts.

Ses forces et ses faiblesses.

Votre corps vit.

Et il se répare tout seul.

Il s'autorépare.

Vous n'avez pas besoin de le sentir, prenez-en simplement conscience. C'est une réalité contre laquelle vous ne pouvez rien : malgré vous, votre corps se répare en permanence.

Mais pour cela, vous n'avez pas besoin de savoir ce qu'il répare.

Il y a toujours quelque chose à réparer.

Vous n'avez pas besoin de savoir ce qu'il est en train de réparer.

Ni comment il répare.

Surtout pas.

La seule chose que vous ayez à faire, c'est de cesser de vous mettre en travers de son chemin en cherchant à contrôler son fonctionnement.

Et de le laisser se faire comme ça se fait.

Vous laissez tout fonctionner en pilotage automatique.

Comme un arbre.

L'arbre ne pense pas.

Il est posé. Et il laisse les choses fonctionner comme elles fonctionnent.

Et si une branche est blessée…

… La sève circule, la vie circule, et va cicatriser et réparer l'arbre.

Et les saisons passent et si l'arbre gèle, les feuilles tombent.

Il reste vivant malgré tout.

Là, à l'intérieur, ça vit.

Sentez le principe de vie.

Et quand le printemps revient, eh bien la sève circule à nouveau.

La vie circule et les feuilles poussent à nouveau.

Et les fleurs fleurissent, les fruits poussent…

Vous êtes comme l'arbre : posé. Et vous laissez faire les choses.

Ce qui doit se faire se fait. Ce qui peut se faire se fait.

Mais ça se fait à condition que vous n'interveniez pas.

C'est paradoxal, n'est-ce pas, mais c'est ainsi que fonctionnent vos mécanismes de réparation les plus profonds.

Votre programme d'autohypnose : **atteindre votre objectif**

Vous venez d'apprendre à réinitialiser votre système nerveux. Considérez cela comme la défragmentation du disque dur de votre ordinateur interne.

Cette expérience vous permet également de remettre un peu de souplesse dans vos habitudes et vos fonctionnements.

Si vous souhaitez réaliser un changement spécifique dans vos habitudes, l'exercice de base est l'expérience qui vous permettra de rendre vos anciennes programmations suffisamment souples et labiles pour que vous puissiez, volontairement, les remplacer par de nouveaux programmes (nouvelles habitudes) que vous aurez délibérément choisi d'installer dans votre vie.

Vous pouvez essayer plusieurs des protocoles qui suivent pour atteindre un même objectif, mais en dehors de l'exercice de base, n'utilisez pas plus d'un protocole par jour. Vous devez vous laisser le temps d'observer votre quotidien pour être attentif aux changements qui s'installent.

PROTOCOLE 2 : RESTER IMMOBILE

Cet exercice est une variante de l'exercice de base. Son objectif est de vous accompagner dans la tranquillité, l'indifférence, la stabilité, le « laisser faire ».

Réalisez une variante : immobile comme une statue

Asseyez-vous.

Le dos droit. Les mains sur les cuisses.

Fermez les yeux.

Imaginez que vous êtes une statue.

Vous êtes une statue faite d'un matériau très dense. Peut-être un métal précieux, de l'or pourquoi pas, ou peut-être du marbre, ou toute autre matière de votre choix.

Imaginez que votre corps est fait de ce matériau. Vous êtes solide. Lourd. Vous pesez lourdement. Imaginez maintenant que vous êtes une statue, sur son socle, exposée à l'extérieur.

Ressentez que dans l'immobilité il y a le calme. Tout est calme. Vous êtes tellement massif que rien ne peut vous faire bouger. Vous êtes solidement ancré sur votre socle. Imaginez qu'il y a des intempéries. La neige, la pluie, le vent, la grêle, le soleil… Rien ne vous affecte. Quelles que soient les perturbations autour de vous, les gens ont beau courir se mettre à l'abri, vous êtes impassible. Immuable.

Ressentez l'impassibilité. L'aspect immuable de votre nature : les perturbations glissent sur vous.

Rien ne vous affecte.

Ressentez cette calme indifférence.

PROTOCOLE 3 : FAIRE COMME SI

Voici un exercice idéal pour adopter un nouveau comportement, ou pour changer une habitude.

Inventez-vous un rôle

Choisissez une qualité que vous aimeriez posséder. Ce peut être le calme, l'assurance, la gentillesse, l'imperturbabilité, le courage, savoir imposer vos points de vue…

Mais aussi être non-fumeur, faire du sport quotidiennement avec plaisir…

Pour être bien sûr de modéliser le comportement ou l'attitude nouvelle que vous voulez adopter, essayez de trouver dans votre environnement une personne qui est une parfaite illustration de ce vers quoi vous voulez tendre.

Utilisez l'hypnose : après une induction de votre choix, voyez-vous de l'extérieur avec le même comportement, les mêmes gestes que votre modèle.

Puis, lorsque cette modélisation vous semble correcte, toujours en hypnose, plongez à l'intérieur de vous-mêmes et voyez-vous vivre le nouveau rôle au travers de vos propres yeux.

Vous devez ressentir du plaisir ou de l'excitation à jouer ce nouveau rôle.

Lorsque c'est le cas, votre entraînement hypnotique est terminé. Il est temps de passer de l'imaginaire au réel.

Vous allez maintenant jouer l'acteur.

Vous allez jouer le rôle de ce personnage nouveau que vous voulez être.

Vous allez, pour commencer, vous entraîner pendant une demi-journée. Choisissez celle-ci et lorsqu'elle commence, comportez-vous comme si vous étiez ce nouveau vous. Imaginez, si cela vous aide, que vous êtes un réel acteur sur un plateau de cinéma et que vous entendez le clap du tournage ; « action ! », entendez-vous.

À partir de cet instant, comportez-vous sans réfléchir, comme ce personnage le ferait. Vous devez prendre votre métier d'acteur très au sérieux. Comment les acteurs font-ils pour se fondre dans le personnage ? Peut-être pouvez-vous lire quelques interviews de vos acteurs favoris qui ont été récompensés pour des rôles difficiles à interpréter. Notez combien ils s'immergent dans le personnage en observant ou passant du temps avec des gens qui possèdent des caractères de la personne qu'ils veulent devenir.

Ils observent les gestes, la posture, les mouvements. N'oubliez pas que l'attitude physique est capable d'influer sur votre état émotionnel.

Si vous voulez avoir plus d'assurance, observez les gens qui dégagent une calme assurance : ils se tiennent droit, le regard fier, posé, tranquille. Voyez comme ils se déplacent.

Puis, jouez votre rôle d'acteur et imitez le personnage.

Une fois que votre personnage vous semble bien construit, et que votre demi-journée de répétition vous semble concluante, il est temps de jouer.

Chaque jour, avant de commencer votre journée, prenez une pièce : tirez à pile ou face.

Pile : vous vivez votre journée comme de coutume.

Face : vous êtes votre nouveau personnage.

Jouez à cela pendant une semaine.

À la fin de la semaine, voyez comment vous vous sentez : avez-vous pris du plaisir à devenir quelqu'un d'autre ?

Vous êtes-vous amusé ? En principe, c'est ce que vous devriez ressentir après une semaine de jeu. Il est possible qu'avant d'être confronté à certaines situations, votre cœur s'emballe un peu à l'idée de devoir vous comporter différemment. Mais si vous jouez le jeu, si vous voulez vraiment prendre le risque de changer, vous verrez que le plaisir que vous aurez à vous voir capable de vous comporter différemment face à des circonstances qui autrefois posaient problème, va prendre le dessus et devenir votre principale motivation à poursuivre l'expérience.

Alors viendra ce moment où vous trouverez plus confortable et plus agréable d'adopter le nouveau comportement le plus longtemps possible.

Mais ne vous arrêtez pas là dans l'expérimentation.

Pour être certain que ce nouveau comportement vous convient, vous allez, un lundi matin, tirer à pile ou face, à nouveau.

Face : vous allez jouer le rôle pendant une semaine.

Pile : vous réadoptez votre ancien comportement.

L'expérimentation s'achève lorsque vous n'avez plus envie de jouer votre ancien rôle. Vous pouvez soit adopter intégralement le nouveau rôle et vous en délecter, soit – comme le font certains acteurs – prendre seulement quelque chose du nouveau rôle que vous avez joué et en enrichir votre personnalité.

Dans cet exercice, comme dans tous les autres, vous devez vraiment vous amuser. Jouer. Retrouver ce plaisir qu'ont les enfants à se plonger dans un jeu sans aucune réserve.

PROTOCOLE 4 : SE DÉTACHER D'UNE SENSATION

Cet exercice est très utile pour mettre toute la distance nécessaire entre vous et des sensations ou des émotions perturbatrices. Vous retrouvez alors la lucidité d'un esprit tranquille.

Réalisez une autre variante : se détacher d'une sensation

Utilisez une induction.

Ressentez l'émotion qui vous perturbe. Toute émotion est ressentie par le corps. Vous devez prendre un moment pour pouvoir bien localiser cette émotion dans le corps : est-ce dans le

thorax ? Est-ce dans le ventre ? Est-ce dans les jambes ? Les bras ?

Prenez le temps pour bien réaliser que l'émotion est dans votre corps.

Pas dans votre tête.

Une fois que vous aurez clairement localisé cette impression, même si elle est désagréable, voici ce que vous allez faire.

Réalisez de façon aiguë que le siège de votre pensée se trouve dans votre cerveau. Ressentez que vous, qui pensez, qui réfléchissez, vous vous trouvez dans la tête.

Vous allez prendre le temps de bien réaliser que vous, vous qui percevez, réfléchissez, vous vous trouvez dans la tête, tandis que l'émotion perturbatrice se trouve ailleurs dans le corps.

Tout se passe comme si vous étiez dans un phare, bien à l'abri (votre crâne) pendant qu'un orage (l'émotion) agite l'océan au loin (le corps).

Prenez le temps dont vous avez besoin pour bien mettre en place cette métaphore si elle vous aide. L'objectif est de comprendre qu'il y a une distinction claire entre le siège de votre conscience et les sensations pénibles du corps. Les deux ne sont pas mélangés.

Lorsque vous parvenez à bien distinguer le siège de votre pensée, c'est-à-dire là d'où vous lisez ces lignes : votre tête, de l'émotion qui se trouve dans une autre partie du corps, vous avez réussi l'expérience.

À présent, continuez à ressentir cette *distinction* claire entre le siège de votre conscience (la tête) et l'émotion (la partie du corps qui ressent l'émotion).

Si vous prenez le temps de faire cela, vous allez ressentir physiquement que l'émotion se dissout et se calme d'elle-même.

Cette expérience peut être utile également dans le cadre de douleurs physiques chroniques pour se détacher de celles-ci et en supprimer la dimension émotionnelle.

PROTOCOLE 5 : TECHNIQUE DU CHANGEMENT ÉVOLUTIF

Un exercice pour atteindre votre objectif.

Réalisez une autre variante, la technique du changement évolutif

Étape 1 : la détermination d'objectif

Sélectionnez votre but : quel objectif voulez-vous atteindre par l'hypnose ?

Est-ce réaliste ?

Prenez une feuille de papier. Tracez quatre colonnes. Dans la première, notez les éléments de votre problème actuel. Les choses que vous souhaitez changer.

Sur la seconde, notez les choses que vous voulez : mettez en contraste les éléments de la première colonne par son opposé.

Dans la troisième colonne, notez ce que vous faites déjà pour aller dans le sens de votre but.

Dans la quatrième colonne, notez ce qui vous semble accessible dès maintenant, c'est-à-dire les actions simples qu'il vous semble possible de réaliser dès maintenant pour vous rapprocher du but.

Si rien ne vous semble accessible, *si vous êtes vraiment bloqué, entrez dans l'hypnose* et ne faites rien de particulier. Laissez-vous faire l'expérience de la transe hypnotique pendant une vingtaine de minutes.

Puis reprenez l'exercice.

Étape 2 : l'hypnose

Entrez en hypnose par l'un des exercices d'induction de votre choix.

Choisissez un élément de la quatrième colonne. Utilisez votre imagination pour vous voir, en situation, réaliser cette action.

À présent, prenez le temps de vous voir dans la scène comme si vous y étiez vraiment. Voyez ce qu'il y a à voir, entendez ce qu'il y a à entendre, touchez ce qu'il y a à toucher. Rendez la scène aussi vivante que possible.

Ressentez bien que ce que vous êtes en train de faire dans cette scène est tout à fait accessible. Réalisable. Facile.

Si vous sentez la moindre la tension, ou que la chose vous paraît irréalisable, simplifiez l'action jusqu'à ce qu'elle vous semble accessible.

Mettez fin à l'expérience.

Étape 3 : mettez en application cette action dans votre quotidien

Faites-le dès maintenant, si possible. Prenez-vous au jeu. C'est une étape vers votre objectif. Mais c'est quelque chose d'accessible dès maintenant.

Au bout de quelques jours, reprenez votre tableau, et mettez à jour vos listes. Il est possible que votre manière de formuler vos objectifs change, ou que vous soyez différemment lucide dans votre manière d'aborder le problème. Ou encore, qu'une chose qui ne paraissait pas encore accessible la première fois le devient maintenant car vous avez commencé à changer.

Dès que votre tableau est réactualisé, reprenez l'exercice.

Le **principe**

Cette expérience d'hypnose, présentée sous la forme du protocole 5, est une expérience capitale qui peut vous permettre de réaliser de nombreuses choses. Mais il est important de préciser la mécanique qui sous-tend cet exercice. Pendant la transe hypnotique, l'expérience consiste non pas à rêver de façon naïve comment les choses se passeraient si le problème était résolu, mais d'éprouver viscéralement, honnêtement, émotionnellement, que l'action que vous virtualisez est tout à fait à votre portée.

À quoi ressemble cette émotion ? Comment déterminer si ce que vous envisagez dans le secret de votre esprit est accessible ?

L'évidence de l'émotion sera votre seul guide.

Un exemple peut vous aider à vous situer dans cette perception : l'illustration est caricaturale mais la nature de l'émotion n'en est pas moins différente.

Si je vous dis : « Pensez-vous là maintenant pouvoir vous lever et marcher sur un mètre, sans vous épuiser ? » Si vous ne souffrez d'aucune pathologie ou déficience motrice limitant votre périmètre de marche, la question appellera une franche réponse affirmative. *Notez l'émotion qui caractérise la conviction que l'acte est réalisable*.

Si je vous dis à présent : « Pensez-vous là maintenant pouvoir vous lever et marcher 100 kilomètres sans vous fatiguer ? » Notez l'émotion que suscite la question : elle est différente, et elle caractérise le fait que l'action en question ne vous semble pas ou peu accessible.

Il existe une sorte de radar interne, capable d'identifier les choses qui nous sont accessibles et celles qui ne le sont pas. Il s'agit d'un instinct présent en chacun de nous, qui existe pour toute chose considérée, et qui peut représenter un guide fidèle quant à ce qui est facile et ce qui ne l'est pas, entre ce qui est possible et ce qui reste hors de notre portée.

Ce guide intérieur est intimement associé à nos croyances. Croyances envers nos possibilités, nos impossibilités, nos ressources, nos forces et nos faiblesses. Nos croyances sont directement liées à ce que l'on voit faire, ce que l'on entend des possibilités des autres, et plus important que tout, ce que l'on expérimente soi-même. On pourrait dire que nos croyances sont un programme inscrit dans notre système nerveux. Parce que l'hypnose joue le rôle de remise à zéro de notre ordinateur interne, agissant comme une réinitialisation de notre disque dur biologique, elle permet précisément d'éliminer une croyance limitante et de se rendre disponible pour en accueillir de nouvelles.

Si vous décidez d'expérimenter honnêtement le protocole 5, vous découvrirez que, en passant par l'hypnose, ce que vous estimiez impossible devient possible. Vous aurez certes parfois à avancer étape par

étape, mais vous pourrez compter sur la remise à neuf par l'hypnose pour vous débarrasser, certainement à votre grande surprise, des conditionnements qui vous empêchaient même d'essayer d'élargir votre potentiel. Et quelle surprise lorsque vous vivrez le changement au quotidien ! Quand vous découvrirez que vous pouvez dire non à la carte des desserts, que vous pouvez dire adieu à la cigarette, que vous vous surprenez à aller courir comme on se brosse les dents, quand vous vous surprenez à dire non avec calme et aplomb, sans avoir l'impression de décevoir les autres ou de vous faire violence, quand vous vous surprenez à vous coucher le soir sans craindre l'insomnie en profitant du moment du repos même si le sommeil tarde à venir… Pour finalement vous laisser happer par lui.

Et il y a tellement d'autres choses que vous pouvez faire, dès lors que vous prenez le temps d'avancer à votre rythme, et que vous usez de l'hypnose pour élargir vos possibles tout en respectant votre individualité et vos spécificités.

Jusqu'à quel point **êtes-vous motivé ?**

Mettez en application le petit changement jusqu'à ce qu'il devienne une habitude.

appelez-vous

Vous cherchez à remplacer une programmation par une nouvelle programmation. C'est votre motivation à changer qui fera que vous aurez à cœur de répéter le nouveau comportement quotidiennement, d'autant que vous en retirerez du plaisir. Soyez aimable avec vous-même : ne soyez pas trop exigeant. Permettez-moi de le répéter car c'est important : *soyez gentil avec vous-même*. Soyez bien conscient que vous faites ce que vous pouvez. Vous êtes un humain, pas une machine. Vous allez certainement flancher, parfois tomber, et aussi vous poser des questions quant à vos capacités à évoluer. C'est normal. Je me permets encore de le répéter : *vous êtes normal(e)*.

> ***Si vous êtes patient avec vous-même, si vous prenez le temps de travailler à votre changement, vous êtes sûr de gagner la partie.***

Quand vous étiez enfant et que vous avez appris à marcher, vous êtes tombé plusieurs fois. Êtes-vous resté(e) au sol à vous plaindre ? Ou vous êtes-vous relevé(e) et relevé(e) encore et encore jusqu'à assurer quelques pas de façon stable ?

Imaginez-vous ce que serait votre vie si vous étiez resté au sol au premier ou au second essai ? Vous disant « c'est inutile, je ne parviendrai jamais à marcher. Autant rester par terre. »

Les deux obstacles au changement sont les suivants.

Ne pas essayer (il me semble que vous avez dépassé ce stade puisque vous lisez cet ouvrage, cela signifie donc que quelque chose en vous a soif de transformation, même minime).

Se décourager. Il est possible de se décourager en cours de route parce que les résultats tardent à venir. Pour pallier cela, prenez soin de ressentir du plaisir à chaque étape, de sorte que vous puissiez vous satisfaire de chaque petit changement. Si les petits changements eux-mêmes tardent à venir, tâchez de trouver du plaisir dans l'expérience même de l'hypnose, c'est-à-dire dans le plaisir à vous réserver une bulle de calme quotidienne, au milieu de l'agitation et des exigences que les autres vous imposent et que vous vous imposez à vous-même.

Il est possible aussi de se décourager lorsque l'on rechute dans l'ancien mode de fonctionnement. Cela peut arriver. Vous devez être franc et admettre que ce n'est pas un vrai retour à la case départ, car tout ce que vous avez mis en place jusque-là est valable. Même si vous avez repris la cigarette, vous n'êtes plus tout à fait le même. Vous n'êtes plus celui que vous étiez avant de vous lancer dans l'aventure de l'hypnose pour arrêter de fumer : votre système nerveux a appris. Il a appris à rester des heures sans fumer. Il a appris à commencer à lâcher la cigarette. Il a appris à vous rendre votre indépendance et votre volonté. Dès lors, tout à fait non consciemment, vous allez pouvoir vous appuyer sur ce que vous avez déjà réussi à faire. Et plus important que tout, vous allez vous appuyer sur la rechute pour évoluer plus loin : consciemment, cela se fera en identifiant

les facteurs qui ont fait que vous avez rechuté, et non consciemment cela se fera naturellement en continuant l'autohypnose au quotidien.

VOUS ÊTES MERVEILLEUX !

Si vous êtes honnête avec vous-même, si vous voulez découvrir quelle merveille de la nature vous êtes, car vous l'êtes ne vous y trompez pas, alors vous irez jusqu'au bout de l'aventure. Et au bout du chemin, vous pourrez vous asseoir, ressentir une grande satisfaction, une grande fierté, et vous saurez qu'à tout âge et à tout moment, il ne tient qu'à vous de continuer à élargir votre potentiel.

Un exemple vous permettra de mieux saisir la mécanique de cette expérience.

Étape par étape… Jusqu'à l'éclosion

Katherine, 56 ans, ne parvient pas à finir sa thèse.

Elle est en doctorat de Langues étrangères et travaille sur sa thèse depuis deux ans. Elle n'arrive pas à avancer.

Le retard qu'elle a accumulé génère chez elle une anxiété croissante, et à présent, la simple idée de s'y remettre et d'allumer son ordinateur déclenche chez elle palpitations et impression de malaise.

Lorsqu'elle consulte, je lui propose en hypnose de déterminer la première action qu'elle pourrait faire pour aller dans le sens de l'achèvement de sa thèse. En premier lieu, rien ne vient, si ce n'est l'inquiétude que génère l'immensité de la tâche à accomplir.

Je lui propose donc d'aller plus loin dans l'hypnose, et de laisser émerger quelque chose qui lui semble accessible.

Après quelques minutes de silence, il semble possible à Katherine de classer la documentation dont elle dispose déjà selon le plan de son projet.

Je lui propose de s'asseoir dans cette situation et de la vivre pendant quelques minutes dans l'hypnose, jusqu'à ce qu'elle soit certaine que cette étape lui est accessible.

Elle ressort de la séance apaisée.

Je lui demande, comme exercice d'autohypnose, de se mettre à la tâche le soir même, et les jours suivants, pour vérifier si son intuition était juste.

Une semaine plus tard, elle m'annonce fièrement qu'elle a pu classer ses documents. Elle s'est même surprise à ressentir un peu de fierté pour avoir réussi à retoucher, malgré un fond d'angoisse, à ces papiers qu'elle n'avait même pas le courage de regarder à nouveau.

Il faudra six séances d'hypnose pour que Katherine se sente capable d'écrire, jour après jour, une page.

Elle est consciente de la tâche qui l'attend, mais grâce à l'exercice d'auto-hypnose, elle a réussi à avancer étape par étape, sans angoisse.

Katherine a finalement réussi à écrire sa thèse. Elle me dira, après la remise de son diplôme, « je pense que l'hypnose m'a permis de me focaliser sur une étape à la fois sans être envahie par la sensation d'échec. »

Un exercice simplifié permet de tirer profit de notre radar intérieur du réalisable, et d'avancer une fois encore étape par étape.

Expérimentez un exercice simplifié, découvrez votre « radar à étapes »

Étape 1 : Posez votre objectif.

Qu'est-ce que vous faites déjà aujourd'hui, qui est vrai, et qui est une partie de l'objectif ou une étape ou une version simplifiée ? Si rien ne vous vient, trouvez une toute petite chose.

Étape 2 : Est-ce vraiment vrai ? Ressentez que c'est vrai. C'est une réalité.

Étape 3 : Appuyez-vous là-dessus : entrez en hypnose et vivez cette étape 2 en ressentant bien que c'est quelque chose de réel, de réalisable, de vrai, et de non imaginé.

Étape 4 : Appliquez dans votre quotidien cette petite étape en y portant toute votre attention. Vous allez vivre une plus grande facilité et un sentiment d'évidence à réaliser cet acte. Vous prenez conscience que vous êtes capable, déjà, de faire quelque chose en ce sens, même quelque chose de minime.

Étape 5 : Dès que vous vous sentez suffisamment solide, étendez votre expérience : entrez en hypnose. Comment pouvez-vous légèrement varier votre façon de faire de l'étape 2, de sorte de vous rapprocher un peu plus de votre objectif ?

Étape 6 : Attendez de ressentir que c'est accessible. Vous devez simplifier au maximum le changement de sorte qu'il soit vraiment facile. Visualisez-le. Vous devez en faire un scénario virtuel que vous vivez dans votre imagination pendant l'hypnose. Voyez au travers de vos propres yeux, entendez ce qu'il y a à entendre, touchez ce qu'il y a à toucher. Vous devez vous sentir tranquille en faisant cette expérience : ressentir que cela est tout à fait évident et accessible et ne génère aucune tension. Si vous sentez que « cela bloque », reprenez l'étape 5.

Si vous sentez que ce changement est accessible, vivez-le au travers de l'étape 4.

Dès que vous êtes parvenu à atteindre votre objectif, prenez le temps de répéter l'expérience en phase 4, et cette fois, félicitez-vous de constater que pour votre système nerveux, votre but est désormais quelque chose d'atteint, de reproductible, et d'évident.

Tout ceci est possible car vous avez avancé pas à pas en prenant appui sur la plasticité de votre perception.

Lorsque le changement sera naturel, vous pourrez reprendre à l'étape 5.

Un exemple clinique vous aidera à utiliser ce processus de façon concrète.

Tâtonner pour trouver le juste objectif

Sophie a 15 Kilos à perdre. C'est ainsi qu'elle pose l'objectif, avant même de s'asseoir dans le fauteuil d'hypnose.

Alors qu'elle s'est consacrée, après la première séance d'hypnose, à la pratique de l'autohypnose au quotidien, elle revient quinze jours plus tard en consultation. Elle admet qu'elle se sent moins anxieuse grâce à la pratique de l'exercice, bien qu'elle ait du mal à trouver le meilleur créneau dans la journée pour s'offrir la bulle de 10 minutes d'autohypnose nécessaire.

Au cours de la seconde rencontre, je demande à Sophie, une fois l'hypnose induite, de me décrire ce qu'elle fait aujourd'hui au quotidien et en pratique pour ne pas peser 20 kilos de plus. Sur son visage passe une expression de dégoût alors que derrière ses paupières fermées, ses yeux s'agitent de droite à gauche. Après quelques minutes elle me dit « il y a un moment où mon pantalon devient trop serré. Je me sens gonflée. Cela me coupe l'appétit car je culpabilise ».

Je propose à Sophie de porter toute son attention sur la sensation de gonflement, de ballonnement qui suit un gros repas, en se remémorant la dernière fois qu'elle a vécu cette expérience. J'insiste sur le fait qu'il n'est pas intéressant de ressentir de la culpabilité. Il est simplement utile de se concentrer sur ce qui déclenche effectivement l'arrêt du remplissage.

Après une bonne demi-heure de transe moyenne dans laquelle elle ressent jusqu'à l'insupportable cette sensation de dilatation qui caractérise l'après-repas et l'oblige à arrêter de se remplir, Sophie revient ici et maintenant. Elle est surprise par l'intensité des sensations éprouvées pendant l'expérience.

Je lui demande, dans les jours qui vont suivre, et le soir-même en réalité, d'être très attentive à cette sensation qui lui sert de déclencheur pour éviter de se remplir.

Une semaine plus tard, Sophie revient souriante en consultation. Elle confie que le premier soir, elle était tellement attentive à son corps et à son ventre qu'il lui était impossible de se remplir d'aliments jusqu'à la sensation de ballonnement. Elle se surprend donc elle-même à diminuer sa ration. Le lendemain hélas, dès le midi, prise dans la tourmente de l'agitation professionnelle, elle ne réalise pas qu'elle engloutit un paquet de gâteaux, plusieurs biscuits, et se sert plusieurs verres de soda entre ses nombreuses réunions et *debriefings*.

Le soir-même, dans le métro, elle culpabilise à nouveau et ressent une vive déception vis-à-vis de l'hypnose.

Pourtant, « perdu pour perdu » comme elle le dit en me racontant tout cela, Sophie décide en rentrant chez elle de rejouer le jeu : elle redevient attentive à son corps et détecte aisément la sensation de lourdeur et de ballonnement. La magie opère encore une fois, et la voici qui réduit sa ration alimentaire, sortant plus vite de table que de coutume, et s'activant à du rangement et du nettoyage pour remettre du mouvement dans son corps.

Lors de la troisième consultation, alors que je demande à Sophie ce qu'elle pourrait ajouter à cette astuce pour lui donner plus de force et l'aider à encore mieux contrôler la prise de poids, elle pouffe de rire et suggère, toujours sous hypnose et après de longues minutes de silence, de resserrer les crans de sa ceinture pour être plus sensible encore à la sensation de ballonnement.

Je conseille à Sophie de ne pas oublier que l'autohypnose constitue au moins la moitié du traitement hypnotique, et je l'incite à pratiquer, dans la journée, si elle a la possibilité de s'isoler dans un bureau, cinq minutes d'autohypnose par un exercice dont nous convenons ensemble.

Deux mois plus tard, Sophie a perdu trois kilos. Ce n'est pas énorme, mais, dit-elle : « c'est la première fois en un an que je perds du poids ».

Sophie a trouvé que l'autohypnose lui permettait de prendre du recul par rapport au stress du quotidien, et de ne pas se laisser submerger par l'agitation ambiante et l'esprit de compétition qui fait loi au travail.

Elle s'en félicite car ses patrons trouvent qu'elle est plus posée en réunion et que ses présentations sont de meilleure qualité.

Au cours de cette nouvelle séance d'hypnose, elle trouve un autre moyen d'exploiter cette sensibilité neuve au remplissage. Elle décide de passer en revue les aliments qui génèrent une impression de satiété, tels que le chocolat, le beurre, les glaces et le soda sucré. C'est donc elle qui fait le lien spontané et, lui semble-t-il, accessible entre la sensation de ballonnement qui suit un repas et l'impression de « lourdeur » conférée par certains aliments qui, dit-elle « la remplissent plus que d'autres ».

Deux mois plus tard, Sophie a perdu 8 kilos. Elle poursuit l'autohypnose quotidiennement, en rentrant du travail, pour « passer à autre chose » et entre midi et deux, si l'occasion se présente. Elle se sent moins anxieuse, moins perméable au stress. Elle a spontanément réduit sa portion alimentaire et reste attentive à la sensation de gonflement. Elle a en outre éliminé de son alimentation les sodas sucrés (ainsi que les *lights*) et le pain qui, dit-elle « la remplit trop vite pendant le repas ». Elle n'a pas éliminé les sucreries car elle se permet, en fin de repas, de manger un dessert en quantité raisonnable, tel qu'un carré de chocolat, un *cookie* ou un yaourt.

Elle ne pratique pas de sport mais sa nouvelle hygiène de vie lui convient merveilleusement bien.

Après une évaluation de sa motivation, il me semble qu'elle ne désire pas pousser plus loin. Elle confirme mon intuition, en me confiant que la perte de ces 8 kilos en six mois est pour elle quelque chose de tellement merveilleux et inespéré qu'elle ne veut pas « risquer de tout foutre en l'air en étant trop exigeante. »

J'applaudis cette lucidité et je l'accompagne dans notre dernière séance d'hypnose, au cours de laquelle je lui demande de vivre une journée normale avec sa nouvelle hygiène de vie, en prenant le soin de ressentir de façon aiguë chaque prise alimentaire, et d'être très attentive aux interrupteurs qui lui permettent de maintenir sa vigilance : la sensation de satiété, l'impression de lourdeur de certains aliments, et le plaisir de sa nouvelle image, ainsi que du calme nouveau qui l'accompagne dans son quotidien.

Avancer pas à pas en partant de ce qui est vrai revient à s'assurer de prendre appui sur un socle solide, afin de gravir une première marche. Si vous tombez, ou si la première marche s'écroule, vous ne risquez rien d'autre que de retomber sur votre socle.

C'est la capacité d'ouverture et de création de l'hypnose qui permet de construire de nouvelles marches, en prenant appui sur les expériences (ressources) précédemment acquises.

Le processus se répète jusqu'à ce que l'ensemble des ressources et expériences soient intégrées par le système nerveux.

Ce principe d'évolution écologique prend appui sur la souplesse acquise au travers de l'expérience hypnotique.

Cette dernière est intéressante car non seulement elle permet d'avancer pas à pas en décomposant les tâches à accomplir, mais elle permet surtout, par l'hypnose, d'installer une suggestion posthypnotique de réalisation de la tâche qui imprègne progressivement le corps.

PROTOCOLE 6 : CHANGER UN COMPORTEMENT

Cet exercice est spécifiquement adapté au remplacement d'un comportement par un nouveau mode de fonctionnement.

Expérimentez un changement de comportement

Prenez conscience de votre cinéma mental.

Choisissez un comportement que vous souhaitez changer. Vous avez dans votre cinéma mental un petit film qui représente ce comportement. Regardez ce film : c'est vous dans ce comportement que vous voulez changer. Vous vous voyez de l'extérieur, comme sur un écran au cinéma.

Identifiez les déclencheurs de ce comportement. Rembobinez. Identifiez-les à nouveau. Ressentez s'il y a un rapport de cause à effet.

Commencez par faire un autre film.

À présent, créez un film de vous avec le nouveau comportement destiné à remplacer le précédent.

Prenez le temps. Voyez-vous de l'extérieur : voyez vos gestes, entendez votre voix. Qu'est ce qui a changé ? En spectateur extérieur, posez-vous la question : qu'est ce qui est différent ?

Plongez maintenant dans la scène : c'est vous, vous jouez votre nouveau rôle dans cette scène. Soyez dans votre propre peau. Et posez-vous à nouveau la question : qu'est-ce qui est différent ?

Prenez conscience que ce nouveau film remplace l'ancien.

Reprenez le nouveau film et prenez soin de bien y intégrer les déclencheurs de l'ancien comportement, mais cette fois-ci ils enchaînent sur le nouveau film. La nouvelle version.

Ressentez de la satisfaction.

Répétez autant de fois que nécessaire.

PROTOCOLE 7 : LA RÉIFICATION

La réification consiste à transformer en chose le problème, et à en modifier certains attributs jusqu'à ressentir un soulagement.

Réifier vient du latin *Res*, chose et *Facere*, faire.

Nous réifions à chaque fois que nous utilisons des images ou des métaphores. L'astuce consiste à ne pas laisser la parole à l'esprit rationnel qui tend à donner une description objective du problème et de la réalité, mais de laisser s'exprimer la partie de nous qui aime jouer et raconter des histoires. C'est aussi cette partie de nous qui parle par analogie.

Par exemple, la façon la plus simple de chercher à réifier un symptôme consiste à utiliser la phrase « c'est comme si… »

Le « comme si » libère la parole métaphorique et encourage l'esprit de jeu, créatif et curieux.

À titre d'exemple, si je demande à un patient souffrant de hernie discale de se représenter son mal, il pourrait répondre : « Je me représente deux vertèbres qui écrasent un disque, qui devient rouge et inflammatoire. »

Ce n'est pas une réification. C'est faire appel à la connaissance et à la logique pour expliquer ce dont on souffre. Il en va de même si quelqu'un de phobique me dit « je ne représente comme être bloqué dans un ascenseur, qui ne peut plus sortir ».

Ces représentations sont trop proches de la représentation littérale des choses pour inviter au jeu.

Aussi dramatique que soit la situation, il est toujours possible de faire appel à cette partie de l'esprit qui aime imaginer. En homéopathie, il existe un dictionnaire des symptômes « comme si » d'une extraordinaire richesse, permettant à l'homéopathe d'être au plus proche de la représentation de ses patients.

Le *comme si* est le sésame qui permet de débrider cette part de nous qui n'ose pas se mettre en avant, tant la situation semble sérieuse.

Ainsi, notre douleur sciatique pourrait devenir « comme si on m'enfonçait un couteau chauffé à blanc dans le bas du dos, qui se soude à tout le bas de mon dos » et la phobie de l'ascenseur pourrait devenir « comme si

j'étais enfermé dans un cercueil en métal, avec des aiguilles pointées vers moi, et de tous petits trous pour sortir. »

La réification est donc un outil qui permet de travailler sur la représentation du problème, et non le problème lui-même.

C'est l'inspiration du *patient* qui donne la *bonne* métaphore.

Une fois la bonne représentation identifiée, on prend un temps pour en changer certains caractères, *dans la perspective d'un soulagement*.

Expérimentez la réification

Détermination d'objectif : vous devez cibler un problème ; il peut s'agir d'un blocage, d'une gêne, d'une mauvaise habitude, d'une pulsion…

L'hypnose : Utilisez un exercice d'induction de votre choix.

Une fois dans l'hypnose, laissez venir une représentation symbolique de votre problème en répondant vous-même à la question suivante :
– « mon problème, ce serait comme… »
– « s'il avait une forme ce serait…
– s'il avait une couleur ce serait…
– s'il avait une texture ce serait…
– s'il avait une température ce serait… »
– s'il avait un poids ce serait… »
– s'il avait un contenu ce serait… »

Au final, cette représentation doit vous donner le même *feeling* que lorsque vous pensez à votre problème.

Laissez votre intuition vous guider pour répondre. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Laissez-vous représenter votre problème comme un enfant fait un dessin ou comme un artiste sculpte la glaise : faites comme cela vient. Ressentez simplement que votre choix semble coller à peu près avec ce que vous ressentez.

Si vous ne parvenez pas à mettre en symbole, ou si votre réponse est trop ancrée dans le réel (je me représente ma douleur sciatique comme un nerf coincé par deux vertèbres) alors replongez dans l'hypnose : faites une induction.

Et reprenez l'exercice.

Une fois que la représentation vous paraît adéquate :

Choisissez le petit changement qui vous paraît accessible pour que cette représentation soit moins inconfortable :
– « qu'est-ce que vous pourriez changer pour que cela soit mieux ?
– la forme ?
– la couleur ?
– la texture ?
– la température ? »

Laissez-vous le temps de répondre, c'est-à-dire, *laissez-vous le temps de suspecter que le changement est réalisable*.

Si un changement que vous aviez envisagé n'est pas possible, attendez qu'une autre possibilité vous vienne.

Puis réalisez le changement en question. Ressentez si cela procure une sensation plus confortable.

Continuez ainsi étape par étape, jusqu'à ce que vous sentiez que vous ne pouvez plus changer quoi que ce soit à la forme.

Une fois l'expérience terminée, ouvrez les yeux et revenez ici et maintenant.

Voyez dans votre quotidien que devient votre problème.

Il existe en pratique deux façons de changer le symbole : le premier est d'observer. Le fait de s'absorber dans cette représentation a tendance à en modifier les caractères, conformément au principe de distorsion lié à la focalisation prolongée d'une part, et à l'ouverture des alternatives expérientielles d'autre part.

La seconde façon de changer la représentation consiste à en modifier délibérément tel ou tel critère.

L'intuition du patient sera le seul guide quant à la juste modification. Le thérapeute accompagne le patient dans l'expérience jusqu'à ce que la représentation soit plus confortable. Peu importe la modification retenue, même si elle paraît contraire à la logique, seul le patient orientera l'issue de l'exercice.

De la froideur à la douceur

Magalie a 37 ans, elle souffre de colopathie fonctionnelle.

Elle consulte en hypnose car on lui a fait comprendre que les douleurs abdominales et les troubles du transit qu'elle présente relèvent certainement de la psychosomatique.

Magalie se présente à la première consultation un peu dépitée par le diagnostic qui a été posé. Elle se sent mal comprise et pense que sa souffrance est minimisée « lorsqu'on la traite de folle ».

Il faudra une longue discussion pour faire comprendre à Magalie que le stress, l'émotion et la tension, sont capables de modifier le fonctionnement de l'organisme de sorte que se développent plusieurs troubles, qui peuvent être très invalidants.

Magalie comprend qu'elle a tout intérêt à réorienter les possibilités de son esprit vers le soulagement puisque son corps semble réagir à sa perception des choses.

Je lui propose, en hypnose, de laisser venir une représentation de son colon qui pose tant de problème.

Après quelques minutes de silence, pendant laquelle la transe s'approfondit suite à l'induction choisie, Magalie ressent son colon comme une masse mouvante, froide, lisse, molle, qui n'est pas sans rappeler un reptile peu avenant.

Après quelques minutes d'exploration, elle parvient à réchauffer la masse qui à sa grande surprise perd son côté lisse pour devenir quelque chose de cotonneux, de souple, de doux.

La surprise de Magalie, devant une modification spontanée de sa représentation, la sort de transe et lui fait ouvrir les yeux.

Quinze jours plus tard, Magalie n'a plus de douleurs. Les troubles du transit persistent. Mais elle ne ressent plus de brûlure dans son abdomen. Elle a laissé la place à une sensation de douceur et de calme.

La réification utilise l'imagination et l'effet potentialisateur de l'hypnose pour générer une représentation alternative du mal. L'émergence des alternatives expérientielles causées par la transe provoque souvent des modifications spontanées de la représentation.

PROTOCOLE 8 : CE QUI SOULAGE (POUR UNE DOULEUR PHYSIQUE OU MORALE)

Potentialiser ses ressources pour soulager une douleur

Installez-vous confortablement.

Pratiquez un exercice d'induction.

Ciblez le problème de santé dont vous souffrez.

Répondez mentalement et honnêtement à la question suivante : est-ce que quelque chose me soulage ?

Si la réponse est oui

Trouvez un geste, une position, une température, une action, ou toute autre chose que vous connaissez et qui a pour effet d'apaiser le symptôme.

Par exemple, si vous souffrez d'une douleur, vous pourriez trouver qu'une certaine position vous soulage. Ou qu'une douche chaude vous fait du bien. Peut-être au contraire est-ce l'application de froid qui calme la souffrance. Ou bien même, vous prenez un médicament et vous pouvez en décrire les effets dans votre corps avant même que cela ne calme la douleur. Ou encore, il peut soudain vous paraître évident qu'en peignant, vous n'avez plus de douleur, même si cela n'est que temporaire.

Si vous souffrez d'un eczéma, vous pourriez avoir découvert que, vous exposer au soleil, calme l'irritation et la démangeaison. Ou que vous baigner dans l'eau de mer chaude calme l'inflammation.

Si vous souffrez de douleurs abdominales liées à des troubles fonctionnels intestinaux, vous pourriez trouver que boire une tisane à la menthe soulage les spasmes du colon.

Si vous souffrez de migraine, vous pourriez savoir que vous allonger dans le noir, dans un endroit calme, vous permet d'apaiser la douleur.

Tout simplement encore, vous pourriez répondre « un médicament ».

Toute réponse est *bonne* dès lors que c'est quelque chose que vous avez *expérimenté* et dont vous avez *constaté l'efficacité*, même relative.

À présent, imaginez que vous êtes dans les conditions que vous avez identifiées. C'est l'étape importante de cette expérience : vous devez virtualiser, faire comme si vous pouviez voir ce qu'il y a à voir, sentir ce qu'il y a à sentir, toucher ce qu'il y a à toucher, entendre ce qu'il y a à entendre, dans ce contexte qui apaise.

À présent, ressentez ce que vous ressentez dans ce contexte. Ressentez comment est le corps, et comment c'est d'être soulagé. Imaginez simplement. Laissez-vous porter par l'imaginaire. L'hypnose fera le reste.

Ce que vous devez être capable d'invoquer est de l'ordre de la sensation, pas seulement de la visualisation.

Répétez cet exercice quotidiennement ou plusieurs fois par jour, si possible.

Si la réponse est non

Répondez à la question suivante : Qu'est-ce que ce serait d'être soulagé ? À quoi cela ressemblerait ?

Vous devez pouvoir imaginer à quoi pourrait ressembler le soulagement.

À présent, fermez les yeux, visualisez-vous dans le contexte de votre choix, et *imaginez le soulagement*. Faites comme si vous pouviez ressentir que vous êtes déjà mieux. Cette partie de l'exercice est la plus délicate, mais aussi la plus puissante : vous devez imaginer, par exemple, ce que ce serait de ne pas avoir de douleur au bras si c'est ce dont vous souffrez.

L'idée n'est pas de se voir de l'extérieur, n'ayant plus mal, bien que cela puisse avoir des effets favorables intéressants. L'exercice consiste à vous imaginer, dans le secret de votre esprit, avec la sensation de ne pas avoir de douleur : par exemple, imaginez que vous ressentez dans votre bras malade la même chose que le bras sain, qui lui, va bien. Imaginez que vous pouvez le bouger, l'utiliser, etc.

Ce que vous devez être capable d'invoquer est de l'ordre de la sensation, pas seulement de la visualisation.

Répétez cet exercice quotidiennement ou plusieurs fois par jour si possible.

Le bilan : pas à pas

Reprenez les deux outils d'évaluation de votre objectif.

Le premier est le tableau des ressources : vous allez compléter la colonne 1 (la situation telle qu'elle est) en la mettant à jour. Au moment où vous faites cette évaluation, demandez-vous : « qu'est ce que je suis capable de faire aujourd'hui de façon certaine, qui me permet de me rapprocher de mon objectif ? »

Une fois que vous avez pu poser de nouveaux éléments, dont vous avez pu constater la réalité et la reproductibilité tout au long de la semaine, mettez à jour votre colonne 3 (votre nouvel objectif). Vous allez constater alors que vous êtes capable de poser de nouveaux objectifs intermédiaires (la colonne 2).

L'échelle **de confiance**

Une fois ce travail réalisé, utilisez votre second outil : l'échelle de confiance.

Le principe en est simple : sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la confiance maximale, la certitude que vous allez accomplir votre objectif, et 1 un grand scepticisme quant à votre réussite, notez aujourd'hui votre indice de confiance.

Si vous avez bien travaillé, et si vous avez été indulgent et patient avec vous-même, vous écouterez votre instinct et constaterez de façon viscérale que vous vous rapprochez de votre objectif. Ainsi, vous pourriez passer d'un score de 2 à 4 en une semaine. Bien entendu, ce score est tout à fait subjectif, mais il vous permet de matérialiser votre confiance, qui prend appui sur vos ressources inconscientes.

---

1. Brosseau G., Bioy A., *L'Hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*, Ed InterEditions, 2012.

OceanofPDF.com

Chapitre 18
Les applications de l'hypnose

Il doit être évident pour le lecteur, à ce stade du livre, que *l'hypnose s'intéresse à la composante subjective de la perception*. L'hypnose ne consiste pas à changer le fonctionnement d'un organe, bien qu'il existe indéniablement une interaction entre le psychisme et le corps comme l'étude de la psychosomatique l'illustre. Elle ne permet pas non plus d'agir sur les événements extérieurs comme pourrait le faire un quelconque sortilège de conte de fées.

> ***L'hypnose permet de façon large de changer un rapport à un élément, en prenant appui sur le système de représentation du patient.***

L'apport de l'hypnose

Toute expérience vécue par un patient se compose de faits objectifs, auxquels se rajoute une composante subjective formée de pensées, d'émotions, de regrets, d'anticipation, etc.

Un autre regard sur la réalité

Rien de ce que nous vivons n'est purement objectif et se réduit à l'expérience telle qu'elle se déroule de façon factuelle. Bien au contraire, nous vivons le monde au travers du filtre de notre subjectivité.

Ce ne sont pas tant les éléments factuels ou les éléments objectifs (personnes, choses et lieux) qui peuplent notre expérience et qui font notre

réalité mais plutôt *l'interprétation* que nous en faisons au travers des filtres de notre cognition, de notre mémoire et de nos émotions.

Lorsque nous décrivons une situation, nous ajoutons – bien malgré nous – à la réalité objective les éléments de notre mémoire, de notre expérience, de nos émotions. La réalité objective, teintée de ces éléments, devient réalité subjective.

> ***Une réalité subjective***
>
> Prendre conscience que toute description que nous faisons du monde est une description de notre monde, qu'elle n'est pas une description de la réalité mais une description de notre réalité, celle qui résulte de l'ajout aux éléments factuels des projections de nos regrets, nos angoisses, nos expériences, nos craintes et nos désirs, est un exercice fascinant qui tend à nous restituer une certaine liberté.
>
> La réalité objective n'est qu'un ensemble d'informations sensorielles de formes, d'images, de sons, de mouvements captés par notre système sensoriel : vue, ouïe, toucher… Dans un second temps, l'esprit y ajoute un sens (identification des objets, des personnes). Ce sont bien nos souvenirs qui conditionnent notre comportement vis-à-vis de telle ou telle personne (comportement familier, impersonnel, amical, neutre, méfiant). Ce sont bien nos émotions qui modifient nos réactions face à tel événement, etc.
>
> C'est ce bagage cognitif et émotionnel qui constitue le filtre par lequel le monde objectif expérientiel devient notre réalité subjective.

En définitive, nous vivons le monde au travers d'une bulle dont la paroi, constituée de notre univers mental subjectif, déforme la réalité telle qu'elle se présente à nos sens (notre système sensoriel).

Demandez à deux témoins d'un même accident de vous relater les faits avec le maximum de détails. Phénomène bien connu des autorités judiciaires, les témoignages sont parfois si divergents que l'on peut se demander si les témoins ont bien assisté à la même scène. C'est qu'au-delà de l'événement lui-même, chacun a expérimenté une réalité

subjective différente, après le traitement de l'information sensorielle pure par son système cognitif/émotionnel.

Jusqu'à la taille des individus présents sur la scène, jusqu'à la couleur de leurs cheveux, ou de leurs vêtements, de leurs véhicules, etc., qui peuvent changer.

Parce que nous vivons le monde au travers du filtre de notre subjectivité, nous pouvons dire que chacun expérimente le monde au travers de *son propre filtre*. Chacun expérimente le monde objectif dans sa propre sphère, sa propre bulle d'expérience subjective.

L'expérience de la transe pure, ou hypnose sèche, a ceci de fascinant qu'elle tend à dissoudre les filtres de la subjectivité pour ne laisser qu'une expérience perceptive globale, totale, pure, généralisée. C'est la perceptude dans laquelle tout se fond, tout se mélange, tout n'est plus qu'un.

Faire l'expérience du **dépouillement**

Faire l'expérience de l'hypnose, c'est faire l'expérience du dépouillement. On se débarrasse de la pensée, on se débarrasse de l'émotion, on se libère du passé et on se préserve du futur. Il ne reste rien que l'absence, le vide, le néant.

sentir le vivant

Dans sa forme la plus achevée, l'hypnose ne laisse rien de plus qu'une expérience de *sentir le vivant*. L'hypnose pure, la transe, la perceptude, c'est cette expérience dans laquelle l'homme n'est rien qu'un organisme perceptif, qu'un système neurologique ouvert à l'ensemble des informations sensorielles qui lui parvient. Il s'agit d'un état antérieur à l'intervention organisatrice de la cognition, qui dans un second temps fragmente la perception généralisée en autant d'éléments qu'il est possible d'identifier, interpréter, contrôler, ranger, pour mieux interagir avec chacun.

En ce sens, l'hypnose dépouille l'individu de tous ces attributs que l'homme bien-pensant revendique pour ne laisser que le vide, le rien, le ça, le corps… Non pas le corps intellectualisé mais le corps qui sent, le corps comme *vivant*.

La transe hypnotique, c'est une perception de tout à la fois et de partout à la fois, qui se mélange, qui se fond, et qui engloutit l'hypnotisé.

Il ne reste alors plus qu'à le sentir.

Et l'espace de cette fraction de temps dans laquelle il n'y a rien d'autre que « sentir le vivant », les peurs, les phobies, les angoisses, les projections anxieuses et les traumatismes passés *n'existent plus*.

Par l'expérience de la transe, la paroi de la bulle d'expérience subjective s'est fendue, brisée, et a volé en éclats.

L'expérience pure. Pour la première fois peut-être, le patient fait l'expérience d'un rapport au réel non biaisé, non déformé, non vicié par le psychisme.

Peut-on s'étonner alors, qu'une fois l'expérience terminée, celui qui sort de la transe ne peut pas tout à fait retrouver la bulle subjective qu'il connaissait ? Peut-on s'étonner si cet élément phobique, par exemple, perd de sa force et de son caractère inéluctable lorsque le patient a plongé une fois, deux fois, trois fois dans le creuset de la transe pour percevoir l'objet de sa phobie pour ce qu'il est : un simple objet ?

« Trop simple. » diront certains. « La phobie existe depuis trop longtemps. Elle ne peut disparaître ainsi. »

C'est pourtant l'expérience que vient de faire le patient. Il s'est consciencieusement laissé guider avec confiance par le thérapeute, dans un espace expérientiel dans lequel l'objet de son malheur n'est plus qu'un simple objet. L'erreur fondamentale serait de renier cette expérience.

« Dans ce cas cela va revenir. Le soulagement ne peut durer ».

Certes, l'homme pourra certainement revenir à son ancien mode de fonctionnement / de perception, reconstruisant les parois de son ancienne bulle.

Qu'à cela ne tienne. Que le patient accepte de reproduire l'expérience de la transe. Encore. Et encore. Et encore. Et il n'est pas rare – et il est même très fréquent – de voir l'ancien mode de perception s'estomper peu à peu. Les voiles qui donnaient à l'objet son caractère nocif et menaçant semblent se retirer un à un par la répétition de l'expérience.

La perception **gagne en souplesse**

Car en définitive, c'est bien de cela qu'il s'agit : permettre au patient de sortir d'un mode de perception restreint, figé, et délétère, et d'appréhender un mode de perception plus large, plus objectif, dans lequel un positionnement plus confortable vis-à-vis de l'objet devient possible.

Dans le cadre de la douleur chronique, les patients rompus à la transe hypnotique en font un outil qui leur permet de se plonger dans un mode de perception dans lequel les composantes cognitives et émotionnelles de la douleur sont absentes. Réduite à sa seule composante sensori-discriminative, la douleur diminue. Voilà une expérience immédiatement vérifiable pour peu que l'on sache accompagner le patient dans la transe, et voilà une expérience que le patient peut faire sienne pour diminuer, lorsqu'il le désire et sans prise médicamenteuse, la douleur.

Trop simple ?

Parlez-en à ces patients qu'aucun morphinique ne soulage, qui se désespèrent, errant d'un centre diagnostique à l'autre, qui souffrent de n'être plus que des spectateurs impuissants devant une médecine elle-même impuissante à apporter une solution à leur souffrance. Leur surprise est grande lorsque, dans le cadre d'une vraie alliance thérapeutique, l'hypnothérapeute propose la transe. Passer dans un espace, un lieu perceptif dans lequel la douleur n'est plus une composante inéluctable.

Seule compte alors l'expérience.

Il est inutile, superflu, d'élaborer des stratégies d'intellectualisation ou d'introspection pour aller mieux. Inutile également de décortiquer le pourquoi du comment du processus hypnotique et ses modes d'action neurologiques. Seule l'expérience, synonyme de soulagement, importe.

Faites l'expérience. Vous ne savez pas ni pourquoi ni comment cela va vous soulager, mais faites l'expérience.

Voilà bien une injonction que l'on entend souvent dans la bouche des thérapeutes : « Allez-y ! ». Ou pour le dire différemment : « Cessez d'élaborer, cessez de ressasser, cessez d'imaginer, *faites plutôt l'expérience*. »

Après, et seulement après, une fois que vous aurez fendu puis fait s'écrouler les parois de votre bulle de perception, nous pourrons en débattre. Mais comme c'est votre perception tout entière qui aura changé, il y a des chances pour que vous ne souhaitiez même plus en débattre. Il y a des chances pour que, plongé dans le bain bienfaisant du soulagement, il vous soit égal d'en connaître le pourquoi ou le comment. Une seule chose vous importera : reproduire à votre guise le phénomène. Pour y plonger et y replonger encore et encore. »

Expérience pure

Alors comment accéder à cette expérience qui permet le passage d'un mode de perception figé restreint à un mode plus global, plus souple, et qui libère de bien des chimères de l'esprit ?

Quels sont les exercices qui permettent d'entrer sur le seuil du soulagement ?

Il existe une série d'exercices simples permettant de couper l'intellect pour ne laisser que la perception généralisée[1].

Se ramener au temps présent, lâcher le passé et se prévenir d'anticiper un avenir incertain, est une des façons d'accéder à ce mode de perception.

Un des exercices à l'effet le plus radical est le suivant :

Expérimentez l'exercice du stylo

Poser un stylo devant vous.

Observez-le.

Vous savez que vous voyez un stylo.

Prenez conscience que vous connaissez cet objet.

À présent, observez cet objet jusqu'à oublier que vous le connaissez : pour vous y aider, faites comme si vous le voyiez pour la première fois, et que vous en ignoriez l'utilité.

Lorsque vous êtes capable de voir la forme, la couleur, les dimensions de l'objet, sans y accoler l'étiquette de stylo, c'est que vous êtes vraiment dans l'expérience. Vous percevez de façon globale. Vous vous êtes arrêté au premier temps de la perception : celle qui est vierge de toute tentative de contrôle et de compartimentalisation de l'intellect.

Si vous faites correctement l'expérience, vous remarquerez que vous êtes dans un état de flottement qui n'est pas sans vous rappeler l'expérience du point du chapitre 10 (exercice – Réalisez votre première induction visuelle – page 94).

En réalité, lorsque vous observez le stylo sans le voir, c'est la totalité de votre champ perceptif que vous réduisez à la perception première : la pensée s'éteint.

L'expérience de la perceptude nous offre donc de retirer les voiles de la subjectivité à la perception première. Elle permet de rendre la perception souple, vierge, plastique, pour y travailler dans un second temps et proposer ainsi une réinterprétation de la perception ou une alternative expérientielle, conformément à notre processus hypnotique.

Ce sont bien là les deux temps de l'hypnose : perdre les coordonnées du temps et de l'espace conduit à l'entrée dans la transe, dans laquelle est potentialisée la modification perceptive par le changement de représentation ou l'émergence des alternatives expérientielles.

Ce sont donc à la fois l'entrée dans la transe et la réinterprétation des perceptions qui permet tent le soulagement. En soi, chacun de ces deux temps a un effet thérapeutique évident, et il est possible de se contenter d'un aller-retour dans la transe pour donner au patient un outil de modification perceptive applicable au quotidien.

Cependant, l'hypnose ouvre un espace de jeux et de possibles certainement illimité, et il existe une multitude d'expériences spécifiques qui peuvent être faites par le patient pour traiter son problème de façon plus spécifique, plus personnalisée.

Car si la transe en elle-même a un effet régulateur incontestable, on s'attache en thérapie le plus souvent à mobiliser la force de l'hypnose sur le point névralgique qui permet de faire basculer le système de représentation du patient.

L'hypnose, donc, permet d'agir sur son propre système de représentation, quelle que soit la réalité objective dont il est question. Pour une maladie

donnée, la médecine conventionnelle pourra traiter la lésion ou le dysfonctionnement organique ou physiologique à l'origine du trouble, pendant que l'hypnose pourra s'intéresser à la dimension subjective de la maladie. Ce n'est pas seulement l'anxiété et le stress qui pourront être pris en charge, mais aussi la rumination, le pessimisme, la dramatisation, la projection anxieuse, ou l'interprétation de la maladie.

Les **indications**

Appliqué à la pathologie, ce principe permet de mieux comprendre l'extrême polyvalence du phénomène hypnotique en médecine et en psychiatrie : l'hypnose n'est pas seulement utile pour des troubles qui relèvent de ce que l'on considère être de la psychopathologie ou de la psychosomatique. Elle peut être d'une utilité certaine dans la prise en charge des pathologies lourdes à la réalité organique indéniable, puisqu'elle permet au patient de mieux vivre la maladie en changeant la perception qu'il en a. Mieux, elle est capable aussi de modifier la perception que l'on a d'un traitement, diminuant ainsi potentiellement la survenue des effets secondaires des médicaments, et favorisant l'observance du patient, c'est-à-dire sa motivation et son application à prendre le médicament tel que prescrit.

Pour une pathologie organique, la lésion qui provoque le trouble sera vécue différemment selon l'idée que le patient se fait de sa maladie : phénomène bien connu dans le cadre de la douleur chronique, une même lésion provoquera une expérience subjective douloureuse parfois totalement différente selon les individus, en fonction de leur expérience passée, de leurs croyances, de l'anticipation anxiogène, du contexte émotionnel, etc.

Dans le cadre des troubles sans support organique, c'est-à-dire des symptômes qui existent sans qu'il soit possible de mettre en évidence une lésion organique ou un dysfonctionnement, l'hypnose peut faire des merveilles en altérant la perception subjective du problème. Pour une phobie par exemple, l'hypnose offre de changer la perception subjective du patient qui fait qu'un objet (un ascenseur par exemple) est perçu comme une menace.

L'hypnose est donc un outil thérapeutique applicable à tous les champs de la médecine et de la psychiatrie puisqu'encore une fois, *en hypnose on change la perception, pas la réalité*.

En ce sens, l'hypnose ne remplace pas les soins médicaux, ou les traitements indiqués selon les protocoles en vigueur. L'hypnose *ajoute* à la pratique de soins conventionnelle la dimension du monde de la perception : comment le patient perçoit-il les choses ?

Comme tout un chacun a sa propre perception des choses, tout un chacun accède au monde des représentations, de l'imagination. Dès lors, cette représentation peut être changée, modifiant le vécu de la maladie et de sa guérison. La douleur n'est plus aussi forte, l'accouchement est moins angoissant, la maladie est moins menaçante, l'insomnie n'est plus une fatalité, les avions ne sont plus des engins de mort, les traitements ne sont plus des poisons, etc.

L'hypnose donne au professionnel du soin une compétence supplémentaire pour une prise en charge beaucoup plus globale et personnalisée de l'individu.

Parmi les indications de l'hypnose, que ce soit dans le contexte public ou privé, on peut citer quelques domaines.

En **psychiatrie**

Dépression, angoisses, état de stress posttraumatique, stress, accompagnement d'un deuil, toxicomanie, phobies, alcoolisme, troubles du comportement alimentaires, troubles du sommeil.

L'hypnose s'intègre parfaitement dans une prise en charge psychothérapeutique. Elle peut être, en outre, employée dans le cadre d'une psychose dès lors qu'elle est pratiquée par des *psychiatres, habitués à soigner de tels troubles*.

L'hypnose est un outil de choix pour le traitement des addictions : tabac, cannabis, alcool, addictions aux jeux, etc.

En **médecine**

Traitement de la douleur chronique, prise en charge de la douleur aiguë (soins locaux, changements de pansements, chirurgie locorégionale, brûlures), accompagnement des patients dans le traitement des cancers (en particulier pour les patients en chimiothérapie, en limitant les effets secondaires liés aux traitements), problèmes dermatologiques (eczéma, psoriasis, verrues, etc.), allergies, pathologies du stress telles qu'hypertension artérielle, ulcères gastriques, pathologies auto-immunes, asthme, acouphènes, impuissance, frigidité, infertilité, énurésie, préparation à l'accouchement et suites de couches…

ypnose et développement personnel

L'hypnose peut être également utilisée hors du champ psychopathologique, dans ce que l'on nomme « le développement personnel ». Il sera par exemple possible d'user de l'hypnose pour le développement de l'estime de soi, la confiance en soi, la performance dans le domaine de l'art, du spectacle ou du sport, l'atteinte des objectifs.

Dans certains cas, le travail consiste à identifier les croyances limitantes qui se sont développées au détour d'une expérience préalable qui s'est soldée par un échec ou qui a été perçue comme tel. Selon la façon dont l'expérience a été perçue, elle installe une croyance, une pensée qui se généralise et qui caractérise la difficulté ou l'incapacité du sujet à réaliser tel ou tel acte. Cette suggestion auto-imposée, ou imposée par le contexte d'échec, sape les forces de celui qui tente dans le futur de se confronter aux mêmes situations.

L'hypnose intervient comme un excellent moyen de changer la représentation de l'événement racine et surtout de changer la perception de la situation à laquelle le patient doit s'exposer.

Il nous faudrait plusieurs volumes pour aborder de façon exhaustive l'apport de l'hypnose dans chacune de ces indications.

Je me permettrai donc de développer spécifiquement certains champs d'application couramment rencontrés en hypnose médicale.

La psychosomatique : l'hypnose et le stress

Depuis de nombreuses années maintenant, l'hypnose est considérée comme un outil de choix dans la prise en charge et le traitement des maladies psychosomatiques. On entend par *psychosomatique* le principe selon lequel il existe un lien entre l'esprit (*psycho*) et le corps (*soma*). L'expression de maladie psychosomatique laisse entendre que la maladie qui s'exprime dans le corps a une origine psychique. Bien avant la compréhension des mécanismes neurophysiologiques de la somatisation, l'effet des émotions, les conséquences du stress sur le fonctionnement du corps humain sont bien connus du monde médical depuis plus d'un siècle.

Si l'on s'accorde à dire que le stress, au sens large du terme, favorise la survenue d'une grande variété de troubles et de symptômes, on distinguera les *symptômes médicalement inexpliqués*, ou troubles fonctionnels, des *maladies* dites *psychosomatiques*. Les premiers sont des plaintes fonctionnelles, des symptômes éprouvés par le patient, mais pour lesquels on ne retrouve, dans l'état actuel des connaissances, aucune origine lésionnelle. Les secondes correspondent à des dysfonctionnements physiologiques causés par le stress, tels que l'hypertension, l'ulcère de stress, l'eczéma de stress…

On considère aujourd'hui que plus de la moitié des consultations d'un médecin généraliste relève de troubles fonctionnels, pour lesquels aucune *maladie* n'est objectivable, selon la classification actuelle des connaissances dans le domaine de la médecine.

Par quel biais le corps peut-il dysfonctionner dans un contexte exempt de maladie causale (infectieuse, inflammatoire, dégénérative, etc.) ?

Avant de répondre à cette question, il est nécessaire de rappeler que parce que nous sommes des êtres vivants, nous partageons avec nombre d'autres vivants l'instinct le plus primitif qui soit : celui de la survie.

Nous corps est programmé pour survivre. Nous avons beau nous en défendre, drapés dans notre fierté d'avoir conquis le feu, l'outil, la parole et d'avoir posé le pied sur la lune, nous ne sommes pas moins soumis aux mêmes mécanismes de défense que les autres mammifères : le phénomène de lutte ou de fuite.

Lorsqu'un danger se présente, lorsqu'une situation qui menace – ou semble menacer – notre intégrité physique ou psychique survient, une bien étrange réaction se produit à nos dépens dans notre corps : l'ensemble de sa physiologie change de sorte qu'il puisse se battre ou qu'il soit capable de fuir – dans le but de préserver sa vie. C'est un mode de fonctionnement qui apparaît spontanément et de façon réflexe, faisant appel à l'un des mécanismes les plus archaïques de notre animalité, et dont nous n'avons pas conscience tant il intervient à un niveau premier, antérieur à la pensée et à la réflexion.

Lorsque le système d'alerte est enclenché, un ensemble d'événements neurophysiologiques se mettent en action dans une cascade dont la finalité est de rendre le corps apte à la lutte ou la fuite. C'est un corps dont les sens deviennent soudainement aiguisés, dont la vigilance est décuplée, dont le cœur augmente sa fréquence et pompe le sang avec force dans les régions qui auront besoin d'oxygène pour le combat, et dont les muscles sont tendus en vue d'un effort prochain (combattre ou courir). Il existe une sidération de l'organisme dans l'agressivité ou dans la peur, tendu par un simple but qui est celui de l'action ou de la fuite.

es « hormones de stress »

Ces changements de rythmes et de fonctionnement de l'organisme destinés à le rendre le plus performant possible sont causés par une libération d'hormones dites « hormones de stress », dont la plus connue est l'adrénaline. Cette dernière stimule, par des petits capteurs, une partie du système nerveux qui contrôle les fonctions automatiques du corps qui seront utiles pour faire face à la menace. L'activation de cette partie du système nerveux, dit « système nerveux autonome sympathique », est directement liée à l'hypothalamus, une zone du système limbique, zone de traitement de l'information émotionnelle.

Ainsi, émotions, réactions et actions sont liées. Un état émotionnel module l'activité physiologique de l'organisme, alors capable de se battre, de fuir, ou au contraire de se détendre et de prendre quelque repos. L'émotion génère un comportement destiné à gérer l'événement qui lui a

donné naissance. Dans notre cas présent, une menace de l'intégrité physique génère une émotion de peur, d'effroi ou de colère qui déclenche une cascade neurohormonale destinée à permettre au corps de résoudre le problème : se mettre à l'abri ou neutraliser la menace.

Une fois le problème réglé, le corps humain retrouve un mode de fonctionnement usuel : le rythme cardiaque se calme, la tension artérielle se régule, les muscles se relâchent, l'attention retrouve un fonctionnement normal et quitte l'hypervigilance, la respiration s'apaise et redevient ample.

La réaction au stress est donc une réaction normale, physiologique, qui a permis à notre espèce de survivre au fil des millénaires en défendant sa vie, qu'il s'agisse de chasser le gibier, de combattre une tribu adverse, ou de fuir devant un prédateur redoutable.

Cette réaction, qui se déclenche de façon réflexe face à une situation extérieure, est supposée temporaire. Une fois le danger passé, le corps retrouve un mode de fonctionnement plus confortable. L'illustration caractéristique de ce phénomène est le récit de personnes de frêle constitution, ou blessées, et qui se trouvent soudainement capables de prouesses physiques remarquables sous l'effet de la cascade d'hormones de stress libérées dans l'organisme, dans une situation d'urgence. Une fois l'urgence de la situation passée, la personne se trouve bien incapable de reproduire la même prouesse, le taux d'hormones de stress étant revenu à la normale.

Mais si la nature semble avoir bien prévu les choses, voilà que la situation parfois se complique. Dans notre société moderne, rares sont les situations menaçant notre intégrité physique : ces situations existent hélas mais elles sont heureusement peu rencontrées au quotidien. Pourtant, nous sommes soumis à de nombreuses sources de stress, beaucoup plus insidieuses. Nombre de ces stress sont causés par notre perception des événements.

La survie du statut social

Une des sources les plus fréquemment rencontrées est la survie du statut social. Dans un monde qui a fait de la performance une nécessité, chacun doit se battre dans la société pour revendiquer son statut et le conserver. Dans le monde du travail, cela est évident :

> compétition entre collègues, marchés à décrocher, nombre de dossiers à traiter en un minimum de temps, faire de plus en plus avec de moins en moins de moyens, exiger la plus grande qualité en plus grande quantité, voilà exactement ce à quoi la plupart d'entre nous sommes confrontés au quotidien dans notre profession. Si l'on ajoute à cela le fait que l'on se moque éperdument des états d'âmes de chacun, que les valeurs humaines ne présentent aucun intérêt, voire sont un obstacle à la performance exigée, qui demande parfois une certaine dose de déshumanisation… On comprend aisément la perte de sens et d'identité dont souffre une grande partie des travailleurs. Ces derniers ne sont pas encouragés ou valorisés pour ce qu'ils sont, mais par leur rendement.

Le risque de ne pas se conformer à ce mode de fonctionnement et de ne pas vouloir entrer dans le moule met en péril le statut professionnel, et engendre une possible précarité à plus ou moins long terme.

En dehors du champ professionnel, la pression de performance reste présente, tandis que la société nous inonde en permanence de standards à respecter. Chacun doit être beau, jeune, mince, riche, se conformer à tel ou tel style de vie, tel ou tel style vestimentaire, tel ou tel objet à la dernière mode. Il n'y a pas d'encouragement à la différence, ou au simple fait d'être soi-même.

Sur le plan personnel, l'individu est soumis à la nécessité de répondre aux besoins (souvent supposés car rarement formulés) des membres de sa famille : rapporter de l'argent au foyer, être un(e) bon(ne) époux(se), élever correctement les enfants tout en étant un modèle à leurs yeux, subvenir aux besoins des parents vieillissants, faire bonne figure auprès des amis…

C'est finalement en permanence que l'être humain doit défendre sa place au sein de la communauté. Ces exigences sont créées artificiellement par la société et parfois inconsciemment imposées par l'individu lui-même. Elles ne menacent pas directement son intégrité physique ou psychique dans le sens où elles ne constituent pas un risque vital immédiat.

Pourtant, l'équilibre entier de l'individu est réellement menacé par ces sources de stress. La toxicité de ce type de stress vient de sa *chronicité*.

Dans le monde animal, la lutte ou la fuite face à un danger est un événement ponctuel et temporaire qui génère la réaction physiologique adaptée le temps que la difficulté soit gérée. Dans le monde de l'homme, la survie ne dépend pas d'une réponse immédiate à la situation mais plutôt d'une lutte sur le long terme pour l'adaptation à l'environnement et au maintien de son statut au sein de la communauté, que celle-ci soit professionnelle, sociale ou familiale.

Homme et animal étant soumis aux mêmes principes physiologiques, la cascade du stress fait fi du caractère chronique du contexte anxiogène auquel l'individu est exposé, et les mêmes modifications physiologiques sont identifiables. C'est un organisme prêt au combat, au rythme cardiaque accéléré, à la tension artérielle élevée, aux muscles contractés prêts à l'effort, aux sens aiguisés, à la vigilance exacerbée qui s'épuise jour après jour à maintenir ce mode de fonctionnement.

Un état anxieux chronique

Lorsque l'hyperstimulation de l'organisme devient chronique, il se passe comme un emballement de la cascade de stress qui ne semble plus pouvoir s'arrêter. Le système nerveux autonome reste stimulé en permanence et les fonctions qui sont sous sa direction s'emballent dans un excès de fonctionnement. L'individu souffre alors d'état anxieux chronique, qui peut s'accompagner d'un ensemble de symptômes physiques à type de tensions musculaires, de palpitations, d'hypertension, de troubles fonctionnels digestifs, d'insomnie, d'idées obsessionnelles relatives à la source du stress. Ses ressources psychiques s'effondrent, pouvant donner naissance à la dépression, à la décompensation de troubles psychiques. Il semble alors impossible de faire machine arrière pour pouvoir inverser le processus. Les tentatives pour se relaxer se soldent par une frustration à ne pas parvenir à relâcher les tensions, l'incapacité de détendre les muscles tétanisés depuis trop longtemps. Le bon sens « ce n'est pas si grave » et les bons conseils d'amis « prend du recul » sont insuffisants à changer la perception. Ces tentatives d'aller mieux et le constat de leur échec provoquent une charge supplémentaire de stress qui se surajoute aux sources initiales d'anxiété.

L'insomnie est un symptôme courant que l'on retrouve en cas d'anxiété importante. Elle est l'exemple caractéristique d'échappement d'un processus naturel, physiologique, qui s'aggrave dès lors que l'attention se focalise sur elle et que le patient tente de « contrôler » l'endormissement.

Or, si l'hypnose n'est pas le sommeil, force est de constater que pour nous endormir, nous pratiquons chaque soir quelque chose qui ressemble à une induction : nous nous coupons au mieux des afférences sensorielles externes en éteignant la lumière, en nous installant dans une pièce où il y a le moins de bruit possible, où la température est neutre, ni trop chaude ni trop froide. Nous allongeons notre corps sur une surface agréable de sorte que nous puissions l'oublier et le laisser s'engourdir. Nous laissons nos pensées aller sans nous arrêter sur aucune. Nous « lâchons prise ». Nous nous abandonnons littéralement à un processus naturel, automatique, spontané. Il n'y a rien à réfléchir, et rien à contrôler.

En revanche, si nous tâchons de maîtriser le processus d'endormissement, si nous faisons des efforts pour nous endormir, si nous restons dans la maîtrise et la volonté, nous restons éveillés.

Ainsi, les troubles du sommeil légers, temporaires et liés à un stress passager peuvent être résolus en apprenant à s'installer dans l'hypnose. Pratiquer une induction avant de s'endormir est un bon moyen de lâcher le contrôle et de se laisser aller dans le sommeil. Laisser faire sans rien chercher à relaxer, laisser les pensées passer sans chercher à en contrôler aucune, sont de bonnes techniques simples qui relèvent de l'induction et qui aident à lâcher prise.

Le sommeil viendra alors facilement et naturellement.

Et s'il ne vient pas, on doit rester indifférent. On prend alors conscience que le simple fait d'être allongé sans avoir rien à faire est, en soi, un moyen de récupérer quelques forces.

Expérimentez le lâcher prise : laissez passer les pensées

Étape 1 : induction.

Étape 2 : fermez les yeux.

Étape 3 : imaginez que vous faites mentalement un pas en arrière pour observer vos pensées passer.

Étape 4 : restez indifférent. Voyez les pensées naître et s'éteindre. L'astuce consiste à ne s'intéresser à aucune d'entre elles. Vous les voyez passer sans vous en préoccuper. Vous êtes un observateur, un spectateur indifférent.

Cet exercice, répété régulièrement, permet de faire rapidement le vide mental. Vous remarquerez que les pensées, au début très nombreuses, se bousculent pour se présenter à vous et attirer votre attention. Ce peut être des pensées mondaines, des choses de la journée, des choses que vous avez à faire… Peu importe leur origine, ignorez-les. Restez indifférent.

Rapidement, elles se font plus rares et elles disparaissent.

Cet exercice est souvent proposé en méditation.

Lorsque le cercle vicieux est installé, lorsque l'anxiété se chronicise et que les méthodes de détente simples ne suffisent plus, nombre de personnes usent de supports externes pour couper le stress. Ces supports peuvent être des activités permettant de défouler l'angoisse et de se dépenser physiquement, tels que les sports d'endurance ou de force, mais aussi les activités corporelles destinées à assouplir le corps et à contrôler la respiration, telles que yoga, stretching, Pilates. Ce type de pratique pour lutter contre le stress chronique est une excellente idée puisque ce genre d'activité tend à équilibrer le système nerveux et ramener la conscience dans le temps présent en contact avec le corps.

Malheureusement, certaines personnes, pour diverses raisons, optent pour des supports extérieurs pour gérer le stress. Supports qui sont souvent tout aussi nocifs sur le long terme que le stress lui-même : la France, notamment, est le premier consommateur de psychotropes en Europe. Anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères, sont autant de molécules pharmaceutiques qui sont d'une réelle efficacité mais qui n'agissent pas à la source du problème. Ces médicaments sont très utiles dans une prise en charge globale et encadrée par un projet thérapeutique de sorte que l'on puisse s'en défaire dès que possible.

Hélas, nombre de nos contemporains, souvent livrés à eux-mêmes, en usent et en abusent pour calmer leur angoisse et faire face aux exigences du quotidien. Pourtant, ces molécules entraînent un émoussement généralisé des sens et influent parfois sur la conscience du moment présent, éloignant un peu plus le patient de son corps, le rendant moins présent à sa vie, à son quotidien, et le rendant moins efficient à la gestion des choses de la vie. Le stress, paradoxalement, tend à augmenter. Pire,

l'organisme peut s'accoutumer à certaines de ces molécules, créant une résistance et une diminution progressive de ses effets.

La conséquence est le changement de substance, souvent sauvagement, le nomadisme médical car « ce médecin n'a pas voulu me prescrire autre chose », ou l'automédication par l'augmentation des doses ou des mélanges de molécules en dehors de toute recommandation médicale.

Stress et substances toxiques

Nombre de personnes succombent à l'attrait de substances toxiques et potentiellement mortelles : tabac, alcool, mais aussi drogues douces ou drogues dures. L'effet recherché est toujours le même : une modification temporaire de la perception. La substance joue son rôle, mais là encore l'effet n'est pas permanent, et surtout, il échappe au contrôle de l'individu qui perd un peu plus la sensation de contrôler quoi que ce soit dans sa vie, puisque celle-ci dépend en partie de l'effet de substances chimiques. Ainsi, indifféremment et selon les individus, le tabac calme, ou stimule. L'alcool permet de se détendre et de développer une convivialité facilitant le contact social. Le cannabis crée une sorte d'anesthésie des sens et des émotions, permettant de bien « se détendre » en revenant du travail ou le week-end. La cocaïne permet de faire une prestation remarquée dans le contexte professionnel en désinhibant l'individu et en accélérant sa pensée. L'héroïne et le crack promettent un voyage au pays de Morphée, et d'autres substances encore assurent une exacerbation des performances psychiques et physiques (amphétamines, cristal, etc.)

Bien entendu, toutes ces substances sont toxiques pour le corps comme pour l'esprit. La plupart présentent un risque mortel immédiat selon la dose ou la nature de la substance, et la plupart promettent une dégradation des fonctions du corps comme de l'esprit sur le court terme et sans aucun doute possible sur le long terme.

Pour justifier la prise de ces substances, nombreux sont ceux qui se racontent de belles histoires, prétendant que « cela ne peut pas être aussi mauvais », ou qu'ils « gardent le contrôle » ou encore qu'il leur est possible « d'arrêter quand ils veulent ». L'histoire hélas, montre que tous

ceux qui ont joué avec ces substances ont perdu : le poison est le plus fort et l'emporte sur la raison, la maîtrise et le contrôle. C'est le toxique qui prend le pouvoir.

L'individu se retrouve donc soumis à une source de stress supplémentaire qui aggrave les conséquences du stress préexistant en détériorant le corps comme l'esprit.

L'apport de l'hypnose dans le contexte du stress et de l'anxiété chronique

Parce que l'hypnose change la perception, et invite au repositionnement au sein de la constellation d'êtres et de choses qui composent notre univers expérientiel, elle est un outil de choix pour apprendre à désamorcer l'état de tension interne, la tendance à tout vouloir contrôler, et pour inverser la « tension » naturelle qui s'installe et aurait tendance à se chroniciser.

Dédramatiser, recadrer une perception, défocaliser, accepter tous les éléments sans en rejeter aucun, sont des techniques parmi d'autres pour permettre au patient de s'affranchir de la cascade de stress qui semblait avoir pris une vie propre.

Comme dans toute cure hypnotique, quelle qu'en soit l'indication, la première étape sera toujours d'accepter ce qui est, de rentrer en contact avec la réalité pour ce qu'elle a de plus cru et de plus cruel : accepter tous les éléments sans en rejeter aucun.

Ne rien fuir, ne rien rejeter de la situation ou des émotions que l'on éprouve suffit en soi à désamorcer une grande part d'anxiété et de stress. C'est OK de ressentir ce que l'on ressent. Il est même sain de se poser et d'admettre que la situation génère un stress et un sentiment d'angoisse. Être honnête avec soi-même et ses ressentis permet de se garantir le meilleur soutien que l'on puisse avoir : le sien propre.

Le témoignage du médecin

Je me rappelle, il n'y a pas si longtemps, avoir porté mon activité professionnelle à un degré d'exigence extrêmement inconfortable. Je partageais mon temps entre mes activités habituelles en centre de santé, en centre antidouleur, en enseignement, mais j'assurais aussi une vacation en

médecine légale, en semaine et le week-end, et je devais parallèlement travailler à la réussite de ma qualification de médecin légiste. Les semaines étaient plus que remplies, et la fatigue aidant, je me retrouvais vite dans un état de stress évident. Mon sommeil était perturbé, mon anxiété permanente, et je savais que le problème se situait simplement dans la charge de travail, que pourtant, je ne pouvais changer dans l'immédiat.

Malgré tout l'inconfort de la situation, j'ai pris un moment afin de l'accepter entièrement pour ce qu'elle était : inconfortable, et pour reconnaître et ressentir le stress qu'elle générait dans mon quotidien. Cela n'a allégé en rien mon emploi du temps. Mais prendre le temps de reconnaître ma réalité m'a fait faire deux choses essentielles : gérer la fatigue différemment (notamment, mieux profiter de chaque moment de repos), et planifier une réorganisation de mon emploi du temps sur un plus long terme. Je suis ressorti cabossé de cette expérience, mais certainement beaucoup moins que si je m'étais menti à moi-même et avais foncé tête baissée dans le rythme infernal, sans prendre le temps de me regarder dans le miroir.

Faire cesser l'exigence absurde de la performance, accepter la difficulté de la situation et la perturbation émotionnelle qu'elle engendre n'est rien d'autre que du bon sens. Pourtant, pris dans la spirale de stress, nombreux sont celles et ceux qui ne parviennent pas à réaliser ce premier pas. L'exigence de performance s'est même étendue à eux-mêmes : devant le miroir, le patient se sent soumis à la même pression de devoir « être parfait » et de « faire face ».

Pourtant, nous sommes humains. L'erreur est humaine. Et la vie n'est pas toujours simple. L'accepter, le ressentir comme la réalité effectivement vécue, permet de poser ses chaussures là où on se trouve.

Alors, agir devient étrangement plus simple : on n'a rien changé à ce qui est, mais on semble plus apte à faire face, en prenant en compte les paramètres réels plutôt que ceux que l'on aimerait être vrais. En revendiquant la réalité pour ce qu'elle est, on réalise une remobilisation des forces qui étaient jusqu'alors dispersées dans le déni ou la volonté de changer ce qui ne pouvait l'être.

Nombreux sont les protocoles d'hypnose qui peuvent aider au changement de perception de la situation présente. Ces protocoles seront utilisés dans un cadre psychothérapeutique, au moment des rencontres avec un thérapeute. Mais il existe un autre outil qui a fait ses preuves dans la gestion du stress au quotidien.

L'autohypnose pourra être un support important dans la gestion du stress au quotidien, dès lors que le patient accepte de libérer 10 petites minutes de son temps quotidien pour prendre soin de lui.

Je conseille souvent au patient de pratiquer l'expérience de laisser le corps guérir et se régénérer (exercice de base proposé en page 100) car cet exercice ne demande aucun effort de visualisation. En réalité, cet exercice invite à lâcher la volonté de contrôle. Pour le réaliser correctement, il est nécessaire de laisser faire ce qui se fait. La ficelle est grossière, et l'on objectera qu'il suffira donc de lâcher prise pour aller mieux. C'est certes vrai – en partie – mais inviter quelqu'un à lâcher prise se solde souvent par un échec lorsque le patient a passé tant de temps à vouloir, bien malgré lui, essayer de maîtriser les éléments de son existence qui échappent à son contrôle conscient.

Passer par le corps, en demandant de ressentir ce dernier et de le laisser fonctionner à son rythme pendant quelques minutes, en en sentant toutes les sensations, qu'elles soient agréables ou désagréables, est un excellent moyen de goûter à l'expérience du lâcher prise.

Car comme souvent en hypnose, on ne peut faire une partie de l'expérience sans la faire en totalité : ainsi, en demandant de laisser faire, le patient se retrouve rapidement dans un état d'abandon total qui invite au repos absolu. Même la relaxation n'est pas nécessaire. Gaston Brosseau, dans son induction paradoxale « Ne Rien Faire » invite magnifiquement à l'expérience en répétant sans cesse « vous n'avez pas à vous relaxer ».

Le plus souvent, le travail de la gestion du stress par l'hypnothérapie ne consiste pas à anesthésier complètement le patient en le rendant totalement insensible à ce qui se passe dans sa vie.

L'hypnose permet d'abord de revendiquer la situation comme sienne, et ainsi d'éviter de succomber à des réactions automatiques face aux situations de crise. Ensuite, le patient apprend à ressentir l'inconfort mais à ne plus lui laisser autant de place. On pourrait dire que le patient apprend à remettre les choses dans leur contexte, et à défocaliser de la source de stress. Ainsi, il reste sensible à ce qui se passe, et continue à ressentir des perturbations, mais il constate qu'au fil du temps les éclats d'émotions tendent à s'estomper, les colères s'apaiser, les réactions de fuite ou d'attaque se faire plus rare. Le patient a l'impression de « reprendre le contrôle », tout en admettant que les difficultés sont toujours présentes (à moins que la source du stress ne disparaisse).

Finalement, le patient sera effectivement, et souvent à son étonnement, de moins en moins perturbé par le contexte, et il lui semblera avoir acquis une sérénité tout à fait nouvelle. Il n'y a alors plus de réaction de stress, ou bien celle-ci devient négligeable, tout en survenant tout à fait consciemment.

Expérimentez le « ne faites rien » en cas de stress

Étape 0 : le préalable

Face à une difficulté demandez-vous : « Puis-je y faire quelque chose, là, tout de suite ? »

Si la réponse est oui…

Agissez ! Si vous pouvez vraiment là, tout de suite, faire quelque chose pour résoudre ou commencer à résoudre votre difficulté, faites-le immédiatement, n'attendez pas demain. Une fois que vous avez agi, reconnaissez-le et reposez-vous ! Vous n'avez plus à stresser. Soit votre problème est résolu, soit vous avez commencé à le résoudre. Vous avez droit à du repos, et à récupérer vos forces nerveuses.

Passez maintenant à l'étape 1.

Si la réponse est non…

Eh bien si vous ne pouvez rien faire pour changer le problème, cessez de vous en faire ! Cela ne résoudra rien ! Au contraire, cela sape vos forces nerveuses, cela vous fatigue et vous déprime même peut-être un peu.

Passez à l'étape 1.

Étape 1 : entrez en hypnose.

Usez d'une induction de votre choix.

Étape 2 : évoquez la situation qui vous stresse.

Si c'est une personne, évoquez-la en imagination jusqu'à ressentir sa présence dans la pièce. Si c'est une situation, évoquez-la comme si vous y étiez plongé avec acuité, dès maintenant.

Étape 3 : attendez d'être tranquille face à l'objet de stress.

Laissez-le être présent. Ne jugez pas. Simplement, désintéressez-vous. Attendez que le stress tombe de lui-même. Ne donnez pas prise. Acceptez la présence de l'objet perturbateur, et attendez de pouvoir manifester de l'indifférence à son égard. Vous pouvez avoir l'impression que l'angoisse se détache toute seule ou que le stress glisse sur vous comme la pluie sur un imperméable.

Vous ne gagnez rien à vous angoisser pour résoudre un problème ou à vous tendre pour affronter quelqu'un qui vous perturbe. Au contraire. Plus vous serez serein, tranquille, plus vous rassemblerez vos forces. Face à l'agitation, le calme impressionne toujours positivement et permet d'agir la tête froide.

Étape 4 : renouvelez l'exercice.

Il est important de le faire autant de fois que nécessaire, jusqu'à ce que vous ressentiez bien la différence dans votre quotidien.

Rappelez-vous toujours : vous avez le choix. Réagir au stress et rester stressé ou décider de réagir autrement et apprendre à faire tomber le stress dès qu'il se présente. Il vous suffit de mettre en place cette nouvelle habitude. Ce nouveau réflexe conditionné.

Vous ne pourrez jamais changer les événements extérieurs. En revanche, vous pouvez changer votre réaction aux événements. Vous avez tout à gagner à apprendre à rester calme et détendu même au cœur des difficultés : de la sorte, vous économisez votre force nerveuse, et votre esprit raisonne clairement.

Apprenez à enlever le stress comme on enlève quelque chose qui nous encombre. Voyez la différence dans votre quotidien, dans votre niveau de fatigue, et dans votre efficacité à agir face à ces difficultés.

L'État de stress post traumatique : **l'ESPT**

Lorsqu'une personne est confrontée à une situation qui menace son intégrité physique ou psychique, ou celle d'un proche, on peut observer un ensemble de manifestations au stress subi que l'on nomme selon la classification internationale des maladies « psychotraumatisme ».

L'État de stress post-traumatique, ou ESPT (PTSD en anglais : *posttraumatic syndrome disease*), est diagnostiqué à partir d'un ensemble de critères cliniques évoluant depuis plus d'un mois, et qui se définit par : une exposition à un événement « exceptionnellement violent » (ou perçu comme tel) associée à une réaction immédiate de peur intense, d'impuissance ou d'horreur, un syndrome de reviviscence (*flash-back*, cauchemars etc.), un syndrome d'hypervigilance (sursauts, insomnie, réactions d'alarme exagérées), une altération notable du fonctionnement social et professionnel.

La classification internationale des maladies CIM-10 précise qu'outre le trépied symptomatique reviviscence, évitement et hypervigilance, on rencontre des symptômes non spécifiques tels qu'anxiété, dépression, idéation suicidaire. Ainsi, un individu soumis à un événement traumatique peut-il présenter, quelques semaines après le choc, une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir, des troubles du sommeil, un trouble de l'appétit ou de l'alimentation, des idéations suicidaires, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, des troubles de la concentration ou de l'attention, une asthénie, un sentiment permanent de dévalorisation ou de culpabilité.

La modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe correspond à une modification de la personnalité après un facteur de stress « d'une telle intensité qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet profond sur la personnalité ». Cette attitude se caractérise par une hostilité ou une méfiance envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, ou encore par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si l'on était constamment menacé, et par un détachement.

À ces manifestations cliniques il faut ajouter la possibilité d'apparition de céphalées, de vertiges, d'insomnies, de palpitations, de détresse psychologique, d'oppression thoracique, de tremblements, de nervosité, de troubles paniques, de phobie sociale, de phobie spécifique, de trouble anxieux généralisé, de troubles affectifs, de dysthymie, d'addiction à l'alcool ou aux substances psychactives.

TENIR COMPTE DE LA DIVERSITÉ DES TROUBLES

Si je me suis permis de prendre le temps de relater les nombreuses conséquences cliniques possibles d'un traumatisme psychique, c'est précisément pour appuyer la grande diversité des troubles rencontrés et la non-spécificité d'une bonne partie d'entre eux. Bien entendu, la totalité des tableaux cliniques évoqués ci-dessus ne se rencontre pas chez un seul et même individu. Rappelons que le trépied diagnostique se compose de phénomènes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance.

Mais si le vécu d'un événement traumatique est susceptible d'entraîner autant de troubles, deux questions se posent.

Faut-il en conclure qu'un de ces tableaux cliniques apparaîtra nécessairement chez toute personne victime d'un événement dit traumatique ?

La réponse est non.

En effet, il faut d'abord distinguer la réaction aiguë à un stress de l'ESPT à proprement parler. Ce sont les signes cliniques qui se manifestent immédiatement ou quelques jours après l'événement. Ces signes se composent d'anxiété, d'insomnie, et de troubles qui

> sont une réaction de l'individu face à l'agression. En définitive, de la même manière qu'un traumatisme physique entraîne une ecchymose ou un hématome qui guérit au fur et à mesure que le temps passe, un événement traumatique génère une réaction psychique immédiate, mais temporaire.
>
> C'est seulement lorsque la symptomatologie se prolonge de plusieurs semaines qu'on parle d'état de stress posttraumatique.

On peut se demander ensuite s'il est possible d'identifier des facteurs prédisposant à l'installation d'un tel syndrome. Deux études datant de 2000 et 2003 ont exploré le rôle de plusieurs éléments prédictifs dans l'apparition d'un ESPT. Entre autres facteurs prédisposants, on note l'existence d'un traumatisme antérieur, la présence d'antécédents psychiques personnels ou familiaux, des antécédents d'abus dans l'enfance, la dissociation péritraumatique, une réponse émotionnelle péritraumatique, une perception d'un danger de mort lors du traumatisme, le rôle du support social, le stress quotidien, l'intelligence, la sévérité du traumatisme.

Une autre question qui se pose au regard de la non-spécificité des tableaux cliniques rencontrés dans le cadre de l'état de stress posttraumatique est la suivante : comment savoir si les troubles rencontrés sont la conséquence d'un traumatisme psychique ?

La réponse peut paraître évidente lorsqu'on retient qu'un des critères diagnostiques est une exposition à un événement « exceptionnellement violent ». Il est assez rare de ne pas se rappeler la survenue d'un tel événement dans une biographie, quand bien même celui-ci se serait déroulé des décennies plus tôt.

Mais si l'empreinte traumatique concerne d'après la nomenclature internationale un événement exceptionnellement violent et menaçant, certains s'intéressent au concept de microtraumatisme psychique. Le microtrauma est une situation *d'apparence banale ou anodine*, qui est vécue de façon traumatique par une personne, et qui est susceptible de développer sur le long terme un ensemble de manifestations cliniques en lien avec l'événement initial.

Corinne van Loey, psychologue, victimologue et hypnothérapeute, s'est spécialisée dans le traitement des microtraumas.

Selon la théorie des microtraumas, un événement quel qu'il soit est susceptible de faire « empreinte traumatique » chez un individu en fonction du contexte, des ressources, des capacités de résilience du patient et d'une façon générale de sa perception personnelle de l'événement en question. À l'instar de son grand frère, le microtrauma peut générer quelques troubles spécifiques tels que des attitudes d'évitement, une rumination, mais aussi toute la diversité de troubles non spécifiques décrits ci-dessus, tels qu'anxiété généralisée, dépression, hyperactivité neurovégétative créant troubles du sommeil et hypervigilance, et des comportements addictifs ainsi qu'une multitude de troubles psychosomatiques.

Le symptôme se révèle alors être le mode d'expression de traumatismes récents ou anciens non résolus.

L'hypnose devient un outil de choix dans le traitement du trauma, que celui-ci soit tel que décrit dans la classification internationale ou qu'il soit « micro » traumatique.

L'HYPNOSE DANS LE TRAITEMENT DU TRAUMA

D'abord, elle permet, par le flottement de la veille généralisée, une recherche du trauma cible. Ensuite, elle permet de changer la perception de l'événement traumatique par un travail sur les représentations.

ttention !

Une grande vigilance est demandée au lecteur. J'espère avoir été jusqu'à présent assez clair sur l'absence de nécessité de recherche des causes d'un symptôme pour le traitement par l'hypnose. L'hypnose, aux antipodes de la psychanalyse, ne s'intéresse pas au pourquoi je souffre mais au comment je guéris. La différence est essentielle, surtout si l'on considère que dans le paradigme hypnotique, la recherche des causes de la souffrance est l'un des facteurs qui maintient la pathologie en place. Pour guérir, il faut faire

cesser la rumination et se tourner résolument vers l'avenir en usant de toute sa force de vivant pour se laisser emporter par le courant de la vie.

Pourtant, dans ce chapitre, je suis en train d'exposer la façon dont l'hypnose traite le traumatisme, dès lors que l'événement dit « racine » a été identifié. Le lecteur critique pourra y voir une contradiction avec le principe précédemment exposé.

Je me permets donc ici de clarifier ce point : le traumatisme joue le rôle d'inducteur de transe négative. Confronté à un événement particulièrement violent ou perçu comme tel, le patient voit son champ perceptif capté et réduit à la perception de cet événement. Conformément au processus hypnotique, la focalisation entraîne une dissociation : le patient se coupe du réel, rumine le passé, rejoue dans ses cauchemars le traumatisme, se replonge dans l'événement au moindre rappel sensoriel ou lorsque le contexte a un rapport de près ou de loin avec l'événement traumatique initial. On retrouve également la dissociation des affects, l'hypervigilance… Autant de dysfonctions pathologiques liées à une distorsion perceptive causée par la focalisation imposée par le trauma.

Tout se passe comme si un arrêt sur image avait eu lieu : le patient se retrouve figé dans une transe négative, immobilisé dans la souffrance.

Dans cette situation, le patient est toujours, du moins émotionnellement, dans l'événement traumatique. Quel que soit le laps de temps qui s'est écoulé depuis lors (5, 10, 20, 30 ans), la personne reste figée dans l'événement qu'elle n'a pu métaboliser. En ce sens, il n'y a pas de recherche à faire dans le passé du patient car son élan vital est *toujours* figé dans le temps du trauma.

Déjà dans une forme de transe délétère, le patient n'aura qu'à laisser le thérapeute le rejoindre pour modifier la perception et remettre du mouvement, permettant de ramener le patient tout entier dans le présent.

Ainsi, il n'est pas rare qu'à l'induction proposée par le thérapeute, le patient entre rapidement dans un état dissocié : il était déjà en transe ! Et lorsqu'on l'interroge simplement sur la représentation qui se présente à

lui, le patient confiera sans surprise que l'événement traumatique occupe la totalité de son champ perceptif.

Il n'existe donc pas de réelle exploration du passé en ce sens où le patient est encore aujourd'hui dans cet événement qui a figé sa vie. Le thérapeute se contente d'appuyer la transe pour rejoindre le patient.

Par ailleurs, la recherche de ce point névralgique n'a pas pour objectif de l'analyser, le comprendre, ou le mettre en lumière différemment au regard de l'histoire de l'individu. Le besoin de s'appuyer sur ce point d'origine du mal réside dans la nécessité de changer la représentation de l'événement pour que le patient puisse changer la perception qu'il en a.

Ainsi appliquée, l'hypnose ne permet pas une recherche de cause mais bel et bien encore une fois une véritable modification de la perception dans l'optique d'un soulagement.

Enfin, je précise que cette approche appelée « plastie mnésique » (elle consiste à modifier certains caractères de la mémoire, ou du moins de quelle façon le souvenir est gravé), n'est qu'une approche parmi tant d'autres et qu'il serait injuste de prétendre à la nécessité absolue de retrouver les causes traumatiques d'un symptôme.

Toutefois, cette approche thérapeutique est d'une grande efficacité.

Une fois l'événement potentiellement traumatique identifié, au travers de l'anamnèse ou pendant la transe hypnotique, le thérapeute utilisera divers protocoles pour aider le patient à changer sa perception de l'événement. Le principe de l'exercice quel qu'il soit, consiste à revivre l'événement d'une façon alternative, d'une façon qui sorte le patient de sa position de victime. Dans le nouveau scénario, le patient doit sortir de l'impuissance qu'il a vécu – bien malgré lui ! – pendant l'événement initial. Il sera encouragé à agir, exprimer ses émotions, réagir, si possible bouger et mettre en mouvement son corps virtuel dans la scène en question.

Le patient bascule d'une position de victime qui subit à celle d'acteur qui agit. La transe donne à ce nouveau scénario toute la puissance nécessaire pour le faire vivre avec une telle intensité que le patient a vraiment l'impression « d'y être ». C'est tout entier, physiquement et émotionnellement qu'on l'invitera à s'investir dans cette scène.

L'expérience s'actualise alors dans la chair, et l'empreinte émotionnelle de l'événement change radicalement. Il n'y a plus trauma dès lors que la perception initiale a changé. Le patient n'est pas dupe et garde bien évidemment le souvenir de ce qui s'est réellement passé, mais sa perception de l'événement est radicalement bouleversée.

Modifier le scénario pour dépasser la peur

Loïc a 27 ans. Il souffre de phobie de l'hôpital. Hélas, il doit subir une opération chirurgicale prochainement et ne peut éviter l'intervention. Il consulte donc, dans l'espoir de faire tomber sa peur et d'affronter la chirurgie sans angoisse.

Lors de l'interrogatoire, Loïc relate très clairement un souvenir pénible, qui remonte à l'adolescence et qui est encore très présent à son esprit. Accompagnant sa mère qui devait subir une intervention gynécologique en consultation d'anesthésie au moment de la prise de sang, Loïc fait un malaise vagal et perd conscience. Il décrit qu'il a senti « venir » le malaise, et se rappelle avoir percuté le sol en tombant de sa chaise.

À son réveil, avant d'ouvrir les yeux, il entend autour de lui une femme s'écrier : « Je n'ai pas de pouls ! Je n'ai pas de pouls ! ». Loïc ouvre les yeux et se remet très simplement de son malaise.

Loïc a toujours refusé de se rendre à l'hôpital depuis cet incident.

Parce qu'il présente lui-même l'événement comme une source potentielle de sa peur présente, je lui propose après une induction classique de remonter jusqu'à ce souvenir.

Pendant le travail en hypnose, Loïc décrit fort bien l'impression de mort imminente ressentie lorsqu'il entend l'infirmière s'affoler (« je n'ai plus de pouls »). Pour lui, ces termes signifient que le cœur ne bat plus. Il avoue avoir pensé pendant une fraction de seconde qu'il était en train de mourir, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a ouvert les yeux : pour se rassurer de son état de vivant.

En hypnose, je propose à Loïc de changer le scénario, et d'imaginer un réveil de son malaise vagal comme il aurait voulu le vivre.

Il prend son temps, et finalement trouve un scénario qui le rassure totalement et fait tomber l'angoisse : il s'imagine être doucement réveillé par le médecin, alors qu'il se trouve dans un lit d'hôpital confortable (et non au sol comme dans la version originale de son souvenir). Le médecin lui sourit, lui souhaite la bienvenue, et lui explique avec une voix chaude et calme qu'il a simplement fait un petit malaise mais que tout va bien. Il rajoute même, *via* la bouche du médecin, « vous êtes d'une constitution solide jeune homme ».

Je demande à Loïc de répéter plusieurs fois cette version alternative jusqu'à la ressentir dans sa chair, puis nous mettons fin à l'expérience thérapeutique.

Cette expérience aura été décisive. Loïc a pu se faire opérer sans plus d'appréhension que tout un chacun. Il aura réussi à modifier la façon dont le souvenir était engrammé dans sa mémoire émotionnelle. En faisant cela, il a changé sa perception du contexte hospitalier.

Voici quelques protocoles de plastie mnésique très efficaces pour changer la perception d'un souvenir.

Expérimentez autrement : remettez-vous en position d'agir

Étape 1 : Induction de votre choix.

Étape 2 : retrouvez le souvenir dans lequel vous êtes inconfortable. Les émotions négatives pathogènes le plus souvent retrouvées dans ces souvenirs sont l'impuissance, la perte de contrôle, l'humiliation avec incapacité de réagir ou de se défendre.

Étape 3 : replacez-vous dans le contexte, dans le début de la scène. Vous devez voir ce qu'il y a à voir, entendre ce qu'il y a à entendre, toucher ce qu'il y a à toucher. Vous devez vous absorber de plus en plus dans cette scène jusqu'à en faire un virtuel consistant.

Étape 4 : changer le scénario. Vous allez maintenant jouer la scène en AGISSANT. Vous devez quitter la position de soumission et agir. Ne cherchez pas à savoir si ce que vous faites est logique. Ne cherchez pas à savoir si cette nouvelle version est conforme à la réalité ou non. Votre cerveau logique sait très bien quelle est la réalité de ce qui s'est passé. Ce n'est pas ce que vous cherchez à faire là. Vous utilisez votre cerveau émotionnel pour vivre une autre expérience. Dans cette nouvelle version, vous devez faire ce que vous regrettez de ne pas avoir fait. Si possible, mettez du mouvement. Bougez avec votre corps imaginaire. Ressentez les mouvements comme s'ils étaient vrais. Si cela vous aide, vous pouvez aussi bouger avec votre corps physique pour ressentir encore mieux le mouvement dans la chair.

Investissez-vous émotionnellement. Il ne suffit pas d'imaginer faire le geste, il faut que vous ressentiez comment vous percevez alors la scène en agissant ainsi. Vous devriez ressentir du soulagement, de la fierté, de la colère. Vous devriez vous sentir VIVANT.

Répétez le nouveau scénario alternatif jusqu'à ce que vous ressentiez, à l'intérieur de vous-même, que cette version est bien ancrée en vous (vous ressentez un soulagement lorsque vous repensez à l'événement).

Une autre façon de changer sa perception d'un événement passé est d'en changer le sens.

Ce protocole est délicat et nécessite une bonne transe hypnotique ainsi qu'un contrôle de la perception émotionnelle tout au long de l'expérience. C'est une expérience thérapeutique très efficace dès lors que l'on sait identifier les croyances honnêtes du patient.

Expérimentez autrement : Modifiez le sens de l'événement

Étape 1 : induction.

Étape 2 : comme sur un écran de cinéma devant vous, faites jouer la scène qui vous inspire un inconfort, ou qui a une connotation négative.

Étape 3 : identifier le sens que vous donnez à cette scène en l'observant de l'extérieur. Ce sens, cette signification, pourrait être « je suis nul », « on ne m'aime pas », « je n'y arrive pas », « je ne mérite pas… », « je n'en vaux pas la peine… ».

Étape 4 : rejouez la scène, mais cette fois, vous allez volontairement changer le sens de ce que vous voyez. Testez et trouvez la nouvelle signification qui pourrait être plausible. Par exemple,

« je ne mérite pas » deviendrait « je mérite mieux que cela, donc cela ne me dérange pas de ne pas l'avoir à cet instant précis ». Ou encore « on ne m'aime pas » pourrait devenir « on ne fait pas attention à moi dans cet instant précis car cette personne vient de se disputer avec sa femme au téléphone quelques minutes avant et a l'esprit préoccupé », etc.

Pour vous y aider, créez une scène additionnelle dans laquelle vous découvrez ce nouveau sens : par exemple, vous pouvez imaginer la personne qui reçoit le coup de fil avant de vous parler, ou encore, vous pouvez imaginer qu'on vient vous féliciter chaleureusement et vous dire combien vous êtes apprécié et de ne pas tenir compte de ce que les autres diront avant de vivre la scène où vous vous êtes senti ignoré.

Étape 5 : soyez sûr d'avoir trouvé une signification alternative que vous estimez plausible.

Étape 6 : rejouez la scène une fois encore, mais cette fois en étant dans l'image, derrière vos propres yeux.

Étape 7 : attendez de bien ressentir la nouvelle interprétation comme naturelle ; vous vivez l'événement, mais vous savez que le sens est différent.

Étape 8 : terminez quand la nouvelle interprétation paraît naturelle.

Un exemple précis pourra mieux éclairer sur l'objectif de cet exercice insolite.

Une version plus acceptable

Marion 41 ans, est responsable marketing dans une grande entreprise de produits de beauté.

Elle souffre de perte de confiance en elle, et développe une difficulté croissante à parler en public.

Lors de l'anamnèse, elle me raconte qu'elle n'était pas du tout ainsi par le passé, et que les troubles ont commencé à apparaître suite à une réunion, un an auparavant.

Au cours de cette fameuse réunion, malgré une excellente préparation de sa présentation et un très beau travail réalisé en amont, elle a été littéralement humiliée devant le directeur national par son directeur de cabinet, et ce devant une quarantaine de personnes présentes. Marion a mis plusieurs jours à se remettre de cet événement, et a développé depuis lors une crainte de la prise de parole qui l'oblige à revoir plusieurs fois ses présentations. Elle passe plusieurs nuits blanches régulières, à l'idée de devoir parler en public.

Après une induction, je lui demande quel scénario alternatif elle pourrait mettre en place qui annule complètement l'impact de la critique de son directeur de cabinet. Marion reste silencieuse un long moment. Elle finit par imaginer que si le directeur national avait reconnu la qualité de son travail, elle n'aurait pas été aussi affectée par la diatribe assassine de son responsable.

Je lui propose alors d'imaginer que la direction régionale reprenne la parole suite à l'intervention de son directeur de cabinet et prononce un avis très favorable sur son travail.

Elle expérimente pendant plusieurs minutes de silence ce scénario alternatif. Hélas, cela ne « colle pas ». Marion ne parvient pas à ressentir la plausibilité de ce scénario car, me dit-elle, le directeur régional était spectateur dans la salle pendant qu'elle était au micro aux côtés de son directeur de cabinet.

Je propose à Marion de prendre le temps de trouver une alternative plus crédible.

Après un long silence, son visage s'empourpre. Elle me dit avoir trouvé une version qui lui convient bien : elle imagine qu'avant la réunion, le directeur régional demande à la voir en tête à tête pour la couvrir d'éloges et lui promet un brillant avenir dans la boîte. Il lui dit que pour ne pas froisser ses collègues et pour ne rien laisser suspecter de la valeur qu'ils attachent à son travail, ils se sont mis d'accord pour que le directeur de cabinet soit particulièrement dur quant au travail qui sera présenté, mais qu'elle ne soit pas dupe, tout ceci n'est qu'une mise en scène.

Je trouve cette version osée, mais Marion semble prendre plaisir à la jouer dans son imaginaire. Je l'encourage donc à jouer et rejouer l'intégralité du scénario : l'ajout qu'elle vient de faire, suivi de la véritable scène.

Je lui demande ensuite ce qu'elle pense d'elle-même après ce travail. Apaisée, elle confirme : « Ah c'est mieux. C'est beaucoup mieux. »

Marion sera par la suite beaucoup plus à l'aise dans la prise de parole en public. Quelques mois plus tard, Marion a changé d'agence et ses difficultés ont totalement disparu.

Hypnose et **douleur**

C'est en particulier par le biais de la gestion de la douleur que l'hypnose est revenue dans les salles aseptisées de l'hôpital.

Utiliser l'hypnose pour accompagner un patient pendant un acte chirurgical locorégional est certainement l'expérience qui convainc le mieux les détracteurs de l'hypnose que celle-ci n'est pas un simple jeu de rôles. Lorsqu'on voit quelqu'un subir une chirurgie de la glande thyroïde sans ressentir de douleur, par un accompagnement hypnotique, on réalise qu'il y a là en jeu bien autre chose qu'une simple complaisance de la part du patient.

C'est donc pour comprendre les mécanismes cérébraux qui sous-tendent le phénomène hypnotique que les premières études en imagerie fonctionnelle ont été réalisées. Pierre Maquet, en particulier, a été pionnier, avec le Pr Faymonville, dans ces études qui ont fait l'objet de publications dans les journaux scientifiques de renommée internationale.

Pour l'International Association For the Study of Pain, la douleur se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion.* »

Cette définition expose toute la dimension subjective de la douleur, et donc l'utilité de l'application de l'hypnose, technique de choix pour changer la perception propre à chacun.

Hypnose et **douleur aiguë**

L'hypnose peut être utilisée à la place des anesthésiques dans le contexte d'une opération locorégionale. Cependant, l'hypnose ne se substitue pas complètement aux produits anesthésiants. D'abord, les chirurgies lourdes nécessitant une anesthésie générale ne peuvent se faire sous hypnose. Ensuite, s'il est possible de réaliser une intervention locale sous hypnose seule, on utilise souvent une combinaison d'hypnose et de faible dose d'anesthésiques. Il n'est pas question de faire de l'hypnose de foire et de vouloir démontrer la supériorité de l'hypnose sur les médicaments. Tout est mis en place pour la sécurité et le confort du patient. L'anesthésiste utilisera donc la combinaison la plus intelligente pour que l'intervention soit un succès et un moment confortable à vivre. En outre, au sortir de l'opération, les patients qui ont bénéficié de l'hypnose sont beaucoup moins douloureux et nécessitent beaucoup moins d'antalgiques en postopératoire que les patients ayant bénéficié d'un protocole médicamenteux classique d'anesthésie.

C'est certainement par son utilisation dans le cadre de la douleur aiguë que l'hypnose est revenue dans le champ de la médecine après plusieurs années de silence. Dans le contexte de la douleur aiguë, les effets de l'hypnose sont très impressionnants : comment en effet ne pas s'émerveiller en voyant un soin douloureux réalisé chez un patient, sans que ce dernier ne ressente le moindre inconfort ?

L'hypnose, dans ce cadre, utilise la capacité naturelle de l'être humain à se couper d'un environnement menaçant son intégrité physique ou psychique, pour en supporter le contexte. Nous disons que l'on se « dissocie » de l'environnement.

La dissociation

Suite à un traumatisme, lors d'un accident par exemple, les médecins urgentistes connaissent bien cet état particulier dans

> lequel ils trouvent parfois les victimes. Malgré leurs blessures et la gravité de ce qui vient de se produire, certaines personnes semblent « ailleurs », sidérées, et elles présentent tous les signes de la dissociation : faciès figé, regard absent, économie de mouvements, hébétude, désorientation temporelle ou spatiale, perte de l'esprit critique. Tout se passe comme si, pour survivre, un mécanisme de préservation dissociait l'individu de son environnement, le temps que la menace disparaisse. Lorsque la menace n'est plus, si le patient reste figé dans cette dissociation de défense, on peut observer les signes cliniques de l'état de stress posttraumatique tels que décrits dans la classification diagnostique des troubles mentaux du DSM IV.

Dans le contexte de la douleur aiguë provoquée en vue d'un soin, dont la chirurgie est la parfaite illustration, l'hypnose permet d'accompagner le patient dans une dissociation provoquée artificiellement par le thérapeute permettant de l'éloigner suffisamment du monde extérieur, pour que le soin puisse être réalisé dans le plus grand confort. À l'inverse de la dissociation en réponse à une agression ou à une menace, la dissociation hypnotique se fait dans le contexte bienveillant et sécurisé de l'hypnose médicale, dans une intentionnalité de soin.

La première publication d'une intervention chirurgicale réalisée exclusivement sous hypnose seule date de 1821. Il faudra attendre 1846 pour voir apparaître les premiers anesthésiques.

L'emploi de l'hypnose au cours d'une chirurgie n'a donc rien d'une nouveauté mais les progrès de la science et l'exigence de la médecine a permis de mieux cerner l'efficacité de l'hypnose et d'avaliser son retour dans les blocs opératoires. De nombreuses études rigoureuses ont été réalisées afin de valider l'intérêt de la technique en anesthésiologie. Par la suite, les études ont inspiré les chercheurs en neurosciences à investiguer les modifications cérébrales au cours de l'expérience hypnotique afin d'expliquer pourquoi les patients rapportent un vécu du geste chirurgical exempt de douleur. Lorsqu'elle est employée au bloc opératoire, l'hypnose change radicalement la pratique de la chirurgie, en faisant en sorte qu'il soit possible de réaliser des interventions chirurgicales qui

autrefois nécessitaient une anesthésie générale, sous une simple anesthésie loco-régionale.

hypnosédation

On appelle la technique de l'hypnose pratiquée au bloc opératoire l'hypno-sédation. Ce sont les anesthésistes, formés à l'hypnose, qui accompagnent le patient dans l'hypnose pendant que le chirurgien réalise l'acte chirurgical. Une certaine dose de médicaments est administrée pour détendre le patient et faciliter son entrée dans l'hypnose. Mais la dose utilisée est plusieurs fois inférieure à la dose habituellement nécessaire pour générer une anesthésie pendant l'acte opératoire.

COMMENT ÇA FONCTIONNE ?

Si cela est possible, l'anesthésiste propose au patient l'hypnose avant l'opération. C'est lors de la consultation dite de « préanesthésie » que le médecin pourra, si les conditions le permettent, proposer au patient l'expérience de l'hypnose pendant l'acte chirurgical. Parfois, les patients viennent en consultation avec la demande de l'utilisation de l'hypnose pour l'anesthésie. Hélas, si la pratique de l'hypnosédation tend à gagner de plus en plus de structures, peu nombreuses sont aujourd'hui les équipes d'anesthésie et de chirurgie formées à cette pratique.

C'est pendant la consultation de préanesthésie que toutes les questions autour de l'hypnose devront être posées et devront trouver une réponse. De la manière dont la séance se déroulera pendant l'intervention, en passant par les idées reçues que peut entretenir le patient au sujet de l'hypnose, tout doit être abordé sans crainte et sans retenue. Peut-être plus encore que dans le contexte d'une hypnose à visée psychothérapeutique. Car dans le contexte de la douleur aiguë, et plus spécifiquement dans celui de l'hypnoanalgésie au bloc, il ne doit pas exister le moindre non-dit, la moindre appréhension non partagée, et le moindre doute quant à la motivation du patient à faire l'expérience. On aura besoin de toute l'efficacité de l'hypnose au moment décisif. Cela implique qu'il n'y a de temps ni pour de l'entraînement ni pour de l'approximatif. Car

paradoxalement, il n'est pas nécessaire de réaliser une séance préalable lors de la consultation de préanesthésie.

> ***Pourquoi ?***
>
> D'abord parce que le contexte du bloc est tellement différent du contexte de la consultation qu'il serait peu prudent de considérer que le succès ou l'échec de cette première tentative sera prédictif de la qualité de l'expérience hypnotique pendant l'acte chirurgical lui-même.
>
> Ensuite, parce que c'est précisément la nécessité d'une expérience de qualité au moment décisif, c'est-à-dire au bloc opératoire, qui a tendance à mobiliser en temps réel les capacités du patient pour entrer dans l'expérience sans réserve. L'enjeu n'est évidemment pas le même lors de la consultation de pré-anesthésie, et il est attendu que de façon non consciente, le patient puisse ne pas être tout entier à la transe hypnotique que l'on désire faire expérimenter en vue d'une « préparation ». Au bloc, au contraire, le patient mobilise toutes ses forces car le voici plongé en temps réel dans le contexte de la chirurgie. C'est le moment de mobiliser consciemment et inconsciemment toutes les ressources possibles, et d'avancer main dans la main avec l'anesthésiste de sorte que l'hypnose soit un succès.

C'est certainement la confiance et la motivation du patient qui, associées à une technique sûre et l'expérience de l'hypnotiseur (l'anesthésiste), participent à ce succès.

LA TECHNIQUE D'HYPNOSÉDATION

Comme dans tous les champs d'application de l'hypnose, la technique hypnotique doit être adaptée sur mesure au patient afin de proposer l'exercice le plus en adéquation avec ses besoins, en prenant en compte ses possibilités, ses peurs, ses désirs, ses valeurs.

Il est aussi une étape indispensable dont on ne pourra faire l'économie : on prendra toujours le temps nécessaire pour *rejoindre le patient là où il se trouve*. Il serait maladroit et bien inutile de proposer d'emblée un

protocole d'hypnose sans avoir pris le temps de rejoindre le patient dans sa propre perception de la situation.

Ainsi, au bloc opératoire, si le patient amené est très anxieux, il serait inutile de l'inciter à se détendre et à partir en imagination faire une belle balade sur la plage.

Il est nécessaire, en tout premier lieu, de ratifier l'expérience qui est vécue en temps réel (à savoir la peur, l'agitation, la tension) pour progressivement recadrer le contexte et amener le patient dans l'exercice de l'hypnose à proprement parler.

Donc, ici comme ailleurs, l'hypnose sera faite sur mesure. Mais contrairement aux techniques utilisées dans le contexte psychothérapeutique, l'hypnosédation utilise le principe de la substitution d'une réalité par une autre, qu'il est possible de résumer comme suit…

L'hypnothérapeute, anesthésiste en l'occurrence, accompagne le patient dans *un souvenir ou une activité agréable* pendant que l'acte chirurgical est réalisé.

Le souvenir, ou l'activité agréable en question, sera choisi d'un commun accord avec le patient. Il sera préférable que le scénario dont on désire faire l'expérience en hypnose soit de l'ordre du connu et déjà vécu, car l'empreinte mnésique rend l'actualisation des perceptions virtuelles plus rapide et plus facile. Il est toutefois capable de reproduire la même expérience en proposant au patient de se projeter dans un environnement virtuel, créé de toutes pièces. En pédiatrie en particulier, il n'est pas rare que les jeunes patients substituent la réalité par un monde merveilleux inventé de toutes pièces dont ils n'ont jamais fait l'expérience au préalable.

Tout au long de l'expérience hypnotique, l'anesthésiste reste en lien avec le patient par un moyen préalablement défini : *Le signaling* conscient, par exemple, permet au patient de faire un signe convenu avant la séance ou proposé pendant la transe pour informer l'anesthésiste que tout se passe bien à chaque étape du travail.

Ce lien de communication est indispensable pour s'assurer du confort du patient pendant l'expérience. Car si avec l'expérience, il est possible de

donner du sens aux réactions observées chez un patient pendant la transe, il pourrait être gênant voire dangereux pour le patient de ne pouvoir informer le thérapeute qu'il ressent de l'inconfort ou qu'il ne parvient pas à intégrer les étapes de l'expérience hypnotique. Ici aussi, au bloc opératoire, la relation doit être la plus explicite possible.

Si l'analgésie provoquée par l'hypnose n'est pas probante, ou si les informations des moniteurs qui captent les constantes vitales du patient ne sont pas satisfaisantes, l'anesthésiste peut alors user des drogues pharmaceutiques nécessaires pour rectifier la profondeur de la sédation et permettre ainsi de poursuivre l'intervention dans le plus grand des conforts.

LE PROTOCOLE DE L'HYPNOSÉDATION

L'emploi de l'hypnose au bloc opératoire exploite à son plein potentiel la capacité à couper le patient des afférences sensorielles externes, c'est-à-dire à le rendre peu sensible aux perturbations extérieures de la réalité partagée, en l'accompagnant dans un environnement virtuel de son choix ou qui aura été prédéterminé.

Tout se passe comme si le patient se trouvait ailleurs, à vivre une expérience agréable, pendant que les chirurgiens s'occupent de son corps au bloc opératoire. C'est tout à fait ce qui est vécu par le patient et c'est le seul souvenir qu'il garde une fois l'intervention terminée.

Expérimentez le protocole d'accompagnement dans un environnement virtuel

Choisir au préalable un souvenir agréable ou une activité agréable.

Le souvenir choisi doit avoir une certaine durée, et doit générer un plaisir ou une satisfaction.

Pratiquer une induction qui permet de s'intérioriser de plus en plus, en se coupant progressivement de l'environnement.

Une bonne technique consisterait à partir de l'environnement réel puis de s'absorber progressivement, intérieurement.

La spirale sensorielle, par exemple, est une bonne technique d'induction dans ce contexte.
Une fois dans l'hypnose, se replonger dans la scène :
– voir ce qu'il y a à voir (au travers de ses propres yeux) ;
– sentir ce qu'il y a à sentir ;
– toucher ce qu'il y a à toucher ;

– entendre ce qu'il y a à entendre ;
– goûter ce qu'il y a à goûter.

Mettez en mouvement vos cinq sens. Bougez s'il y a à bouger.

Ressentez les mouvements.

Et surtout, ressentez le plaisir que vous éprouvez dans cette scène.

Continuez à profiter de cette scène et à y faire tout ce que vous avez à y faire.

Pendant l'acte de soin, si une sensation forte vous ramène à la perception de votre corps, faites en sorte de réinterpréter cette sensation dans le contexte virtuel dans lequel vous vous trouvez.

Cette technique s'appelle « le recadrage » et permet à la fois de changer le sens de la douleur perçue, et d'augmenter la réalité de l'environnement virtuel perçu.

Par exemple, si au cours d'une opération locale, un enfant est accompagné par l'anesthésiste dans un environnement virtuel dans lequel il vit un match de foot, et qu'à un moment de l'opération, la suture faite par le chirurgien tire sur l'épaule, l'anesthésiste pourra suggérer à l'enfant qu'un joueur de l'équipe adverse a agrippé son tee-shirt, provoquant ainsi la sensation de traction qu'il peut ressentir. Dans le scénario vécu par l'enfant, et par les modifications perceptives potentialisées par l'hypnose, l'information sensorielle est réinterprétée dans la logique du scénario du match de foot. Mieux : la sensation perçue aura donné plus de force encore au vécu de l'enfant, qui se dissocie d'autant plus du contexte du bloc opératoire.

Une fois le geste terminé, revenez ici et maintenant en laissant les images s'estomper, et en bougeant progressivement, en portant votre attention sur les sons environnants, les odeurs, les sensations physiques, en prenant de belles respirations, et en ouvrant les yeux lorsque vous êtes prêt.

Le retour doit se faire en douceur, en prenant soin de ramener quelque chose de positif de l'expérience qui vient d'être vécue.

Le protocole ci-dessus est utilisé par les anesthésistes et les professionnels du soin lors d'un geste douloureux. Même si c'est le patient qui fait tout le travail, il est rare que ce dernier l'expérimente lui-même en autohypnose pendant un soin douloureux, sans accompagnement. C'est cependant possible pour des actes courts, en particulier en dehors du contexte de la chirurgie, comme des soins dentaires ou un soin ambulatoire (prise de sang, pose de perfusion, ponction lombaire). La plupart du temps, les patients qui usent d'eux-mêmes de cette technique d'hypnose ont soit une expérience suffisante en hypnose pour en manier le processus, soit l'expérience du bénéfice d'un accompagnement par un hypnothérapeute, dans le contexte d'un soin aigu.

En dehors de ces cas rares, c'est généralement l'anesthésiste lui-même qui accompagne le patient : il sert de guide pour entrer dans l'hypnose en prenant en compte les particularités du patient, puis il veille à ce que

l'expérience se poursuive sans encombre jusqu'à son terme. Enfin, il prend le temps de ramener le patient bien présent dans la réalité, à la fin de l'intervention.

Cette démarche est la plus sûre en bien des points. D'abord parce que l'anesthésiste use de sa connaissance de l'hypnose pour accompagner et maintenir le patient dans un degré de dissociation nécessaire à l'expérience. Ensuite, parce qu'il peut anticiper, en fonction de l'acte chirurgical qu'il observe, les sensations qui devront nécessairement être recadrées. Enfin, parce que si cela s'avère nécessaire, il pourra en fonction de la réaction du patient et ses difficultés éventuelles dans l'expérience hypnotique, user des anesthésiques qu'il tient prêt à l'emploi soit pour approfondir la dissociation hypnotique, soit pour basculer en douceur dans une anesthésie conventionnelle. Il est important de garder à l'esprit que l'hypnose au bloc opératoire, comme l'hypnose utilisée lors d'un soin douloureux, est réalisée dans un cadre hospitalier réglementé et protocolisé, par des professionnels de santé. Tout est mis en place pour que la technique employée, médicamenteuse ou non, soit sûre et efficace. La disponibilité du plateau technique hospitalier permet de faire appel aux moyens les plus adaptés au moment choisi.

Si cette application s'avère la plus impressionnante, l'emploi de l'hypnose dans le cadre de la douleur aiguë ne se limite pas à substituer pendant l'acte un contexte par un autre. En effet, l'hypnose est un outil de choix pour diminuer l'anxiété liée à l'acte.

La peur de l'opération et de la douleur postopératoire

Les instruments, la table de bloc, les perfusions, les machines, l'odeur du bloc, les vêtements du personnel médical peuvent être autant d'éléments qui génèrent la peur ou l'inquiétude. L'hypnose, en substituant un contexte à un autre, change la perception de l'ensemble. Par exemple, alors qu'aujourd'hui la mythologie des super-héros est très en vogue y compris chez les plus jeunes, il est possible d'accompagner l'enfant en hypnose dans la perception selon laquelle le bloc opératoire devient un laboratoire secret destiné à le transformer en super-héros. Ce travail dans l'hypnose ne nécessite pas de substituer un espace à un autre, mais simplement de se positionner différemment par rapport au contexte. Tout le travail

de l'anesthésiste ou du thérapeute, qui aura peut-être préparé l'intervention en amont avec l'enfant, consistera à user des techniques de communication hypnotique pour aider au changement de perception. Ce dernier peut s'avérer décisif, notamment si les soins douloureux doivent être répétés, comme ce peut être le cas pour certaines pathologies graves nécessitant un traitement de plusieurs mois, ou pour certaines maladies chroniques. Ce travail en amont ne remplace nullement l'hypnosédation, mais constitue un accompagnement au soin qui peut permettre d'éviter une empreinte traumatique.

Par exemple, si un patient doit subir une série d'examens de façon répétée, par le changement de perception du contexte que permet l'hypnose, il reviendra sur les lieux du soin sans appréhension.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'HYPNO-ANALGÉSIE ?

La première condition à une hypnoanalgésie est *l'accord et la motivation du patient*. L'anesthésiste doit être suffisamment *à l'aise* avec la technique hypnotique, et sentir que le lien établi avec le patient est de *bonne qualité* et présage une expérience réussie.

Il est indispensable par ailleurs que les équipes du bloc, chirurgien et personnel soignant, soient au courant que l'hypnose va être utilisée.

En dernier ou premier lieu, c'est le chirurgien qui devra donner son aval pour que l'expérience soit tentée le jour de l'opération. S'il estime que malgré la possibilité d'une anesthésie locorégionale, l'intervention s'avère trop complexe et semble mal s'accorder à une hypnosédation, alors les modalités de l'anesthésie devront être revues.

La chirurgie sous hypnose peut être réalisée pour toute opération pour laquelle la région du corps que l'on opère peut être anesthésiée. Toute opération qui nécessite une anesthésie générale ne pourra pas être réalisée sous hypno-sédation.

Les contre-indications et **les limites**

La nature de **l'acte chirurgical**

La première des contre-indications est une opération techniquement non réalisable sous anesthésie locorégionale. En effet, une chirurgie nécessitant une anesthésie générale ne peut être réalisée sous hypnose.

Il est important de comprendre et de savoir que l'utilisation de l'hypnose au bloc ne signifie pas qu'aucun médicament ne sera utilisé, comme cela pouvait être le cas à l'époque où les anesthésiques n'existaient pas et où l'hypnose représentait la seule sédation possible. Aujourd'hui, l'hypnosédation comprend une part d'utilisation d'anesthésiques locaux ou généraux. Il faudra bien s'assurer que le patient l'a compris, et mener la consultation de préanesthésie en conséquence : relever les antécédents opératoires, les allergies connues, etc.

Ce sera au chirurgien de donner à l'anesthésiste son aval, sur l'emploi de l'hypnosédation au cours d'une intervention.

Le profil du patient

Comme l'hypnose est un phénomène naturel, nous savons que tout le monde est hypnotisable. Cependant, comme en thérapie, les patients qui ont des difficultés à lâcher prise auront du mal à entrer dans l'expérience hypnotique. Au bloc opératoire plus qu'ailleurs peut-être, il sera nécessaire d'installer une relation honnête et explicite afin que la confiance qui s'installe entre l'anesthésiste et le patient soit de qualité.

Dans le cadre opératoire, la motivation et l'intérêt du patient pour s'adonner à l'hypnose doivent être réels. L'anesthésiste devra, sur le temps qui lui est imparti, se rendre tout à fait disponible pour créer un accordage de qualité avec le patient coopératif au moment voulu sans retenue. Un patient, par exemple, qui garde une position d'observation et d'analyse pendant l'hypnose pour chercher en permanence à comprendre pourquoi le thérapeute lui propose telle ou telle chose, n'a aucune chance d'entrer dans l'expérience hypnotique. Ce sont les patients qui restent dans l'intellect et qui préfèrent, pour des raisons certainement légitimes, garder le contrôle sur tout ce qui se passe et tout ce qui se dit, et ne

veulent pas se laisser aller en confiance dans le monde de l'imagination et du rêve.

Si malgré les explications claires et la réponse aux questions légitimes, le patient ou l'anesthésiste lui-même ressentent une gêne ou une appréhension trop grande à faire l'expérience, il sera préférable d'éviter de se prêter à l'expérience de l'hypnose.

hypnose **n'est pas le sommeil**

Il doit être très clair dans l'esprit du patient que l'hypnose n'est pas le sommeil et qu'à aucun moment il n'y a perte de connaissance. Si le patient demande de la « vraie hypnose qui fait dormir », alors le phénomène n'a pas été bien compris, ou bien expliqué, et il faudra recourir aux moyens d'anesthésie pharmaceutique conventionnelle.

Comme l'hypnose nécessite une participation consciente et volontaire du patient, et la compréhension des consignes données comme la capacité à s'absorber dans une tâche à exécuter, il est légitime d'écarter de cette technique les patients souffrant de troubles cognitifs. Les patients atteints de démence, par exemple, ou les patients souffrant de difficultés de communication du fait d'un trouble de la compréhension et d'un déficit cognitif élevé, ne pourront malheureusement pas bénéficier d'hypnosédation. De même, la surdité est un obstacle évident à l'hypnosédation, puisque tout au long de l'intervention, le patient doit pouvoir entendre les indications de l'anesthésiste afin de vivre l'expérience de la façon la plus appropriée possible.

Enfin, les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, ou les personnalités *borderline* sont classiquement des patients qui devront éviter l'hypnose. Autant il est possible de pratiquer certaines techniques hypnotiques avec des patients souffrant de dissociation pathologique, autant les exercices à faire seront des exercices qui réassocient. Or, en hypnoanalgésie, on cherche précisément à dissocier tellement le patient qu'il se trouve coupé des sensations de son corps, lequel peut faire l'objet de l'intervention sans générer la souffrance attendue. Il sera donc de bon sens de ne pas vouloir rajouter de la dissociation, fut-elle artificiellement

créée par l'hypnose, à une dissociation préexistante, du fait d'une pathologie psychique.

Les bénéfices **de l'hypnosédation**

Pour le patient, l'utilisation de l'hypnose au cours d'une intervention est une expérience extraordinaire. Elle rend à l'individu ses capacités d'adaptation, et un pouvoir qui habituellement est confié aux médicaments. Le patient réalise que c'est grâce à ses propres ressources qu'il a pu vivre l'opération dans le confort, sans devoir s'effacer et s'adonner au coma pharmacologique. Il aura été à la fois tout à fait présent, et à la fois tout à fait absent.

Revenir d'une telle expérience est extrêmement gratifiant, et donne au patient une confiance jusqu'alors inconnue dans ce qu'il est capable de faire.

Les faibles doses d'anesthésiques qui auront pu être utilisées permettent au patient de se retrouver immédiatement dans son état de veille ordinaire alors même qu'il est encore sur la table du bloc et que le pansement se termine. Vigilant, conscient, non nauséeux, il peut alors – si l'intervention le permet – demander à boire et à manger beaucoup plus rapidement que s'il devait s'éveiller d'une anesthésie générale.

Les effets postopératoires

Les études réalisées montrent que les patients ne font pas état de la fatigue qui peut accompagner une sortie d'anesthésie générale, et qu'ils ont une tendance à utiliser beaucoup moins d'antalgiques en postopératoire après une hypnosédation qu'après une anesthésie générale. Soit parce que les patients en postopératoire reproduisent quelque chose de l'expérience hypnotique du bloc, leur permettant de mieux gérer les accès de douleur en se dissociant du corps, soit parce que l'expérience même de l'hypnose instaure un rapport à la douleur différent. En changeant le contexte, c'est toute la perception de la chirurgie et de son après qui change.

Enfin, il n'est pas rare que le patient utilise des mois ou des années plus tard quelque chose de l'expérience de l'hypnose, face à des contextes

divers. Par exemple, l'expérience de la dissociation peut être réutilisée pour mieux s'endormir, ou pour s'extraire temporairement d'un contexte pénible, ou tout simplement pour se détendre…

Pour l'équipe soignante, l'hypnose au bloc change radicalement le vécu de l'intervention. Lorsque l'hypnosédation est utilisée, tout le personnel du bloc est très présent au patient et au contexte. Ne sont prononcés que les mots nécessaires. Les gestes sont plus calmes. Le rythme semble plus lent (alors que le temps imparti pour l'opération reste sensiblement le même). Le chirurgien lui-même apprécie souvent cette atmosphère tranquille propice à un travail sans stress.

L'anesthésiste est également tout entier à ce qui se joue. Il surveille à la fois les constantes vitales sur les moniteurs, s'occupe des drogues à utiliser, surveille l'acte chirurgical pour pouvoir anticiper les sensations et enfin, accompagne le patient en restant en étroite collaboration avec lui.

Au-delà de l'acte chirurgical, l'hypnose peut être utilisée pour la gestion de la douleur aiguë dans toute situation qui s'accompagne d'une douleur transitoire.

On peut par exemple citer tout soin locorégional potentiellement douloureux. Dans cette catégorie, on pourrait citer les changements de pansements, les soins d'escarres, les soins de brûlures, les prises de sang, les ponctions veineuses, les ponctions lombaires, les ponctions de moelle osseuse, mais aussi les techniques d'exploration telles que les fibroscopies, les coloscopies, etc.

Distraire le patient

On utilise très fréquemment dans le contexte d'acte court mais douloureux, des techniques reposant sur le principe de la distraction. Le principe est toujours le même : éloigner l'attention du sujet de son corps, pour la reporter sur quelque chose de plus confortable. Il s'agit encore une fois « d'envoyer ailleurs » l'attention du patient, pendant que l'acte médical est réalisé.

Chez les enfants cela correspond, par exemple, à proposer un jeu pendant le soin. Ou encore, faire focaliser l'attention sur une autre partie du corps, à laquelle on fait mine de s'intéresser, pendant

qu'un professionnel du soin s'occupe de la partie souffrante. Ce peut être utiliser le langage de sorte qu'une confusion s'installe et fasse perdre au patient ses repères pendant quelques instants.

Quelle que soit la technique choisie, on passera toujours par le premier temps qui consiste à rejoindre le patient où il se trouve. Si l'expression semble être un principe flou, il suffit de l'appliquer pour se rendre compte de la pertinence de la démarche. Pour réaliser un accordage de qualité, il est indispensable de rejoindre le patient dans sa perception avant de vouloir la faire changer. Il existe quelques techniques dites de « mirroring » qui permettent au médecin de s'accorder au patient dans le contexte de l'urgence. Il sera par exemple plus simple de calibrer son comportement sur l'agitation d'un patient, puis dans un second temps de ralentir le rythme et de proposer de focaliser son attention sur autre point, plutôt que d'emblée proposer d'une voix calme un exercice d'hypnose.

Cette approche respecte et reconnaît la souffrance de l'autre et lui propose une autre perception. Elle permet en outre d'établir un contact là où parfois, la douleur ou l'agitation sont telles que toutes les tentatives d'approche qui invitent le patient à se calmer, à se détendre, ou à ne pas s'alarmer, se sont soldées par un échec patent. Pire : elles ont pu donner l'impression que le corps soignant ne réalise pas toute la gravité de la situation. Il suffit qu'un individu s'approche en ratifiant la souffrance : « oui, vous avez mal, c'est terrible, et savez-vous que ce type de douleur est une des plus fortes qui existent ? Vous avez beaucoup de courage » pour éveiller la curiosité du patient et commencer à instaurer un lien de confiance.

Hypnose et obstétrique

L'hypnose est un outil de choix qui peut accompagner la femme enceinte depuis le début de la grossesse (et même avant en cas de difficultés de conception) jusqu'à l'accouchement au bloc.

On retrouve d'ailleurs dans les techniques d'accouchement dites « sans douleur » des procédés qui relèvent absolument des techniques hypnotiques. L'objectif étant d'instaurer une tranquillité chez la future

maman qui pourra lâcher certaines croyances, certaines peurs, et laisser venir un fonctionnement physiologique naturel pour donner naissance.

Avant **l'accouchement**

Avant d'envisager la gestion de la douleur au bloc opératoire, l'hypnose peut être utile en accompagnement psychothérapeutique lorsque la perception de la grossesse ou de l'accouchement est une perception délétère. Par exemple, il n'est pas rare que certaines croyances soient profondément ancrées chez une femme du fait de son histoire personnelle ou de l'histoire familiale : « mon accouchement précédent a été tellement pénible, je ne peux pas revivre cela », ou « ma grand-mère et ma mère ont eu des grossesses très difficiles, et cela m'angoisse beaucoup, car elles me disent que depuis plusieurs générations, les femmes de notre famille mettent leur vie en danger pendant la grossesse »…

L'hypnose permet ainsi, par exemple, de travailler sur la perception que l'on se fait de la grossesse, puis de la délivrance.

Il est possible pour cela d'utiliser une technique simple de projection dans le futur. À partir de ce scénario, on peut demander à la patiente si elle peut accepter que ce dernier puisse être le sien, ou si au contraire, elle ne peut y accéder. Il s'agit de découvrir quelles sont les conditions qui lui semblent la mettre en sécurité. Si rien ne vient, on remontera plus loin dans les croyances pour favoriser l'émergence d'une représentation alternative pendant la phase d'ouverture du processus hypnotique.

Trouver le « bon » soutien

Patricia a 27 ans. Elle est enceinte de jumeaux. Elle doit accoucher dans moins d'un mois, et elle décide de consulter en hypnose car elle développe une peur grandissante du jour de la délivrance.

À l'entretien, Patricia révèle qu'elle a été soignée pour un cancer gynécologique il y a quelques années, et qu'à la suite du traitement, les oncologues lui ont confié qu'elle risquait probablement de ne pas avoir d'enfant.

Patricia a suivi un lourd traitement, et la rémission a été confirmée.

Deux années plus tard, elle tombe enceinte, à la surprise générale. Son gynécologue, le premier surpris, lui conseille de ne pas trop espérer et de s'attendre à une fausse couche. Pourtant, malgré l'appréhension, la joie et l'impression de « cadeau du ciel » ne quittent pas Patricia. Sa surprise devient encore plus grande quand elle apprend qu'elle attend des jumeaux.

L’inquiétude se fait alors croissante dans le corps médical, qui considère que compte tenu des modifications apportées à la matrice utérine au cours du traitement, la grossesse ne pourra se réaliser normalement.

Cette fois, l’inquiétude prend le pas sur la joie, et Patricia perd le sommeil. Elle souffre dès lors de multiples douleurs, nausées, qui l’obligent à consulter régulièrement en urgence un obstétricien pour s’assurer que le pire ne survient pas.

Si elle est parvenue à gérer son angoisse jusqu’alors, c’est au huitième mois qu’il lui semble perdre le contrôle. La fatigue liée aux sensations du développement des bébés se mêle aux projections anxieuses d’une délivrance catastrophique.

Patricia a du mal à entrer dans l’hypnose. Elle présente un degré de contrôle certain qui l’empêche de se laisser aller dans l’expérience. Lorsque nous en parlons ouvertement, elle me confie qu’après les traitements lourds qu’elle a subis, elle a du mal aujourd’hui à envisager un soin quel qu’il soit, sans appréhension.

Notre premier travail est donc l’entraînement à l’induction.

Après quelques exercices simples, et un entraînement régulier à la maison, Patricia parvient à accéder, à volonté, à une transe de qualité.

Au cours de la troisième consultation, je lui demande de porter toute son attention sur comment elle s’imagine le jour de l’accouchement. La scène qu’elle évoque est une scène violente, difficile et pénible. Il ne lui semble pas possible d’imaginer que la délivrance sera tranquille et naturelle. Sa croyance en des complications nécessaires est forte.

Lorsque je lui demande de laisser venir, en hypnose, une alternative à ce scénario, rien ne semble accessible.

Et pourtant, après quelques minutes de silence, elle me dit, avec la voix caractéristique de la transe : « s’il y a du lilas dans ma chambre ».

Pensant avoir mal entendu, je lui demande de répéter : « s’il y a du lilas dans la chambre, cela devient plus doux. »

Toute la magie de l’hypnose est illustrée dans cette magnifique phrase : il n’y a pas de lien logique, au premier abord, entre la présence de lilas dans la chambre d’hospitalisation de Patricia et un accouchement paisible.

Pourtant, dans le mode de perception propre à la transe, la patiente ressent un repositionnement lorsque cet élément fait partie de l’équation. Il n’est pas nécessaire de demander à Patricia ce qu’évoque le lilas, ni de chercher à comprendre la signification de tout ceci. Le travail en hypnose consiste à changer une représentation pour plus de confort.

Qu’à cela ne tienne ! Après quelques mots avec son époux, qui l’accompagne religieusement à chacune des consultations tout en respectant le colloque singulier de l’expérience hypnotique, il est convenu que Patricia aura des bouquets de lilas dans sa chambre.

Trois mois après cette séance, Patricia m’envoie un e-mail et une photo de la famille : « Lilas magnifique, famille heureuse. Merci. »

Il est possible également de tirer des bénéfices de l’hypnose avant même la grossesse : dans les difficultés de conception, on obtient des résultats surprenants par l’intervention hypnotique.

En outre, le travail sur les croyances limitantes permet souvent de débloquer une situation de difficultés de conception qui durent depuis plusieurs années.

Expérimentez la fin d'une croyance avec « la montgolfière »

Étape 1 : induction.

Étape 2 : vous vous retrouvez dans une prairie. Au milieu de cette prairie ensoleillée se trouve une montgolfière.

Montez dans cette montgolfière. Installez-vous confortablement.

Vous pouvez défaire le nœud qui retient le ballon au sol.

Celui-ci s'élève lentement.

Étape 3 : sentez la légèreté. Profitez du paysage qui s'éloigne au-dessous de vous et du panorama qui se déploie tout autour de vous. Tout est calme. Le ciel est magnifique. Vous sentez l'air chaud qui gonfle le ballon vous réchauffer et caresser votre visage.

Vous devez maintenant avancer.

Étape 4 : voyez au fond de la nacelle… Vous observez des petits sacs tout lourds qui lestent le ballon et l'empêchent de monter plus haut, et d'avancer.

Vous soulevez un de ces sacs. Sur ce sac, il y a une étiquette. Vous lisez. Sur cette étiquette, voyez inscrite une croyance que vous avez et dont vous souhaitez vous débarrasser.

Étape 5 : jetez ce sac par-dessus bord. Le ballon s'élève soudain, devenant plus léger. Regardez au sol : il y a d'autres sacs très lourds emplis de vos croyances limitantes.

Vous devez vous en débarrasser.

Étape 6 : à chaque sac que vous jetez par-dessus bord, vous devenez plus léger et vous avancez vers l'horizon, dans un paysage magnifique.

Prenez plaisir au calme, à la légèreté.

Étape 7 : quand il vous semble que vous vous êtes débarrassé de suffisamment d'éléments limitants, vous pouvez laisser les images s'estomper et revenir ici et maintenant en respirant, bougeant et en ouvrant les yeux.

Gardez la sensation de légèreté.

Lorsque la cause des difficultés conceptionnelles est purement organique, c'est-à-dire relevant d'un problème médical identifié, l'hypnose permet d'aider la patiente à percevoir la prise en charge médicale de façon moins menaçante. Elle change la tonalité du contexte, et peut aider à la gestion de la douleur si un acte chirurgical est nécessaire, par exemple. Lorsqu'une procréation médicalement assistée est envisagée, l'hypnose accompagne durant la prise en charge médicalisée, et aide à supporter la pénibilité du traitement.

Si la cause de l'infertilité n'est pas trouvée, on s'oriente parfois vers une approche toute différente : le travail consiste alors souvent, dans un premier temps, à modifier les croyances de la patiente quant au caractère « inévitable » de l'impossibilité à concevoir. L'hypnose invite à installer une attente tranquille et confiante de grossesse plutôt qu'une attente négative et fataliste d'échec.

La thérapie consiste également à modifier la perception que l'on se fait de la nidification, en en changeant la représentation (par réification par exemple) sous hypnose. On est parfois surpris par la représentation peu avenante que certaines femmes entretiennent de leur paroi utérine, pourtant destinée à accueillir l'œuf et à le nourrir tout au long de la grossesse.

Hypnose et FIV

Quelques études se sont intéressées à l'apport de l'hypnose dans le contexte de la fécondation *in vitro*. Une étude de 2006, notamment, conclut que l'hypnose double les chances de grossesse lors de l'implantation d'embryon (60 % contre 30 % pour les femmes n'ayant pas bénéficié d'hypnose). Il a été demandé par exemple aux femmes, pendant le transfert d'embryon et pour réduire le stress associé à la procédure, de choisir une expérience antérieure « très plaisante » à revivre sous hypnose.

Il a été demandé en outre de percevoir le procédé d'implantation comme la « réception d'invités attendus depuis longtemps et bienvenus ». À l'aide de cette technique, qui invite clairement à un changement de perception de l'acte et de ses conséquences, on compte 52 grossesses chez les femmes ayant bénéficié de l'hypnose contre 29 chez les autres.

Les mécanismes physiologiques exacts qui expliquent l'apport de l'hypnose dans ce cadre ne sont pas clairement définis. Quelques hypothèses avancées seraient la détente de l'utérus favorisant l'implantation de l'embryon, et des changements dans le fonctionnement immunitaire ou hormonal améliorant l'interaction entre blastocystes et endomètre.

Pendant la **grossesse**

Les modifications physiques et physiologiques qui accompagnent la grossesse invitent la femme à se rendre plus présente à son corps. Elles obligent également à s'adapter pendant neuf mois à son environnement, cette adaptation se fait rapidement et est dictée par le corps lui-même.

Si l'on considère qu'une des façons de travailler en hypnose est de réassocier le patient à son corps tel qu'il est (voir le chapitre 16), il nous apparaît clairement que la grossesse induit une nécessaire présence au corps qui invite parfois les patientes à expérimenter quelque chose de l'ordre de la transe : « avec la grossesse, je fais au jour le jour », « je suis obligée de faire au rythme de mon corps, alors je dis non à tout ce qui me stresse ou me presse, car je ne peux pas le faire » , « tous les jours je prends un moment pour m'asseoir convenablement et pour toucher mon ventre, pour sentir bébé ; ça m'apaise », « avec mon mari, on prend le temps de s'asseoir l'un à côté de l'autre, et à simplement être présents, pour jouir de l'instant », « mes gestes sont minutieux, prévenants, car je sens très fort cette vie en moi, et je n'ai qu'une envie, c'est de la protéger »…

Cette hypersensibilité qui se développe lors de la grossesse favorise grandement l'entrée dans l'hypnose. C'est même le travail tout entier avec l'hypnose qui se trouve facilité dans la majorité des cas.

En revanche, si les changements qui prennent place dans le corps deviennent insupportables pour certaines, s'il est difficile d'accepter que des modifications physiques s'installent si rapidement et sans aucune volonté de la part de la femme enceinte, alors c'est qu'il existe – quelle qu'en soit la raison – un excès de contrôle et une difficulté à laisser faire le corps.

LAISSER FAIRE CE QUI SE FAIT…

Dans ce contexte, l'hypnose est une voie royale pour inviter la femme à laisser faire ce qui se fait. Reprendre contact avec le corps pour lui permettre de faire ce qu'il a à faire. Cette expérience, dont l'essence repose sur le protocole de base (voir le chapitre 17, page 251), est souvent l'occasion d'une reprise de contact avec soi-même et d'une rencontre

merveilleuse avec les sensations de bébé. L'hypnose permet donc d'accepter le corps tel qu'il est.

Les modifications liées au développement de l'enfant peuvent occasionner quelques troubles (nausées, douleurs lombaires, reflux acides, jambes lourdes, etc.) qui peuvent grandement bénéficier de l'apport de l'hypnose pour atténuer l'inconfort ou pour changer la perception que l'on se fait de ces symptômes. L'hypnose leur rend leur normalité et leur caractère temporaire en les replaçant dans le contexte. *Bien entendu, il sera toujours nécessaire de consulter son médecin pour déterminer clairement la cause des symptômes, et éviter de les imputer systématiquement à la grossesse*. Le principe de précaution prévaut, et il peut exister de nombreuses causes à ces symptômes, notamment non liés à la grossesse en cours.

Pour les vomissements, il est possible d'utiliser des suggestions directes comme des métaphores, ou plus simplement les techniques de réification, pour calmer ou faire disparaître les symptômes. Dans certaines études, on relève un taux de réussite de plus de 80 % après trois séances d'hypnose destinées à éradiquer les vomissements gravidiques.

Hypnose et grossesses à risque

Dans le cas des grossesses à risque, potentialisant le risque d'accouchement prématuré, des techniques d'hypnorelaxation peuvent aider considérablement la patiente à prolonger le terme. Elles permettent également d'instaurer là encore une attente tranquille et positive vis-à-vis du processus physiologique. Si malgré la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, l'hospitalisation s'avère nécessaire, là aussi l'hypnose pourra prendre toute sa place en permettant de conserver une attente tranquille et optimiste quant au bon déroulement des choses.

Installer une perception calme et bienveillante d'un contexte médicalisé, apporte toujours de grands bénéfices. D'abord parce que cela prévient du stress qui perturbe le fonctionnement de l'organisme, ensuite parce que cela permet d'éviter toute empreinte traumatique de l'événement vécu.

Une prochaine grossesse pourra alors être envisagée sans appréhension ni mauvais souvenir. Dans certains cas, on peut même parler d'état de stress post-traumatique : si un événement particulièrement violent survient, ou menace l'intégrité physique ou mentale de la mère ou du bébé, on pourra voir se développer un véritable ESPT qu'il sera nécessaire de traiter à court ou moyen terme. Dans le cas contraire, tout élément qui rappellera le contexte sera susceptible de réactiver l'angoisse et le malaise vécu pendant l'expérience traumatique. Les sensations d'une prochaine grossesse, l'odeur de l'hôpital, la vue de la blouse blanche, la table d'examen et ses étriers, seront capables de perturber profondément le fonctionnement organique et psychique de la femme enceinte. Il sera donc nécessaire de traiter le traumatisme pour envisager une nouvelle grossesse paisible et vierge de toute appréhension.

Enfin, la prise en charge du célèbre « baby blues » pourra bénéficier de l'apport de l'hypnose, en incitant la patiente à être attentive à ses perceptions, et en l'invitant à changer ses représentations. Ce travail passera nécessairement par l'intégration des nouveaux liens qui sont créés du fait de la venue au monde d'un nouveau membre de la famille, et l'acceptation du repositionnement de chacun dans une constellation d'êtres et de choses qui s'en trouve totalement modifiée.

En prenant en compte la nouvelle configuration avec laquelle il va falloir composer, la patiente peut envisager plus sereinement la suite des événements, et sentir se déployer de nouvelles potentialités jusqu'alors inconnues dans sa vie future.

Hypnoanalgésie et délivrance

Comme dans le domaine chirurgical, l'utilisation de l'hypnose à visée analgésique dans le contexte de l'accouchement date du début du XIX^{e} siècle.

Si les traitements médicamenteux, notamment l'anesthésie par voie péridurale, permettent d'obtenir une excellente analgésie, il est nécessaire de prendre en compte la composante émotionnelle et cognitive de la douleur, propre à chaque patiente.

La douleur de l'accouchement a ceci de particulier qu'elle est socialement admise, transmise, et parfois même encore valorisée : « c'est un moment douloureux, mais ensuite tu n'y penses plus et c'est le plus beau jour de ta vie », « ça fait mal, mais c'est quelque chose rien qu'à nous, que les hommes ne connaissent pas », « cela fait partie de l'ordre des choses », « c'est comme ça depuis la nuit des temps »…

L'hypnose invite la patiente à mobiliser ses propres ressources afin de modifier la perception douloureuse de la délivrance. L'hypnose permettra surtout de changer quelque chose de la composante cognitive et émotionnelle de la douleur, comme on pourrait le faire dans le contexte de la douleur chronique. Car si la douleur de l'accouchement n'a rien de chronique, les projections anxieuses qui ont pu se développer depuis les premiers mois de grossesse et les choses racontées par la famille ou les amies depuis peut-être quelques années, ont alimenté une certaine représentation de la douleur de l'accouchement depuis bien longtemps.

A contrario de la douleur chronique, qui naît de la composante sensori-discriminative pour être ensuite complétée par une composante émotionnelle (la pénibilité de la douleur) et cognitive, voire comportementale, la douleur de l'accouchement naît d'abord de l'anticipation émotionnelle, avant même que la douleur n'existe.

Cette particularité confère à l'hypnose toute son efficacité, puisqu'elle est une technique de choix pour modifier les représentations. En hypnose, on prend appui sur ce qui est perçu. Prétendre qu'il n'y a pas à avoir peur car « ce n'est que de l'imagination », n'aide pas la patiente dans cette représentation anxiogène de l'accouchement.

Puisque la douleur est déjà imaginée, c'est que, à un certain niveau de son expérience, la patiente la vit dès à présent. C'est une projection négative de l'accouchement. La future maman n'a pas encore accouché, et pourtant elle se représente déjà les douleurs de l'accouchement. À un niveau subtil, le corps souffre par anticipation.

La présence bienveillante du thérapeute revêt toute son importance pour accompagner la patiente dans cette expérience perceptive et en modifier les composantes. C'est bien, en effet, la modification d'une anticipation dont il s'agit, et cette modification conditionnera le moment de la

délivrance. C'est donc toujours au moment présent que les choses se jouent, y compris lorsque les douleurs de la délivrance sont « imaginées » ou « dans la tête ». En termes d'expérience perceptive, toute expérience imaginée est réelle. Ce sera au thérapeute d'aider la patiente à modifier ses représentations et ainsi, à créer une anticipation positive du moment tant attendu.

L'hypnothérapeute aura donc pour rôle d'aider la patiente à porter attention à cette représentation, et à vivre cette imagination afin d'explorer les possibilités de modifications perceptives.

Ces techniques sont utilisées lors de la préparation à l'accouchement, en amont de la délivrance.

À cette occasion, il est possible d'apprendre à la patiente la meilleure technique d'autohypnose à utiliser le jour de l'accouchement. Cette technique ne sera efficace que si elle est personnalisée. Dans le cas contraire, il n'est pas rare que la patiente ne retrouve ni les mots ni le chemin pour accéder à l'état hypnotique, une fois le travail commencé.

Si cela s'avère possible en termes d'organisation, l'hypnose peut être utilisée au moment même de l'accouchement, par un hypnothérapeute, en salle de naissance. La patiente n'a pas nécessairement besoin d'avoir fait l'expérience de l'hypnose au préalable. En complément ou à la place de l'analgésie par péridurale, elle peut être proposée explicitement ou au travers de l'hypnose conversationnelle.

a méthode du **balancement**

On peut citer, parmi les techniques utilisées, la méthode du balancement qui invite la patiente à porter son attention sur des mouvements oscillatoires du corps, et qui est une méthode d'absorption par le mouvement. Au travers du prisme de l'hypnose, cette technique permet à la fois de ramener la patiente au temps présent en la réassociant à son corps, et à la fois d'absorber ses sens dans une modalité sensorielle spécifique (kinesthésique) propice à calmer les tensions et la projection anxieuse du moment. Certaines équipes avancent que le mouvement du balancement en lui-même

relève d'une sensation intrinsèquement liée au réconfort, comme le font les mères lorsqu'elles bercent leurs enfants.

Hypnose et post-partum

Diversement, l'hypnose peut aider la femme à gérer le stress de la réorganisation du quotidien et les moments de fatigue liés au manque de sommeil ou à l'anxiété de « bien faire » et d'être une « bonne maman ».

L'autohypnose permet de se recentrer à l'instant présent sur ses propres capacités, et d'éliminer le stress de la performance, souvent alimenté par les amis ou la famille qui délivre une multitude de conseils. Le moment de l'allaitement peut devenir une autohypnose personnalisée, qui permet de mettre le temps et les obligations entre parenthèses et de nouer une relation privilégiée avec le nourrisson.

Hypnose et **douleur chronique**

L'hypnose permet donc de prendre en compte *l'information* de la douleur. En ce sens, elle peut être utilisée dans la prise en charge de nombreuses pathologies causales d'une douleur chronique. À l'hôpital ou en cabinets médicaux, les médecins utilisent l'hypnose à visée antalgique dans des indications aussi variées qu'il peut exister de maladies à l'origine de douleurs : douleurs neuropathiques, articulaires, inflammatoires, algoneurodystrophie, céphalées et migraines, douleurs gynécologiques, fibromyalgies et syndromes apparentés, douleurs des membres fantômes, maladies du colon, douleurs du cancer, etc.

Qu'est-ce que la **douleur chronique** ?

La douleur chronique, d'après la Haute Autorité de Santé, est un syndrome multidimensionnel qui doit être évoqué devant l'un des signes suivants : douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement *a priori* bien conduit et suivi, conformément aux recommandations, douleur accompagnée d'une composante anxieuse ou dépressive, douleur accompagnée d'une interprétation et de croyances propres au patient, et

différentes de celles du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements.

La douleur chronique est définie comme un syndrome multidimensionnel avec persistance ou récidive de la douleur, évoluant au-delà du délai habituel d'évolution de la pathologie causale diagnostiquée, notamment au-delà de 3 mois. La douleur chronique s'accompagne d'un retentissement fonctionnel dans les actes de la vie quotidienne ou d'une intrication sociale ou professionnelle.

Les composantes de la douleur

- Une composante sensori-discriminative (c'est la lésion organique, la cause physiologique de la douleur).
- Une composante émotionnelle (la pénibilité de la douleur).
- Une composante cognitive (ce sont les croyances liées à la douleur, qu'elles soient issues de l'influence sociale ou de l'expérience propre du patient).
- Une composante comportementale (ce sont les gestes qui accompagnent la douleur, tels que la flexion d'un bras douloureux ou une boiterie d'évitement afin d'éviter que la douleur ne soit trop importante).

Chacune de ces composantes représente une porte d'entrée pour une prise en charge antalgique.

Autant dans le contexte de la douleur aiguë, il apparaît assez clairement que la composante sensorielle représente la dimension prépondérante de la douleur perçue par le patient, autant dans le contexte de la douleur chronique, les quatre dimensions (sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales) sont souvent développées et constituent ainsi quatre voix d'accès possibles pour soulager un patient.

Notamment, la composante émotionnelle naît de la pénibilité de la douleur, du simple fait de la durée de cette dernière. Plus une douleur dure, plus il se développe une pénibilité, un « ras-le-bol » qui se distingue de l'intensité de la douleur créée par la lésion organique elle-même.

Pour illustrer ce problème, il suffit d'imaginer une douleur légère, notée sur l'échelle visuelle analogique à 3/10, causée par une entorse bénigne du poignet.

Si la douleur s'installe dans le temps, une nouvelle composante se rajoute à l'intensité initiale : le ras-le-bol de devoir supporter quotidiennement une douleur – même si son intensité n'est pas si importante.

Ainsi, le patient pourra parfois faire la part entre l'intensité de la douleur (qui dans notre exemple pourrait rester à 3/10) et la pénibilité de la douleur, qui pourrait être cotée à 8/10.

Si la douleur persiste, la tendance du patient pourrait être de consulter Internet pour trouver des personnes souffrant du même mal, ou pour chercher à comprendre ce qui lui arrive. Cette étape, qui se justifie par une volonté de comprendre la situation, tend à créer la composante cognitive de la douleur en développant chez le patient des croyances négatives quant à son mal : il peut se comparer aux autres patients qui lui assurent qu'ils « vivent un enfer » et prendre à son compte des informations erronées que sans connaissance médicale, il ne peut discriminer.

Enfin, pour compléter le tableau, la douleur persistante installe un comportement spécifique, tel que la sous-utilisation du membre douloureux, provoquant dans un second temps un endolorissement du membre et une perte d'amplitude articulaire, susceptible d'aggraver le tableau clinique.

Quelle prise en charge ?

Les centres antidouleur sont des services hospitaliers ambulatoires pluridisciplinaires qui proposent une prise en charge globale, prenant en compte chacune des composantes de la douleur. Ainsi, le médecin s'occupera en particulier de la voie physiologique de la douleur, en proposant des traitements médicamenteux qui permettront de diminuer la composante sensori-discriminative de la douleur.

Souvent, le médecin spécialiste assure à partir de l'étude du dossier la coordination des différents intervenants qu'il estime utiles dans le cas particulier de chacun des patients. Ainsi, on pourra proposer une prise en

charge psychothérapeutique lorsque la dimension émotionnelle est particulièrement importante, et qu'il existe un terrain anxieux ou dépressif susceptible d'aggraver la perception de la douleur. Une aide psychologique peut être proposée également par le biais de la Thérapie comportementale et cognitive (ou TCC) qui permet de mettre en place diverses stratégies destinées à faciliter la gestion du quotidien et à mieux vivre avec la douleur. La kinésithérapie, ou la médecine de rééducation, s'intéressera par exemple à la composante comportementale telle qu'une attitude corporelle involontaire en réaction à la douleur, risquant paradoxalement d'aggraver la douleur sur un plus long terme.

Bien entendu, les portes d'entrée du traitement ne sont pas exclusives, et chaque intervenant prend en compte chacune des composantes dans son travail.

Les réunions de service, ou *staffs*, sont le moment de rencontre de chacun des professionnels de la santé qui interviennent auprès du patient afin d'obtenir le meilleur résultat possible dans le traitement et la gestion de la douleur. L'échange d'informations de chaque praticien est d'une grande utilité, et permet à chaque intervenant d'ajuster sa prise en charge.

L'hypnose a ceci de particulier qu'elle permet de travailler sur chacune des dimensions de la douleur.

anziger

On savait depuis le travail de Danziger (1998) que des suggestions d'analgésie sont capables d'inhiber le réflexe de retrait du membre inférieur soumis à un stimulus douloureux. Cette étude démontre qu'il existe une action descendante qui semble venir inhiber l'information douloureuse remontant le long des nerfs, dans la moelle épinière : la suggestion fait que le cerveau envoie un signal descendant le long de réseaux de neurones de la moelle, venant inhiber l'information de la douleur.

Mais depuis les études de Pierre Rainville datant de quelques années déjà, on sait que selon la nature des suggestions employées pendant l'expérience hypnotique, l'hypnose est capable de modifier de façon

sélective l'activité des régions cérébrales impliquées dans le traitement de l'information sensori-discriminative, ou bien dans le traitement de la pénibilité de la douleur (système limbique).

Ces avancées considérables permettent de rendre compte de l'effet réel des suggestions sur les réseaux cérébraux impliqués dans le traitement de l'information de la douleur. On sait donc que les dimensions sensori-discriminatives (l'intensité de la douleur) et la composante émotionnelle (pénibilité de la douleur) sont accessibles par divers exercices antalgiques en hypnose.

Dans le contexte de la douleur chronique, l'hypnose permet également d'agir sur la composante cognitive, en travaillant sur la représentation subjective et la croyance du patient quant à sa maladie, son évolution, et ses capacités d'adaptation.

Enfin, l'hypnose permet d'influencer également la composante comportementale, en faisant prendre conscience des gestes ou des comportements inadaptés, et en aidant à instaurer un mode de fonctionnement plus confortable.

Quels **traitements** ?

On retrouve aisément dans la littérature l'ensemble des exercices possibles en hypnose pour changer la douleur.

LE DÉPLACEMENT DE LA DOULEUR

Cet exercice consiste à inviter le patient à déplacer la sensation douloureuse vers une autre partie du corps. Ce déplacement peut s'accompagner spontanément ou volontairement d'une modification de certains des caractères de la douleur : par exemple, une douleur de l'épaule peut se déplacer vers l'avant-bras et se transformer en tension.

LA SUBSTITUTION DE LA DOULEUR PAR UNE AUTRE SENSATION

Si la douleur est une brûlure, on pourrait transformer cette sensation par une sensation de froid intense. On cherche une sensation accessible par le

patient et on l'invite à la substituer à la douleur initiale. La sensation peut être désagréable ou pénible, mais l'essentiel est qu'elle soit beaucoup plus acceptable que la douleur initiale.

L'ANALGÉSIE LOCALE

Cette technique consiste à créer soi-même une anesthésie de la zone douloureuse, sous hypnose. On peut imaginer une injection, une pommade, une perfusion, ou bien une application de chaleur ou de glace sur la zone douloureuse.

LA DISTORSION TEMPORELLE

Cette dernière consiste à faire perdre au patient la notion du temps, en l'accompagnant dans l'hypnose, ou en apprenant des techniques d'hypnose pour faire en sorte que « dix minutes peuvent paraître une seule, ou une journée peut paraître une heure ». Cette technique est en pratique peu utilisée de nos jours.

LA DISSOCIATION CORPORELLE

Elle consiste à utiliser les principes de dissociation de l'hypnose pour accompagner le patient dans un environnement virtuel, comme on peut le faire dans le contexte d'un soin aigu. Bien entendu, cette technique ne présente l'avantage que de soulager momentanément le patient de sa douleur, le temps du « voyage ».

On pourra proposer cet exercice comme un moyen de s'évader à des instants choisis, pour réaliser des pauses autohypnotiques aux moments de la journée propices.

Cette technique n'est pas dénuée d'intérêt en ce sens qu'elle rend au patient la capacité de gérer lui-même la douleur, aux moments voulus, et sans prise médicamenteuse.

EXPLORATION DU SENS DE LA DOULEUR

Il ne s'agit pas d'analyser la douleur d'un point de vue psychanalytique, mais plutôt de comprendre quel est le mode de représentation du patient pour le modifier. Par exemple, un patient pourrait entretenir la croyance que la douleur ressentie est une punition méritée suite à une mauvaise action. L'hypnose lui permet de lâcher cette représentation et de faire la paix avec lui-même. La sédation de la douleur est alors immédiate.

AMNÉSIE

Cette approche consiste à faire oublier au patient qu'il a mal. En pratique, on utilise peu aujourd'hui les techniques d'amnésie qu'elles qu'en soient les indications.

L'ABAISSEMENT DU SEUIL DE LA DOULEUR

Une série d'exercices permettent de travailler sur l'augmentation ou l'abaissement de la sensation douloureuse. Le patient réalise qu'il lui est possible de « parler avec elle », pour reprendre l'expression de Gaston Brosseau. Il est possible aussi d'inviter le patient à se représenter le seuil de perception de la douleur et de l'augmenter, de sorte que les sensations ne deviendront pénibles que pour une intensité plus forte de la douleur. Par exemple, l'exercice du gant utilise l'imagination pour créer une analgésie locale et plus spécifiquement pour augmenter le seuil de perception douloureuse. Ainsi, la main est comme recouverte d'un gant de protection et malgré une stimulation douloureuse, la sensation perçue n'est qu'un désagrément.

LA DISTRACTION

Cette technique, qui est apparentée à l'hypnose puisqu'elle consiste en une réorientation de l'attention, est très couramment utilisée en pédiatrie. Son principe est très simple puisque l'exercice consiste à porter son attention ailleurs plutôt que sur la douleur. Nombreux sont les patients douloureux chroniques qui ont développé spontanément des stratégies de distraction : « c'est bizarre docteur, quand je regarde un bon film, je n'ai plus mal », « dès que je me mets à travailler, j'oublie ma douleur », ou

encore « quand j'ai mal, je me mets à peindre ; c'est la seule chose qui me soulage ».

En pédiatrie, on peut proposer à l'enfant de faire des bulles avec le matériel adéquat pendant qu'un soin est réalisé. Ou bien demander à l'adolescent de jouer à un jeu vidéo dont l'histoire se passe dans la neige et le froid pendant qu'on soigne ses brûlures.

Expérimentez l'exercice proposé, « le gant magique »

Étape préalable : demandez à un ami de pincer le dos d'une de vos mains. Notez la douleur entre 0 et 10.

Répétez l'opération et notez à nouveau.

Étape 1 : induction.

Étape 2 : imaginez que vous entourez votre main d'une coque de protection. Ce peut être de la résine, du caoutchouc, un bandage, du carton, un tissu épais et fibreux…

Attendez de bien avoir l'impression que vraiment, votre main est protégée.

Étape 3 : toujours dans l'hypnose, demandez à votre ami de vous pincer à nouveau.

Notez la douleur.

Si l'exercice a été bien pratiqué, vous devriez observer une diminution de la douleur ressentie.

Étape 4 : si vous souffrez quelque part, posez votre main sur cette zone et imaginez que l'anesthésie diffuse de votre main à cette zone.

Attendez de ressentir un soulagement.

Étape 5 : après avoir enlevé en imagination la protection de votre main, vous pouvez revenir ici et maintenant.

On utilisera l'ensemble des outils de la technique hypnotique pour produire les effets désirés. On pourra ainsi faire appel à la suggestion directe ou indirecte, à l'imagerie mentale, aux techniques idéomotrices, à la projection dans le futur ou au contraire au travail sur la présence en temps réel.

Quelle que soit la technique utilisée, le principe du traitement de la douleur chronique par l'hypnose repose toujours sur les grands principes thérapeutiques (voir la Troisième partie, pages 230 à 245).

ÉLARGIR LA PERCEPTION

Dans le contexte de la douleur chronique, la durée et la permanence de la douleur captent l'attention du patient de façon insidieuse. Si la douleur est permanente, elle envahit le quotidien, elle change les activités et influe sur le comportement. La douleur devient alors le point focal qui va générer une transe négative chez le patient. La perception devient floue, l'environnement n'est plus pris en compte. Le champ de l'attention est restreint à la douleur, ce qui provoque les modifications perceptives aggravant la douleur car cette fixité conduit à une immobilisation des sens. Ainsi, il n'est pas rare qu'une douleur persiste alors que la cause de celle-ci a été éradiquée. Travailler sur l'élargissement des perceptions peut alors avoir des effets impressionnants et jouer un rôle clé dans la prise en charge thérapeutique.

Pour y voir plus clair, et pour aller mieux, on proposera des exercices qui consistent à élargir à nouveau le champ de l'attention et à ne plus laisser la douleur occuper le premier plan. En remettant du mouvement dans le faisceau de l'attention, la perception s'ouvre, et une modification thérapeutique peut s'envisager.

LA TECHNIQUE DE L'IMAGINATION

Comme imaginer équivaut à faire pour une partie du cerveau, les exercices d'imagination des mouvements sont les bienvenus dans les cas d'algodystrophie ou de douleurs provoquées par une dissociation du membre par rapport au reste du corps. Dans le contexte des douleurs de membre fantôme, cette technique permet également de refaire travailler la perception du membre absent – mais toujours perçu – et de réintégrer ces perceptions de façon beaucoup plus confortable.

LÂCHER LE CONTRÔLE

Les patients douloureux chroniques subissent un quotidien pénible qui épuise leurs forces nerveuses. Bien malgré eux, ils sont projetés dans une bataille inégale dans laquelle ils luttent contre la douleur pour pouvoir avancer et accomplir les gestes de la vie quotidienne. Hélas, dans ce désir d'avancer malgré la souffrance, ils développent une tension permanente qui termine d'épuiser leurs réserves d'énergie. Tout se passe comme si en voulant garder le contrôle de leur quotidien, il se produisait un

emballement du contrôle que les patients ne parviennent plus à lâcher, même dans un contexte où ils pourraient ne serait-ce qu'un instant, déposer les armes.

Beaucoup de patients souffrent de cet excès de contrôle qui tend les muscles, rend l'esprit hypervigilant, perturbe le sommeil, et empêche la récupération des forces nerveuses.

Il ne s'agit pas de tout lâcher, il s'agit de réapprendre au patient à choisir les moments où le contrôle est nécessaire, et à désactiver celui-ci lorsqu'il est temps de reprendre quelques forces.

Souvent, le simple fait de s'installer dans l'idée de « ne pas dépenser d'énergie » permet de constituer de précieuses réserves d'énergie que le patient utilisera quand il en aura le plus besoin.

Expérimentez « ne rien faire pendant cinq minutes »

Restez cinq minutes à ne rien faire.

Ne rien faire, cela consiste avant toute chose à ne pas dépenser d'énergie, à chercher à vous relaxer.

Vous n'avez pas à vous détendre.

Vous n'avez pas à faire le vide.

Vous n'avez rien à faire pendant cinq minutes.

Pouvez-vous faire cette expérience ?

Cet exercice, proposé par Gaston Brosseau[2] donne des résultats remarquables dans nombre de pathologies douloureuses chroniques.

La possibilité de réaliser l'expérience sur de courtes périodes permet de l'intégrer à une pratique quotidienne, invitant ainsi le patient à s'autonomiser, et à appréhender la possibilité de lâcher progressivement le contrôle.

Les objections le plus souvent rencontrées sont : « je ne peux pas me détendre », « je ne peux pas rester immobile, faut que ça bouge », « j'ai toujours mal » ou encore « je ne vois pas l'intérêt ».

Cet exercice n'invite pas à la détente. Bien au contraire, il est indiqué de ne pas chercher à se détendre. Si l'on cherche à se relaxer malgré les consignes, c'est que l'on n'est pas présent au thérapeute : on interprète

l'expérience, ou pire encore, on refuse de suivre la consigne, pourtant très simple.

noter

À aucun moment on ne recommande l'immobilité. Si le besoin de bouger un membre survient, ou de gratter une région du corps, cela est permis. L'essentiel est de réaliser l'expérience de sorte à bien ressentir qu'on ne dépense aucune énergie à essayer de se relaxer. Le principe est de ne rien faire. Il est possible de rectifier sa position tout en continuant négligemment à ne rien faire.

Il n'est pas demandé pendant cette expérience de travailler spécifiquement sur la douleur. Cet exercice permet de travailler sur un principe susceptible de diminuer la douleur. Mais ce n'est pas le but de l'expérience. Si douleur il y a, cela n'empêche en rien de faire l'expérience puisqu'à aucun moment il n'est requis de calmer quoi que ce soit. Si, par exemple, il existe une contracture, il s'agit de ne rien faire pour supprimer la contracture. La consigne encore une fois est des plus simples : ne rien faire.

Enfin, si le patient ne voit pas l'intérêt d'une telle expérience, c'est que :

- soit il est tout à fait capable de se mettre dans cette condition régulièrement et fréquemment, et ne ressent aucunement en quoi cet exercice est utile ;
- soit il n'a pas réellement fait l'expérience de ne rien faire.

Car cinq minutes passées à ne rien faire, ne rien détendre, ne rien calmer, ne rien résoudre, procure un bien-être immédiatement perceptible. On a l'impression que – paradoxalement aux consignes – quelque chose s'est relâché en profondeur. C'est une impression fort agréable qu'il est difficile d'ignorer, présente dès que l'exercice est réalisé convenablement.

Il est fortement recommandé de réaliser cette expérience, et de la répéter le nombre de fois nécessaire à l'obtention d'un résultat intéressant.

RÉASSOCIER

Réassocier, dans le contexte de la douleur chronique, consiste à réassocier chaque partie de son corps, et en premier lieu les parties dysfonctionnelles.

Cela implique une série d'exercices destinés à reprendre contact avec les parties du corps que l'on avait mises de côté en raison de la colère ou du ressentiment que l'on éprouve, à voir ces morceaux de nous fonctionner « contre notre propre bien ».

Par exemple, on entend fréquemment parler de « la jambe » ou de « ce bras » lorsque les patients nomment la partie du corps qui les fait souffrir. Il ne leur semble pas admissible de se réapproprier cette part d'eux-mêmes et ils n'utilisent spontanément pas le « mon » ou le « ma » car la simple reformulation « ma jambe » et « mon bras » génère un sentiment de rejet perceptible, qu'il sera intéressant de travailler en hypnose.

Hélas, si cette mise à l'écart du membre déficient dure, elle s'accompagne d'une perturbation de la perception de ce dernier. On réalise alors que le patient semble ne plus « sentir » la région comme il serait attendu : par exemple, les limites d'un genou douloureux peuvent paraître modifiées, la position exacte d'une main dans l'espace paraît difficile à déterminer les yeux fermés, le ventre devient cotonneux à l'endroit où il y a une cicatrice… Autant de modifications perceptives qui ne s'expliquent pas anatomiquement par les lésions existantes.

On pourra alors, en hypnose, proposer toutes sortes de métaphores pour « reconnecter » l'organe malade au reste du corps. Ou pour « dissoudre » la partie qui souffre dans la totalité du corps. Ou encore, s'il est difficile pour le patient d'éprouver de la bienveillance pour l'organe défaillant, on pourra l'entraîner à considérer la partie dysfonctionnelle avec la plus totale indifférence, et l'inciter à faire tomber l'exigence de bon fonctionnement ou de guérison.

Comme l'installation d'une pathologie chronique s'accompagne souvent d'une nécessaire réorganisation de la vie (limitation fonctionnelle, fatigabilité, etc.) un autre exercice de réassociation consisterait bien sûr à demander au patient de prendre place dans sa vie telle qu'elle se présente. On usera de toutes sortes d'exercices pour inviter le patient à se poser dans sa vie telle qu'elle est maintenant, avec tous les changements que

cela suppose, et de s'y installer pleinement jusqu'à la revendiquer sereinement.

L'ensemble de ces exercices sont destinés à ramener le patient dans le temps présent, pour ne rien nier de ce qui lui appartient, et pour cesser de dépenser une énergie considérable à ne pas adhérer à la situation telle qu'elle est.

Hypnose et **dentisterie**

Un autre domaine de l'application de l'hypnose dans la gestion de la douleur aiguë est l'application en chirurgie dentaire et en soins d'odontologie.

En dentisterie, l'hypnose est d'une aide précieuse pour couper l'anxiété qui accompagne fréquemment les soins dentaires. Qu'il s'agisse d'une expérience passée désagréable ou d'une projection anxieuse quant au soin qui doit être réalisé, nombre de patients anticipent la douleur et le désagrément au cabinet du dentiste. La simple représentation mentale de la fraiseuse ou la remémoration du bruit de cette dernière ne manque pas de provoquer chez nombre de personnes une mimique de crainte.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, l'hypnose en dentisterie permet d'accompagner le patient pendant la durée du soin, de sorte que ce dernier se dissocie suffisamment de l'environnement immédiat et conserve une détente et une relaxation favorable à un soin non douloureux.

Ainsi, pour les enfants, on pourra proposer un jeu ou une balade dans l'imaginaire pendant que le soin est réalisé.

Pour l'adulte, on utilisera par exemple le protocole de la dissociation (souvenir agréable ou activité favorite) pendant un soin aigu pour mettre en condition et s'assurer que le patient est à la fois ici et surtout ailleurs.

Une autre technique hypnotique consiste à manier l'hypnose conversationnelle et à recadrer chacun des gestes effectués en usant de mots tels que *facile, confort, simple, décontraction, étrange, engourdissement, sensation de fraîcheur*… En évitant les termes comme *ça va piquer*, *je pique*, *attention*, *je creuse*…

Quelques mots au sujet des mots

Les mots qui font mal sont une réalité bien connue des soignants formés à l'hypnose. En particulier, on apprend aux professionnels de la santé qui délivrent des soins susceptibles de provoquer une douleur aiguë, que les mots ne sont pas anodins. Ils créent une anticipation et sont capables de donner un tout autre sens à une action à visée thérapeutique. Les mots sont un outil de base de la modification perceptive. Tout mot proposé provoque chez celui qui l'entend une réponse, une perception de sa signification. Le processus est si automatique et immédiat que l'on ne se rend habituellement pas compte de l'effet des mots sur notre vécu. L'exemple typique consiste à proposer à quelqu'un de « ne pas penser à un éléphant rose ». Évoquer cet éléphant fait qu'une représentation de ce dernier naît dans l'esprit. C'est cette expérience simple qui fait dire aussi que « le cerveau ne perçoit pas les négations ».

Appliqué au domaine du soin, on comprend donc qu'abreuver le patient de termes tels que « je vais maintenant vous piquer », ou « attention ça va faire un peu mal »… est le meilleur moyen pour créer une représentation et une anticipation de ce que l'on cherche précisément à prévenir.

Qu'il s'agisse de se rappeler que pour une partie de notre cerveau, imaginer revient à faire l'expérience, et on comprend pourquoi il serait sage de veiller aux termes employés.

Faites cette expérience avec moi : « Pouvez-vous ne pas imaginer que vous mordez une tranche de citron ? D'éviter d'imaginer même un instant que vos dents croquent dans une tranche épaisse de citron ? Que les gencives entrent en contact avec la pulpe du citron qui éclate sous vos dents ? Que le jus du citron gicle et inonde votre bouche ? la langue ? le palais ? Pouvez-vous faire en sorte de ne pas imaginer cela ? »

Si vous avez bien voulu jouer le jeu, il y a fort à parier que vous avez expérimenté un phénomène de salivation, comme si vous étiez vraiment en train de croquer dans une tranche de citron.

Ceci illustre l'action des mots sur la physiologie et leur conséquence sur nos représentations du monde, au travers de notre anticipation et de notre imagination.

En voulant avertir le patient à la survenue d'une sensation désagréable, on augmente le vécu douloureux.

Prenons donc garde, nous soignants, aux mots employés. Il ne s'agit à aucun moment de « nier la réalité », mais plutôt, comme toujours en hypnose, de partir de cette dernière pour la percevoir différemment : avec l'expérience, on apprend à choisir ses mots en fonction de la réponse qu'ils sont susceptibles d'engendrer :

– « Attention je pique » devient « j'y vais » ;

– « Ne vous agitez pas » devient « vous pouvez être tout à fait tranquille » ;

– « Je retire l'aiguille » devient « c'est fini »…

Hypnose et **pédiatrie**

Comme le suggère l'étude de Patrick Richard quant à la mise en parallèle de l'hypnose et du processus ontogénique, l'enfant représente le stade d'évolution de l'être humain qui accède le plus facilement à l'expérience hypnotique.

Pour l'enfant, l'imaginaire est réel. L'enfant a ceci de spécifique qu'il oscille en permanence entre le réel et l'imaginaire, et l'adulte doit bien souvent redoubler d'effort pour le ramener à la réalité partagée. L'imaginaire a tellement de place dans le monde de l'enfant que ce dernier demande souvent à ses parents : « dis, est-ce que c'est vrai ? ».

Parce qu'il est encore en apprentissage de la différence entre réel et imaginaire, l'enfant possède ce don merveilleux de basculer en un temps très bref dans le processus hypnotique.

La pratique de l'hypnose en pédiatrie s'en trouve merveilleusement facilitée. L'induction se réduit à quelques mots, une proposition, une image. À peine l'évocation de l'imaginaire est-elle faite que l'enfant se lance dans l'hypnose. Je me souviendrai toujours de cet enfant hospitalisé en neuropédiatrie à qui on avait simplement proposé d'enfiler un pantalon

magique imaginaire qui rend la peau totalement insensible, et de remonter bien haut cette culotte afin qu'elle protège bien le bas du dos. La ponction lombaire qui s'ensuivit fut totalement indolore, alors que l'hypnose n'avait duré que quelques minutes seulement.

Il existe ainsi des spécificités de l'hypnose chez les enfants qu'il conviendra de prendre en compte si l'on souhaite réaliser un travail thérapeutique rapide et efficace. La première des spécificités réside dans la relation. L'hypnothérapeute doit non seulement rejoindre le patient dans sa perception comme il sait le faire pour un adulte, mais il doit porter une attention particulière pour adapter sa perception et sa communication à l'âge de l'enfant. Même s'il est amené par ses parents et que la demande vient essentiellement de leur part, il est indispensable de ne pas oublier de demander à l'enfant ce qu'il attend de sa rencontre avec le thérapeute.

La demande de l'enfant

Il est souvent surprenant de constater l'écart considérable entre la demande des parents et celle formulée par l'enfant. Ce dernier devra, quelle que soit sa demande, être respecté comme un individu à part entière, et on sera bien prudent de ne pas répondre à la demande de certains parents qui souhaitent que l'hypnose change tel ou tel comportement de leur enfant, comme on pourrait reprogrammer un ordinateur. La métaphore peut heurter, mais cette situation est malheureusement monnaie courante. Bien entendu, cette démarche est sous-tendue par les meilleures intentions. Elle est en partie la conséquence d'une méconnaissance de l'hypnose et de ses modes de fonctionnement, entretenue par les médias, le music-hall et les films.

Une fois la demande éclaircie, l'entretien avec l'enfant permettra en outre de mieux connaître ses occupations, ses jeux, ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas, autant de ressources qui seront utilisées par le thérapeute pour accompagner le jeune patient vers un changement de représentations.

L'accordage doit, comme chez l'adulte, être d'une excellente qualité, et on veillera à prendre tout le temps nécessaire pour faire de l'enceinte relationnelle un lieu privilégié.

Parmi les motifs de consultation les plus fréquents en hypnopédiatrie, on pourra citer l'énurésie (pipi au lit), l'hyperactivité, les comportements colériques, les troubles du comportement alimentaire, l'échec scolaire, la phobie sociale, l'addiction (tabac, cannabis, mais aussi drogues pour les adolescents) et les comportements asociaux (refus d'aller à l'école, repli sur soi, conflits).

Comme toujours la technique utilisée en hypnose dépend évidemment de l'enfant, du thérapeute, de l'indication, du contexte, et de ce qui se passe au moment de la séance. Toutefois, on peut évoquer un certain nombre d'approches ou d'exercices qui seront spécifiques à l'âge de l'enfant. On considère que les capacités hypnotiques sont maximales entre 8 et 12 ans. En hypnopédiatrie, l'autohypnose aura une place de choix pour autonomiser l'enfant et lui apprendre quelques exercices qui pourront lui être utiles toute sa vie d'adulte (gérer le stress, faire une pause dans le quotidien, s'évader dans un imaginaire pendant un soin douloureux, etc.) La notion d'apprentissage prend une valeur encore plus grande que chez l'adulte, et avoir l'opportunité de faire l'expérience de l'hypnose à un jeune âge peut constituer un véritable atout pour la vie tout entière.

Le témoignage du médecin

Je me rappelle de Lucas, ce jeune patient d'une quinzaine d'années que j'avais suivi pour des céphalées de tensions à mes débuts en hypno-thérapie. Je m'étais contenté de lui enseigner un exercice d'auto- hypnose qui lui permettait de relâcher la pression dans la nuque et les tempes avant que la douleur ne devienne trop forte. La maman, initialement trop présente et mettant involontairement la pression à son fils qui « devait absolument faire ses exercices d'hypnose pour aller mieux », avait parfaitement compris qu'elle devait laisser une enceinte de liberté autour de son enfant. En confiance, mon jeune patient avait réalisé finalement que tout ne tenait qu'à lui et qu'il devait décider si oui ou non, il donnait une chance à l'outil de l'autohypnose dans un objectif de mieux-être au quotidien. Je ne revis plus Lucas après la quatrième séance d'hypnose.

Huit ans plus tard, je le croisai par un presque hasard, accompagnant sa petite amie au centre antidouleur. Il m'avait cherché sur Internet et avait décidé d'accompagner son amie dans ce centre, pensant bien qu'elle pourrait bénéficier de l'hypnose comme cela avait été son cas, quelques années auparavant.

Le jeune homme alors âgé de 23 ans me confia qu'il n'avait jamais cessé de se servir de l'autohypnose et que celle-ci lui permettait de gérer la pression de l'école d'ingénieurs dans laquelle il était rentré. Il n'avait qu'un seul regret : ne pas être parvenu à apprendre la technique qui lui avait été tellement utile à son amie.

Bien entendu, la forme de l'autohypnose variera d'un patient à un autre, et ce d'autant que l'âge lui-même varie. Autant il est possible de proposer un même exercice d'autohypnose chez plusieurs adultes, en espérant que la majorité adhérera au principe de l'expérience, autant chez l'enfant il sera indispensable de prendre en compte en plus de la spécificité de chacun (ses désirs, ses goûts, sa personnalité) l'âge de développement.

Dans la littérature, il est classique de distinguer les phases de développement suivantes afin d'adapter l'exercice proposé en hypnose.

On distingue ainsi les phases préverbale (correspondant à un âge situé entre 0 et 2 ans), verbale (de 2 à 4 ans), les phases préscolaires et scolaires (4 à 6 ans), la moyenne enfance (7 à 11 ans), et enfin l'adolescence (entre 12 et 18 ans). Selon la phase dans laquelle se trouve le patient, on privilégiera certains exercices adaptés à son mode de communication et à son stade de développement.

Quelques exercices communément cités dans la littérature…

POUR LA PHASE PRÉVERBALE

On passera par la communication kinesthésique, tels que les bercements, bouger un membre, ou bien on usera de sons, si possible calmes et monocordes, enveloppants. On pourra également se servir de supports visuels tels que ceux préexistant dans le monde de l'enfant (les mobiles, les doudous) ou de nouveaux jouets aux propriétés surprenantes.

POUR LA PHASE PRÉSCOLAIRE ET SCOLAIRE

On proposera des exercices plus élaborés tels que jouer avec des animaux imaginaires, se transporter dans un lieu magique, raconter des contes thérapeutiques. On pourra user des supports modernes pour montrer des images animées, des dessins animés. L'imaginaire se déploie. La conceptualisation et la mise en forme des suggestions doivent rester simples.

DURANT LA MOYENNE ENFANCE

On usera du plein potentiel de l'hypnose : l'enfant est merveilleusement candidat à l'expérience hypnotique. Le jeu est naturel. La substitution du réel par l'imaginaire est facile, fluide. La créativité est à son apogée. On jouera donc avec des personnages, des héros, des super-héros, on partira faire des voyages dans des mondes enchantés. C'est également l'âge des jeux vidéo, de l'interactivité.

C'est aussi l'âge où les techniques idéomotrices deviennent applicables et assimilables en autohypnose. Le thérapeute aura parfois plus de travail à faire pour accepter de suivre l'enfant dans son imaginaire que le patient lui-même qui ne demande qu'à jouer avec un appétit insatiable. En faisant de l'hypnose avec les enfants, les thérapeutes se reconnectent à la partie d'eux-mêmes qui a gardé le plaisir du jeu, de la surprise et de l'émerveillement. Lorsque cette partie de soi reste connectée aux intentions de soulagement, le duo que forment thérapeute et patient donne lieu à des séances de thérapie surprenantes d'originalité et d'efficacité.

À l'adolescence, l'approche sera tout à fait spécifique de l'état de transition que constitue cette étape importante de la vie. On devra accompagner un individu sorti de l'enfance mais qui n'est pas encore tout à fait adulte, tout en présentant certains caractères de ce dernier. D'une manière générale, l'adolescent ne demande qu'à être considéré comme un adulte sans en avoir pour autant l'expérience. Là encore, une relation honnête et explicite permettra de resituer le rôle de chacun et surtout l'attente de la thérapie (combien d'adolescents sont littéralement traînés par leurs parents dans le cabinet du thérapeute alors qu'ils n'ont aucune intention de changer quoi que ce soit à leur système de représentation ?).

Les principes de l'hypnose chez un adolescent

Pour l'essentiel, les principes de l'hypnose chez un adolescent restent ceux de l'hypnose chez un adulte. On prendra soin de personnaliser l'expérience hypnotique proposée, afin d'obtenir l'adhésion du jeune adulte qui aurait tendance à se désintéresser rapidement ou même à s'opposer rapidement à une forme de psychothérapie rébarbative et à l'allure démodée. Les points d'intérêts seront une porte d'accès potentielle à l'expérience

hypnotique. Une bonne connaissance de la culture et de ce qui fait « le buzz » dans le monde des ados est un atout non négligeable dans la prise en charge de ces derniers en hypnothérapie. Il faut toutefois rester authentique et ne pas en faire trop, au risque de passer pour un vieux ringard qui « se la joue jeune ». Enfin, pour l'adolescent également, l'apprentissage de l'autohypnose peut être un plus qui l'accompagnera toute sa vie.

L'enfant a donc ceci de spécifique qu'il a déjà un pied (et parfois les deux) dans l'imaginaire. Il suffit parfois simplement de demander au jeune patient d'imaginer pour qu'il se trouve propulsé dans une expérience hypnotique. Pour lui, le virtuel est déjà le réel. La capacité à s'investir dans un autre monde est beaucoup plus importante que chez l'adulte.

Toutefois, si l'enfant a la capacité de rentrer rapidement dans l'hypnose, il a également tendance à en sortir tout aussi rapidement. Le thérapeute doit donc, et c'est là une autre particularité de l'hypnose en pédiatrie, stimuler en permanence son patient par des suggestions invitant à relancer ou à poursuivre l'expérience hypnotique.

Enfin, et nous en avons parlé, la troisième spécificité de l'hypnose en pédiatrie réside dans la présence du tiers : le ou les parents qui accompagnent dans la demande de soin. On prendra le soin infini d'assigner une juste place à chacun des protagonistes de la thérapie, de délivrer aux parents les informations qui peuvent et doivent être délivrées, de respecter la confidentialité de ce qui se joue au temps de la thérapie avec l'enfant, tout en respectant la présence et le statut du parent. Les hypnothérapeutes rodés à la pratique de l'hypnose avec les enfants font un travail magnifique et obtiennent des résultats remarquables.

Quelques exercices d'hypnose pratiqués en hypnopédiatrie…

Voici un exercice qui permet à l'enfant de s'intérioriser et de faire une pause.

Expérimentez l'exercice de la tortue

(Pour la phase scolaire, préscolaire, moyenne enfance)

Imagine que tu es une tortue.

Une tortue qui respire.

Tu vas prendre une belle respiration.

Et tu souffles calmement.

Puis tu prends une autre respiration.

Et tu souffles encore calmement.

Maintenant, mets tes mains sur ton petit ventre de tortue.

Tu vas respirer tranquillement en inspirant par le nez.

Et en soufflant par la bouche.

Pendant que tu fermes les yeux.

Et tu imagines que tu es en train…

… De rentrer la tête…

… Les bras…

… Les jambes…

… Dans ta carapace de tortue !

Et là, dans ta carapace de tortue…

… Rien ni personne ne peut te déranger.

Tu es bien à l'abri.

Tu peux continuer à respirer calmement.

Pendant que tu sens combien tu es protégé dans ta carapace.

Voici un exercice utilisé lorsque l'enfant est confronté à un problème à résoudre, sans en voir la solution clairement.

Expérimentez l'exercice du dessin en trois temps

(âge préscolaire, scolaire, moyenne enfance)

Prends trois feuilles de papier.

Dispose-les toutes les trois devant toi, alignées.

Sur la feuille de gauche, dessine ton problème tel que tu te le représentes aujourd'hui.

Sur la feuille de droite, dessine ton problème résolu, comme tu le souhaites.

Maintenant, fais l'exercice de la tortue.

(...)

Ouvre les yeux.

Sur la feuille du milieu, dessine l'étape intermédiaire : les trois feuilles sont comme trois images de bande dessinée. C'est à toi de dessiner la case du milieu, qui complète l'histoire entre la case de gauche et la case de droite.

À présent, fais l'exercice de la tortue.

(...)

Vois maintenant, dans ton imagination, comment tu peux mettre en application les choses de la seconde case dans ton quotidien.

L'autre possibilité pour le thérapeute est de reproposer les éléments symboliques donnés par l'enfant pour effectuer la transition du problème à la solution par le biais de métaphores.

Voilà un exercice plus complexe, destiné à des enfants plus grands, facilitant une gestion de l'émotion au travers d'une métaphore corporelle.

Expérimentez l'exercice de la statue

(Moyenne enfance, et adolescence pourvu que le jeune adulte ne craigne pas le jugement du thérapeute et ne se sente pas ridicule)

Tu es une statue.

Une statue spéciale.

Elle a été sculptée pour exprimer une émotion.

J'aimerais que tu prennes ton temps, et que tu prennes la position qui reflète le mieux ton état d'esprit ou ton problème.

Symbolise ton problème par cette statue.

Tu peux occuper tout l'espace que tu désires.

Tu peux être debout, allongé, assis, accroupi, roulé en boule… Tout ce que tu désires pour que cela exprime ton émotion.

(...)

À présent, je vais te demander de changer légèrement de position, sur un tout petit segment, la position de la tête, un bras, une jambe… Et de voir comment cela change l'émotion que tu exprimes.

À toi. Tu vas faire plein d'essais.

Expérimente.

Par exemple, si tu lèves la tête, le menton au ciel, ressens dans ton corps si cela change l'émotion que tu exprimes.

Si ce changement est bon, garde cette position et vois ce que tu peux changer d'autre.

Si ce changement est mauvais, reviens à la position précédente et change autre chose.

S’il n’y a pas de changement, essaie de bouger autre chose.

(...)

L’exercice s’achève lorsque le jeune adulte ressent un soulagement.

LA MÉTAPHORE : LE CONTE

Cet exercice consiste à raconter une histoire, que celle-ci fasse partie de notre culture, qu’elle soit une histoire de famille, ou qu’elle soit une histoire inventée de toutes pièces par le thérapeute.

Le conte doit avoir une portée thérapeutique, et pour cela, contenir des messages plus ou moins cachés qui ont une signification particulière pour aider à la résolution du problème.

Le thérapeute se transforme alors en conteur, délivre des suggestions en usant de la boîte à outil de la communication en hypnose (langage verbal, paraverbal et non verbal).

Dans le conte, l’enfant est passif. Il ne participe pas à l’histoire. Il écoute, comme il écouterait un parent lui raconter une belle histoire avant de s’endormir.

La notion de conte imprègne la culture humaine depuis bien longtemps puisqu’elle a participé à la transmission de l’histoire, de l’information, des traditions, lorsque les sages racontaient aux membres de la communauté installés autour d’un feu des choses merveilleuses ou terribles.

Le conte est certainement un des moyens les plus anciens d’enseignement et d’évolution. Il existe toujours une partie de nous qui se délecte en écoutant un conteur talentueux.

LA MÉTAPHORE SEMI-ACTIVE

Elle consiste à raconter une histoire à l’enfant, dans laquelle l’enfant devient un personnage (le héros), son problème est symbolisé, mis en scène, et on demande à l’enfant de participer activement à l’aventure en faisant ce qu’il a à faire pour vaincre les obstacles. Cette technique fait appel à l’imagination du thérapeute, à sa capacité à intégrer les éléments du problème et à les mettre en scène dans une histoire qui prend en

compte les centres d'intérêt de l'enfant, et enfin à sa capacité à raconter une histoire de façon vivante tout en y intégrant l'enfant.

C'est une sorte de jeu de rôle, qui fait intervenir l'enfant afin de s'enquérir régulièrement de sa perception de ce qui est accessible et de ce qui ne l'est pas.

Annabelle et Scooby-Doo, guérisseurs d'eczéma !

Annabelle a 7 ans. Ses parents l'amènent au centre d'hypnose pour un eczéma généralisé.

Les traitements médicamenteux n'y font rien, et les parents ont entendu parler de l'hypnose car un membre de leur famille a été traité avec succès de la sorte, pour un tout autre problème.

Lors de l'entretien, Annabelle raconte qu'elle aime bien regarder les aventures de Scooby-Doo à la télé. Je lui propose une histoire dans laquelle Scooby-Doo est malade. Pour guérir, il doit trouver une potion magique cachée dans un coffre au trésor, dans une maison hantée.

Accompagné d'Annabelle, je défile le cours de l'histoire dans laquelle Scooby-Doo arpente les couloirs de la maison hantée, accompagné de son fidèle compagnon Samy. Après avoir déjoué quelques obstacles, Scooby-Doo arrive enfin devant le coffre au trésor, l'ouvre sans encombre et en sort la fiole de potion magique.

Au moment de la boire, je suggère à Annabelle, dont les yeux brillent de plaisir, que la potion magique va guérir pour toujours l'eczéma de Scooby-Doo.

« Ah non ! » proteste Annabelle. Piqué au vif, je lui demande alors comment elle voit la fin de l'histoire, et elle me dit avec malice : « il sera guéri pendant un mois tout entier ! ».

L'eczéma d'Annabelle disparut suite à cette séance. Et contrairement à ce que l'on aurait pu penser, son eczéma ne revint pas après un mois. Mais cette intervention de dernière minute est pleine de sens.

D'abord, cela signifie qu'Annabelle était parfaitement dans l'histoire et investissait celle-ci de son émotion, tout en mettant plus ou moins consciemment en parallèle son problème avec celui de son héros. Ensuite, parce que proposer un soulagement temporaire est une magnifique manière de se garder une porte de sortie. Changer oui, mais peut-être pas complètement, ou pas pour toujours. On va juste « essayer » voir ce que cela donne.

Tout porte à croire qu'Annabelle a définitivement adopté ce changement pour son plaisir et celui de ses parents.

Chez l'enfant comme chez l'adolescent, la thérapie symbolique fonctionne merveilleusement. On pourra donc utiliser le protocole de la réification, d'autant que ce travail thérapeutique peut prendre une dimension extrêmement ludique. L'enfant joue l'expérience avec un tel plaisir et une telle intensité que les résultats sont souvent rapides.

C’est là une leçon que nous adultes devrions retenir : dans la pratique de l’hypnose, la notion de jeu et de plaisir est un moteur très puissant qui favorise le changement. Beaucoup d’adultes retrouvent le plaisir du jeu et de la spontanéité après une hypnothérapie.

Pour conclure ce court chapitre sur l’hypnose et la pédiatrie, on notera que les principes généraux thérapeutiques de l’hypnose s’appliquent autant à nos enfants qu’à nous-mêmes. Ainsi, les exercices variés qui pourront être proposés en pédiatrie ont souvent pour objectif de défocaliser, d’inviter à lâcher le contrôle (à lâcher la volonté de performance), ou encore à adhérer au présent.

Hypnose et **gériatrie**

Comme il est important de cerner la spécificité des premiers âges de la vie et en quoi il est nécessaire d’adapter notre hypnose, il est légitime de s’intéresser à nos aînés afin de déterminer comment s’adresser au grand âge change la pratique de l’hypnose.

D’une façon générale, tout ce qui peut être proposé à l’âge adulte peut être proposé aux patients du troisième ou quatrième âge.

Toutefois, même s’il n’existe pas de « règle », il est intéressant de garder en tête quelques spécificités propres au grand âge.

Que proposer aux **personnes âgées** ?

Avec le temps, formatés et conditionnés par notre vie d’adulte à interagir avec la logique et la raison, à devoir assumer les choses sérieuses du quotidien, à rationaliser la gravité de certains événements, nous avons tous tendance à perdre en capacité imaginative. Bien entendu, cela n’est pas absolu et inévitable, surtout si l’on garde une appétence pour les choses de l’imaginaire, mais il est vrai que nous avons tous tendance à émousser notre capacité à rêver et à nous imaginer différents. Combien de fois entendons-nous dans notre vie « sois réaliste », « tu dois faire face à la réalité », « arrête de vivre dans l’imaginaire », « garde les pieds sur

terre, sinon la chute sera rude », « ne rêve pas », « à ton âge, tu t'intéresses encore à ces bêtises ? »…

Ne sont-ce pas là de terribles suggestions ? On grandit et on mûrit avec la suggestion qui se répète encore et encore, selon laquelle l'imaginaire et le rêve sont l'apanage de l'enfant ou de l'inconséquent.

Quelle grave erreur !

Car c'est bien par l'imagination et le rêve que nous nous projetons dans l'avenir régulièrement. C'est bien par l'imagination et le rêve que l'on peut inventer et créer quelque chose de nouveau. C'est bien par l'imagination et le rêve que l'on peut se demander « comment ça pourrait être différent ».

Enfin, c'est tout de même par l'imagination et le rêve que nous faisons des projets, quels qu'ils soient, rêves qui aiguisent notre moral et nous donnent envie de nous lever le matin.

Après toute une vie passée à « faire face à la réalité » sans prendre le temps de « rêver », nombre de nos aînés ont perdu la capacité imaginative.

C'est là une spécificité que l'on retrouve souvent chez les personnes âgées qui n'ont pas entretenu le plaisir de l'imaginaire : visualiser devient difficile. Raconter un rêve devient difficile. Se plonger dans un virtuel créé de toutes pièces devient difficile.

« C'ÉTAIT LE BON TEMPS… »

S'il est difficile de créer l'image d'un futur différent pour certains de nos aînés, ceux-ci ont en revanche une capacité à évoquer un souvenir plus aiguisé que l'adulte. Il suffit d'écouter un proche parent d'un certain âge nous raconter un souvenir de sa jeunesse pour observer ses traits se modifier, ses yeux s'illuminer, pour entendre mille détails vécus comme s'il y était. Le temps du souvenir, le patient se trouve engagé tout entier dans l'expérience et il nous semble que ses traits retrouvent une certaine souplesse.

> ***Bien entendu, on prendra garde à ce que la pratique de cet exercice ne se transforme pas en mélancolie d'un passé heureux à jamais révolu.***

Voilà une ressource que l'hypnothérapeute pourra utiliser à son avantage : on pourra proposer au patient les protocoles du souvenir agréable ou de l'activité agréable. Plus il y aura de connotation émotionnelle positive au souvenir, plus il sera facile au patient de plonger dans ce virtuel du passé.

Cet accès facilité au souvenir permet ainsi de réaliser des soins aigus (tels que le soin d'escarres), mais aussi d'apaiser des moments d'angoisse en se replongeant dans un contexte positif.

Ce pourrait être là au contraire une difficulté, une cause d'anxiété ou de dépression qu'il faudra tout au contraire traiter. Les personnes âgées qui regrettent le passé n'habitent plus le présent. Elles vivent l'esprit orienté vers un passé heureux qui ne sera plus jamais. Cette mélancolie peut entraîner une multitude de symptômes psychiques ou physiques.

HABITER SON CORPS, ICI ET MAINTENANT

Une approche thérapeutique consistera donc à faire faire l'expérience du présent, sans aucune réserve. Intégrer tous les éléments ici et maintenant et habiter pleinement son corps.

Souvent, cette simple expérience, si elle est réalisée volontiers et honnêtement, a des conséquences remarquables sur la douleur. Les patients semblent réintégrer un corps dont ils s'étaient tenus à distance tellement ils étaient absorbés dans le passé. Le corps pouvait être raide, douloureux, lourd, malhabile. Réintégrer ce dernier sans rien en jeter s'accompagne souvent d'une nouvelle souplesse, de moins de douleur, et d'un meilleur équilibre. Les sens semblent s'aiguiser. Cela ne témoigne en rien d'une transformation physique ou d'un rajeunissement des cellules, mais la simple expérience de réhabiter sa chair met plus de fluidité dans le fonctionnement : l'instant d'avant, on n'était pas là. Là maintenant, nous sommes présents à notre corps.

Nous pourrions faire l'analogie suivante : l'hiver vient. Je me prépare pour sortir. Je peux faire vite et ne rien ressentir de cette expérience : j'enfile mes gants et je me dirige vers l'extérieur. Ou bien, je m'arrête un instant pour vivre dans le présent ce que je suis en train de faire. Je peux jouer à sentir ma main qui enfile ce gant : je sens la peau, je bouge chaque doigt, je sens le cuir qui tire, le revêtement intérieur qui est doux et qui réchauffe ma peau, j'observe les mouvements, la lumière se refléter sur le cuir lisse.

L'exercice à proposer pourrait être le même. Retrouver le contact charnel nous ramène au présent. Se ramener au présent nous coupe des ruminations du passé, des regrets, et nous coupe des projections anxiogènes de l'avenir.

PROPOSER DE « VIEUX » MODÈLES

Enfin, une spécificité sur laquelle le thérapeute pourra s'appuyer est la représentation sociale que le patient âgé a de l'hypnose. Autant les jeunes adultes ne s'étonnent pas de la forme de certains protocoles d'hypnose, autant les personnes âgées ont une vision de l'hypnose conditionnée par l'image qui en était véhiculée au cours de leur vie d'adulte.

Par exemple, on pourra utiliser une hypnose « classique » avec un taux considérable de succès. Aujourd'hui encore à l'hôpital, il m'arrive de faire s'allonger mes patients âgés, et leur proposer un protocole d'hypnose tel qu'on pouvait en proposer dans les années 60 ou 70. La réponse thérapeutique est parfois excellente, la méthode donne de bien meilleurs résultats que d'autres protocoles dits « de nouvelle hypnose ».

À l'opposé, le taux d'adhésion à ce type d'hypnose est beaucoup plus faible chez les adultes ou les jeunes adultes, cette représentation de l'hypnose semblant « datée » et ne pas correspondre à l'idée qu'on se fait de l'hypnose aujourd'hui.

Cette observation repose certainement sur la notion d'attente conditionnée par ce que l'on sait et ce à quoi on s'attend dans un contexte bien déterminé.

TROUVER LES BONS CANAUX

Une difficulté propre au sujet âgé réside dans l'existence de troubles cognitifs. Lorsque ceux-ci sont marqués, comme dans le stade évolué de la maladie d'Alzheimer, les capacités attentionnelles s'effondrent. Il n'est pas possible de fixer son attention ou de s'absorber dans une expérience suffisamment longtemps. Par ailleurs, le champ sémantique perdant progressivement son sens, la communication par les mots devient de plus en plus difficile.

Pourtant, cela ne signifie pas que l'hypnose n'est pas possible. Le thérapeute pourra proposer une expérience hypnotique en entrant en communication avec le patient par les canaux paraverbaux et non verbaux (intonation de la voix, chaleur dans la communication, lenteur des gestes) et en jouant avec le contexte (rassurant, sécurisant, etc.)

On prendra aussi le soin de stimuler régulièrement le patient afin de solliciter en permanence son attention, comme on pourrait le faire avec le jeune enfant. Cela permet de garder le contact, et de continuer à suggérer, quelle que soit la forme de la suggestion.

ypnose et **gériatrie**

Il existe très peu d'études aujourd'hui s'intéressant à la pratique de l'hypnose en gériatrie.

Pourtant, il sera nécessaire de développer la pratique hypnotique chez nos aînés, compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et des bénéfices incontestables apportés par l'hypnose (absence d'effets secondaires médicamenteux, etc.).

OceanofPDF.com

Hypnose et **soins palliatifs**

La fin de vie peut bénéficier de l'approche hypnotique. Il existe une riche bibliographie anglo-saxonne exposant les bénéfices de l'hypnose dans le contexte de la fin de vie et des soins palliatifs.

L'hypnose ne sera pas utilisée pour « se replonger dans des souvenirs agréables » ou bien pour « anticiper un avenir meilleur », mais bien pour investir le présent dans un maximum de confort. Les exercices qui consistent à percevoir le présent sont à favoriser, tout en prenant soin de recadrer les sensations perçues en temps réel et qui peuvent souvent être désagréables et ramener le patient à la gravité de son état. Si l'on travaille sur le présent, cela pourrait être par le biais de métaphores, comme le permet le protocole de réification qui permet de changer la perception de symptômes pénibles tels que la douleur, les nausées, le hoquet, la toux, l'anxiété.

On pourra utiliser l'effet indirectement relaxant de l'induction pour calmer les angoisses et favoriser le sommeil, et on insistera sur l'apprentissage de quelques exercices simples d'autohypnose, qui ne devront préférentiellement durer guère plus de quelques minutes. Le patient passe par l'hypnose de la passivité à l'action, et devient cocréateur de son confort en cette étape si particulière de la vie.

Certains auteurs proposent des métaphores invitant à explorer la peur de la mort, ou encore permettant de « clôturer » les affaires de la vie en cours qui n'ont pu être résolues. Un tel travail n'est possible qu'au travers d'une relation thérapeutique de grande qualité.

Enfin, dans ce contexte très spécifique, il peut être bon de faire participer les accompagnants (proches du patient) à ces expériences particulières, afin qu'ils accompagnent les leurs dans ces exercices simples, ou bien qu'ils se sentent intégrés à ces moments qui peuvent paraître pour un regard extérieur ne pas faire partie des priorités.

Encore une fois, rien ne sera fait sans l'accord ou la demande du patient avec lequel le thérapeute veillera à s'accorder de façon respectueuse.

Hypnose et **psychiatrie**

Nombre de troubles psychiatriques peuvent s'apparenter à un état de transe pathologique. Au travers de la grille de lecture du processus hypnotique, tout se passe comme si le patient expérimentait les premiers stades du processus, mais restait figé dans une transe délétère, caractérisée par des phénomènes hypnotiques (dissociation, catalepsie, désorientation temporelle ou spatiale, automatisme, etc.) sans que l'ouverture des possibles se fasse.

Tout le travail du thérapeute consistera à repérer à quel endroit se situe le patient, à le rejoindre dans la transe, et à l'accompagner vers la phase de l'ouverture pour réorganiser ses perceptions et changer ses représentations.

La pratique de l'hypnose peut être ainsi d'un grand bénéfice dans le cadre de nombre de pathologies psychiatriques, à condition que seuls les professionnels habilités à traiter ces troubles se permettent d'utiliser cet outil thérapeutique.

appel !

Rappelons-le encore une fois, car c'est certainement un des messages les plus importants de cet ouvrage : *l'hypnose ajoute une compétence à un savoir-faire préexistant.* On ne s'improvise pas psychiatre, médecin, dentiste ou psychologue. On utilise l'hypnose pour ajouter à sa compétence initiale la dimension de la perception subjective. La psychiatrie a ceci de commun avec l'hypnose qu'elle n'a besoin d'aucun outil pour être pratiquée. Son seul instrument de travail est la relation humaine. L'hypnose développe la sensibilité à la relation humaine, et donne ainsi une dimension supplémentaire à toutes les professions qui passent nécessairement par la relation. Voilà pourquoi les professions du soin sont toutes concernées par la pratique hypnotique, et la psychiatrie ne fait pas exception.

Dans le cas où un psychiatre adresse lui-même un patient à un hypnothérapeute, il ne s'agira à aucun moment de se substituer à la prise

en charge spécialisée, mais plutôt de déterminer avec précision les attentes du patient, les attentes du psychiatre, et au fil des consultations d'évaluer les bénéfices des séances.

Nombre de pathologies dites psychiques peuvent bénéficier de l'hypnose. Anxiété généralisée, stress, état de stress posttraumatique peuvent, nous l'avons vu, bénéficier de l'apport de l'hypnose. Mais l'hypnose peut également être d'une aide réelle dans le cadre des phobies, de la dépression, des troubles obsessionnels compulsifs, ou encore des troubles du comportement alimentaire. Dans le cadre de pathologies évoluant sur une certaine durée, les patients usent déjà de ressources sous-estimées pour gérer leurs troubles. Pourtant, ils ne parviennent pas à éradiquer totalement leurs symptômes. L'hypnose permet, dans un contexte thérapeutique, de valoriser et exploiter ces ressources tout en laissant au patient le temps nécessaire pour évoluer à son propre rythme.

La difficulté, dans certains troubles psychiques, consiste précisément à distinguer clairement le réel de l'imaginaire. L'hypnose n'est pas dangereuse dès lors que le contexte est clairement défini avec le patient et que le psychiatre est celui qui officie la thérapie. Le contexte est celui d'une personne vivant une expérience humaine de perception qui génère une souffrance. S'il ne s'agit pas pour le thérapeute de « souffrir avec », il ne s'agira pas non plus d'être froid et distant. Il s'agira de développer la qualité d'attention à l'autre et à son expérience. L'attention se porte donc sur l'expérience du patient, et ce dernier doit avoir toute la liberté d'exprimer son confort ou son inconfort, ainsi que la possibilité de demander d'arrêter à tout moment le travail si celui-ci est trop difficile.

La **psychose**

Lorsqu'il s'agit de travailler spécifiquement sur des troubles dissociatifs pathologiques tels qu'une psychose, le traitement se fera évidemment dans le contexte psychiatrique. Les règles qui s'appliquent à l'hypnothérapie dans cette indication ne sont pas fondamentalement différentes des règles de base étudiées dans les précédents chapitres, hormis quelques spécificités qui ont leur importance. Si l'hypnose ne permet pas de guérir une psychose, elle permettra de changer la relation

que le patient expérimente vis-à-vis de la souffrance causée par la maladie.

Les exercices en hypnose seront destinés non pas à dissocier plus avant, mais au contraire à réassocier le patient par des exercices de perception de l'espace, du présent, du corps. L'hypnose permet de soulager l'angoisse, de porter attention à certains éléments du champ perceptif, et à focaliser le travail sur ce qui soulage. Dans la psychiatrie comme dans toute discipline de soin, l'hypnose donne à la relation une qualité toute particulière, quelle que soit l'étiquette psychopathologique qui aura été collée au patient.

Apprivoiser et dédramatiser ses perceptions

Dans cette enceinte relationnelle bienveillante, le patient peut faire toutes sortes d'expériences perceptives en toute sécurité, accompagné par le thérapeute. Au sein de la consultation, l'expérience perceptive est respectée quelle qu'elle puisse être. Le patient, à cette occasion, doit se sentir libre de communiquer sa crainte vis-à-vis des sensations dites pathologiques, et le thérapeute l'accompagnera dans l'approche et la reconnaissance des perceptions perturbatrices pour ce qu'elles sont, permettant ainsi de faire la distinction entre le monde subjectif des perceptions et celui du réel partagé par tous. Le patient aura là l'occasion de dédramatiser ses perceptions et de les apprivoiser.

La présence tranquille du thérapeute encourage le patient à poursuivre le processus attentionnel de l'hypnose, en l'orientant s'il le veut bien sur les éléments qui se présentent à lui. Bien entendu, le thérapeute ne vit pas l'expérience perceptive qui se déploie pour le patient dans le processus de l'hypnose. C'est justement parce que le thérapeute reste, lui, bien ancré dans le réel partagé, qu'il pourra y ramener le patient en insistant clairement sur la distinction entre le monde factuel et celui de l'imaginaire.

Quelle que soit la forme de l'expérience vécue au sein de l'enceinte relationnelle, le thérapeute accompagne sereinement le patient au travers d'une expérience perceptive afin que celle-ci se conclue naturellement par un apaisement. Il ne s'agit encore une fois à aucun moment de « souffrir »

ou de « ressentir avec » le patient, mais de l'accompagner au travers d'un processus pour qu'il trouve lui-même le chemin vers le soulagement.

La **dépression**

Elle est une parfaite illustration de la subjectivité des perceptions : la personne déprimée donne aux événements et aux choses une teinte de tristesse, d'inutilité, d'impuissance, de souffrance morale, de mélancolie. Le monde environnant est obscurci par une perception modifiée, subjective, qui éloigne le patient du réel partagé. Cette distorsion perceptive change l'appréhension du temps qui paraît étrangement long, augmente les sensations pénibles et douloureuses du corps et de l'esprit, et donne aux événements douloureux du passé une place prépondérante dans le champ de la conscience. Les émotions, le corps, sont perçues mais semblent figés dans la souffrance et la somatisation. En outre, on peut observer un ralentissement psychomoteur, une tension musculaire, des douleurs généralisées.

La transe pathologique

On peut parler de transe pathologique. Le patient ne parvient plus à se projeter dans l'avenir. Devant lui se déroule le même scénario d'inertie, de tristesse, d'échecs. Les pensées négatives s'imposent au sujet de façon automatique, indépendamment de sa volonté, comme l'idéation autonome qui se rencontre dans les états dissociés hypnotiques. Ainsi le présent ne peut-il plus être investi, et sans appui sur le présent, la projection dans un futur est impossible. Il n'existe pas d'espoir ni d'expectation positive, et la perception négative au travers de laquelle le patient expérimente son environnement est d'une telle intensité qu'il lui semble impossible d'aller mieux malgré la présence d'un tissu relationnel soutenant, ou malgré la prise en charge thérapeutique. Cette perception accentue la représentation selon laquelle il ne pourra s'en sortir, et voici qu'il se perd dans une boucle de perception délétère.

C’est l’hypnose qui permet de sortir de cette boucle de négativité. L’hypnose permet d’accompagner le patient au travers de toutes petites modifications perceptives. Il n’est pas question de tout changer de façon radicale, mais une fois encore d’utiliser l’expérience du focus attentionnel de l’hypnose pour valoriser de toutes petites modifications perceptives de tonalité plus positive. En ce sens, on parle de « remise en mouvement » de la perception.

Le premier pas, comme dans toutes les indications de l’hypnose, consiste à rejoindre le patient là où il se trouve. Là, le thérapeute – rodé par ailleurs à prendre en charge la pathologie dépressive – usera de son expérience et de son savoir technique hypnotique pour déterminer sur quel élément (ressource), même minime, il sera possible de prendre appui pour commencer un subtil basculement de la perception.

a transe **thérapeutique !**

Elle permet une remise en mouvement et une sortie de la phase de dissociation pathologique par l’ouverture qu’offre l’état hypnotique. Par les jeux de modifications perceptives, le patient découvre que ses représentations sont loin d’être figées, mais au contraire qu’elles sont susceptibles d’être modifiées par l’hypnose.

Le traitement doit se faire pas à pas, et le thérapeute posera les objectifs progressivement, recadrant les perceptions négatives du patient, redéfinissant ses attentes et développant une ouverture vers l’avenir. La thérapie sera donc une thérapie essentiellement axée sur le recadrage des perceptions présentes, la potentialisation des ressources, et la projection dans un futur vierge des ruminations du passé. L’alliance thérapeutique doit bien évidemment être d’une grande qualité.

La **phobie**

Le patient phobique, lorsqu’il est confronté à l’objet de son trouble, entre dans une transe pathologique. Son champ perceptif se rétrécit (il est obsédé par l’objet de sa peur), il se sent coupé de son environnement ou de ses amis qui lui disent qu’il n’a rien à craindre (dissociation) et il vit

une sorte d'idéation autonome qui consiste en une projection catastrophique d'un futur imminent. Il existe une véritable distorsion de la perception lorsque dans ce contexte le moindre bruit devient menaçant, qu'un point sur le mur devient une araignée, ou qu'un craquement dans un ascenseur signifie que celui-ci va tomber. La pensée rationnelle s'éteint puisque le patient est passé dans le registre de la transe dans laquelle l'expérience perceptive, ici pathogène, prend le pas sur l'objectivité du réel partagé.

QUELS EXERCICES ?

Une façon d'aborder le traitement d'une phobie par l'hypnose consiste à ramener le patient à la réalité, à cesser la projection anxieuse, à accepter l'aléatoire, et à enlever l'émotion en installant par exemple de l'indifférence.

À titre d'exemple, on peut proposer au patient *une fois dans l'hypnose*, d'attendre que l'émotion retombe. On propose de mettre autant de distance que nécessaire entre soi-même et l'objet de la phobie jusqu'à ce qu'il soit possible de ressentir une indifférence vis-à-vis de ce dernier. Puis, on diminue progressivement la distance par rapport à celui-ci, jusqu'à ce que le patient soit capable d'être ouvertement confronté à l'objet de ses peurs sans ressentir le moindre inconfort, ou mieux encore, en acceptant une certaine dose d'inconfort mais sans en être paralysé.

Cette technique n'est pas très différente de la technique d'exposition progressive en Thérapie comportementale et cognitive (TCC), dans laquelle le patient va se rendre physiquement sur place (accompagné si possible du thérapeute) pour s'exposer progressivement à l'objet de sa peur, et apprendre à gérer différemment les processus de pensées qui génèrent la phobie. Par l'hypnose, la mise en situation passe par l'imaginaire qui, dans la transe, devient réalité virtuelle.

Un autre exercice destiné à faire tomber la peur consiste à devenir, une fois dans l'hypnose, quelque chose qui est dénué d'émotions. Le patient phobique de l'avion peut s'imaginer devenir un siège dans l'habitacle, une fenêtre, une roue d'avion, une aile de ce dernier… Ou un chariot transporté d'un point à l'autre de l'avion pour distribuer boissons et victuailles. Si l'exercice est bien réalisé, si une hypnose de qualité est

réellement installée, le patient ressent le plaisir de n'avoir rien à faire et rien à contrôler dans un contexte anxiogène. Il est présent, tout simplement.

Car dans la phobie comme dans certains TOCs (troubles obsessionnels compulsifs), un des leviers du changement consiste à inciter le patient à lâcher la volonté de contrôle. La phobie se développe et s'entretient lorsque le patient ne peut accepter l'aléa du contexte (l'ascenseur peut rester bloquer, le chien peut mordre, l'eau peut submerger, l'avion peut tomber, etc.) Ressentir que les éléments échappent au contrôle augmente l'angoisse. Et si le patient développe des stratégies pour essayer de garder un degré maximal de contrôle, la phobie ne fait qu'empirer car de fait, il existe toujours un élément échappant au contrôle conscient. L'exemple typique est celui du patient qui cherche à maîtriser les symptômes d'angoisse qui commencent à apparaître. Plus le patient cherche à calmer les palpitations, les sueurs froides et la sensation de perte de force dans les jambes, plus l'angoisse monte. Elle aboutit souvent à une attaque de panique.

« Quelque chose a lâché »

Tout exercice permettant au patient de lâcher prise et d'accepter l'aléatoire de la situation pourra ainsi participer grandement à la guérison. Il n'y a pas de bon ou de mauvais exercice pour inviter au lâcher du contrôle, et la meilleure des expériences en hypnose sera celle qui entraîne le patient tout entier dans l'expérience jusqu'à ce que le soulagement s'impose de lui-même comme une évidence. Les patients relatent alors l'impression que « quelque chose a lâché », comme si quelque chose qui s'était accroché à eux venait d'abandonner la partie et de se laisser retomber au sol. Une impression de légèreté accompagne le plus souvent cette étape importante de la guérison.

Le travail pourra également consister à redonner au patient la confiance en ses propres capacités à gérer un aléa, et à laisser se dérouler ce dernier en imaginaire pour déployer les conséquences d'une perte de contrôle. Ce simple exercice permet souvent au patient de réaliser à quel point ses craintes sont surestimées et en inadéquation avec la réalité.

Un autre exercice pour traiter les phobies consiste à laisser le contexte prendre vie en hypnose, puis d'en changer certains éléments. Ces changements sont destinés à faire tomber l'angoisse. Ils peuvent paraître logiques parfois (comme cette jeune patiente phobique de la conduite sur l'autoroute, et qui en hypnose imagine son professeur d'auto-école à ses côtés, ce qui fait immédiatement tomber l'angoisse), mais souvent ces modifications de contexte pourront surprendre le thérapeute comme le patient (comme cette autre jeune patiente qui découvre que s'imaginer en robe rouge lui permet de faire tomber la peur de parler en public).

Il est possible aussi, en hypnose, de laisser l'imagination se déployer pour jouer avec chaque élément du contexte, et vivre ainsi toute sorte de scénarios afin d'apprivoiser les perceptions de la peur.

Enfin, lorsque la phobie naît d'une situation réelle qui a laissé une empreinte traumatique, l'hypnose permettra de revisiter l'expérience traumatique afin d'en changer les perceptions, conformément aux protocoles utilisés dans le cadre du soin d'un état de stress posttraumatique.

Identifier le réel obstacle

Émilie doit prendre le métro. Elle vit à Paris et emprunte, du fait de son lieu de résidence, une des lignes du métro parisien les plus fréquentées. À certaines heures du jour, les gens sont extrêmement serrés les uns contre les autres dans le métro, de sorte que l'on a l'impression de pouvoir à peine respirer.

Un jour, au cœur de l'été, alors que la chaleur est accablante dans la rame du métro, Émilie est en retard pour se rendre à son travail. Déjà stressée et répétant dans sa tête que la réunion va bientôt commencer sans elle, elle entre dans le wagon. Deux stations plus tard, la rame est bondée. Les gens sont serrés les uns contre les autres. Émilie étouffe. Elle ne se sent pas bien, ne peut pas bouger. Hélas, en raison d'un problème technique, le métro s'arrête entre deux stations, en plein tunnel. Émilie perd connaissance. Elle se réveille quelques minutes plus tard. Des gens l'ont sortie du wagon et elle se retrouve sur le quai du métro, entourée de quelques personnes qui ont bien voulu prendre soin d'elle.

Depuis, Émilie est incapable de prendre le métro. Non seulement la ligne en question, mais toutes les autres. Elle s'est même acheté une moto pour se rendre au travail. Elle qui était inconfortable à l'idée de conduire ne serait-ce qu'une voiture dans les rues de Paris, préfère affronter l'idée de conduire un deux-roues dans la circulation agitée de la capitale plutôt que de redescendre dans les tunnels du métro.

En hypnose, Émilie a beaucoup de mal à s'imaginer dans un wagon. Mais après quelques minutes d'approfondissement de l'expérience, elle parvient à s'imaginer dans un wagon vide sur la ligne fatidique. Elle ressent un réel inconfort mais le fait qu'elle dispose d'autant

d'espace la sécurise. « Au moins, si je tombe dans les pommes, je peux m'allonger par terre », dit-elle.

Lors de la seconde consultation, elle parvient à remplir progressivement le wagon de passagers. Son inconfort est toujours présent mais reste gérable. Elle cherche à comprendre ce qui la rend aussi mal dans la situation. Je l'invite à ne pas chercher à comprendre mais plutôt à laisser les sensations se dérouler.

Lors de la troisième consultation, elle m'avoue être parvenue à entrer dans une station, mais n'a pas réussi à prendre le métro. Pourtant, c'est la première fois depuis plus d'un an qu'elle parvient à se balader dans les couloirs d'une station de métro parisien.

Lors de cette troisième expérience hypnotique, Émilie se retrouve – à son grand étonnement – à revivre la scène initiale, juste avant son malaise. Elle laisse la scène se dérouler, et la séance se passe pour sa grande partie dans le silence ; il est visible sur le visage d'Émilie, que des choses importantes se déroulent en elle-même.

Au retour de l'expérience, à laquelle Émilie met fin de son propre chef, elle me dit avoir perçu très intensément que le jour du malaise, elle s'est sentie piégée par le métro. N'avoir pas pu se rendre à la réunion de travail qui était d'une réelle importance pour elle a été très dur à vivre. Elle explique que la perte de contrôle qu'elle ressent n'est pas tant liée au métro, bien qu'il se soit bloqué au beau milieu du tunnel, qu'à l'impuissance de ne pouvoir assurer cette réunion qu'elle avait tant préparée et sur laquelle elle avait compté pour obtenir un avancement professionnel.

Je demande alors à Émilie s'il est possible de laisser tomber toute exigence de performance professionnelle. De retour dans l'hypnose, elle trouve cela difficile mais possible. Devant sa réceptivité, je lui propose d'amplifier le phénomène en lui demandant de jouer… Il s'agit de ressentir du plaisir à rater la réunion, pour des raisons indépendantes de sa volonté. Il faudra de longues minutes avant que le visage d'Émilie se décrispe et qu'un sourire mutin se dessine sur sa bouche. Elle pouffe de rire, rougit, et me confie « je crois que c'est bon ».

Nous n'aurons pas besoin de travailler plus : Émilie se présente à la quatrième consultation pour me dire que la peur est partie.

Les troubles du comportement alimentaire

Que ce soit dans le contexte de l'anorexie mentale ou de la boulimie, on retrouve des éléments de transe pathologiques sur lesquels le thérapeute pourra prendre appui pour aider à faire évoluer le patient vers la guérison.

On retrouve presque à chaque fois, par exemple, une distorsion de la perception de son propre corps : la jeune fille squelettique se trouve obèse et continue à se faire vomir. On retrouve une perte de la perception de la faim et de la satiété de l'estomac : le boulimique se remplit et se remplit encore d'aliments. Dilaté, l'estomac perd peu à peu sa capacité à percevoir la sensation de plénitude qui guide notre appétit.

On retrouve également la notion de transe pathologique lorsque ces mêmes patients confient ne pas pouvoir s'arrêter de se remplir : « C'est plus fort que moi » ou encore « je ne suis plus moi-même ». Il existe une focalisation pathologique sur la nourriture et les repas. Le patient est alors pris malgré lui dans une boucle sans fin, caractérisée par cette transe négative.

Le thérapeute pourra utiliser chacun de ces éléments et les recadrer dans le contexte d'une transe thérapeutique. Une fois encore, il faudra rejoindre le patient dans sa propre transe négative, sa propre perception, pour élargir le champ perceptif et l'aider à réinvestir son propre corps.

Les exercices de ressenti du corps, d'appréhension de ses propres perceptions et de son système propre de représentation, sont des exercices de choix. Il sera parfois nécessaire de travailler d'abord le lâcher prise, l'exigence de performance et de résultats immédiats. Certains patients présentent un degré considérable de contrôle, tant ils sont devenus experts à contrôler leur faim, leur poids, leur vie, leurs résultats scolaires ou professionnels…

ttention !

Quelle que soit l'approche en hypnose, il faut garder à l'esprit que le traitement des troubles du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie relève d'une prise en charge pluridisciplinaire et nécessite souvent un accompagnement simultané des parents ou des accompagnants. Il ne s'agit pas d'un simple changement d'habitudes alimentaires qui seraient devenues un peu anarchiques, mais bel et bien du traitement d'une maladie qui nécessite une prise en charge spécialisée.

Hypnose et **addictions**

Il existe un autre domaine dans lequel il est possible d'identifier un schéma hypnotique négatif entretenant la pathologie : le domaine des addictions.

Pas de bon sens qui tienne !

Le comportement addictif pourrait être décrit comme un rétrécissement du champ perceptif mettant de la confusion dans le sens critique du sujet : malgré les efforts déployés par les autorités sanitaires pour alerter les fumeurs des risques de maladies cardiovasculaires et de cancers liés au tabagisme, la cigarette a toujours le vent en poupe. Comment se fait-il que nous fassions quelque chose qui, nous le savons pourtant, est mauvais pour nous ?

C'est qu'il ne s'agit pas de logique. Lorsqu'on est dans une transe négative, le bon sens n'intervient pas. On est dans un autre registre, un autre mode de fonctionnement. Celui de la subjectivité. Les médecins, les médias, peuvent répéter jusqu'à épuisement les effets nuisibles de la cigarette, si le patient ne perçoit pas avec sa chair qu'arrêter de fumer est une possibilité, il ne lâchera jamais le tabac. L'hypnose permet d'accompagner le patient dans son propre mode de représentation et en respectant son propre rythme : il n'y a rien à forcer et il n'y a personne à convaincre.

Dans le cadre des addictions comme dans d'autres domaines, on peut dire que l'hypnose permet au patient d'exercer son libre arbitre, en le mettant devant la notion inévitable du choix. Il s'était rendu aveugle à la nature réelle du produit qu'il a perçu comme un remède ou une aide, et l'hypnose permettra précisément de faire tomber cette illusion pour rendre à l'objet de l'addiction son véritable visage.

L'hypnose fait tomber la distance qui existait entre le patient et le produit, pour lui permettre de vivre la réalité telle qu'elle est et la ressentir pleinement. Il n'y a pas de nécessité de déguiser la perception du produit puisque celui-ci est un toxique par nature. Il suffira au contraire de permettre de ressentir la réalité de cette substance, pour que le patient ressente l'agression sur son corps, son esprit, sa vie. On espère alors un mouvement vital, un réflexe de survie qui consisterait à lâcher le produit et à s'en tenir éloigné.

Si le patient consulte, c'est qu'il a commencé à entrevoir la liberté. Si jusqu'alors son champ de perception était restreint et focalisé sur le plaisir qu'il retire de l'objet d'addiction, il peut commencer à présent à élargir sa

perception et réaliser que quelque chose cloche. L'hypnose prend appui sur cette ouverture, la ratifie et amplifie le mouvement.

Accompagner **le changement de perception**

Pourquoi le patient s'était-il rendu sourd et aveugle à la nocivité de son objet d'addiction ? Si une addiction s'est installée dans la vie du patient, c'est bien que, d'une manière ou une autre, l'objet de l'addiction est apparu à un moment donné d'un réel intérêt. À un moment de la vie, l'objet d'addiction a été d'une aide réelle. Peut-être a-t-il joué le rôle de stimulant, de calmant, de divertissement, de remède contre l'ennui, la solitude, la peur, la tristesse ou encore la faim ?

> ***La confusion permet au toxique de s'installer***
>
> La société, l'industrie, la publicité, parfois même la famille ont joué également un rôle pour endormir la méfiance du consommateur. On crée une véritable confusion dans l'esprit de la personne qui ne perçoit plus le toxique comme une menace, ce que son corps lui hurle pourtant de façon évidente (qui n'a pas toussé lors de sa première bouffée de cigarette ? Qui n'a pas grimacé lors de sa première gorgée d'alcool ?). La confusion, en endormant le sens vital du patient, a permis au toxique de s'installer durablement dans sa vie. L'objet d'addiction devient alors une béquille, sur laquelle le patient prend appui dans son quotidien pour affronter tantôt le stress, tantôt l'ennui, tantôt la fatigue…

C'est lorsque le patient commence à ressentir avec sa propre chair, même intuitivement, qu'il y a peut-être eu méprise, et que l'objet d'addiction n'est pas le bon ami qu'il paraît être, qu'une ouverture commence à se faire et que la consultation est envisagée.

Pour rejoindre le patient dans sa perception, il faudra identifier le service rendu de l'objet de l'addiction. Non pas pour moraliser le patient, mais pour comprendre quelle est la représentation qu'il s'en fait.

Très souvent, la notion de plaisir est fortement associée au comportement addictif.

Le thérapeute pourra, une fois le patient en hypnose ou en hypnose conversationnelle, chercher si le plaisir est réel et total. Souvent, le patient admet qu'il existe des effets collatéraux qui ne sont pas vraiment à son goût (tels que l'odeur du tabac froid, les cendres dans les cendriers, l'essoufflement, la perte de l'odorat, les doigts jaunis, la culpabilité, etc.) Lorsque le patient en est à ce stade, le plaisir est déjà gâché. Il suffit en hypnose d'appuyer sur la perception déjà présente selon laquelle le plaisir n'est qu'un masque qui a permis au toxique d'entrer dans la vie du sujet et de s'accrocher à lui comme un parasite.

Expérimentez la modification du rapport addictif à un objet

Choisissez un objet d'addiction, quelque chose qui a un effet sur le corps (cigarette, cannabis, alcool, aliments gras, sucrés, alcoolisés, etc.)

Étape 1 : l'induction de votre choix.

Étape 2 : scannez votre corps et trouvez quelle est la partie du corps qui souffre le plus de votre addiction (la gorge ou les poumons pour la cigarette ? le ventre, les cuisses pour les excès alimentaires ? le foie pour l'alcool ?)

Étape 3 : une fois que vous avez trouvé, montez le son. Imaginez que vous donnez la parole à cette partie de votre corps. Entendez ce qu'elle a à vous dire. Ressentez le ras-le-bol. Soyez sensible à la souffrance de cet organe.

Étape 4 : désormais, vous êtes cet organe. À chaque fois que vous vous apprêtez à succomber à l'addiction, prenez une seconde pour ressentir l'organe qui est devenu votre guide.

Vous vous étiez coupé de votre corps, vous vous étiez rendu sourd à ses plaintes et sa souffrance. C'est le moment de reprendre contact avec votre chair et de l'écouter. Elle a droit au chapitre. C'est elle qui est empoisonnée, or, vous avez besoin d'elle pour vivre.[3]

Les patients qui viennent à l'hypnose pour mettre un terme à leur addiction ont souvent déjà réalisé qu'ils ont en réalité perdu le contrôle. Leur libre arbitre n'existe plus dès lors qu'il s'agit de leur objet d'addiction. Ce ne sont plus eux qui décident de fumer, c'est la cigarette qui leur impose de courir les bureaux de tabac, de sortir du restaurant en plein hiver dans les rues glacées, pour fumer… Ils réalisent qu'ils ne sont plus les décideurs. C'est la substance qui commande pour eux. La rébellion devant cette perte de liberté est un levier utile que le thérapeute pourra utiliser au cours de la séance. En définitive, on pourrait dire que le patient a toutes les chances de guérison par l'hypnose puisqu'il a déjà démontré sa suggestibilité en succombant à l'influence des médias, de

l'industrie, de la culture qui ont installé suffisamment de confusion dans ses sens pour que s'installe l'addiction.

Certainement que le meilleur moyen de quitter une addiction est de réintégrer son corps, sans aucune réserve. Reproches, culpabilité et exigence ne feront qu'aggraver le problème. La solution encore et toujours ne se trouve pas dans l'émotion, mais dans la réintégration de sa vie et de ses composantes. La première de ces composantes vivantes est le corps lui-même.

Ressentir chaque partie, chaque organe, chaque artère, les poumons, la gorge, le ventre… Permet de réinvestir son corps et l'instant présent. Redevenant sensible à ce à quoi il s'était rendu sourd si longtemps, le patient ne peut que ressentir – parfois violemment – l'empoisonnement, la blessure, la souffrance dans sa propre chair. Tout se passe comme s'il avait été anesthésié pendant longtemps par l'illusion du faux remède, et que l'anesthésie s'estompait soudain. Dans cette expérience, on assiste parfois à une guérison instantanée.

L'hypnose ouvre le champ perceptif en élargissant le focus attentionnel : en se rendant sensible à l'ensemble de ses constituants, l'individu ressent que l'objet d'addiction n'apporte pas que de la satisfaction ou du plaisir.

À titre d'exemple, un exercice intéressant peut être réalisé dans le cadre du traitement d'un trouble du comportement alimentaire : réintégrer son estomac et travailler avec la sensation de satiété permet de se réapproprier la sensation de faim qui devient un merveilleux guide pour le contrôle du poids.

Expérimentez « la pause de 60 secondes »

Avant de vous jeter sur les aliments, systématiquement, faite une pause pour ressentir les parties du corps qui souffrent des excès alimentaires.

Touchez si cela vous aide : votre ventre, vos cuisses, votre cou. Il ne s'agit pas de vous culpabiliser, seulement de vous coller au réel. De vous ramener au temps présent.

Dans cette même minute, ressentez votre estomac : identifiez la sensation de faim.

Elle sera votre guide pendant cette prise alimentaire. Tant que vous ressentez la faim, mangez.

Dès que vous ne la ressentez plus, arrêtez votre repas.

Si vous avez faim plus tard, vous pourrez prendre une collation.

Finalement, votre corps devient votre meilleur allié pour vous orienter vers des comportements bénéfiques.

Une autre façon de soigner les addictions consiste à faire tomber la passion. C'est par la boucle d'excitation – assouvissement – plaisir que l'addiction s'entretient. Le patient ressent du désir pour l'objet d'addiction. Il ressent une certaine excitation et un besoin d'assouvir le plaisir que cela procure. Il passe alors à l'acte, et l'assouvissement procure un plaisir malheureusement temporaire, puisque l'acte sera répété régulièrement. Voilà le propre de l'addiction.

Une des pistes de guérison pourrait consister à attendre que le plaisir tombe.

Expérimentez l'indifférence

Étape 1 : induction.

Étape 2 : imaginez l'objet de l'addiction devant soi. On peut même le poser sur une table ou une chaise devant soi pour bien le représenter et le rendre présent.

Étape 3 : attendez que vienne l'envie, l'excitation.

Étape 4 : plongez plus profond en hypnose et attendez que l'envie se détache d'elle-même. Attendez que la passion s'éteigne. Jouez la carte de l'indifférence.

Étape 5 : faites ce que vous avez à faire pour installer une indifférence vis-à-vis du produit. On attend que cela vienne. Vous allez ressentir à un moment donné que l'envie se détache de vous comme un parasite se détache de son hôte. Cela va « glisser » sur vous. Se détacher de vous. Et vous laisser dans une profonde indifférence et une grande tranquillité.

Il n'y a rien à forcer. Cela va tomber tout seul. Comme un chaton qui plante ses crocs dans votre main pour jouer. Si vous restez immobile, indifférent, le chaton va se désintéresser et se détourner. Si vous forcez, il va plonger plus profondément ses griffes et ses crocs.

Étape 6 : ressentez bien cette indifférence. Prenez du plaisir à l'indifférence.

Répétez l'expérience s'il le faut. Répétez régulièrement jusqu'à ce que vous soyez capable de faire tomber l'envie à la demande.

En installant l'indifférence, le patient interrompt la boucle d'excitation – assouvissement – plaisir. Il installe une nouvelle boucle, celle de l'excitation/indifférence, qui restitue son libre arbitre de consommer le produit ou de ne pas le consommer. Retirer la passion rend au patient sa liberté. Il n'est plus sous le contrôle des émotions. C'est alors le corps qui peut parler librement. On rétablit un fonctionnement naturel. Ce n'est plus la cigarette qui décide, c'est le corps. Le patient peut se tranquilliser car il

n'y a aucune élaboration mentale complexe à réaliser. Il lui suffit de ressentir sa chair et de la laisser prendre la bonne décision.

Enfin, si vous souffrez d'une addiction et que vous avez quelques difficultés à vous convaincre de tenter l'expérience de l'hypnose, voici un exercice qui peut vous intéresser. Il ne s'agit pas de vous forcer à faire quoi que ce soit, mais au contraire de vous encourager à faire ce que vous voulez vraiment faire.

Si vous voulez tenter l'expérience, suivez le protocole suivant. Peut-être alors viendrez-vous ensuite aux exercices plus spécifiques du traitement des addictions.

Évoluer à son rythme

Étape 1 : induction.

Étape 2 : ressentez votre corps dans son ensemble. Ne forcez rien. Laissez-vous peser sur votre support.

Étape 3 : retrouvez un moment de votre vie où vous avez pris une décision importante. Ce doit être une décision que vous avez prise parce que, vous le sentiez dans vos tripes, c'était le moment de prendre cette décision. Ce doit être ce genre de décision que vous prenez – peut-être contre l'avis de tous – parce que vous avez senti, dans votre ventre, dans votre chair, dans vos boyaux, que c'était la bonne décision pour vous.

C'est une situation dans laquelle vous avez répondu très honnêtement à votre propre instinct. Cette décision était une évidence. À aucun moment vous n'avez eu de doute. Ou si doute il y avait, vous avez bien senti au fond de vous que… C'était le moment.

Et vous avez bien fait. C'est ce genre de décision où vous êtes entièrement satisfait de vous-même après coup. Quelles qu'en soient les conséquences, vous saviez que c'était ce qu'il fallait faire. Que c'était le moment. Cela correspondait à qui vous étiez à cet instant. Vous étiez en harmonie, en adéquation avec vous-même. Pas avec les autres, pas pour faire plaisir aux autres. Avec vous-même.

Étape 4 : posez-vous la question suivante : « Est ce que je sens dans mes tripes, là maintenant, que c'est le moment de lâcher cette addiction ? »

– « Est-ce que je le ressens comme une évidence ? »

– « Est-ce que je sens que c'est le moment ? »

– « Est-ce que je ressens que, même si je sais que ce ne sera pas facile, c'est le moment pour moi, que cela correspond à ce que je suis aujourd'hui, et à mon évolution, aujourd'hui ? »

– « Est-ce que je ressens bien que la réponse à ces questions est dictée par mon intuition, mes tripes, mon instinct, et non pas par l'esprit logique, critique, rationnel qui sait très bien que je dois arrêter ? »

Si la réponse à ces questions est un OUI sans aucun doute possible : vous êtes prêt à lâcher.

C’est le moment. Respectez-vous. Soyez fidèle à votre intuition. Si vous sentez, sans trop savoir ni pourquoi ni comment, que c’est le moment, alors allez-y ! Vous avez fait 99,99 % du travail.

Usez alors d’un exercice d’autohypnose de votre choix pour valider les 0,01 % qu’il vous reste.

Si vous avez répondu NON ou JE NE SUIS PAS SÛR à l’une des questions ci-dessus, répondez aux questions suivantes :

– « Est-ce que, en définitive, je ressens dans mes tripes que j’ai encore besoin, pour l’instant, de la cigarette ? »

– « Est-ce que je suis d’accord pour dire que pour le moment, je ne le sens pas. Ça ne va pas le faire ? »

– « Est-ce que je suis d’accord pour dire que je ne sais pas ce dont demain sera fait, ni si un jour je vais arrêter, mais que pour le moment, je préfère garder cette addiction en dépit de toute logique ? »

– « Est-ce que l’objet de mon addiction me procure aujourd’hui plus de plaisir que de désagrément ? »

– « Pour être honnête, j’ai envisagé d’arrêter parce que mon esprit rationnel sait que je dois arrêter ? »

Si la réponse est OUI à ces questions, respectez votre chemin : ce n’est pas le moment. Vous pourrez y revenir plus tard, mais pour l’instant, pour des raisons qui vous échappent encore, vous n’êtes pas prêt à lâcher votre objet d’addiction. Vous pouvez tout de même préparer votre sevrage en jouant à faire les exercices proposés ci-dessus, mais ne vous y trompez pas. C’est quand vous sentirez sans aucun doute que, facile ou pas facile, c’est le bon moment pour vous lancer que vous arrêterez, en dépensant le moins d’énergie possible.

Bienvenue dans la plus belle des aventures : le respect de vous-même.

1. Je propose quelques-unes de ces expériences dans le livre « *L’Hypnose ou les portes de la guérison* » de J.M. Benhaiem et F. Roustang, dans le chapitre consacré à la porte du temps.
2. G. Bossereau, *L’Hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*, Interéditions, 2012.
3. Cet exercice a initialement été proposé par Jean-Marc Benhaiem.

OceanofPDF.com

Chapitre 19
Limites et contre-indications de l'hypnose

Les limites de l'hypnose

L'HYPNOSE EST UN OUTIL MERVEILLEUX qui nous réconcilie avec l'aptitude humaine à se prendre soi-même en charge pour résoudre ses difficultés. Cependant, l'hypnose n'est pas une panacée universelle. D'abord parce que, comme toutes les thérapies, elle n'est pas toujours suivie d'autant d'efficacité qu'on le voudrait, et ensuite parce que si elle permet de changer la perception que l'on a, elle ne ressoude pas les os, n'élimine pas les infections, ne cicatrise par la chair, et n'élimine pas les cellules tumorales.

Autant l'hypnose, en changeant la perception, peut changer un comportement qui influera de façon bénéfique sur une convalescence, ou qui réduira les réactions de stress de l'organisme, préviendra l'effet nocebo ou la mauvaise tolérance d'un traitement, autant l'hypnose ne peut pas transformer la chair, changer les tissus, en un mot comme en cent : changer la matière organique.

n'y a pas de **magie**

Pourtant, les résultats obtenus par l'hypnose sont parfois tellement impressionnants qu'il serait facile de tomber dans la notion de pensée magique et dans l'illusion de détenir un grand secret capable de réaliser des miracles.

Il est de la responsabilité du thérapeute de ne pas alimenter une telle confusion dans l'esprit des patients, et d'être très clair sur les possibilités de la thérapie par l'hypnose. Il est légitime d'utiliser l'hypnose pour potentialiser l'optimisme d'un patient qui se bat contre une maladie grave, mais il est criminel de bercer un patient dans l'illusion que l'hypnose va le guérir d'une maladie incurable.

Ces précautions étant prises, lorsque l'hypnose est proposée par un professionnel de la santé diplômé et formé à cette discipline, il n'existe pas de réelle limite en ce sens qu'il est toujours possible *d'agir sur le monde des représentations*. L'hypnose, rappelons-le, est une expérience intrinsèquement humaine qui n'a besoin d'aucun produit chimique ni d'aucun appareillage particulier pour être réalisée.

Changer une perception est une capacité humaine indépendante de l'environnement immédiat, des circonstances, des événements, mais aussi du corps et des pathologies dont il peut souffrir.

En définitive, quel que soit le problème rencontré par le patient, on peut toujours proposer un accompagnement par l'hypnose.

Les **contre-indications**

Est-ce à dire que l'hypnose peut être proposée tout le temps, en toutes circonstances, et en tout lieu ?

Pas tout à fait. S'il existe un interdit en hypnose, celui-ci sera directement lié à la compétence du soignant à pouvoir prendre en charge le problème que présente le patient, ainsi que sa capacité à s'adapter à l'expérience perceptive du patient.

C'est la raison pour laquelle, nous le rappelons, dans le cadre de psychose ou de dissociation pathologique, l'hypnose n'est pas recommandée. On ne rajoute pas de la dissociation à une dissociation existante. Toutefois, et nous avons suffisamment insisté sur ce point, le patient atteint de troubles dissociatifs pathologiques peut bénéficier d'une hypnose thérapeutique si celle-ci est pratiquée par le corps de métier formé à prendre en charge ce genre de pathologies. Par exemple, certains exercices en hypnose

consistent à réassocier le patient à son corps, au réel, à l'environnement. La prise en charge se fera préférentiellement dans le contexte hospitalier ou médicalisé, permettant une surveillance adaptée.

> ***Chacun son métier***
>
> Un dentiste ne s'improvise pas psychiatre, et un psychiatre ne s'improvise pas anesthésiste. La compétence à prendre en charge un certain type de patients et un certain type de pathologie ne dépend pas de la formation en hypnose mais d'un savoir-faire né de l'expérience professionnelle des soignants et de l'apprentissage du terrain. C'est lorsque l'on se confronte à autrui au quotidien que l'expérience relationnelle propre au terrain se développe. L'hypnose ne permet pas d'exercer un métier du soin, mais permet de l'exercer différemment. En outre, elle donne à la relation une qualité particulière qui potentialise l'accompagnement vers le soulagement.

Par ailleurs, il ne peut y avoir d'hypnose s'il n'existe pas de demande et d'attente de la part du patient à vouloir changer ses perceptions. Cela est vrai dans le contexte de l'hypnothérapie, clairement nommée dans le contexte dans lequel elle s'emploie, mais c'est vrai aussi pour les sessions d'hypnose « à la volée », comme dans le cadre du soin aigu, du bloc opératoire avant une anesthésie générale, contextes dans lesquels, même si l'on ne prononce pas le terme d'hypnose, il est indiscutable qu'il existe une intention commune, chez le patient comme chez le soignant, à modifier les perceptions en vue d'un soulagement. Cette modification perceptive peut se faire par l'hypnose, plutôt que par les médicaments.

Cette attente de la part du patient, cette demande – même tacite – est une intention partagée par le thérapeute. Soulager. Accompagner vers le soulagement. Mais pour que cet accompagnement puisse se faire, il est indispensable de passer par la relation. Si celle-ci est inexistante, ou si elle n'est pas stable, il n'y a pas de communication possible entre les deux acteurs du changement. En aucun cas, et à aucun moment, il ne s'agira de « manipuler » le patient afin d'imposer un changement « pour son propre bien ». Jouer dans ce registre va d'abord totalement à l'encontre de toute éthique et est, ensuite, extrêmement dangereux.

appel !

L’absence d’intention commune et l’absence de communication sont des contre-indications évidentes à l’expérience hypnotique.

Au-delà de l’absence d’intention commune, qui met en échec certain la thérapie, il existe des situations évidentes dans lesquelles la communication entre patient et thérapeute ne peut exister du fait d’un trouble cognitif marqué, d’un état confusionnel, ou de toute incapacité physique ou psychique compromettant l’échange et la compréhension de l’information. On précise toutefois que même dans de tels cas, il est parfois possible de définir un canal de communication au travers duquel entrer en relation avec le patient. Si le thérapeute est habile, il est possible de réaliser une modification perceptive, même dans ces situations difficiles.

Enfin, la prise en charge en hypnose est contre-indiquée dans le contexte médicojudicaire, en particulier si le thérapeute est l’expert lui-même. Il n’est pas possible d’objectiver des faits dans le cadre d’une démarche juridique ou judiciaire, et dans le même temps, de délivrer un soin à la victime. Une telle chose entraînerait une confusion qui rendrait caduque l’expertise, et qui ferait dans le même temps perdre à la démarche thérapeutique toute sa valeur.

OceanofPDF.com

Chapitre 20
Psychothérapies : des avatars de l'hypnose ?

L'HYPNOSE EST HISTORIQUEMENT CONSIDÉRÉE COMME LA TEINTURE MÈRE de l'ensemble des psychothérapies. La relation entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé représente la forme la plus ancienne de relation psychothérapeutique. C'est Bernheim qui a proposé en 1891 le terme de « psychothérapie », dans son livre *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*[1]

On compte aujourd'hui plus d'une centaine de techniques psychothérapeutiques, dont la plupart ont vu le jour dans la deuxième moitié du XX^{e} siècle.

Une réorganisation perceptive propre à toute thérapie

La plupart de ces thérapies peuvent être comprises et lues au travers du processus de l'hypnose tel que proposé par l'AFEHM sous l'impulsion de François Roustang, Jean-Marc Benhaiem et Patrick Richard. Ce schéma met en évidence le fait que l'homme se trouve en permanence en équilibre entre ses perceptions modulées par la cognition (l'état de contrôle, de maîtrise, d'analyse, de réflexion, de connaissance) et la perception première (le non-contrôle, la sensorialité pure, la plasticité, la fluidité, l'indétermination).

C’est le passage de la cognition à la perception qui permet à l’individu de reconfigurer son système de représentation. On considère que tout changement perceptif relève de ce passage d’un mode de fonctionnement à un autre. Cette souplesse est nécessaire à tout individu, afin qu’il se fonde dans son environnement. Lorsque ce passage d’un mode de fonctionnement à un autre ne se fait plus, lorsque l’individu reste « bloqué » dans le mode de contrôle, dans la cognition, la pathologie s’installe. Un des moyens de permettre à l’individu de retrouver sa souplesse et de se laisser aller dans sa vie pour en épouser tous les contours consiste à l’accompagner jusqu’au second régime de fonctionnement, caractérisé par la perception, l’imaginaire. L’hypnose est l’expérience de choix qui pourra être proposée au patient.

L’axe du processus hypnotique

En définitive, toutes les thérapies utilisent le même procédé (même si toutes n’ont pas le même potentiel curatif), et l’on peut positionner leur niveau d’intervention sur l’axe du processus hypnotique. L’hypnose permet, au travers du processus hypnotique, de quitter le cognitif (l’état de veille ordinaire) pour retrouver le perceptif (la veille généralisée) dans laquelle les représentations changent et la perception peut se réorganiser. La plupart des thérapies, y compris les thérapies cognitives même si cela ne paraît pas évident, passent par une étape de réorganisation perceptive. Pour qu’un changement puisse s’installer dans le système de représentation d’un patient, il faut mettre du jeu dans le système, changer les coordonnées, et mélanger les cartes. Cette condition est remplie par le passage, par l’ouverture, par le ressenti et par l’abandon du contrôle et des anciennes croyances. Ce n’est pas parce que l’on adhère intellectuellement à une nouvelle idée qu’elle est intégrée. Celle-ci ne devient agissante qu’une fois ressentie comme vraie, et elle ne peut être ressentie comme vraie sans un repositionnement de l’individu vis-à-vis de son environnement. C’est alors tout le système perceptif qui est modifié, et c’est le rapport aux êtres et aux choses qui est contaminé par le changement. Inversement, on pourrait dire que c’est par un changement de positionnement vis-à-vis de la constellation des éléments qui

constituent notre existence que le changement peut s'opérer et que la perception peut être changée.

Dans toutes les sociétés humaines, la thérapie prend des allures qui se conforment au système de croyances et de représentation propres à la culture en vigueur. Certaines cultures valorisent le versant cognitif, la pensée, la réflexion. Pour d'autres cultures, c'est la sensorialité qui sera mise en valeur. Aujourd'hui, dans notre propre société, c'est la cognition qui est valorisée. Rien ne se fait ou ne peut se faire sans que l'on ait usé de pensée, de rationalité, de contrôle, de raison, de logique. Le danger à valoriser seulement ce versant du fonctionnement humain est évident. Nous l'avons étudié tout au long de ce livre, l'excès de contrôle génère nombre de pathologies (stress, *burn out*, somatisation, névrose, phobie…).

Car l'être humain doit retrouver régulièrement ce régime de fonctionnement dans lequel il se laisse aller à l'imaginaire, à la perception pure, dans laquelle les choses se mêlent, disparaissent, réapparaissent, changent. C'est par ce régime de fonctionnement, qui est tout aussi propre et indispensable à l'humain que l'est la cognition, que se fait le processus de création. L'artiste, par exemple, se plonge régulièrement dans l'ouverture pour créer son œuvre. L'enfant, lui, passe la plupart de son temps dans l'ouverture. La société se chargera de le ramener de plus en plus dans la cognition. Il ne faudra jamais qu'il oublie, devenu homme, de garder cette souplesse, cette capacité à passer d'un pôle à un autre, d'un mode de fonctionnement à un autre.

Car c'est précisément la sensorialité pure qui constitue les fondements de notre statut de vivant : avant d'avoir mis des étiquettes sur les êtres et les choses, avant d'avoir systématisé les connaissances, nous sommes tous venus au monde et avons perçu celui-ci par une sensorialité pure, première, primitive. Cette perception caractérise notre animalité, et conditionne notre capacité adaptative.

C'est donc par l'hypnose que l'adulte revient à l'origine des choses : l'hypnose permet de réaliser le chemin inverse du développement humain au sein de notre société. Celle-ci avait voulu nous couper de notre animalité, de notre imaginaire, de notre capacité à créer et à rêver le réel pour mieux s'y adapter. L'hypnose permet de se replonger dans notre sensorialité pour en ressortir transformé, rafraîchi, plus souple.

Il y a peu, une patiente à l'hôpital m'a dit : « C'est fou. Quand je fais cette expérience, je me sens vivante. J'avais oublié que je suis en vie ». J'ai trouvé la formulation tellement exacte, tellement parfaite, que je lui ai demandé l'autorisation de la reprendre pour ce livre.

Par l'hypnose, l'homme retrouve son statut de vivant.

La vie se charge du reste.

À présenter ainsi le processus hypnotique, on est tenté de vouloir supprimer l'étiquette d'hypnose puisqu'il nous semble nous pencher ici sur une propriété fondamentale de l'homme qui est bien antérieure à la naissance de l'hypnose.

L'hypnose serait donc un moyen d'utiliser cette capacité de l'être humain à passer de la cognition à la sensorialité pour guérir.

Mais nous allons le voir, beaucoup de thérapies – au travers de paradigmes parfois très différents – proposent le même voyage. Au-delà de chaque paradigme, au-delà des protocoles et des règles qui fondent telle ou telle thérapie, il est des facteurs non spécifiques qui conditionnent immanquablement l'issue de la thérapie. Entre autres facteurs, on peut citer la démarche même du patient, qui mobilise une énergie considérable et qui traduit les prémices d'une remise en mouvement de ses perceptions, et la relation thérapeutique qui se noue entre les deux protagonistes de la scène psychothérapeutique : le patient et le thérapeute.

Influence et psychothérapie

Il existe indéniablement un jeu d'influences dans toutes les formes de psychothérapie. Non pas une influence qui relèverait d'un pouvoir quelconque du thérapeute sur le patient, mais plutôt une dynamique qui génèrerait une expectation positive chez le patient, une sorte de prophétie autoréalisatrice positive, qu'il ne pourra que voir se réaliser. C'est par la relation empathique (par l'accordage) qui se développe dans l'enceinte relationnelle, que le patient accepte de se mettre dans une disposition telle (l'ouverture de l'hypnose) qu'il se laisse prendre par le changement (l'émergence des alternatives expérientielles).

Quelques thérapies en détail

La sophrologie

S'il est une thérapie par laquelle nous devrions commencer ce chapitre comparatif entre l'hypnose et les autres techniques thérapeutiques, c'est bien la sophrologie.

Combien de fois entendons-nous en thérapie les patients s'interroger « mais, ce que l'on vient de faire là c'est de la sophrologie, non ? »

Combien de fois avons-nous entendu des sophrologues dénigrer l'hypnose et la caractériser de forme « primitive » de la sophrologie qui se voudrait, elle, plus « sophistiquée » et mieux adaptée à notre époque ?

Ce sont des remarques que l'on peut faire légitimement. Penchons-nous un instant sur l'histoire pour essayer d'y comprendre quelque chose.

QUELQUES MOTS D'HISTOIRE

En pleine période de déclin de l'hypnose en Europe, le neuropsychiatre Alfonso Caycedo (né le 19 novembre 1932), propose le terme de sophrologie pour remplacer le terme d'hypnose au VI^{e} congrès international de psychologie médicale de Vienne en 1961.

hypnose selon Caycedo

Pour Caycedo, d'une part le terme d'hypnose n'était pas approprié au phénomène observé, puisque la terminologie renvoie au sommeil, et d'autre part le mot était trop connoté de mystère, créant ainsi un obstacle à la pratique de cette technique dans le cadre du soin. En proposant le terme de sophrologie, il entend également combattre le mauvais usage qui est fait de l'hypnose, et la rendre au domaine médical, domaine dont elle est issue au travers du magnétisme animal proposé par Mesmer deux siècles plus tôt.

À l'origine, donc, même si l'on parle de sophrologie, il s'agit pourtant toujours d'hypnose. L'étiquette seule change.

Cela ne suffit pas hélas pour donner à la sophrologie autant d'ampleur que l'hypnose en a eue depuis sa découverte. Caycedo insiste pourtant sur les spécificités qui font de sa méthode quelque chose de bien différent de l'hypnose. Pourtant, les techniques de sophrologie sont les mêmes que celles de l'hypnose : en outre, certains exercices consistent à focaliser l'attention du patient jusqu'à le dissocier suffisamment de son environnement et lui proposer divers exercices, qui ne sont pas sans rappeler certaines suggestions complexes, hypnotiques.

Toutefois, il faut reconnaître que si la sophrologie naît de l'hypnose, elle ne se résume pas à cette dernière, mais se veut initialement exhaustive dans l'étude de l'ensemble des techniques de modification de l'état de conscience. Caycedo fait donc rapidement de la sophrologie un travail de synthèse remarquable qui s'inspire ainsi non seulement de l'hypnose, mais également de la relaxation, du training autogène de Schultz, mais aussi de la transe sous toutes ses formes, du yoga, de la méditation zen…

La sophrologie connaît un succès considérable dans les années 70. Pourtant, l'hypnose ne disparaît pas. Des chercheurs continuent à l'étudier dans le contexte clinique et expérimental, et la sophrologie ne parvient pas à susciter leur intérêt.

Malgré sa volonté de substituer la sophrologie à l'hypnose (Caycedo en 1974 parle même d'abolir le terme d'hypnose au symposium de Bruxelles), la sophrologie n'a jamais éclipsé cette dernière, et ne s'y est jamais substituée. L'engouement pour la sophrologie s'estompe progressivement, même si la méthode ne disparaît pas.

Ne parvenant finalement pas à entrer dans le champ de la science comme elle était destinée à le faire, et se substituer ainsi à l'hypnose, elle s'éloigne de son travail de synthèse sur la conscience humaine et devient une mise en méthode du cheminement personnel de son créateur.

En se voulant exclusive et en revendiquant sa spécificité et son unicité, la sophrologie s'est éloignée du champ de la science, de la recherche et de la clinique.

L'hypnose, elle, est spécifiquement revenue dans le champ de la médecine comme un outil thérapeutique qui a bénéficié des apports rigoureux d'évaluation de la recherche. Au vu des résultats qu'elle permet d'obtenir et des études publiées dans les revues de référence, elle regagne l'intérêt de la psychologie et de la médecine. Par ailleurs, l'hypnose n'est plus considérée aujourd'hui comme un moyen d'influence, reproche souvent mis en avant par les sophrologues, mais comme un moyen de communication permettant d'induire un changement de perception thérapeutique.

QUELQUES POINTS COMMUNS

Lorsqu'on étudie la sophrologie, on retrouve des éléments fortement similaires à l'hypnose. Les méthodes dites de sophronisation, sont des protocoles destinés à « abaisser le niveau de conscience » et sont similaires aux inductions hypnotiques.

Les éléments de communication paraverbale qui jouent un rôle non négligeable dans l'induction hypnotique (tonalité de la voix, rythme, etc.) sont regroupés sous le terme de *terpnos logos* dans la sophrologie.

Comme l'hypnose, la sophrologie s'applique aux domaines de la santé. On la nomme «sophrologie clinique». Les indications sont les mêmes que celles de l'hypnose médicale.

Les contre-indications de la sophrologie

Elles sont également les mêmes que celles de l'hypnose : classiquement, les sophrologues mettent en garde quant à la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques graves, et reconnaissent que la prise en charge clinique de patients atteints de pathologies graves, organiques ou psychiques, doit faire l'objet d'une coordination avec les soignants aptes à traiter ces pathologies.

On retrouve en sophrologie les mêmes axes de thérapie que ceux que l'hypnose a mis en évidence. Dans son livre « l'hypnose ou les portes de la guérison », Jean-Marc Benhaiem expose ces axes comme autant de portes que le patient aurait à pousser pour accéder à la guérison. Ces portes sont les portes du temps, de la pensée, de l'espace, du symptôme.

Ces portes ne sont pas propres à l'hypnose mais sont plutôt considérées comme les conditions du changement que l'hypnose permet de remplir.

En sophrologie, les protocoles d'exercices proposés empruntent ces mêmes portes pour permettre au patient une guérison, une libération, un mieux-être. En outre, les exercices qui consistent à se ramener au temps présent existent en sophrologie comme en hypnose. Pour cela, on propose en sophrologie des exercices qui permettent au patient de réinvestir leur corps, comme le veut un des principes thérapeutiques de base de l'hypnose thérapeutique. On retrouve également des protocoles d'exercices reposant sur la projection dans le futur, mais aussi des régressions en âge permettant de changer la représentation d'un événement passé.

Comme en hypnose, la sophrologie utilise l'imagination dans de nombreux exercices.

Enfin, la notion de lâcher prise, autre notion clé de la thérapie en hypnose, est également un axe du travail en sophrologie.

QUELQUES DIFFÉRENCES

L'hypnose ne passe pas par la relaxation, contrairement à la sophrologie qui propose de nombreuses techniques pour relaxer le corps, l'esprit et les émotions. En hypnose, on a peu recours à la relaxation pour les raisons déjà exposées. En revanche, la relaxation est une conséquence de l'expérience hypnotique, que patients et thérapeutes savent apprécier.

> ***« Une totale liberté est nécessaire pour rester aux aguets et ne rien perdre des éléments livrés par les patients qui montrent une voie possible pour la guérison »[2].***

L'hypnose n'est jamais protocolisée. Elle l'est artificiellement pour enseigner aux futurs hypnothérapeutes des techniques de modification perceptive, ou encore pour donner aux patients des pistes d'exercices à faire dans le cadre de l'autohypnose. Mais la meilleure des expériences hypnotiques est brodée au moment même de la consultation. C'est la raison pour laquelle on parle de valse ou de danse hypnotique. Une séance d'hypnose thérapeutique consiste à partir de la perception propre du

patient pour l'amener à une perception plus confortable. Cela ne peut se faire en imposant au patient de suivre un protocole qui pourrait ne correspondre en rien à son système de représentation.

S'il existe un champ d'application de la santé (appelée sophrologie clinique), la sophrologie étend son action dans le domaine de l'éducation, du sport, des sciences humaines. Elle a pour visée l'autonomie par une pratique individuelle ainsi qu'un développement personnel au travers du rétablissement d'un équilibre corps esprit.

L'hypnose n'a pas pour visée le développement personnel. Elle a été créée par des médecins pour être appliquée dans le champ médical. Elle est un outil thérapeutique qui ajoute une compétence au savoir-faire du professionnel du soin, potentialisant sa capacité à accompagner le patient vers le soulagement.

EN CONCLUSION

En définitive, la sophrologie propose ce passage de la cognition à la sensorialité par un ensemble de procédures similaires à l'induction, l'instauration d'une dissociation, la potentialisation d'une ouverture, pour permettre une réorganisation des perceptions. Enfin, il existe bien entendu un « retour », une « sortie » de l'état sophronique.

Cette forte similarité entre hypnose et sophrologie vient bien du fait qu'historiquement, la sophrologie est l'hypnose que l'on a souhaité baptiser autrement. Par la suite, la sophrologie a évolué sous l'impulsion de son créateur, développant un ensemble de savoir-faire et une philosophie qui lui est propre.

De nombreux patients font appel aujourd'hui à la sophrologie, malgré le regain d'intérêt pour l'hypnose, et en retirent de très grands bénéfices.

La **PNL**

PNL est le sigle pour Programmation neuro-linguistique.

La PNL voit le jour aux États-Unis dans les années 70 au travers des travaux de Richard Bandler et John Grinder.

Elle naît d'une volonté de modéliser l'excellence de grands thérapeutes de l'époque tels que Virginia Satir, Fritz Perls mais aussi Milton Erickson.

objectif de la PNL

Étudier la façon de travailler de psychothérapeutes considérés comme très performants, afin de modéliser leur pratique en systèmes permettant une intervention psychothérapeutique de même efficacité.

C'est par l'intermédiaire de l'anthropologue Gregory Bateson que Bandler et Grinder rencontrent Milton Erickson, considéré alors comme le père des thérapies brèves. Cette rencontre donne naissance à une série de protocoles d'intervention regroupés sous le terme de « Milton modèle » et représente un tournant dans le développement de la PNL.

Si la PNL avait pour objectif initial le développement de techniques à visées psychothérapeutiques, celle-ci a évolué au fil du temps et est employée également dans le domaine de la communication. La PNL s'intéresse à l'encodage et au traitement du vécu subjectif de l'individu, déterminant les moyens d'accès (canaux) les plus utiles et les techniques les plus adéquates pour entrer en relation avec une personne, et éventuellement pour modifier ses croyances et ses comportements.

La PNL est employée aujourd'hui dans le cadre de la thérapie, mais aussi dans tous les domaines qui relèvent de la communication, tels que les séminaires de formation en communication, le marketing, les formations managériales, ou encore les séminaires de développement personnel.

La première critique qui est faite par les détracteurs de la PNL est qu'elle manque d'assises scientifiques. Les théories qu'elle avance, notamment celles basées sur les canaux de communication, restent soumises à de nombreuses critiques. Mais si la PNL séduit, c'est certainement grâce à son pragmatisme, ses protocoles systématisés, sa façon d'user d'une métaphore qui sied si bien à l'époque moderne (le système nerveux est un ordinateur et la PNL permettrait d'en changer les programmes à l'origine de nos troubles), et admettons-le, de son efficacité.

QUELQUES SIMILITUDES

On retrouve donc, dans la PNL, un certain nombre de principes de bases issus de l'étude de l'approche des thérapeutes modélisés. Les principes qui fondent le « Milton modèle » en PNL sont ceux que Bandler et Grinder ont extraits de l'étude de la façon de travailler de Milton Erickson en hypnose.

En outre, on retrouve la notion chère à Erickson selon laquelle tout être humain possède les ressources dont il a besoin pour atteindre son but. La PNL donne également une place importante au travail sur les croyances, et repose sur la notion de subjectivité des perceptions et des représentations (un adage précieux en PNL est « la carte n'est pas le territoire », mettant ainsi en avant que le changement se fait sur les représentations de la réalité plutôt que sur cette dernière). La PNL développe également un mode de communication thérapeutique « non spécifique » qui oriente l'expérience du patient tout en lui laissant le libre arbitre d'interpréter cette expérience selon son propre système de représentation. Cette approche est compatible avec la notion de suggestions indirectes, permissives et respectueuses du rythme du patient.

QUELQUES DIFFÉRENCES

La PNL est extrêmement protocolisée. L'hypnose ne l'est pas même si elle repose sur quelques principes de bases. Rappelons-le, une séance d'hypnose se brode en fonction de ce qu'apporte le patient. C'est lui et lui seul qui amène les éléments nécessaires à la thérapie. Le thérapeute doit se départir de toute idée préconçue, oublier les techniques, et entrer dans la transe en même temps que son patient pour accéder à une perception plus fine du drame qui se joue au sein de la thérapie, et pour accéder dans le même temps à une créativité qui lui aurait fait défaut s'il était resté figé par un protocole.

La PNL n'invite pas le thérapeute à cette liberté, à cette souplesse. De la même manière, le modèle thérapeutique employé ne laisse que peu de libre arbitre au patient qui s'engage dans un protocole d'exercices, ce dernier se composant d'étapes successives selon un ordre précis.

EN CONCLUSION

L'approche protocolisée de la PNL lui confère certainement un aspect cognitiviste. Cependant, sur le fond, ce que l'on cherche à modifier est toujours la perception, la représentation propre au patient. Pour cela, il faudra nécessairement quitter la cognition à un moment donné ou à un autre du travail, pour rejoindre la sensorialité et laisser de nouvelles associations, de nouvelles représentations, de nouvelles croyances prendre forme et s'actualiser dans le système perceptif constitutif de l'individu.

La méditation et **la relaxation**

La méditation est une technique qui relève de la concentration et du vide mental. Il existe de nombreuses formes de méditation, de nombreuses techniques, car la méditation est un outil au cœur de nombreuses pratiques spirituelles depuis des siècles. Le courant New Age, qui prend naissance dans la deuxième partie du XX^{e} siècle, réactualise la méditation comme un moyen de développement personnel.

Les pratiquants de la méditation, qu'ils soient ou non rattachés à un mouvement spirituel ou religieux, décrivent la méditation comme un moyen d'accéder à un « état de conscience modifié ». Quelques patients, avec une solide expérience de la méditation, se demandent souvent – après une séance d'hypnose – s'il existe vraiment une différence. Ceux qui expérimentent en particulier « l'hypnose sèche », c'est-à-dire la transe dans ce qu'elle a de plus brut, de plus pur, sans aucune suggestion ou visualisation destinée à un effet thérapeutique, rapportent les mêmes modifications perceptives que les méditants : perte du je, perte de l'émotion, sensation de ne faire qu'un avec tout, sensation d'indétermination totale, perte de la perception du corps, réduction au statut de vivant sans interférence de la pensée.

L'hypnose est-elle une forme de méditation ?

On est en droit de se demander si l'hypnose n'est pas en définitive une forme de méditation. Si c'est le cas, la méditation doit pouvoir permettre les mêmes modifications.

> Pourtant, il est très courant de rencontrer des gens qui, malgré une longue pratique de la méditation, n'en ont retiré aucun bénéfice vis-à-vis de leur dépression, de leur phobie, de leur psoriasis, etc. Ces mêmes personnes changent pourtant rapidement après une thérapie par l'hypnose.
>
> Toutefois, il faut le reconnaître, d'autres font une expérience fondamentale libératrice et réellement thérapeutique au travers de la méditation. Ces patients ne semblent alors pas trouver de différence avec l'état hypnotique.
>
> Ces derniers ont certainement raison. Que ce soit au travers de l'hypnose, de la méditation, de la relaxation ou encore du yoga, l'expérience qui est faite peut être la même.
>
> Mais si d'autres ne tirent pas les mêmes bénéfices de leur pratique, c'est certainement qu'il existe quelque chose de spécifique à l'expérience hypnotique qui permettrait de guérir et qui n'est pas nécessairement présent au cours d'une méditation.

Bien sûr, la différence évidente est qu'en hypnothérapie, il existe une communication entre patient et thérapeute, et le thérapeute détermine le point névralgique sur lequel la vacuité de la transe devra s'exercer pour faire basculer le système de représentation tout entier. C'est peut-être dans cette intentionnalité et dans cette détermination du point clé sur lequel il faut s'abandonner que se situe la différence entre de nombreuses techniques d'accès à la perception pure et l'hypnothérapie. En hypnose, l'objectif n'est pas de détendre le patient ni d'accéder à la vacuité mentale, mais de déterminer quelle est la chose qui pose problème et sur laquelle l'attention va se porter au cours de la séance. Si l'expérience thérapeutique a eu lieu, si on a lâché ce sur quoi on s'était figé, crispé, immobilisé, alors on ressent inévitablement un sentiment de relaxation tout à fait évident.

Toutefois, cette même expérience peut être accessible par d'autres voies, d'autres chemins. La méditation ou la relaxation peuvent permettre le basculement d'un système de représentation à un autre. Mais elles ne le permettront pas seules, si l'attention n'est pas portée là où les nœuds doivent se défaire.

De façon anecdotique, les modifications cérébrales observables en imagerie fonctionnelle chez les méditants zen montrent des modifications dans l'activité cérébrale propre à la méditation qui, ne sont pas tout à fait superposables à celles observées dans l'hypnose.

Une étude récente montre par ailleurs que la pratique régulière de la méditation modifie de façon *durable* le fonctionnement cérébral, rendant celui-ci moins sensible aux perturbations émotionnelles ou à la douleur. Il serait intéressant de réaliser la même étude sur les patients pratiquants l'autohypnose, afin de déterminer si à force de pratique, des changements robustes s'installent de façon permanente dans le fonctionnement cérébral, expliquant ainsi le confort grandissant de ces patients face aux situations pénibles du quotidien.

Toutes sortes d'autres études ont été menées depuis la fin du XX^{e} siècle, afin de mesurer les effets concrets de la méditation sur la santé. Plusieurs études ont montré que la méditation tend à normaliser la tension artérielle, à résoudre les pathologies psychosomatiques, mais aussi à augmenter les défenses immunitaires.

La mindfulness

La *mindfulness* ou « méditation de la pleine conscience » est une technique inspirée de pratiques de méditation axées sur l'attention au moment présent et constitue certainement l'avatar moderne des techniques de méditation ancestrale. Le principe de la *mindfulness* est le développement de l'attention intentionnelle sans jugement sur l'expérience présente quelle qu'elle puisse être, d'instant en instant. La *mindfulness* invite la personne à porter son attention sur l'expérience présente. Nous l'avons vu dans ce livre, un des axes de la thérapie en hypnose est une réconciliation du patient avec son expérience présente. En ce sens, on peut dire qu'il existe de réelles similitudes entre certaines expériences méditatives et les expériences hypnotiques. Porter son attention sur le ressenti corporel en temps réel, sans aucun jugement, sans aucune critique, et sans autre fait que d'accepter et d'accueillir ce qui est expérimenté avec bienveillance est un exercice efficace couramment utilisé en hypnose.

L’attention juste peut se porter sur le corps, la respiration, les émotions, toute activité quotidienne (marcher, faire la vaisselle, etc.). Elle invite « à vivre en temps réel », pour reprendre une expression de Gaston Brosseau, une condition indispensable à la réappropriation de sa propre vie et à la guérison.

L’EMDR

L’EMDR est une technique thérapeutique mise au point en 1987 par Francine Shapiro, psychologue américaine. Cette technique est utilisée initialement pour le traitement de l’état de stress posttraumatique et son indication est étendue aujourd’hui à d’autres troubles psychiques (dépression, phobies, etc.)

Francine Shapiro découvre de façon fortuite qu’en balayant son regard de droite à gauche, ses émotions perturbées tendent à s’apaiser.

David Servan-Schreiber, qui exerce alors la psychiatrie aux États-Unis, s’intéresse à la notion de traumatisme et se forme à l’EMDR, qu’il diffusera à son retour en France en créant EMDR-France afin de former les praticiens à cette technique de soin fort efficace.

EMDR est l’acronyme de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Le principe de l’EMDR repose sur l’idée que le mouvement oculaire permet de dépotentialiser émotionnellement un événement traumatique pour le réencoder différemment, c’est-à-dire l’associer à une charge émotionnelle positive, ou du moins plus confortable.

Ce principe thérapeutique est similaire à celui de la plastie mnésique réalisée en hypnose : on accompagne le patient dans un événement pénible pour en modifier la perception.

Il s’agit également, en EMDR, de modifier la perception d’un événement traumatique par un travail de mouvements alternés oculaires. Il est possible de réaliser le même travail par des stimulations bilatérales alternées telles que des tapotements sur les cuisses ou les épaules, ou bien encore des bruits alternés.

INDICATIONS ET ÉVOLUTIONS

Les indications de l'EMDR ont évolué en même temps que la notion de trauma. La technique s'applique évidemment pour les événements considérés comme traumatiques en raison de leur violence et de leur brutalité, mais elle s'applique également à des événements que tout un chacun peut vivre, qui peuvent sembler anodin, et qui pourtant marquent l'individu avec une telle intensité qu'une symptomatologie proche du trauma s'installe et fige l'élan vital (sentiment d'absence d'avenir, dépression, éléments addictifs, phobiques, etc.) Ce sont bien entendu les microtraumatismes tels qu'évoqués précédemment, des événements perçus et mémorisés de façon dysfonctionnelle, souvent vécus au travers de la perception d'impuissance (« je n'y peux rien ») ou d'action inachevée.

L'EMDR est une technique particulièrement efficace qui permet l'obtention d'un soulagement rapide. Les enfants aussi peuvent utiliser cet outil thérapeutique (dès lors qu'ils sont accompagnés par un thérapeute), en réalisant la technique dite « du papillon ».

Des études en imagerie fonctionnelle ont montré que chez les patients traumatisés, le lobe frontal n'exerce plus sa fonction inhibitrice au niveau du cerveau émotionnel (hippocampe, amygdale). On observe ainsi une hyperactivation de certaines zones cérébrales, comme si le cerveau rejouait « en boucle » le trauma. En outre, on observe une augmentation du débit sanguin dans les zones occipitales, pouvant expliquer la tendance aux « flash-back » et l'intrusion d'images du traumatisme dans le vécu du patient. Après traitement par EMDR, le cerveau cognitif prend le contrôle du cerveau émotionnel. Les zones hyperactivées retrouvent une activité normale.

Ces changements ont été observés en temps réel au décours de la thérapie, et contribuent au spectaculaire de la technique : le cerveau guérit véritablement pendant le temps de la thérapie, ce qui explique le soulagement immédiatement relaté par les patients dès la fin de la séance.

QUELQUES POINTS COMMUNS AVEC L'HYPNOSE

L'hypnose permet un changement de représentation. En changeant les représentations, on modifie la perception émotionnelle.

Les techniques de plastie mnésique sont efficaces pour changer la perception d'un événement, dès lors que le patient entre vraiment dans l'expérience sans réserve, soutenu et accompagné par le thérapeute.

ne thérapie brève

Comme l'hypnose, l'EMDR est classée dans les « thérapies brèves », et il n'est pas rare qu'une ou deux séances suffisent à traiter un problème évoluant depuis plusieurs années. Les patients sont souvent surpris de l'immédiateté du soulagement, et sortent de la consultation avec la très nette perception qu'un poids a été retiré de leurs épaules. En ce sens, cette thérapie est extrêmement gratifiante, pour le patient comme pour le thérapeute.

QUELQUES DIFFÉRENCES AVEC L'HYPNOSE

Tout d'abord, pour être efficace, l'EMDR doit être pratiquée sur ce que l'on nomme un « événement cible ». La consultation commence par un entretien, ou anamnèse, dont le but est de définir, au travers d'une courte biographie du patient, quel est l'événement traumatique sur lequel le protocole devra être appliqué.

On peut identifier deux situations : dans la première, on met en évidence au travers de l'anamnèse un événement déclencheur évident. Par exemple, une phobie de l'avion peut s'installer après un voyage particulièrement turbulent pendant lequel le patient a craint pour sa vie.

Dans la seconde situation, le thérapeute ne met pas en évidence d'événement cible. L'interrogatoire devra donc s'efforcer de faire apparaître le ou les événements traumatiques ou microtraumatiques vécus, potentiellement à l'origine des symptômes.

L'étude de Corinne Van Loey

> Corinne Van Loey propose un interrogatoire ciblant les événements marquants tout au long de la vie, en particulier sur les tranches d'âge de 0 à 6 ans, de 6 à 12 ans, de 12 à 18 ans, de 18 à 25 ans, puis pour chaque décennie vécue.
>
> Il résulte de cette enquête la mise en évidence de situations pénibles dont les patients gardent un souvenir quasi photographique, ce qui confirme l'importance de la charge émotionnelle qui sera à traiter.
>
> Si plusieurs événements traumatiques sont mis en évidence, ils seront traités l'un après l'autre. Le thérapeute pourra toutefois porter une attention particulière à traiter en premier lieu le traumatisme le plus ancien car celui-ci étant résolu, il n'est pas rare que les microtraumas qui ont été vécus par la suite soient eux-mêmes traités par cette intervention, dans un effet « domino ».

Une fois encore, au contraire de l'hypnose, l'EMDR est une technique très protocolisée. Ce sera donc au patient de s'adapter au protocole qui lui est proposé. Une fois le rapport de confiance instauré et la cible identifiée, le travail peut commencer. Le travail en EMDR est une expérience qui n'est pas nécessairement confortable pour le patient, puisque la charge émotionnelle mise au jour et traitée est particulièrement importante. Pourtant, si le patient suit les instructions du thérapeute et accepte de passer par une phase de ressenti émotionnel douloureux, le soulagement apparaît rapidement et de façon durable.

Autre différence notable avec l'hypnose, tout au long de la thérapie, une évaluation des perceptions cognitives, émotionnelles et corporelles du patient est réalisée afin de s'assurer de la bonne marche de la thérapie et du soulagement effectif et immédiat. Il n'existe généralement pas de telles échelles d'évaluation en hypnose.

CONCLUSION

L'EMDR a donc pour objectif de modifier la perception de l'événement traumatique identifié comme source de la symptomatologie. C'est une perception globale qui est changée, prenant en compte la totalité du patient : la pensée, l'émotion et le ressenti corporel.

La thérapie est terminée lorsque la cognition négative a fait place à une cognition positive, et lorsqu'il n'existe plus de détresse émotionnelle à l'évocation du souvenir.

Au travers du modèle du processus hypnotique, on retrouve dans la technique de l'EMDR les mêmes phases de travail : une focalisation et une absorption (sur les stimulations bilatérales), une étape de confusion et de dissociation (à la fois ici, et à la fois dans le souvenir), une étape d'ouverture et de modification des représentations (par les modifications de la cognition et des émotions en lien avec l'événement cible) et un réveil (la fin du processus, l'ouverture des yeux, et l'évaluation par le thérapeute de ce qui a été vécu).

L'hypnose permet un travail similaire, sans pour autant nécessiter une cible de travail ni l'application d'un protocole. En outre, le travail de plastie mnésique en hypnose ne donne que rarement lieu à un inconfort émotionnel aussi intense qu'en EMDR. L'hypnose permet de travailler le problème de façon moins « clastique » que l'EMDR. En effet, la détresse émotionnelle pendant la séance d'EMDR peut être extrêmement importante. Le thérapeute doit avoir une expérience solide et une vraie connaissance de ce genre de situations pour accompagner le patient dans les moments les plus pénibles.

Enfin, l'hypnose permet une approche indirecte de l'événement traumatique, en usant de symboles, de réification et de métaphores par exemple.

Quelle que soit l'approche privilégiée, hypnose et EMDR traitent le problème en prenant en compte l'individu dans sa globalité : en embarquant le corps, la pensée, les émotions.

---

1. Bernheim H., *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, Fayard, 1891.
2. Jean-Marc Benhaiem, *L'Hypnose ou les portes de la guérison*, op. cit.

OceanofPDF.com

Chapitre 21
La formation à l'hypnose et pour quel public ?

Apprendre l'hypnose n'est pas chose aisée. Elle n'est pas chose aisée parce qu'elle ne se résume pas à l'apprentissage de techniques. Elle passe dans un premier temps par un assouplissement de la perception du thérapeute et par le nécessaire oubli du formatage que subit un soignant tout au long de ses années d'études.

Apprendre à **désapprendre**

Les médecins, formés à la recherche de signes cliniques et à l'application de protocoles, doivent apprendre qu'en hypnose il n'existe pas de protocole préétabli pour telle ou telle pathologie. Ils doivent apprendre que l'expérience hypnotique est à chaque fois unique et pour un même patient à chaque fois renouvelée.

Les psychologues, eux, doivent désapprendre les concepts d'inspiration analytique et la tentation de chercher la cause des symptômes, de les comprendre et de les interpréter.

En définitive, ce sont les assises sur lesquelles sont fondées nos connaissances de professionnels de la santé qui sont mises à mal. Si le soignant parvient à intégrer cette nouvelle façon de traiter le patient dans sa pratique quotidienne, il récolte rapidement les fruits de l'approche hypnotique. En outre, il devient de plus en plus sensible à la perception propre du patient, ainsi qu'au ressenti global et intuitif qui permet de mieux comprendre son système de représentation, ses attentes et ses

croyances. L'hypnose embarque le patient tout entier dans l'expérience curative : corps et esprit ne font plus qu'un.

L'université avait séparé le corps et l'esprit en confiant à la médecine le soin du corps, et en confiant à la psychologie le soin de l'esprit… Voilà que l'hypnose réconcilie les deux et prend en charge l'individu comme un être entier, chez lequel esprit et chair ne font qu'un.

Une sensibilité spécifique

Pour prendre en compte la globalité de l'individu, le thérapeute doit apprendre à percevoir différemment. Ce n'est pas un relevé de signes fonctionnels et cliniques qui compte, mais une sensibilité toute spécifique qui permet au soignant de déterminer qui est l'individu qui se trouve en face de lui. En école d'hypnose, on utilise de nombreux exercices destinés à développer cette sensibilité. Il s'agit de ne pas rester enfermé dans son protocole, mais d'ouvrir ses sens pour ressentir qui se trouve en face de soi, ressentir la tonalité de ce qui est dit, déterminer où se trouve le patient dans l'expérience hypnotique et dans le cours de la thérapie. Enfin s'adapter pour l'accompagner dans la valse de l'hypnose.

Techniques, exercices et protocoles

Au-delà de cet apprentissage, il est nécessaire bien sûr d'apprendre les exercices, les techniques, les protocoles de l'hypnose. Il est intéressant d'avoir une connaissance large des différents courants thérapeutiques qui développent spécifiquement un aspect de l'hypnose plutôt que de prendre appui sur l'essence de cette dernière. Ainsi, on identifie l'hypnocognitivisme, l'hypnoanalyse, l'hypnose ericksonnienne, la nouvelle hypnose… L'hypnose est extrêmement polymorphe et s'adapte autant au patient qu'au thérapeute, et à l'époque. *Mais ne confondons pas le fond et la forme*. Il n'existe en réalité aucun modèle thérapeutique qui prévaut.

Rien ne remplace **l'expérience**

Il existe cependant une constante, que l'on retrouve quels que soient le type d'hypnose pratiquée et son domaine d'application : c'est l'expérience du thérapeute qui rend l'hypnose de plus en plus efficace. Les plus grands thérapeutes sont ceux qui ont su sortir des modèles pour développer leur propre technique, leur propre savoir-faire, leur propre pratique.

Malgré tout, il est impossible de minimiser l'importance des techniques hypnotiques. Il est indispensable de les apprendre pour ensuite les oublier. Elles sont apprises de façon protocolaire et ont tendance à se mélanger dans un second temps pour donner naissance à une pratique plus personnalisée, prenant en compte la sensibilité du thérapeute. Les techniques sont comme des feuilles qui tombent d'un arbre, pourrissent au sol, pénètrent celui-ci pour donner un terreau riche qui voit grandir des plantes magnifiques. De la même manière, les techniques apprises s'insinuent dans l'esprit profond du thérapeute, tombent dans l'oubli, se mêlent à ce qu'il est, et donnent naissance à une hypnose personnelle et unique. C'est alors que la pratique devient particulièrement efficace.

Avant d'en arriver à ce stade, les formations diplômantes permettent d'acquérir les protocoles et les exercices de base en hypnothérapie. L'école d'hypnose devient alors un laboratoire d'expérimentation indispensable dans lequel les thérapeutes peuvent s'exercer entre eux et explorer dans un contexte sûr le monde de la perception.

Souvent, les étudiants en hypnose viennent en formation avec l'idée d'y acquérir la technique parfaite. Il n'existe pas de technique parfaite en hypnose. Ce sera à force d'étude, de travail, de réflexion et d'expérience que l'hypnothérapeute deviendra compétent.

L'enseignement de l'hypnose thérapeutique est, en définitive, un terrain d'entraînement pour que chaque thérapeute se sente à l'aise avec l'ensemble des techniques du parler hypnotique, avant de choisir ce qui lui semble le plus accessible, le plus confortable. Mais on peut dire qu'une grande part de la formation en hypnose repose sur l'apprentissage de la sensibilité : le soignant apprend à lâcher sa position d'observateur critique qui analyse pour se laisser prendre par l'expérience de l'hypnose et s'ouvrir au monde des perceptions.

Faire l'expérience de l'hypnose

> Le thérapeute doit nécessairement faire lui-même l'expérience de l'hypnose avant de pouvoir prétendre exercer l'hypnose, quelle qu'en soit l'indication. D'abord parce qu'il doit vivre lui-même l'expérience qu'il désire faire vivre au patient, et ensuite parce qu'il n'y a pas d'hypnothérapie si le thérapeute lui-même n'entre pas dans cet état de disponibilité propre à l'expérience hypnotique.

Ainsi apprend-on aux élèves à se laisser rentrer en transe, à se laisser ressentir l'autre, à laisser tomber les *a priori*… Si le thérapeute vit cette expérience honnêtement, le patient le ressent nécessairement. Le phénomène de résonance embarque alors le patient et l'invite à s'ouvrir à de nouveaux possibles, en laissant lui aussi tomber les certitudes, les croyances, les émotions, les exigences…

C'est une expérience d'assouplissement que chaque thérapeute doit renouveler, à chaque consultation, chaque jour. L'entretien de cette ouverture et l'exercice de la sensibilité sont un travail que doit mener régulièrement le thérapeute, afin que son expérience et ses connaissances se mêlent en un tout capable de rendre l'hypnose *juste*. Si le thérapeute se sent limité, il renverra au patient cette image de fermeture qui risque de gripper la mécanique de la thérapie.

Or, la difficulté principale à laquelle se heurte la majorité des hypnothérapeutes au début de leur activité est la volonté de trop bien faire et de bien appliquer les protocoles. La peur de l'échec limite la créativité et l'adaptabilité du soignant. Paradoxalement, c'est en lâchant la volonté de bien faire que le thérapeute devient plus efficace : il se rend alors totalement disponible, sa sensibilité se déploie, et sa créativité est exemplaire.

Il doit finalement appliquer à lui-même ce qu'il ne cesse de recommander à ses patients : laisser tomber la volonté de performance. C'est bien entendu en entrant lui-même en hypnose que le thérapeute retrouve sa souplesse et son efficacité. C'est par l'hypnose qu'il potentialise également la créativité du patient et sa disponibilité au changement.

Un autre avantage de la pratique en école d'hypnose est l'apprentissage de l'expérience de l'hypnose dans des conditions qui ne sont pas idéales.

Il est fréquent que les élèves en formation se plaignent, lors de leurs premières expériences hypnotiques, des conditions : la salle est bruyante, la chaise n'est pas confortable, il y a du bruit à l'extérieur… Finalement, le thérapeute apprend à faire avec et expérimente des transes de plus en plus productives. Il découvre que l'environnement n'est pas le facteur essentiel conditionnant l'issue de l'expérience hypnotique.

Dans le contexte professionnel, thérapeute et patient doivent souvent composer avec l'environnement. Les bruits de la rue, de la salle d'à côté, les portes qui claquent, les bruits propres à l'hôpital… Le fauteuil n'est pas toujours confortable, la pièce peut être trop éclairée, la température n'est pas idéale. Et pourtant, parce que l'hypnose n'est pas la relaxation, elle peut tout à fait être expérimentée dans ces conditions. Mieux, le terrain devient une métaphore de la vie réelle : nous faisons *avec*. Avec l'agitation, le bruit, l'inconfort, les contraintes. Nous apprenons à nous rendre insensibles à ces perturbations pour faire l'expérience en temps réel, vivre le présent et se rendre attentif à ce qui compte vraiment.

es intervisions

Il existe enfin, dans le cadre de la formation continue en hypnose, ce que l'on nomme les intervisions. Ce sont des sortes de *staff* cliniques supervisés par un professeur ou un hypnothérapeute d'expérience, et qui consiste à travailler sur des situations cliniques réelles qui posent problème pour le thérapeute. L'expérience se fait le plus souvent en hypnose, pour que le thérapeute ouvre son champ des possibles, accompagné par le superviseur.

Ce sont des moments très riches qui changent souvent radicalement la façon de percevoir et d'exercer du praticien.

Ce sont également des lieux d'échanges, de réflexion et d'expérience sur l'hypnose, permettant une recherche permanente de la compréhension du phénomène.

Depuis quelques années, on assiste à un regain d'intérêt important pour l'hypnose. De nombreux congrès médicaux intègrent cette alternative thérapeutique et il n'est pas rare que l'hypnose soit présentée par des

experts plusieurs fois au cours d'un même congrès. La médecine, de plus en plus technicisée, se heurte à une limite et aux effets collatéraux de cette hypertechnicisation : l'hypnose se présente alors comme le chaînon manquant ouvrant sur une prise en charge différente, prenant en compte le patient dans sa globalité, et respectant son système de représentation.

Il existe aujourd'hui plusieurs diplômes universitaires qui ont été créés en France et qui enseignent aux professionnels de la santé l'hypnose thérapeutique et médicale. Ces DU sont réservés aux soignants (médecins, chirurgien-dentiste, psychologues, sages-femmes, etc.)

Il existe également plusieurs instituts validés par la fondation Milton Erickson, qui forment des thérapeutes à l'hypnose. On peut pratiquer l'hypnose sans être médecin ou psychologue mais ce sera certainement dans des indications qui ne sont pas celles du recrutement médical.

ttention !

Je pense avoir suffisamment insisté dans ce livre sur la nécessité de rester dans son domaine de compétence et d'y intégrer l'hypnose comme un savoir-faire étendant le champ des possibles. Encore une fois, un dentiste ne s'improvise pas psychiatre et un psychiatre ne s'improvise pas anesthésiste sous prétexte de savoir-faire de l'hypnose.

J'ai reçu trop de patients en consultation qui ont été mal accompagnés en hypnose pour ne pas rappeler une fois encore cette règle élémentaire.

Je conseille donc fortement au patient souhaitant faire l'expérience de l'hypnose de se renseigner au préalable sur la formation du thérapeute qu'il désire consulter. La plupart des organismes formateurs tiennent un annuaire des professionnels formés dans leur structure, et peuvent orienter le cas échéant vers une personne qualifiée.

OceanofPDF.com

Foire aux questions

Répondons à présent aux questions ou idées le plus souvent soulevées en thérapie.

L'HYPNOSE DOIT ÊTRE PRATIQUÉE PAR DES PROFESSIONNELS DU SOIN

Ne nous y trompons pas. Certaines personnes ne font pas partie du domaine de la santé et sont pourtant de très bons hypnotiseurs.

Je pense qu'il est possible d'apprendre les techniques hypnotiques et de devenir un maître dans l'art de produire les phénomènes hypnotiques. Nul besoin d'avoir fait des études de médecine ou de psychologie pour cela. Ainsi, on trouve d'excellents hypnotiseurs de spectacle ou de rue, très habiles et avec une parfaite maîtrise des phénomènes hypnotiques.

La grande différence dans le contexte de l'hypnose médicale est que ces outils doivent être appliqués à un problème de santé (physique ou psychique). Ce n'est pas parce que l'on sait utiliser un scalpel pour trancher une tranche de bifteck que l'on sait opérer une appendicite. Autrement dit, ce n'est pas parce que l'on sait provoquer une lévitation de la main que l'on sait traiter une dépression. Pour traiter la dépression, il faudra avoir une connaissance académique et clinique (par l'expérience) de la maladie pour être capable de reconnaître les symptômes, de déterminer à quel stade de la maladie se trouve le patient, de savoir identifier ses ressources, l'existence d'un potentiel risque suicidaire, et enfin connaître les tenants et aboutissants de la thérapie pour pouvoir utiliser l'hypnose dans le contexte du soin.

De la même manière, il faut être un anesthésiste pour utiliser l'hypnose pendant une intervention chirurgicale. Je suis médecin, j'exerce l'hypnose depuis plusieurs années et je l'enseigne dans un contexte hospitalo-universitaire, mais je ne me risquerais jamais à utiliser l'hypnose au bloc

opératoire car cela demande des connaissances spécifiques que seul un anesthésiste possède par sa formation. Il faut pouvoir évaluer le degré d'analgésie, les constantes vitales, la réponse à l'hypnose, le degré de dissociation, à quel moment faire intervenir l'anesthésie locale, etc.

Dans mon domaine spécifique d'intervention, celui de la douleur chronique, je ne me risquerais pas à employer d'emblée l'hypnose sans m'être assuré qu'il n'existe pas de lésion sous-jacente qui n'aurait pas été détectée par les explorations paracliniques usuelles.

Je me rappelle le cas très concret d'une consœur avec qui je travaillais et qui recevait en consultation un patient qu'un collègue médecin adressait pour prise en charge, par l'hypnose, de crises d'angoisse. Lorsque ma collègue essaya de faire décrire avec précision ce qu'il ressentait pendant ses crises d'angoisse, celui-ci décrit des symptômes typiques d'angine de poitrine. Ma consœur orienta le patient vers une prise en charge hospitalière et une insuffisance coronarienne sévère fut diagnostiquée. Moins de 48 heures après la consultation, il était au bloc opératoire pour la pose de stents. Si ce patient avait été adressé à un hypnothérapeute sans compétence de soignant, il y a fort à parier que le diagnostic aurait été retardé.

Enfin, il est souvent nécessaire de gérer la prise médicamenteuse (et on l'espère, la diminution de celle-ci) en même temps que le patient intègre l'outil de l'hypnose.

L'hypnose ne permet pas de s'abstraire de la réalité clinique. Il faut savoir ce que l'on soigne en hypnose, et comment cela se soigne. Ignorer ces précautions élémentaires peut aboutir à des drames.

LES EXERCICES D'HYPNOSE SEMBLENT TRÈS DIFFÉRENTS D'UN PATIENT À L'AUTRE, EST-CE NORMAL ?

« Je suis allé voir un hypnothérapeute qui m'a fait faire un exercice bizarre avec mes mains ; elles se rapprochaient toutes seules pendant qu'il me parlait. Une amie à moi est allée voir un autre hypnothérapeute et elle n'a pas du tout fait cet exercice : elle était allongée et vivait une sorte de rêve éveillé. »

Les exercices d'hypnose sont légion. S'il existe quelques bases communes et quelques principes thérapeutiques fondamentaux, il n'en reste pas moins une infinité d'expériences hypnotiques qui peuvent être proposées et expérimentées par le patient. Le type d'exercice proposé en hypnose dépendra du patient, du thérapeute, de la symptomatologie et du contexte dans lequel se fait la rencontre.

Par ailleurs, pour une même intention, une même indication, on propose rarement le même exercice à deux patients différents, ni même deux fois la même expérience, à un même patient. D'abord parce qu'au détour d'une séance d'hypnose, le contexte change. L'hypnose modifie les coordonnées de références du patient. Celui qui revient n'est pas celui qui est venu à la première consultation. L'hypnose change la donne, redistribue les cartes. En ce sens, proposer la même expérience une seconde fois, c'est ignorer ce qui s'est fait et ce qui a été appris pendant la première expérience hypnotique.

Ensuite, proposer deux fois la même expérience pose le risque de laisser au patient la possibilité de développer de façon non consciente une forme de résistance à l'expérience hypnotique. Ce peut être le cas lorsque le patient présente d'emblée un degré considérable de contrôle, et qu'un certain temps s'avère nécessaire avant qu'il n'accepte de laisser aller la volonté de vouloir maîtriser l'expérience et d'en contrôler les tenants et aboutissants. Lorsque le patient fait – enfin – l'expérience de l'hypnose, il est fréquent que l'on observe un changement radical dans la symptomatologie. Lorsque le patient souhaite poursuivre l'hypnothérapie, on sera bien avisé de proposer une nouvelle expérience, afin d'éviter que la partie de l'individu qui contrôle ne cherche à verrouiller l'exercice, anticipant les changements expérimentés durant la première consultation, et empêchant ainsi de se laisser aller dans une nouvelle réorganisation des perceptions.

L'HYPNOSE C'EST DE LA SOPHROLOGIE ?

Peut-être serait-il plus juste, au risque d'être provocateur pour nos amis sophrologues, de dire « la sophrologie, c'est de l'hypnose ». Car si cela n'est pas tout à fait vrai, c'est admettre toutefois qu'historiquement, l'hypnose est antérieure à la sophrologie et que le neuropsychiatre

Caycedo a proposé lui-même le terme de sophrologie pour remplacer le terme d'hypnose, trop empreint de connotation ésotérique à son goût.

PENDANT L'HYPNOSE, J'AI VÉCU DES SENSATIONS DÉSAGRÉABLES…

Lorsqu'il existe une charge émotionnelle importante, comme dans le cadre de traumatismes vécus ou de syndrome anxieux important, faire l'expérience de l'hypnose peut générer une abréaction émotionnelle importante. Le patient expérimente alors des émotions négatives et inconfortables. D'abord, le sujet est libre de mettre un terme à l'hypnose si la séance devient trop pénible, ensuite le thérapeute sera présent pour proposer certaines techniques de gestion des émotions pendant la thérapie.

Pour certains patients ayant du mal à lâcher le contrôle, faire l'expérience de la perte de ses repères pendant la transe peut être difficile à vivre. Pour d'autres, il existe une telle accumulation d'émotions négatives à traiter que l'emploi de l'hypnose tend à réactualiser les émotions de façon inconfortable.

Ces situations existent, mais sont rares. Elles signent l'intérêt de faire appel à un professionnel de l'hypnose pour bénéficier d'un accompagnement adapté. De nombreux protocoles d'hypnothérapie sont axés sur la gestion et la métabolisation des émotions pénibles.

GRÂCE À L'HYPNOSE, JE VAIS ENFIN COMPRENDRE L'ORIGINE DE MON PROBLÈME !

Faux. Et c'est précisément une des clés de la guérison en hypnose : ne pas s'intéresser à la cause du problème. L'hypnose n'a pas besoin de trouver la racine du mal pour le soigner. Elle est tout entière orientée sur le présent et utilise les ressources existantes chez le patient pour basculer de la perception pathogène à une perception généralisée où le système des représentations se réorganise de lui-même. Dans cette reconfiguration, dans laquelle à aucun moment l'intellect n'aura besoin d'être mis à contribution, ni même la volonté de contrôler quoi que ce soit du processus de guérison, le soulagement apparaît comme une conséquence du travail perceptif, et non d'un travail analytique.

L'hypnose est une thérapie de la perception. Elle n'est pas une thérapie cognitive. Elle se définit par cette succession d'étapes (de l'induction à l'ouverture) qui utilise la capacité à s'absorber et à jouer avec le monde des représentations. Elle n'implique pas la compréhension, l'analyse, la raison, la logique. Par ailleurs, il est extrêmement hasardeux d'imaginer trouver la cause d'un problème par une sorte de fouille archéologique de l'inconscient, car rien ne pourra jamais certifier la validité de la cause trouvée hormis la propre interprétation du thérapeute : comment savoir en effet si une phobie de l'ascenseur est causée par le fait d'être resté bloqué toute une matinée dans un ascenseur de parking il y a deux ans de cela ? Ne faut-il pas chercher plus loin la cause, étant donné que certaines des personnes qui se sont retrouvées dans ce même ascenseur, n'ont pas développé la peur paralysant le patient aujourd'hui ? Peut-être est-ce plutôt lié à la fois où le patient est resté coincé entre deux stations de métro pendant plus d'une heure en plein cœur de l'été, à suer à grosses gouttes, oppressé par les passagers qui étaient entassés dans le wagon ? Ou peut-être faut-il remonter à son enfance où il s'est perdu dans un sous-sol à chercher désespérément la sortie avant d'être retrouvé en larmes par des parents inquiets et navrés de la mésaventure ? Mais peut-être faut-il remonter plus loin encore ? Et que dire alors des souvenirs qui ne sont pas formulables car vécus tôt dans la vie ? Que dire des traumatismes de naissance ou périnataux ? Finalement, tout ceci n'est-il pas plutôt lié au fait d'être né prématuré et d'avoir passé du temps enfermé dans une couveuse ?

Comme on le voit dans cet exemple simple, c'est finalement le propre système de représentation du thérapeute qui oriente la thérapie. Si chacune de ces expériences a la même charge émotionnelle, ce sera le thérapeute qui imposera au patient son propre paradigme thérapeutique.

En hypnose, c'est le système de représentation du patient et lui seul qui importe. S'il existe une charge émotionnelle importante liée à un souvenir, on pourra traiter cette charge émotionnelle de diverses manières, mais ce qui importe, c'est la perception du patient et elle seule.

Au contraire de certaines thérapies, l'hypnose considère que la recherche d'une cause et le passage en revue incessant des tenants et aboutissants du problème, entretient le patient dans ce dernier. Dans les principes thérapeutiques de l'hypnose, la rumination est un des facteurs qui

entretien la pathologie. On parle de focalisation ou d'obsession. Finalement, que ce soit la recherche de la cause ou l'attention sans cesse portée sur le problème, on peut dire que l'hypnose considère que cette focalisation est en elle-même un des problèmes à traiter. L'hypnose permet de sortir de l'étape de la fixité en remettant du mouvement dans la perception et en intégrant des éléments qui étaient déjà présents dans la constellation des êtres et des choses du patient, mais qui étaient occultés par le champ perceptif réduit au problème seul et à son très proche environnement.

Faire comprendre au patient qu'il va falloir lâcher la recherche de la compréhension n'est pas chose aisée. Nombreux sont ceux qui viennent à l'hypnose précisément avec l'idée de découvrir la cause de leur mal. Nous avons été élevés et portés par une société qui prône les valeurs de la connaissance de soi. Il paraît logique à chacun de considérer que c'est en se connaissant mieux que l'on ira mieux. Rares sont ceux qui acceptent d'envisager l'idée selon laquelle ils peuvent investir leur vie dès maintenant sans avoir à comprendre d'où ils viennent. Encore plus rares sont ceux qui viennent d'emblée avec l'idée d'aller mieux plutôt que de comprendre.

Bien entendu, si le patient est irréductiblement convaincu qu'il lui faut connaitre de la source de son mal pour guérir, il sera difficile de lui faire bénéficier du soulagement que peut procurer l'expérience hypnotique. Il vaut mieux dans ce cas orienter le patient vers une thérapie analytique qui correspondra davantage à sa demande. Certains de ces mêmes patients reviennent nous voir quelque temps après avoir commencé la thérapie en se plaignant d'une aggravation de leurs symptômes et se disent prêts à essayer une autre voie. En hypnose, on use de la capacité animale de l'homme à s'adapter à son environnement et à investir son présent sans aucune réserve. On voit donc bien là la distance immense avec le concept d'exploration du passé ou des choses enfouies.

L'HYPNOSE ME PERMETTRA DE RETROUVER DES SOUVENIRS ENFOUIS

Cette idée reçue est en lien direct avec la précédente. Un motif fréquent de consultation en hypnose est la demande des patients à révéler les choses du passé. L'hypnose ne permet pas de retrouver des souvenirs enfouis.

La première et simple raison à cela réside dans le fait qu'il n'existe aucune possibilité d'attester de la réalité des « souvenirs » qui se présenteraient au patient pendant l'expérience hypnotique. Le souvenir retrouvé en hypnose peut être un souvenir reconstruit ou fantasmé. Fantasmé non pas dans le sens où le patient désire secrètement cette version de la réalité plutôt que le souvenir authentique, mais fantasmé dans le sens « construit de toutes pièces de façon non volontaire ».

Brent Strickland et Frank Keil ont démontré dans une étude récente combien la construction de la mémoire était soumise à un remaniement bien involontaire de notre part, et pourtant bien réel. Dans l'expérimentation en question, on fait visionner à des sujets des séquences vidéo. Sur ces séquences, par exemple, on trouve des sportifs qui s'apprêtent à taper dans un ballon, puis des séquences où l'on voit le ballon dans les airs. À aucun moment il n'est montré sur la vidéo l'instant où le sportif frappe effectivement dans la balle. Pourtant, en toute bonne foi, les sujets qui ont répondu à ce test affirment avoir vu dans la vidéo la séquence entière dans laquelle le joueur tape dans la balle. La mémoire a été reconstruite de sorte à donner un sens de continuité à ce qui a été observé. Tout se passe comme si le cerveau cherchait à remplir les blancs pour donner du sens à ce qui a été vu, en faisant ses propres déductions sur ce qui manque. Interrogés, les sujets affirment se souvenir avoir vu le joueur taper dans la balle. Si notre cerveau est capable de réaliser ce jeu de montage et d'interprétation pour un souvenir quasi immédiat, que dire de souvenirs remontant à l'enfance voire à la petite enfance !

Ce concept des faux souvenirs est aussi bien connu dans le domaine judiciaire lorsqu'il s'agit de relever le témoignage de témoins d'une scène de crime, de délit ou d'un simple accident. Il est courant de rencontrer des témoignages discordants quant à la description des individus impliqués dans l'événement, alors que les témoins relatent les faits en toute honnêteté. Jusqu'à la couleur des vêtements, des cheveux, de la taille voire du sexe de l'individu suspecté qui se trouvent contradictoires. C'est aussi une des raisons pour lesquelles des techniques d'interrogatoires spécifiques ont été développées, afin de limiter la construction de faux souvenirs, imputables parfois à la façon dont les questions sont posées.

Mais si l'on comprend la nécessité d'objectiver des faits dans le domaine judiciaire, pourquoi tant d'empressement et de volonté à vouloir retrouver

des souvenirs traumatiques, que le bon sens nous recommanderait plutôt « d'oublier » ?

C'est que notre société actuelle est basée sur la notion de biographie, de continuité du moi, de responsabilité de l'enchaînement des faits de notre existence. La notion de biographie est considérée comme constitutive de l'identité de chacun dans notre culture en ce début du XXIe siècle, partant avoir oublié une partie de son existence est ressenti comme insupportable. Pourtant, il y a un siècle de cela, cette dimension de soi comme continuité de son histoire n'était pas aussi importante. On peut se référer au travail de Pierre Jannet qui, pour traiter les État de Stress PostTraumatique, réalisait de magnifiques séances d'amnésie posthypnotique. Le principe thérapeutique était alors de faire oublier le traumatisme, afin de libérer le patient des conséquences de celui-ci. Il y a fort à parier que ce principe thérapeutique fonctionnerait beaucoup moins bien aujourd'hui, compte tenu de l'influence de notre culture.

Est-ce à dire pour autant que l'on ne travaillera pas avec des souvenirs en hypnose ? On travaillera avec les souvenirs si le contexte le demande, et si nous avons clairement posé les bases explicitées dans ce chapitre afin d'éviter toute confusion.

Par ailleurs, au cours d'une session d'hypnose, il est possible que le patient fasse spontanément l'expérience d'un souvenir pénible. Le thérapeute accompagne alors le patient dans le changement de perception de ce souvenir. On peut donc travailler sur un souvenir mais à dessein, et à visée thérapeutique : ce que l'on cherche à faire n'est pas de retrouver un souvenir pour découvrir une vérité, mais bien encore une fois de changer une perception douloureuse en une perception confortable. On ne s'intéresse pas à la réalité du souvenir, mais seulement à la réaction qu'il génère.

Cette distinction est essentielle. Depuis quelques années, certaines personnes viennent à l'hypnose pour déterminer la réalité d'un épisode incestueux qu'ils soupçonnent dans leur enfance. Si le thérapeute n'a pas la formation ou l'honnêteté nécessaire pour mettre le patient en garde, il s'expose à de graves conséquences : le patient peut faire émerger un « souvenir » sans avoir aucune certitude que ce dernier ne soit pas purement construit. On mesure toute la gravité de la chose, et la gravité

des conséquences dans la vie de l'individu si ce dernier tient pour vrai ce qu'il aura expérimenté pendant la session d'hypnose. C'est également la raison pour laquelle en France, l'hypnose n'est pas utilisée dans le cadre judiciaire pour « rechercher une vérité enfouie » dans l'esprit des gens. Utiliser l'hypnose dans le cadre d'une enquête pour suspicion d'agression sexuelle, afin d'identifier l'auteur des faits supposés, serait absolument dramatique.

Cependant, encore une fois, cela ne signifie pas qu'il soit impossible de travailler sur la perception de souvenirs.

Poser un autre regard sur son passé

Hélène, 44 ans, est médecin. Elle réalise une cure analytique depuis quelques années déjà.

Hélène présume qu'elle a été victime d'attouchements durant l'enfance. Elle vient à l'hypnose afin de s'en assurer.

Dans ce cas clinique qui se présente, il existe deux éléments qui sont pour moi une contre-indication à la pratique de l'hypnose : le premier de ces éléments est le travail analytique en cours. L'expérience montre que suivre une analyse ne met pas le patient en disposition de suivre une thérapie en hypnose. Les patients en analyse apprennent à fonctionner d'une certaine manière et cet apprentissage tend à formater leurs réactions d'une manière impropre à la pratique hypnotique. On retrouve en effet souvent une volonté de comprendre et d'interpréter les expériences faites en hypnose, qui ne doivent précisément pas être intellectualisées pour porter leurs fruits thérapeutiques. Le second obstacle dans cette présentation est la recherche de confirmation d'une agression sexuelle. Ceci n'est pas une indication à la pratique de l'hypnose.

Pourtant, l'alliance thérapeutique qui a commencé à se forger entre Hélène et moi m'incite à aller plus loin. De façon explicite, j'expose à ma consœur toutes les réserves suscitées quant à la prise en charge par l'hypnose. Hélène m'écoute attentivement et comprend absolument mes réticences et mes avertissements. Cependant, j'explique qu'il est possible de travailler sur la perception qu'elle a de son passé, et que sans savoir si ce qu'elle suspecte est vrai ou non, ce travail perceptif permettra un travail thérapeutique des représentations.

Hélène accepte l'idée selon laquelle c'est la représentation plutôt que la réalité qui sera traitée par l'hypnose, et donne son accord pour tenter l'expérience.

Il aura fallu trois à quatre séances pour qu'Hélène fasse l'expérience d'un souvenir incestueux pendant une session d'hypnose. Cette expérience fut riche en émotion et libératrice pour elle. À aucun moment il n'y aura eu de confusion dans son esprit quant à l'authenticité du souvenir. Ce qui a été important, aura été sa capacité à changer sa perception du souvenir, par un exercice de plastie mnésique.

Un tel travail n'est possible que lorsque patient et thérapeute sont très au clair quant aux tenants et aboutissants de la séance. Si chacun a une attente et une représentation différentes de ce qui se passe au cours de

l'expérience hypnotique, il y a fort à parier qu'une grande confusion apparaîtra pour chacun des protagonistes.

Dans le paradigme de l'EMDR, que nous étudions au chapitre 20, le thérapeute s'intéresse là encore au changement de perception de l'événement traumatique. Ce qui importe au thérapeute, c'est d'enlever la charge émotionnelle. L'intentionnalité est une fois encore spécifiquement orientée sur le soulagement, et non sur la recherche d'une vérité, quelle qu'en soit la nécessité.

LE THÉRAPEUTE POSSÈDE-T-IL UN POUVOIR SPÉCIAL POUR ENDORMIR SES PATIENTS ?

Non. Le thérapeute a appris des techniques de communication, des protocoles d'exercices hypnotiques et les principes thérapeutiques de l'hypnose pour pouvoir accompagner le patient vers la guérison. Ceci ne peut se faire sans l'accord du patient, ni sans sa participation consciente. Le thérapeute peut être vu comme un facilitateur du changement. Son rôle consiste à proposer au patient un certain nombre d'expériences hypnotiques qui, si le patient veut bien jouer le jeu, sont susceptibles de résoudre le problème pour lequel il consulte.

Si le patient refuse de suivre les indications du thérapeute, ou si le patient a peur de faire l'expérience et de perdre le contrôle, rien ne se passe.

Souvent, rassurer le patient quant à l'absence de perte de conscience permet de faire tomber les premières craintes.

Ce sera de toute façon la qualité de la relation patient-thérapeute qui déterminera les possibles de la thérapie.

COMMENT SE PASSE UNE SÉANCE D'HYPNOSE ?

En pratique, dans le contexte hypnothérapeutique, une séance d'hypnose dure en moyenne 45 minutes. Il est possible que la première séance dure plus longtemps. En principe, au fur et à mesure que le patient s'habitue à l'expérience hypnotique, la durée de la séance peut être plus courte, car l'induction devient un savoir-faire propre au patient, et ce dernier entre de plus en plus facilement et naturellement dans la transe.

Avant de commencer la séance à proprement parler, le thérapeute réalise un entretien avec le patient afin de ressentir où se situe le problème. Il y a parfois un écart considérable entre ce que le patient verbalise et le point névralgique sur lequel la force de l'hypnose devra être exercée.

Puis, le thérapeute propose au patient une expérience. Cela peut se faire au travers de la conversation (par l'hypnose conversationnelle), ou de façon plus protocolisée en proposant de s'installer confortablement, de fermer les yeux et de réaliser une induction classique.

Pendant la séance, il est attendu que le patient vive une expérience de modification perceptive. On considère que pendant une séance d'hypnose il se passe nécessairement quelque chose. On ne peut entrer dans l'hypnose sans que quelque chose se modifie dans la perception. Le changement est parfois subtil, parfois nié par le patient, mais au sortir de l'expérience, on peut considérer que le patient qui se trouve dans le fauteuil n'est plus celui qui est entré dans le cabinet en début de consultation. Est-ce à dire que le problème qui l'a amené à consulter est réglé ? Pas nécessairement. Mais une ressource nouvelle aura peut-être été installée, permettant lors de la prochaine séance de prendre appui sur un nouveau terrain, un nouveau contexte, une nouvelle souplesse.

ON M'A CONSEILLÉ DE FAIRE DE L'HYPNOSE DE GROUPE, EST-CE VALABLE ?

Certaines indications de l'hypnose se prêtent bien à la thérapie de groupe : ce peut être le cas, par exemple, du sevrage tabagique. Au préalable, le patient est reçu individuellement par le thérapeute, qui réalise un entretien afin de comprendre les motivations et de percevoir les ressources du patient qui pourront être utiles pendant la thérapie. Puis, le patient rejoint d'autres patients dans une salle d'hypnose de groupe. Après s'être installé convenablement, chaque patient n'a rien d'autre à faire que d'écouter l'hypnothérapeute. Ce dernier propose des exercices pour induire l'état hypnotique, puis des exercices de suggestion pour le sevrage tabagique. Il use également de suggestions personnalisées à partir de l'interrogatoire réalisé au préalable. Cela permet ainsi de répondre à chacun de façon adaptée, et à d'autres patients de bénéficier d'approches thérapeutiques

qui sont peut-être tout à fait pertinentes mais auxquelles ils n'avaient pas pensé.

Enfin, la séance se termine. Chacun a vécu la séance en fonction de sa propre personnalité, dans le secret de son for intérieur. Quelques échanges peuvent se faire à la fin de la consultation, mais d'une manière générale, on préfère garder pour soi ce qui vient d'être vécu. Le thérapeute, pendant une séance de groupe, propose à la fois des exercices pouvant s'adapter à tous, et à la fois des exercices spécifiques à chacun, afin que chaque patient puisse utiliser ses propres ressources. Toutefois, ces exercices spécifiques devront être proposés avec suffisamment d'habileté pour que chacun y trouve quelque chose qui pourrait lui être utile. On peut considérer finalement que l'hypnose de groupe est un exercice de style particulier qui prend appui sur la communication à plusieurs niveaux, afin de potentialiser le changement chez chacun des participants.

TOUT LE MONDE PEUT BÉNÉFICIER DE L'HYPNOSE ?

Comme on considère que l'hypnose est un processus naturel qui fait appel à la capacité attentionnelle du patient, alors oui, l'hypnose peut être réalisée par tous.

Toutefois, l'expérience de l'hypnose nécessite un certain lâcher prise et une aptitude à travailler dans la sensation plutôt que dans la logique et l'analyse. Certaines personnes seront plus à l'aise avec des techniques thérapeutiques prenant appui sur la cognition (comme dans le cadre de la thérapie comportementale et cognitive ou TCC par exemple) ou l'analyse (comme la psychanalyse).

Enfin, reportez-vous au chapitre sur les limites et les contre-indications de l'hypnose pour plus de développements.

SI JE NE PERDS PAS CONSCIENCE, CE N'EST PAS DE L'HYPNOSE

Au contraire. Si vous perdez connaissance, ce n'est pas de l'hypnose. C'est du sommeil. En hypnose, on ne dort pas. On est tout entier à une expérience perceptive subjective personnelle. En revanche, on peut y être tellement absorbé qu'un observateur extérieur aura l'impression que l'on dort. Ce n'est pas le cas. C'est pourtant cette caractéristique de l'hypnose,

son aspect extérieur, qui a donné son nom au phénomène (*hypnos* – sommeil).

Il y a donc une réelle confusion dans l'esprit des patients qui viennent pour la première fois faire de l'hypnose. Certains ressortent de la séance déçus car, disent-ils, « je suis resté conscient tout le temps ». Lorsque vous pratiquez l'hypnose, vous ne devez pas vous attendre à vivre une expérience extraordinaire ou une révélation mystique. L'hypnose consiste simplement en un processus attentionnel orienté vers un soulagement thérapeutique.

Hélas, pour rajouter de la confusion, l'hypnose de spectacle continue à véhiculer l'idée selon laquelle l'hypnotisé est « déconnecté» de la réalité, comme une sorte de pantin sans volonté qui exécute sans aucun esprit critique les suggestions de l'hypnotiseur de foire, dont le seul objectif est de distraire la foule.

DOIS-JE ÊTRE ALLONGÉ SUR UN DIVAN POUR FAIRE DE L'HYPNOSE ?

Non. L'hypnose peut être pratiquée allongé, assis, debout… Mais aussi en marchant, en bougeant, etc.

Ce n'est pas la relaxation ou l'immobilité qui caractérise l'hypnose.

Cette idée reçue provient d'images de la pratique de l'hypnose de la moitié du vingtième siècle où la mise en scène de la consultation n'était pas sans rappeler l'image caricaturale du psychanalysé allongé sur le divan du psychanalyste.

En hypnose, la position assise dans un fauteuil est la plus adéquate, car on ne cherche pas à se relaxer ou à s'endormir. Une certaine vigilance est de mise.

PENDANT L'HYPNOSE, LE PATIENT NE PARLE PAS

Faux. Le patient peut échanger avec le thérapeute. Tout dépend du type d'exercice, d'expérience, de la profondeur, mais aussi et surtout de ce que préfère le patient. Le dialogue est utile puisqu'il permet au thérapeute de savoir où se situe le patient pendant l'hypnose. Mais le langage n'est pas indispensable. Si le patient est bien dans le silence, il peut vivre

l'expérience dans son for intérieur sans avoir besoin de communiquer. Si communication il y a, on prend en compte les caractéristiques propres à la transe qui changent le rythme de la parole, de la réponse, et les caractères de la voix. Il faut laisser le temps au patient de répondre ou ne pas répondre.

En réalité il n'existe pas de règles précises. Le patient doit se sentir libre de communiquer ou de garder le silence. Lui seul décide de ce qui le rend plus confortable. Parfois la parole n'est pas nécessaire, et on met en place ce que l'on appelle un *signaling*, un geste que peut faire le patient pour indiquer au thérapeute que tout va bien, ou qu'une suggestion est suivie d'effets. Le chapitre sur la technique hypnotique présente également la notion de *signaling* idéomoteur, une réponse inconsciente qui prend son sens dans le paradigme dans lequel le thérapeute s'adresse à la partie non consciente de l'esprit du patient.

L'HYPNOSE N'A PAS D'EFFETS DURABLES

La clinique nous montre régulièrement le contraire. Nous suivons parfois des patients sur plusieurs années et les problèmes traités par l'hypnose ne reviennent pas. Cette croyance provient des principes psychanalytiques énonçant que l'on ne peut véritablement résoudre un problème que si l'on en connaît la cause.

N'Y A-T-IL PAS DE DANGER À LÂCHER SES DÉFENSES ? JE RISQUE D'ÊTRE SUBMERGÉ PAR LES SYMPTÔMES ?

Le thérapeute sent, au moment de la consultation, si le patient est inquiet. S'il se cache une charge émotionnelle tellement importante qu'il sera nécessaire d'avancer pas à pas, le thérapeute le sent également et en tient compte. C'est l'expérience et la capacité de percevoir du thérapeute, qui oriente le travail. Ce dernier doit être réalisé de façon écologique, c'est-à-dire en respectant le rythme et les ressources du patient. Jamais le thérapeute ne force le patient à « tout lâcher ».

On précise par ailleurs que dans de nombreuses situations cliniques, c'est l'hyper-contrôle et l'hypervigilance qui sont à l'origine de certains troubles, ou qui les entretiennent. Souvent aussi, le patient s'use à vouloir

contrôler les symptômes en redoublant d'efforts, à vouloir maîtriser des processus qui lui échappent… Sans succès. On propose alors une autre voie qui est celle du non-effort et du non-contrôle. Nombre de symptômes s'en trouvent au moins partiellement améliorés. Dans certains cas, on observe la résolution complète de la symptomatologie par ce principe simple, au grand étonnement du patient, comme du thérapeute.

DE COMBIEN DE SÉANCES AURAIS-JE BESOIN POUR ALLER MIEUX ?

Cela est très variable. Il faut compter cinq séances en moyenne pour traiter le problème qui amène le patient à consulter. Bien entendu, certaines thérapies durent moins longtemps (parfois une seule séance suffit) et d'autres durent plus longtemps (dix séances). Une chose est sûre : l'hypnose est une thérapie brève. Contrairement à certaines techniques psychothérapeutiques de type analytique, il faudra peu de séances pour obtenir un résultat satisfaisant, dès lors que la technique convient au patient.

À QUELLE FRÉQUENCE DOIS-JE CONSULTER ?

Il n'y a pas de règle. Cela dépend du problème à régler, du patient, du thérapeute, de l'expérience qui a été faite pendant la séance, et des effets de celle-ci sur le quotidien.

COMBIEN DE TEMPS DURE UNE SÉANCE ?

S'il n'y a pas de règles, on compte en moyenne 45 minutes pour une séance d'hypnose thérapeutique. Une chose est sûre, pour une première séance, il faut prendre tout le temps nécessaire. La séance d'hypnose est un moment privilégié qui ne peut se soumettre aux impératifs d'horaires. Ce temps peut être beaucoup plus court pour des séances ultérieures au fur et à mesure que de la souplesse est installée dans la perception.

L'HYPNOSE N'A PAS MARCHÉ POUR MOI

Peut-être que l'hypnose n'était pas adaptée au problème. Ou que l'hypnose n'est pas une thérapie qui vous convient. Ou que

l'hypnothérapeute n'a pas su trouver pour l'instant le moyen de vous accompagner dans la transe. Ou encore, que ce n'était peut-être pas le moment de changer.

Il est important de communiquer, d'échanger. De dire. D'aborder les choses qui se passent ou qui ne se passent pas pendant la séance. C'est votre perception qui compte. Il ne faut pas non plus se sentir prisonnier de la thérapie. Vous devez faire ce qui fonctionne pour vous.

POURQUOI PROPOSE-T-ON L'AUTOHYPNOSE ?

Essentiellement pour autonomiser le patient. Le thérapeute ne doit être considéré que comme un facilitateur, un catalyseur du changement. Le thérapeute propose un contexte, un paradigme, mais seul le patient réalise l'expérience s'il le souhaite.

Pendant l'hypnothérapie, l'accent est mis sur l'expérience de modification perceptive. Pas sur le thérapeute. En ce sens, la notion de transfert n'a pas lieu d'être. Ce qui compte c'est l'expérience que fait le patient. Pas ce que peut dire ou faire ou être le thérapeute. L'objectif de la thérapie est de permettre au patient de ne plus avoir besoin du thérapeute le plus vite possible.

JE NE SAIS PAS LÂCHER PRISE, DONC JE NE SUIS PAS HYPNOTISABLE

Il est normal d'avoir une certaine appréhension à faire de l'hypnose. La difficulté à se laisser aller dans la transe peut être la conséquence d'une certaine peur ou bien la manifestation d'une résistance plus profonde avec difficulté à lâcher le contrôle.

Que la difficulté à lâcher prise provienne de la peur à faire de l'hypnose ou qu'elle provienne d'un besoin plus profond à vouloir tout contrôler, maîtriser, réfléchir et analyser, il faut savoir qu'il est possible d'apprendre à se laisser aller progressivement. On utilise de nombreux exercices simples en hypnothérapie pour apprendre au patient à lâcher progressivement le contrôle. Guérir nécessite, tôt ou tard dans la thérapie, de laisser quelque chose se faire sans l'intervention du contrôle et de la volonté. Cela implique d'accepter l'aléa et d'accepter que quelque chose se passe sans que nous en maîtrisions tous les tenants et aboutissants.

C’est pourtant bien ainsi que la vie évolue : elle se transforme et s’adapte sans cesse, est mouvante, changeante, et épouse les changements pour se renouveler. Mettre trop de contrôle rigidifie le système et empêche la souplesse indispensable à l’adaptation.

Ressentir et reconnaître que l’on a tendance à tout vouloir maîtriser est quoi qu’il en soit la première étape qui conduit à plus de souplesse. Plus difficile est la situation dans laquelle le patient ne ressent et ne reconnaît pas qu’il ne laisse aucune marge à la modification perceptive, en s’efforçant de vouloir contrôler ses sensations, ses perceptions, son passé, son futur.

Une personne qui semble ne pas répondre à l’hypnose dans un premier temps, du fait de la difficulté à lâcher le contrôle, pourrait tout à fait y répondre dans un second temps. L’hypnose est un apprentissage progressif. L’approche indirecte sera certainement à favoriser dans ce genre de situation.

POUR FAIRE DE L’HYPNOSE, IL FAUT Y CROIRE

Faux. Il n’est pas nécessaire d’avoir une foi aveugle en l’hypnose pour bénéficier de ses effets. Il est simplement nécessaire de vouloir sincèrement en faire l’expérience et d’être ouvert aux résultats qui pourraient bien survenir très rapidement.

L’hypnose utilise l’élan du patient qui vient consulter pour catalyser le changement. Le patient avait suspecté qu’une modification était possible et se rend chez le thérapeute pour actualiser ce changement. En ce sens, on pourrait dire que celui qui fait l’effort de consulter est dans une démarche sincère. Ceux qui pensent avec certitude qu’ils n’ont aucune chance de changer avec l’hypnose ne consultent tout simplement pas. Au-delà de cette condition qui est le préalable indispensable à toute thérapie, on peut identifier certains profils de patients en fonction de leur croyance envers l’hypnose.

Certaines personnes accordent à l’hypnose une confiance aveugle, et consultent avec la ferme volonté de changer grâce à cette technique thérapeutique, et rassurent le thérapeute : « L’hypnose, j’y crois ». Hélas, parfois, ces mêmes patients veulent tant changer et ce quel qu’en soit le

prix, que derrière cette volonté se cache un désir de contrôle qu'il faudra dans un premier temps relativiser. Vouloir à tout prix être mieux ne permet pas d'aller mieux. Même si l'on croit fortement aux effets de la suggestion ou aux bénéfices attestés de l'hypnose. Il faudra donc d'abord apprendre au patient à lâcher la volonté d'aller mieux, et à utiliser l'extraordinaire enthousiasme dont il fait preuve pour apprendre à se rendre disponible à l'expérience hypnotique.

De même, certains patients viennent à l'hypnose en confiance, après avoir réalisé une impressionnante revue de la littérature, une compulsion d'articles et une analyse critique et comparative de divers reportages traitant du sujet. Il n'y a rien de mal à vouloir s'informer ou à vouloir se rassurer, mais malheureusement dans le contexte de l'hypnose, la compréhension du phénomène ne permet pas de mieux l'expérimenter. Cette énergie dépensée à essayer de comprendre est parfois le masque de la peur à vouloir faire l'expérience de façon effective. Ces patients-là viennent en consultation et assomment le thérapeute de questions avant même de poser la raison de leur venue. Il faudra bien expliquer alors, après avoir donné si on le souhaite quelques éléments de réponses, que l'on pourra revenir plus en détail sur ce que l'on sait scientifiquement de l'hypnose aujourd'hui, mais que pour le moment toute l'énergie devra être orientée vers la thérapie.

Inversement, nombreux sont les patients qui viennent à l'hypnose un peu sceptiques et sans réelle raison d'y croire. Ces patients-là sont de très bons candidats à l'hypnose car ils sont ouverts à l'expérience. Ils veulent bien essayer. Ils considèrent qu'ils n'ont rien à perdre à tenter, d'autant qu'il n'existe pas d'effets secondaires notables si le thérapeute est convenablement formé à cette discipline.

Enfin, il reste cette catégorie de personnes qui « n'y croient pas ». Ces dernières peuvent pourtant bénéficier de l'hypnose, dès lors qu'elles sont ouvertes à l'expérience de modification perceptive. Si elles suivent les consignes du thérapeute en toute bonne foi, il n'est pas possible de ne pas expérimenter quelques modifications dans la perception.

Quel que soit le profil du patient venant à la consultation, il est fondamental de respecter le temps et le rythme de ce dernier. Certains auront besoin de garder le contrôle un certain temps avant de se laisser

aller dans l'expérience. D'autres auront besoin de reprendre régulièrement un peu de contrôle sur les changements qui se profilent au cours de la thérapie.

POURQUOI DEMANDE-T-ON DE FERMER LES YEUX PENDANT L'HYPNOSE ?

Ce n'est pas une nécessité absolue. Il est tout à fait possible de faire de l'hypnose les yeux ouverts. Fermer les yeux permet simplement de se rendre plus disponible à ses propres perceptions, et permet de s'isoler volontairement du monde extérieur, afin de favoriser une certaine dissociation nécessaire à l'expérience hypnotique. L'important, pour le patient, est de faire ce qui rend la séance confortable.

COMMENT SAVEZ-VOUS QUE VOTRE PATIENT EST HYPNOTISÉ ?

Cette question se pose depuis la naissance de l'hypnose, et particulièrement par les détracteurs de l'hypnose, qui ne voudraient y voir qu'une complaisance de l'hypnotisé à faire semblant. La question soulève aussi le sujet de la pérennité des effets positifs obtenus pas l'hypnose puisqu'il semble que rien d'impressionnant ne se soit passé pendant la séance. Beaucoup s'étonnent de l'amplitude des effets obtenus en comparaison de la simplicité de l'expérience hypnotique.

Ces questions sont légitimes parce qu'en hypnose, on passe dans un autre registre. Un autre mode de fonctionnement. Un autre paradigme qui n'est pas soumis à la nécessité de la mesure, de la quantification, du protocole. Les règles de ce paradigme sont tellement fantaisistes et différentes de notre façon de penser le quotidien que l'hypnose dans ses principes comme dans ses effets, donne l'impression de quelque chose de magique. Cette idée reçue laisse à penser que de l'hypnose viendra nécessairement une guérison rapide et spectaculaire.

POURQUOI JE N'AI PAS DORMI PENDANT L'HYPNOSE ?

L'hypnose n'est pas le sommeil. Cependant, lorsqu'on entre dans une transe que l'on pourrait caractériser de profonde, l'importance de la

dissociation, une amnésie spontanée et une désorientation temporelle marquée pourraient faire penser au patient qu'il a dormi pendant l'expérience. Il n'en est rien, mais la perception peut être celle de se réveiller d'un sommeil. Toutefois, si le patient était vraiment dans l'hypnose, il pourra attester qu'il ne dormait pas tout à fait. Il était à la fois présent et à la fois absent. Il raconte la dissociation de façon caractéristique. Certains patients viennent à l'hypnose à la recherche de cette mise entre parenthèses, de cette « déconnexion » temporaire. Ce peut être le cas des obsessionnels, de certains patients qui ne peuvent s'empêcher de ressasser les mêmes pensées encore et encore, des insomniaques qui recherchent un effet *on/off* de l'hypnose, et d'autres encore qui espèrent trouver dans l'hypnose un moyen temporaire de s'extraire de la réalité du quotidien. Il conviendra d'expliquer à ces patients qu'un des versants de l'hypnose thérapeutique est justement non pas de fuir la réalité mais d'y adhérer sans aucune réserve.

Rappelons par ailleurs que pour obtenir des effets thérapeutiques réels et durables, il n'est pas nécessaire d'expérimenter une transe profonde. On pense couramment que plus la transe sera profonde, plus on aura « dormi », plus le pouvoir de l'hypnose aura agi. C'est une croyance limitante qui n'a pas lieu d'être. Si cette croyance n'a pas été remise en question au cours de l'entretien préalable à la séance, il y a fort à parier que le patient ressortira fortement déçu de l'hypnose.

Le témoignage du médecin

Ceci me rappelle un patient en centre antidouleur, avec qui j'ai travaillé en hypnose pour soulager ses douleurs sciatiques.

Après trois séances et malgré une amélioration notable de sa douleur, le patient demande : « Quand est-ce qu'on fait de la vraie hypnose ? » Fixé sur les résultats pourtant encourageants que nous avons déjà installés, je n'ai pas anticipé cette question. Je lui explique que ce que nous avons fait jusqu'à maintenant relève de l'hypnose, même si la méthode ne présente pas les caractéristiques qu'il attendait, à savoir la perte de conscience.

Suite à cet éclaircissement, ce patient n'est jamais revenu. Je n'avais pas répondu à son attente : ce qui m'avait paru à moi un réel progrès (diminuer la perception douloureuse sur le long terme) n'était pas en corrélation avec ses attentes personnelles.

L'HYPNOSE EST DANGEREUSE

L’hypnose n’est pas dangereuse si elle est pratiquée par un professionnel à la fois formé à la pratique de l’hypnose thérapeutique et à la fois habilité à prendre en charge le genre de troubles qui amènent à consulter. Ce sont le plus souvent des professionnels du soin, tels que psychologues cliniciens, psychiatres, médecins, mais aussi sages-femmes et infirmières qui pratiquent l’hypnose.

Seules la formation et l’expérience en hypnose apprennent au thérapeute quelle est sa juste place, et prévient toute tentation d’amener le patient dans la direction qui n’est pas la sienne. Le thérapeute respecte le rythme du patient, son consentement éclairé. Brusquer l’évolution thérapeutique n’est pas envisageable. Prendre ce risque peut avoir des conséquences nuisibles sur le court terme et sur le long terme, qu’il n’est pas nécessaire de développer ici. Il est essentiel que celui qui envisage de faire appel à l’hypnose dans le cadre d’un soin sache simplement qu’il devra toujours respecter son propre rythme, accompagné et potentialisé par le professionnel du soin qui le prendra en charge. De même, il est primordial que le praticien de l’hypnose qui lit ces lignes sache qu’il devra toujours laisser le patient faire son expérience à son rythme.

De même, imposer au patient son propre système de représentation expose à un double risque. Le premier consiste en un échec de la thérapie, puisque plutôt que de rejoindre le patient où il se trouve le thérapeute tente de le tirer jusqu’à lui pour lui imposer un paradigme. Le second risque consiste à générer chez le patient une réaction négative, car le système de représentation imposé par le thérapeute aura eu un tout autre sens pour le patient.

Au-delà de ces difficultés imposées par le thérapeute lui-même, le dernier risque encouru est une perte de confiance du patient envers l’hypnose et le développement plus ou moins conscient d’une résistance vis-à-vis de cette forme thérapeutique, rendant les tentatives futures infructueuses. Entre de mauvaises mains, l’hypnose aura peut-être, en définitive, provoqué quelques dégâts irréparables chez l’individu, et fermé définitivement l’accès à une technique de soin pourtant grandement efficace.

ENCOURAGER LE PATIENT À DÉBRIDER SON IMAGINATION, N'EST-IL PAS DANGEREUX ?

L'hypnose consiste à faire une expérience en vue d'un soulagement. Elle consiste à changer quelque chose pour aller mieux. L'hypnose permet de travailler sur le monde de la perception. Il est très important de distinguer le monde de la perception du monde de l'action. Même si en hypnose l'acte imaginé acquiert une telle réalité qu'il semble réellement vécu par le patient, pour un observateur extérieur, resté dans le monde de la réalité partagée, de la réalité consensuelle, le patient n'a rien fait d'autre que de rester assis là, les yeux fermés. L'hypnotisé aura connu une expérience ayant tous les caractères de la réalité, cependant il n'aura rien fait dans le monde réel. Son expérience est pourtant une expérience vécue, enregistrée dans son système nerveux comme telle. Ce qui importe, n'est pas tant que le patient a imaginé prendre sa revanche dans ce souvenir de petit garçon où il avait été battu violemment par ses camarades de classe. Ce qui importe, c'est que le jeune homme, aujourd'hui, a pu revivre la scène pour la réécrire et en faire un apprentissage différent. On parle de plastie mnésique en ce sens où le patient a modelé la mémoire, l'expérience, le vécu, par une simple modification de la représentation. Il n'y a jamais de confusion dans l'esprit des patients quant à la réalité de l'acte qu'ils viennent de réaliser en imaginaire. En hypnose, l'acte paraît réel, mais le patient sait bien, de retour dans le réel partagé, qu'il n'a à aucun moment quitté le fauteuil de l'hypnose. Cette distinction est fondamentale. C'est d'ailleurs sur elle qu'insiste le psychiatre qui travaille en hypnose avec des patients pour lesquels il est difficile de faire la différence entre le réel et l'imaginaire. La relation thérapeutique permet de recadrer à chaque instant la nature de l'expérience du patient, et de rappeler dans quel monde se situe l'expérience : celui de la perception, ou celui de l'action.

L'HYPNOSE PEUT-ELLE AIDER À CHANGER LE COMPORTEMENT DE CERTAINES PERSONNES CONSIDÉRÉES COMME SOCIOPATHES ? PEUT-ELLE CHANGER LE COMPORTEMENT DES DÉLINQUANTS OU DES CRIMINELS ?

Hippolyte Bernheim s'est penché sur la question dans une conférence publiée en 1897 sous le titre « L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports à la médecine légale ».

Pour Bernheim, la suggestibilité est la propriété physiologique du cerveau humain à réaliser une idée acceptée par lui. Si la suggestion ne peut créer ou détruire un sens moral, elle peut « développer les germes bons ou mauvais existants ». Le criminel serait donc influencé par les suggestions extérieures qui s'imposent à son cerveau et le libre arbitre absolu n'existe pas. C'est une vision toute particulière de la suggestion et de son implication dans les crimes, et Bernheim développe l'idée de réhabilitation par la suggestion. Cette utilisation de la suggestion est tout imprégnée de la culture de l'époque, de l'idée que l'on se faisait alors de l'hypnotisme. On notera un développement intéressant sur les « faux témoignages de bonne foi par l'autosuggestion ». Il recommandait déjà la prudence pour le recueil des témoignages que l'on sait aujourd'hui probablement erronés dans le cadre d'affaires judiciaires.

Dans notre société moderne, la question de la délinquance et de la criminalité est de plus en plus soumise à la question de la psychiatrie. Nous vivons dans une société « psychiatrisante » qui, bien au-delà des pathologies psychiatriques reconnues et diagnostiquées, cherche à identifier, chez les individus qui ne sont pas insérés dans le modèle social et troublent l'ordre public, l'origine psychiatrique de leur comportement. Hélas, il n'existe pas nécessairement de lien entre un comportement délinquant ou criminel et une pathologie psychiatrique.

Pourtant, que ce soit par la psychiatrie ou par la psychothérapie, on cherchera à « soigner » ces individus qui sèment le trouble dans la communauté. Dans le cadre judiciaire, des expertises psychiatriques sont demandées afin de mesurer la dangerosité des suspects, ou de s'enquérir du bien-fondé de leur remise en liberté. Toutefois, et fort heureusement, il existe des situations dans lesquelles les auteurs de faits souffrent effectivement de troubles psychiques accessibles à une prise en charge psychiatrique. Ces individus sont donc orientés par la justice, vers une obligation de se soigner. Dans le cadre de cette injonction de soins, il est demandé au spécialiste de « soigner » le criminel qui a été effectivement reconnu souffrant de troubles psychiques accessibles au soin.

Pourtant, dans ces situations délicates se pose la question de l'attente de l'individu : certaines thérapeutiques sont d'une totale inefficacité s'il n'existe pas de la part du patient une attente de soulagement. Cette dimension très intime et très personnelle de l'intentionnalité dans laquelle patient et soignant doivent se retrouver, fait que l'hypnose n'est pas une thérapie miracle qui permet au judiciaire et au médical de rendre les délinquants moins délinquants, ou les criminels moins criminels.

C'est une délicate question qui soulève une véritable réflexion éthique à la fois sur la responsabilité d'agir sur le comportement d'autrui, et à la fois sur les limites de cette action dans le contexte du soin psychique.

L'HYPNOSE PEUT-ELLE SE COMBINER À UNE PRISE MÉDICAMENTEUSE ?

Dans une intentionnalité de soin, un médecin peut absolument mêler hypnose et médicament. L'un n'est pas exclusif de l'autre. Si le médecin prévoit l'action thérapeutique de la synergie de l'hypnose et du médicament, il n'y a aucune raison de s'opposer à une prescription médicamenteuse. Bien entendu, ici encore, le contexte déterminera la conduite à tenir.

L'hypnose s'associe aussi merveilleusement à toutes les autres techniques thérapeutiques : qu'elles soient chimiques, physiques (chirurgie), rééducatives (kinésithérapie), ou autres (homéopathie, acupuncture).

L'hypnose étant une aptitude naturelle partagée par tous, il n'existe pas d'interaction néfaste comme cela pourrait être le cas si l'on multipliait les prescriptions pharmacologiques.

On pourrait dire que l'hypnose, associée au médicament, rend au patient une participation active et personnelle à son propre traitement. Action et participation qui lui avaient en quelque sorte été volées par la prescription médicamenteuse. Par le médicament, on enlève au patient son aptitude propre à se soigner, à aller mieux, à participer à son soulagement : c'est la molécule qui soulage, non le patient lui-même. Or, par l'hypnose, ce dernier a la possibilité de retrouver un rôle actif et une responsabilité dans son propre soulagement.

L'hypnose permet aussi de développer la capacité attentionnelle, et permet d'appuyer, au cours d'un traitement, la perception de ce qui va pour la

développer au détriment de la perception de ce qui ne va pas. L'exemple caractéristique que l'on pourrait certainement citer est celui de l'accompagnement par l'hypnose d'un traitement par chimiothérapie.

La chimiothérapie utilisée pour la cure des cancers est souvent composée de traitements qui peuvent avoir des effets secondaires inconfortables. Si les progrès ne cessent de se développer en ce domaine, permettant de mettre au point de nouvelles molécules et de nouveaux protocoles de traitement beaucoup moins agressifs, il n'en reste pas moins que nombre de patients peuvent être perturbés par les effets de la cure.

L'hypnose aide le patient à changer sa représentation du traitement. Elle permet d'appuyer les effets positifs attendus de ce dernier (la destruction des cellules cancéreuses) et de diminuer la survenue des effets secondaires possibles.

Le témoignage du médecin

Une amie psychologue, soignée pour un cancer du sein, avait l'habitude de visualiser ses perfusions de chimiothérapie comme des perfusions de propolis, un produit de ruche utilisé pour ses propriétés anti-infectieuses, anti-inflammatoires, et cicatrisantes.

Une de mes patientes utilisait un enregistrement d'autohypnose que je lui avais confié pendant les perfusions de chimiothérapie. Elle était tellement détendue pendant la séance qu'elle n'avait, le plus souvent, pas conscience de la présence de l'infirmière qui venait brancher la perfusion. C'était sa fille qui devait lui dire que le traitement était terminé, et elle revenait de la transe facilement, très détendue, très confortable.

Est-ce à dire que l'hypnose permet d'annuler les effets secondaires des traitements lourds ? Une chose est sûre : elle permet de les diminuer fortement et parfois même de façon spectaculaire.

L'hypnose, par ailleurs, rend plus paisible un contexte de soin agressif. Elle permet de replacer dans le contexte du soulagement à court ou moyen terme les perceptions du patient.

On avait diagnostiqué, chez une autre de mes patientes, une récidive d'un lymphome, un cancer du sang. Elle avait été traitée pour cette maladie durant son enfance et on lui avait annoncé une récidive deux années après la fin du traitement. L'idée même de retourner à l'hôpital pour un nouveau traitement lui était insupportable. L'hypnose l'a aidée à travailler sur le retour au contexte hospitalier. Il a fallu également accompagner la jeune femme dans un changement de perception : dépasser l'idée selon laquelle le cancer est une maladie que l'on s'auto-inflige (ce que son entourage, certainement de bonne foi, lui avait inculqué).

Je ne serai jamais assez critique envers cette perspective dangereuse, cette pensée magique. Faire croire au patient que le cancer est auto-induit en raison d'une humeur dépressive, d'une tristesse, d'un stress trop important, ou de conflits psychiques non résolus est une idée extrêmement dangereuse. Elle sape le moral, culpabilise les patients, épuise les forces nerveuses et n'offre aucune porte de sortie. Le cancer est une maladie multifactorielle qu'il convient de traiter de façon rationnelle. Que l'on travaille parallèlement sur la motivation du

patient et que l'on favorise la diminution d'hormones de stress en utilisant des techniques de visualisation, de relaxation ou d'hypnose est une bonne chose qui ne peut qu'aider à la rémission. Mais faire croire aux patients qu'ils doivent résoudre leurs problèmes psychiques pour guérir n'apporte que découragement et culpabilité. Ce sont ces points que nous avons dû travailler dans un second temps, avec ma jeune patiente.

Enfin, au cœur du traitement, alors qu'elle avait dû subir une greffe de moelle et se trouvait sous administration morphinique en environnement stérile, elle a pu user de quelques techniques d'autohypnose pour trouver un peu d'apaisement.

L'hypnose aura accompagné modestement cette jeune femme pendant toute la durée du traitement. Lorsque nous nous sommes revus suite au protocole, elle avait utilisé son extraordinaire créativité pour composer une chanson, qui permit un recadrage de l'expérience pénible qu'elle avait vécue.

En définitive, l'hypnose rend au patient son pouvoir autocuratif. Dans le traitement de maladies graves, le médicament est l'intermédiaire par lequel se fait le soulagement. Il dépossède le patient de sa capacité à se soulager activement. Pire, lorsqu'il existe des effets secondaires marqués, le patient est encore un peu plus relégué au statut de celui qui doit « subir ». L'hypnose restitue au patient ses propres compétences.

Il existe même des domaines où le patient est capable d'utiliser son aptitude à modifier ses perceptions de façon tout aussi efficace que les médicaments : c'est le domaine de l'anxiété, du stress, de la tristesse, de l'insomnie. Les substances chimiques utilisées dans ces contextes cliniques ont elles-mêmes un effet de modification de la perception ! D'ailleurs, les toxicomanes qui recherchent des moyens de « faire un trip » ne sont pas dupes et ont développé des réseaux de marché noir de médicaments psychotropes, antalgiques, hypnotiques. La France est le premier consommateur de médicaments psychotropes en Europe. Cela signifie que les traitements qui sont le plus demandés et le plus prescrits en France, sont précisément les médicaments qui modifient la perception : anxiolytiques, hypnotiques et antalgiques. Le patient se remet entre les mains d'une substance, sans imaginer un seul instant qu'il pourrait lui-même participer activement au changement de son système de représentation. Et lorsque l'on sait que les placebos sont capables de reproduire statistiquement les mêmes effets que les antalgiques et les psychotropes, on est en droit de réfléchir et de revendiquer notre propre aptitude à modifier nos perceptions.

Notre société attribue à la substance, et à elle seule, le pouvoir de changer les perceptions. À aucun moment, lors de la prescription ou de l'ingestion

du médicament, on ne s'intéresse à la représentation qu'a le patient de son mal, du soulagement, et du médicament lui-même. Pourtant, s'intéresser à la perception qu'entretient le patient de la substance ingèrérée, peut participer grandement à sa guérison. C'est là toute la question de la suggestion du contexte qui crée l'expectation du mieux-être, quel qu'en soit le médium.

Les homéopathes ont bien compris l'importance de la personnalisation de la substance dans le traitement d'une maladie lorsqu'ils prennent le temps d'interroger longuement le patient afin de déterminer *la* substance qui conviendra tout à fait et qui sera tout indiquée pour guérir. C'est une parfaite personnalisation du médicament, censée prendre en considération toutes les spécificités de l'individu.

La démarche classique en médecine allopathique est tout autre : une fois les symptômes relevés, les signes cliniques compilés, nous avons dans notre trousse de soins le médicament indiqué. La thérapeutique pharmaceutique ne porte pas attention à un individu pour créer un remède singulier. C'est la clinique qui détermine le traitement. Pire, on donne aujourd'hui des « génériques », qui suscitent beaucoup de méfiance chez les patients.

Non seulement le médicament dépossède l'individu de sa singularité et de ses propres capacités à guérir ; mais voilà qu'il devient potentiellement une substance au pire néfaste ou au mieux inactive.

Dans un tel contexte, on ne doit pas s'étonner de la transformation du rapport du patient à la médecine moderne et la perte de confiance envers la pharmaceutique.

Que se passerait-il si, au contraire, on portait son attention sur la représentation que l'on se fait de la guérison et de l'action bénéfique attendues du médicament, plutôt que de lire plusieurs fois par jour la liste des effets secondaires sur la notice ?

Que se passerait-il si *vous* portiez toute votre attention sur les effets attendus du médicament à chaque prise de celui-ci ? N'est-ce pas une merveilleuse autosuggestion à chaque fois renouvelée ? Suggestion qui va naturellement potentialiser l'effet pharmacologique de la molécule,

conformément aux développements de l'effet placebo valable pour toute substance active ou inactive.

En respectant les représentations du patient de son traitement, on prend en compte la subjectivité indissociable à toute expérience humaine. On s'était fourvoyé en croyant que la molécule seule agissait sur le devenir du patient. On avait pensé que la chimie seule était toute puissante à régler les problèmes du corps comme de l'esprit. C'était sans compter sur la dimension nécessairement subjective de toute expérience humaine, et c'était se départir d'une aptitude humaine fondamentale qui pourtant permet de donner à la guérison et au médicament une toute autre dimension. Homme et science agissent alors de concert par l'hypnose : le patient respecte ses représentations, affirme son intention de guérison et la molécule modifie la biochimie du corps humain pour amener la guérison.

Le rapport de l'individu à la substance pose bien évidemment la question du rapport de l'homme face aux drogues. Que celles-ci soient des drogues dites « douces » ou « dures », un des moyens de travailler au sevrage avec les patients consiste à explorer en hypnose les effets attendus de la substance. En hypnose, il est tout à fait possible d'explorer les effets de la drogue en guidant le processus attentionnel du patient.

Le patient réalise alors qu'il est capable de reproduire les effets de la substance en se plongeant dans son propre système perceptif. Un travail très productif peut être réalisé en autonomisant progressivement le sujet, qui prend conscience qu'il n'a pas besoin de la substance. La substance n'a plus lieu d'être consommée lorsque les effets peuvent être explorés par l'expérience hypnotique. Ces effets peuvent être décortiqués et une réorganisation du système de représentation du patient peut se faire en toute sécurité. Ce n'est en définitive pas la substance qui compte, mais bien l'effet qu'elle génère : il s'agit de déterminer si l'on peut lâcher le besoin de ressentir cet effet, ou le cas échéant de se familiariser avec lui afin de le provoquer différemment. Finalement, la drogue n'est qu'un médium, et l'expérience hypnotique rend au patient le pouvoir qui est le sien : modifier ses propres perceptions sans la nécessité d'un intermédiaire.

Ce travail efficace ne peut bien évidemment être réalisé que s'il existe un lien thérapeutique de qualité, et une enceinte relationnelle sécurisante. Le

traitement d'une addiction est l'affaire d'une prise en charge pluridisciplinaire et nécessite un étayage motivationnel constant, surtout s'il existe une forte dépendance organique à la substance, nécessitant également une prise en charge médicamenteuse transitoire.

Vous consommez du tabac ? Expérimentez cet exercice…

Réalisez une induction de votre choix.

Préparez votre cigarette dans votre imaginaire.

Voyez ce qu'il y a à voir, touchez la substance, sentez les odeurs du tabac et de la résine mélangée.

Prenez soin de réaliser tous les gestes, comme vous le feriez dans la réalité.

À présent, prenez votre briquet ou vos allumettes et allumez votre cigarette.

Sentez vos lèvres sur le papier. Aspirez.

Soyez très attentif. Que ressentez-vous ?

Comment sentez-vous la fumée dans la bouche, la gorge ?

Qu'est-ce qui fait du bien dans cet acte de fumer ?

Essayez de ressentir précisément la sensation que vous trouvez agréable.

Est-ce le geste ? l'odeur ? le mouvement ?

Qu'y a-t-il autour de vous ? êtes-vous seul ? accompagné ?

Est-ce que vous vous sentez stimulé ? calmé par la cigarette ?

Portez votre attention sur tous ces éléments. Comme si vous vouliez n'en oublier aucun. Comme si vous vouliez percevoir la moindre perception de cette expérience de fumer votre cigarette.

À présent, comment pourriez-vous générer la même perception (stimulation, calme, etc.) autrement ?

Un souvenir ? Une activité que vous connaissez et qui génère la même émotion ? Une activité que vous suspectez pourrait générer la même émotion ?

Pouvez-vous lâcher la cigarette ? L'écraser ?

Qu'est-ce que cela génère comme émotion ? Comme sensation ? Est-ce agréable ?

Comment vous sentez-vous après avoir fumé ? Calme ? Fier ? Coupable ?…

Cet exercice de déploiement des perceptions peut se poursuivre à loisir, l'intérêt étant d'être attentif à ce que vous vivez. Ne vous mettez aucune pression pour changer quoi que ce soit. Faites-le si cela vous vient et si vous en avez l'envie, mais cette expérience de focus attentionnel est surtout destinée à vous familiariser avec la capacité de votre cerveau à faire une expérience dans le secret de votre esprit.

Enfin, n'oublions jamais que le médicament n'est pas le seul médium thérapeutique par lequel viennent le soulagement et la guérison. Quelle que soit la nature de ce dernier, l'hypnose peut toujours contribuer à sa propre guérison.

Aimer ce corps étranger

Rémi a 28 ans. Sportif, il se fracture les deux os de l'avant-bras lors d'une compétition de judo. En raison de la gravité de la fracture, Rémi est opéré en urgence et du matériel dit « d'ostéosynthèse » est mis en place pour aider les os à consolider.

Il est immobilisé, plâtré. Rémi souffrant dès sa sortie de l'hôpital, le chirurgien orthopédique le rassure et lui explique qu'il est normal de ressentir quelques douleurs suite à l'intervention, le temps que les tissus traumatisés dégonflent. La douleur devient alors insupportable. Malgré les antalgiques, Rémi ne supporte plus les sensations pénibles et a l'impression que son bras va « éclater ».

De retour à l'hôpital, des radiographies de contrôle sont réalisées, et l'on s'assure qu'il n'existe pas d'œdème des tissus qui, comprimés dans le plâtre, pourraient expliquer les douleurs ressenties.

Le bilan est rassurant. Le matériel d'ostéosynthèse est en place, et le plâtre est tout à fait adapté. En somme, rien ne cloche. Sauf que le jeune homme souffre.

C'est dans ce contexte que je reçois Rémi.

Après un bref interrogatoire, je propose un exercice très simple d'induction. Rémi semble tout à fait sensible puisque le voilà présentant des signes de dissociation assez marqués.

Une fois une hypnose confortable installée, je propose à Rémi de porter son attention sur son bras. Il grimace et confie ressentir un pic de douleur insupportable. Je demande à Rémi d'essayer de délimiter les contours de cette douleur. Au bout de quelques minutes d'autoexamen, il me dit que la douleur semble provenir du matériel métallique, qu'il perçoit comme quelque chose d'étranger, de menaçant, de froid et d'agressif.

Dans l'hypnose, je propose à Rémi divers exercices afin de faire tomber cette sensation de menace, provenant de ces corps étrangers.

Après plusieurs suggestions et quelques métaphores, Rémi parvient finalement à changer sa représentation du matériel d'ostéosynthèse : celui-ci est devenu une sorte de tuteur naturel, comme on peut en mettre sur les rosiers afin qu'ils poussent droit. Le métal perd son côté menaçant et clous et vis prennent alors une connotation « bénéfique », « d'aide », et de « protection » le temps que le corps se répare de lui-même.

Je demande à Rémi de porter toute son attention sur cette perception bénéfique, jusqu'à être certain qu'elle sonne vraie dans ses tripes.

Je n'ai revu Rémi qu'une fois, car cette unique séance a été décisive : sa perception a été complètement changée. La douleur a complètement disparu en quelques jours.

Il s'est parfaitement remis.

Vous pouvez donc tirer bénéfice d'un travail sur vos représentations quelle que soit la thérapeutique dont vous bénéficiez (kinésithérapie, médicaments, etc.).

Portez régulièrement votre attention sur les effets bénéfiques attendus en projetant le soulagement.

Attendez de percevoir viscéralement, honnêtement, que le traitement est bon pour vous. Qu'il est là pour vous faire du bien, vous soutenir, vous protéger et vous régénérer.

Faites cet exercice régulièrement et notez en quoi cela potentialise votre guérison.

PEUT-ON DEVENIR DÉPENDANT À L'HYPNOSE ?

Il n'est pas possible de devenir dépendant de l'hypnose. Celle-ci ne peut devenir une addiction, puisque l'hypnose est une expérience naturelle. Ce qui pourrait devenir addictif serait l'envie de fuir la réalité, en prenant appui sur la capacité de l'hypnose à nous dissocier de l'environnement.

Le témoignage du médecin

J'ai eu une patiente qui consultait pour état dépressif chronique. Tout, dans son environnement personnel, participait à sa tristesse. En outre, elle ne supportait pas son mari. Rentrer chez elle le soir, après le travail, devenait un vrai calvaire. L'idée de devoir affronter son compagnon, pour qui elle n'avait aucun sentiment, broyait ma patiente.

Après une première séance d'hypnose réussie, le réflexe de ma patiente a été de réutiliser cet outil à son profit… Non pas pour installer les sensations agréables de l'expérience dans son quotidien, mais plutôt pour s'enfuir dans le virtuel que son imaginaire avait déployé pour elle. J'avais réellement manqué mon objectif : je pensais lui donner la capacité d'activer des ressources intérieures pour qu'elle s'y appuie, afin de mieux habiter son quotidien, et bien au contraire ma patiente avait saisi au vol cette opportunité de se couper du monde extérieur. Cette femme utilisait l'hypnose pour fuir le réel, et elle devenait dépendante de cette fuite…

Hélas, fuir la réalité ne lui a plus suffi et elle a dû accepter d'emprunter une autre voie pour retrouver une position confortable dans sa vie. Au bout de quelques séances supplémentaires, elle a appris à transposer ses ressources dans le présent, plutôt que de fuir ce dernier.

S'il n'est pas possible de devenir dépendant de l'hypnose, il est possible, en revanche, de développer une dépendance au thérapeute. Si ce dernier donne l'impression de détenir un pouvoir quelconque et que lui seul peut sortir la personne de sa souffrance, le patient ne pourra jamais s'autonomiser. Il est de la responsabilité du thérapeute de restituer au patient sa capacité à vivre le soulagement. Là encore, l'honnêteté dans la relation permettra de faire tomber les croyances et de rendre à chacun la place qui est la sienne, dans la thérapie.

PEUT-ON FAIRE DE L'HYPNOSE AVEC LES MEMBRES DE SA FAMILLE ?

Comme pour toute intervention en hypnose, les limites seront déterminées par le thérapeute (est-il à l'aise à l'idée de faire de l'hypnose avec des membres de sa famille ?), le patient (y a-t-il une demande ?) et le contexte (quelle est l'indication ?). Il est possible d'accompagner un proche dans une expérience hypnotique en usant de l'hypnose conversionnationnelle, en portant toute son attention sur les représentations de l'interlocuteur, sans pour autant entrer dans une transe classique et caractérisée. Il suffira d'être clair dans les intentions de l'intervention pour éviter tout désagrément, et mettre fin à l'expérience dès qu'elle déborde le champ de travail qui avait été préalablement défini.

En ce qui me concerne, je suis partisan de la maxime « nul n'est prophète en son pays » et je ne me risquerais pas à essayer de soigner un problème important chez un proche par l'hypnose. En revanche, il est tout à fait possible de réaliser une séance d'hypnorelaxation, ou encore de donner quelques trucs et astuces pour pratiquer soi-même l'autohypnose.

QUID DE L'HYPNOSE DE SPECTACLE ?

Certains amuseurs publics utilisent des techniques d'hypnose pour faire des spectacles. Ce sont des techniques d'hypnose réelles et efficaces, mais dédiées au contexte du music-hall. Une fois encore, c'est le contexte qui agit. Ce contexte est celui de la foule, du spectacle, de l'excitation, de l'anticipation anxieuse, du bruit, qui génèrent une suggestion massive de sensibilité au type d'hypnose utilisé par l'hypnotiseur. Autant ce type d'hypnose autoritaire (un deux trois dormez !) aurait de quoi choquer en thérapie, autant cette directivité est attendue et encouragée par les spectateurs présents.

C'est donc le contexte qui potentialise la suggestibilité des personnes qui montent sur la scène, et il suffit qu'un spectateur très suggestible tombe sous les imprécations autoritaires de l'hypnotiseur pour que grandisse chez tous ceux présents la croyance en un pouvoir irrésistible auquel nul ne pourra échapper. L'hypnotiseur aura, par ailleurs et au préalable, réalisé quelques tests de suggestibilité sur les personnes sélectionnées pour déterminer les sujets les plus influençables, et pourra occuper une bonne

partie de son spectacle à s'amuser de ces individus. Après tout, puisque 5 % de la population sont hypersuggestibles, sur un public de 200 spectateurs venus assister au spectacle, l'hypnotiseur pourra donc compter sur 10 personnes au moins qui accepteront les suggestions très facilement et donneront ainsi un spectacle très divertissant.

Cependant, pratiquer l'hypnose de cette manière est irrespectueux et dangereux. Pratiquée sur des patients prédisposés à une certaine fragilité psychique, l'hypnose expose à un risque non négligeable de décompensation.

Autant l'hypnose thérapeutique est une hypnose qui soigne et qui vise à rendre au patient son autonomie et sa compétence de vivant, à trouver le soulagement au travers d'une expérience propre à l'humain, autant l'hypnose de foire n'a aucun autre but que d'amuser la foule en se moquant des sujets choisis et en les transformant en pantins dépourvus de volonté. On peut également parler de manipulation. Les mentalistes, qui sont très à la mode, utilisent de nombreuses techniques de manipulation mentale pour réaliser des tours surprenants dans lesquels ils semblent pouvoir deviner les pensées d'autrui ou influencer le libre arbitre. La manipulation est aussi utilisée par les sectes, bien entendu.

Ce qui différencie l'hypnose thérapeutique de l'hypnose de spectacle réside en définitive dans l'intentionnalité et le contexte bienveillant du soin. C'est également la raison pour laquelle nous recommandons toujours vivement au patient de se renseigner sur la formation des praticiens, avant de s'en remettre à un thérapeute en hypnose.

Il m'est arrivé plus d'une fois de recevoir en hypnothérapie des patients qui n'allaient pas bien depuis une expérience d'hypnose de spectacle. S'ils avaient donné le change au moment du spectacle, ils n'ont pas tardé à développer par la suite quelques troubles qu'il a fallu prendre en charge avec prudence. L'obstacle à prendre en compte est alors la méfiance plus ou moins consciente qui engendre un degré certain de résistance à l'approche hypnotique, malgré le contexte désormais thérapeutique. Soit l'hypnose de scène avait été pratiquée chez un patient *borderline* et avait décompensé une pathologie sous-jacente jusqu'alors tout à fait contrôlée, soit l'hypnose provoquait une sorte de traumatisme qui engendrait des

troubles caractéristiques de type hypervigilance, hypercontrôle, se traduisant par une symptomatologie des plus variées.

Enfin, on citera le développement récent de « l'hypnose de rue » (*street hypnosis*, en anglais). Un hypnotiseur se promène dans les rues d'une ville, accompagné d'une caméra, et soumet les passants à diverses expériences d'hypnose de foire. Le principe reste celui de l'hypnose de music-hall, et les dangers restent les mêmes.

Je ne peux que conseiller au lecteur avisé de ne jamais se porter volontaire pour ce genre d'amusement public.

OceanofPDF.com

Conclusion

Depuis son premier avatar jusqu'à nos jours, l'hypnose a intrigué, choqué, émerveillé. Elle ne cesse de faire s'interroger les penseurs et les chercheurs de toutes les époques. Elle ne cesse de se transformer, de s'adapter, et échappe à toute tentative de catégorisation. Elle a généré de grands débats sur la place de l'influence dans la relation humaine et a permis de développer toute une réflexion autour de la relation, enceinte privilégiée dans laquelle se déroule la transformation vers la guérison.

Pourtant, malgré les désormais nombreuses études dont elle a été l'objet, parfois passée au crible par les instruments d'exploration les plus modernes des neurosciences, elle ne cesse d'échapper à toute tentative de modélisation et d'explication exhaustive. Il ne faut donc pas s'étonner qu'elle suscite encore aujourd'hui une certaine méfiance et une fascination qui font que certains la rejettent d'emblée et continuent à la classer dans les sciences dites « parallèles » voire « occultes. »

Pourtant, s'il y a du mystère dans l'hypnose ce ne sont que le mystère et l'émerveillement que suscite le règne du vivant. Nous avons découvert que l'hypnose relève d'un processus naturel, qui renvoie l'homme pensant au statut de vivant, lui donnant la possibilité de retrouver la souplesse naturelle pour se fondre dans la vie comme la plante s'oriente naturellement vers plus de soleil pour croître et se développer.

Dans notre société moderne, l'excès de cognitif, de contrôle, de maîtrise, est devenu générateur de pathologies. Nos collègues psychiatres parlent de société « psychotoxique ».

L'homme semble s'être tellement éloigné de sa capacité à s'adapter à son milieu qu'il redécouvre aujourd'hui le besoin du « naturel », du « créatif », du « silence », du « méditatif ».

L’artiste sait bien cela lorsqu’il doit s’isoler du monde, de ses exigences et de sa folie pour laisser se déployer sa capacité imaginative et réinventer le monde.

La plupart d’entre nous ressentons bien que ceci touche quelque chose de résolument vital. C’est l’animal en nous qui a parlé.

L’hypnose constitue une thérapie aux effets remarquables, parfois magiques. La médecine, en ce début de XXIe siècle, a rouvert largement ses portes à cette pratique qui comble les détracteurs de la pharmacologie et de la médecine hypertechnique. Le nombre d’étudiants en hypnose médicale ne cesse de croître dans les écoles diplômantes. Un engouement sans précédent semble s’installer dans tous les corps de métier, du médical au paramédical en passant par la psychologie et la psychothérapie.

Toutefois, on ne rappellera jamais assez la nécessité d’une formation de qualité, et l’importance de la bonne mesure dans la pratique de l’hypnose comme outil thérapeutique. L’hypnose ne transforme pas un chef d’entreprise en psychiatre, ou un médecin généraliste en anesthésiste. L’hypnose rajoute une compétence à un savoir-faire né d’une formation professionnelle adéquate.

Le risque qu’encourt l’hypnose aujourd’hui, c’est celui d’être pratiquée par des personnes dont la formation n’est pas celle souhaitée, et donc d’être mal utilisée. Si tel devait être le cas, au mieux, elle passerait pour inefficace, au pire elle causerait des dégâts considérables chez les patients.

L’hypnose risquerait alors de replonger à terme dans l’oubli, privant ainsi les patients qui en ont besoin d’une technique thérapeutique d’une grande efficacité, dès lors qu’elle est bien maniée.

Nous émettons le souhait que les autorités sanitaires réglementent cette pratique de façon rigoureuse, et d’ici là nous encourageons les patients à se renseigner quant à la formation des thérapeutes consultés.

Ces mises en gardes rappelées, après avoir exploré ensemble l’univers de l’hypnose, et en ayant tout à fait conscience que ce n’est là qu’une approche possible d’un sujet tellement vaste, j’espère vous avoir fait partager ma passion pour l’hypnose et vous avoir amené à la considérer comme une possibilité thérapeutique réelle. Peut-être même cette lecture

vous a-t-elle donné l'envie d'en savoir plus voire d'en faire vous-même l'expérience.

Enfin, je souhaite que l'hypnose apporte à ceux qui en bénéficieront et à ceux qui la pratiqueront autant qu'elle a pu apporter à mes patients et à moi-même. On ne peut faire l'expérience de l'hypnose sans en être transformé.

À une ère où la médecine est de plus en plus scientifisée et technicisée, l'hypnose se révèle être l'ingrédient manquant, permettant une prise en charge globale et respectueuse du patient.

Peut-être nous permet-elle ainsi d'entrevoir quelque chose de la médecine de demain ?

OceanofPDF.com

Bibliographie

- Aboulker P., Chertok L., Sapir M., *Analgésie psychologique en obstétrique*, Pergamon Press, Londres, Paris, 1959.
- Abrezol R., *Tout savoir sur la sophrologie*, Favre, Lausanne, 1989.
- Adrian J., « L'hypnose : une alternative à la psychanalyse ? », *Le Journal des psychologues*, 1995.
- Allain F., « L'hypnose : applications en odontologie », *L'Information dentaire*, 2003.
- André C., *Méditer, jour après jour*, L'Iconoclaste, 2011.
- August RV., *Hypnosis in Obstetrics*, Mc Graw-Hill, New York, 1961.
- Azam E., « Note sur le sommeil nerveux ou l'hypnotisme », Archives générales de médecine, Paris, 1860.
- Bandler R., Grinder J., *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson*, Vol.1, Meta Publications, Cupertino, 1975.
- Bandler R., Grinder J., *Les Secrets de la communication*, Le jour, 1982.
- Bandler R., *Un cerveau pour changer*, Interéditions, 1990.
- Bandler R., Ginder J., *Le Recadrage - Transformer la perception de la réalité avec la PNL*, Interéditions, 2014.
- Barrucand D., *Histoire de l'hypnose en France*, Presses universitaires de France, Paris, 1967.
- Benhaiem J.M. (sous la direction de), *L'Hypnose médicale*, Med-Line, Paris, 2003.
- Benhaiem J.M., *Enfin je maigris ! Le Déclic par l'autohypnose*, Albin Michel, 2008.

- Benhaiem J.M. (sous la direction de), *L'Hypnose aujourd'hui*, In Press, 2012.
- Benhaiem J.M., Roustang F., *L'Hypnose ou les portes de la guérison*, Odile Jacob, 2012.
- Bernheim H., *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, Études Nouvelles, Paris, 1884.
- Bernheim H., *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Doi, Paris, 1886.
- Bernheim H., *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, Fayard, 1891.
- Caycedo A., « Déclaration de Récife du Professeur Caycedo », *Sophrologie caycédienne*, 1997.
- Caycedo A., « Définition de la sophrologie et de la sophrologie caycédienne », *Sophrologie caycédienne*, 1998.
- Caycedo A., « La méthode Caycedo et l'existence sophronique : rencontre vivantielle entre l'Occident et l'Orient », *Sophrologie caycédienne*, 1998.
- Cayrol A., Saint-Paul J.D., *Derrière la magie. La Programmation Neuro Linguistique*, Interéditions, Paris, 1984.
- Charles F., Stroebel M.D., *The Quieting Reflex*, Putnam Pub. Group, avril 1982.
- Chertok L., *L'Hypnose*, Payot, Paris, 1989.
- Chertok L., *Le Non-savoir des psy. L'Hypnose entre la psychanalyse et la biologie*, Synthélabo, « Les empêcheurs de penser en rond », Le Plessis-Robinson, 1998.
- Cooper L., Erickson M., *The Time Distorsion in Hypnosis. In: Experimental Hypnosis*. Erickson, Mac Millan, New York, 1952.
- Corydon Hammond D., Taillandier J. (pour la traduction), *Métaphores et suggestions hypnotiques*, Satas, Bruxelles, 2009.
- Cudicio C., *Maîtriser l'art de la PNL. Programmmation neurolinguistique*, Éditions d'Organisation, Paris, 1988.
- Cudicio C., *Le Grand Livre de la PNL*, Eyrolles, 2011.

- Curtis C., *Hypnotherapy in a Specialist Palliative Care Unit: Evaluation of a Pilot Service*, International Journal of Palliative Nursing, 2001.
- Damasio A., *L'Erreur de Descartes : la raison des émotions*, Odile Jacob, 1995.
- Dilts R., *Changer les systèmes de croyances avec la PNL*, Interéditions, 2006.
- Edgette J. et J., *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*, Satas, Bruxelles, 2001 ; 99-115.
- Erickson M., « Deep Hypnosis and its Induction », in LeCron L.M., *Experimental Hypnosis*, Macmillan, New York, 1952.
- Erickson M., *Une introduction à l'étude de l'hypnose pour la maîtrise de la douleur,* Cahiers Anesth., mars 1966.
- Erickson M., Rossi E., Rossi S., *Hypnotic Realities*, Irvington, New York, 1976.
- Erickson M., *The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis*, Irvington, New York, 1980.
- Erickson M., *De la nature de l'hypnose et de la suggestion,* Satas, Bruxelles, 1999.
- Erickson M., Rossi E., Rossi S., *Traité pratique de l'hypnose*, Jacques Grancher, 2006.
- Erickson M., Rossi E.L., *L'Homme de février*, Satas, Bruxelles, 2009.
- Erickson M., *L'Intégrale des articles de Milton Erickson sur l'hypnose : tome 1, tome 2 et tome 3*, Satas, Bruxelles, 2009.
- Faymonville M.-E., « L'hypnose en anesthésie-réanimation, de l'application clinique aux mécanismes cérébraux », Thèse, Université de Liège, 2002.
- Freud S., Hypnose, *In* : *Œuvres complètes*. Freud, éd. Vol. IX, Presses Universitaires de France, Paris, 1988.
- Gamba L., *Comprendre la sophrologie bio-dynamique*, École de sophrologie de Genève, 1997.

- Gennart M., Duruz N., *Traité de psychothérapie comparée*, Médecine et Hygiène, Genève/Paris, 2002.
- Gilligan S., *Therapeutic Trances. The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*, Brunnel Mazel, New York, 1987.
- Godin J., *La Nouvelle Hypnose. Vocabulaire, principes, méthodes*, Albin Michel, Paris, 1992.
- Hoareau J., *Hypnose clinique*, Masson, Paris, 1992.
- Hilgard J.R., "Imaginative Involvement: Some Characteristics of the Highly Hypnotizable and the Non-Hypnotizable", *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 1974.
- Hull C.L., *Hypnosis and Suggestibility: an Experimental Approach*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1933.
- Iglesias A., *Hypnosis and Existential Psychotherapy with End-Stage Terminally Ill Patients*, American Journal of Clinical Hypnosis, 2004.
- Jacobson E., *Progressive Relaxation*, University of Chicago Press, Chicago, 1948.
- Janet P., *Les Médications psychologiques*, Alcan, Paris, 1919.
- Jouvent R., *Le Cerveau magicien*, Odile Jacob, 2013.
- Kabat-Zinn J., *Au cœur de la tourmente : la pleine conscience*, J'ai lu, 2012.
- Lachaux J.P., *Le Cerveau attentif : Contrôle, maîtrise et lâcher prise*, Odile Jacob, 2013.
- Marcus J., Elkins G., Mott F., "The Integration of Hypnosis into a Model of Palliative Care", *Integrative Cancer Therapies*, 2003.
- Michaux D., *La Transe et l'Hypnose*, Imago, Paris, 1995.
- Mills J.C., Crowley R.J., *Métaphores thérapeutiques pour enfants*. Hommes et Perspectives, Desclée de Brouwer,1995.
- O'Hanlon W.H., Martin M., *L'Hypnose orientée vers la solution*, Satas, Bruxelles, 2009.

- Olness K., Kohen D.P., *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, The Guilford Press, New York, 1996.
- Rager G.R., *Hypnose sophrologie et médecine*, Fayard, Paris, 1973.
- Richard P., « Pourquoi l'hypnose ? Mémoire pour le DU d'Hypnose Médicale 2003-2004 », Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, UFR Pitié Salpêtrière.
- Rosen S., *Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte*, Hommes et Groupes éditeurs, Paris, 1986.
- Rossi E.L., *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*, Le souffle d'or, 2002.
- Rossi E.L., *Cinq essais de génomique psychosociale*, Trance Lations, 2005.
- Rossi E.L., *Du symptôme à la lumière*, Satas, Bruxelles, 2009.
- Rossi E.L., *David N. The 20 Minutes Break, Using the New Science of Ultradian Rythms*, Jeremy P. Tarcher, Los Angeles, 1991.
- Roustang F., *Influence*, Les éditions de Minuit, Paris, 1990.
- Roustang F., *La Fin de la plainte*, Odile Jacob, Paris, 2000.
- Roustang F., *Il suffit d'un geste*, Odile Jacob, Paris, 2003.
- Roustang F., *Savoir attendre pour que la vie change*, Odile Jacob, Paris, 2006.
- Rizzolatti G., Sinigaglia C., *Les Neurones miroirs,* Odile Jacob, 2011.
- Salem G., « Du plausible au réel : les recadrages de l'hypnose », *Hypnose*, 1997.
- Salem G., Veuve L., *La Petite Pause. Une technique d'autohypnose*, Ling, Lausanne, 1999.
- Salem G., « L'Hypnose », *In*: Duruz N., Gennart M. *Traité de psychothérapie comparée*, Médecine et Hygiène, Genève, Paris, 2002.
- Salem G., Bonvin E., *Soigner par l'hypnose*, Elsevier Masson, 2012.
- Schapiro F., *Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures*, Interéditions, 2006.

- Schapiro F., *Dépasser le passé : se libérer des souvenirs traumatisants avec l'EMDR*, Seuil, 2014.
- Schultz J.H., *Le Training autogène, méthode de relaxation par décontraction concentrative* ; Essai pratique et clinique, Presses Universitaires de France, Paris, 1958.
- Servan-Schreiber D., *Guérir,* Pocket, 2011.
- Simon M.J., Salzberg H.C, *The Effect of Manipulating Expectancies on Post-Hypnotic Amnesia*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1985.
- Snel E., *Calme et attentif comme une grenouille*, Arenes Éditions, 2012.
- Spanos N.P., *Faux souvenirs et désordres de la personnalité multiple : une perspective socio-cognitive*, De Boeck University, Bruxelles, 1996.
- Spiegel H., *The Grade Five Syndrome : the Highly Hypnotizable Person*, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1974; 22: 303-319.
- Stern D.-N., *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, 4e éd., 2003.
- Stern R., *Possibilités d'application de l'hypnose et de la suggestion en pratique dentaire*, Deutsch. Zahnaerztl. Zschr., 1960.
- Stokvis B., Monserrat-Estève S., Guyonnaud J.P., *Introduction à l'hypnose et à la sophrologie*, Maloine, Paris, 1972.
- Varela F.J., Thompson E., Rosh E., *The Embodied Mind*, MIT Press, 1991.
- Van Loey C., *Du microtraumatisme à la guérison*, Dangles, 2009.
- Van Loey C., *Hypnose, EMDR, EFT… les nouveaux chemins de la guérison*, Dangles, 2011.
- Van Loey C., *Le Sentiment d'impuissance*, Dangles, 2013.
- Watts K.D., *Hypnosis in Dental Surgery. In Mason A.A : Hypnotism for Medical and Dental Practitioners*, Secker&Warburg, Londres, 1960.
- Yakpo D.M., Trancework, *An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*, Brunner &Mazel, New York, 1990.

OceanofPDF.com

Table des matières

Préface

Introduction

Première partie

HISTORIQUE DE L'HYPNOSE, UNE PRATIQUE « CAMÉLÉON »

Chapitre 1 : Le magnétisme animal
La puissance du fluide
Un succès grandissant
Quand les adeptes se multiplient
Des critiques tenaces

Chapitre 2 : Naissance de l'hypnotisme
Différents états
Tout est dans la suggestion
Le marchand de bonheur
La grande névrose hypnotique
La méthode cathartique
La recherche continue…

Chapitre 3 : Le renouveau
Une grande découverte
À chaque patient son hypnose
L'apport de François Roustang
L'hypnose, réhabilitée

Chapitre 4 : Les apports de Milton Erickson
L'observation du patient
L'inconscient comme réservoir de ressources
L'approche utilisationnelle
Le mode de représentation

La nécessité d'une thérapie individualisée
Faire tout ce qu'il faut
L'approche indirecte

Deuxième partie

DÉFINITIONS ET ROUAGES DE L'HYPNOSE : À LA FRONTIÈRE DU CORPS ET DE L'ESPRIT

Chapitre 5 : Une définition qui prête à confusion
Un état ?
Une expérience ?

Chapitre 6 : Compréhension du phénomène dans l'Histoire
Une pratique polymorphe
Le thérapeute dirige
Le thérapeute guide
Une aptitude propre au vivant
Un potentiel réorganisateur
Un potentiel d'homéostasie

Chapitre 7 : Le processus hypnotique : une définition organisatrice
Deux modes de perception
Une modélisation du processus hypnotique
L'hypnose, un processus
Le schéma du processus hypnotique
Intérêt de l'expérience hypnotique
Défaire ses liens pour en créer de nouveaux
Une juste utilisation du contrôle
Faire l'expérience de la sensorialité
Quand le virtuel devient réel
Même pas mal !
La force de la sensorialité première

Chapitre 8 : Les phases de l'hypnose
Se laisser transformer
Quand le changement devient possible
Illustration du processus hypnotique

Chapitre 9 : Première étape : créer l'alliance thérapeutique

Le contexte
Le consentement du patient
La détermination d'objectif et la démystification de l'hypnose
L'accordage : le premier temps du processus hypnotique
Le diagnostic médical en hypnose

Chapitre 10 : Deuxième étape : l'induction
Techniques d'induction
Induction visuelle
Induction kinesthésique
La relaxation comme induction kinesthésique
Induction auditive
Induction olfactive ou gustative
Les inductions complexes ou composées
Induction par un souvenir agréable
Induction par une activité agréable
Induction par souvenir d'une transe précédente
Induction par confusion
Faire comme si

Chapitre 11 : Troisième étape : la dissociation
La dissociation dans l'hypnose
La dissociation dans la pathologie

Chapitre 12 : Quatrième étape : la perceptude
Les signes de la transe
L'hypnose sèche
Les exercices d'hypnose dans la perceptude
Les suggestions
L'imagination dans l'hypnose
Les phénomènes hypnotiques
Les distorsions sensorielles
La catalepsie
La lévitation
La dissociation
La désorientation
La régression en âge
La progression en âge
L'amnésie

L'hypermnésie
Les techniques idéomotrices et idéosensorielles
La résistance
L'implication du thérapeute
Le transfert en hypnose
Le « réveil »
Vérifier l'efficacité de l'intervention

Chapitre 13 : La suggestibilité et la profondeur de l'hypnose
La suggestibilité
Exemple de tests de suggestibilité : échelle en 10 items
La profondeur de transe
Les échelles de profondeur de la transe

Chapitre 14 : Comment ça marche : neurosciences
Que se passe-t-il dans le cerveau pendant l'hypnose ?
Quand la science rejoint l'empirisme ?
Le cas du placebo
Quelques mots d'histoire
À substance inerte, puissance variable
Effet placebo et effet nocebo
Voies d'action du placebo
L'hypnose est-elle un placebo ?

Chapitre 15 : La technique hypnotique
Une méthodologie du parler hypnotique
La technique hypnotique comme catalyseur du changement
Quelques principes de la technique hypnotique
La détermination d'objectif
Les canaux de communication
Le principe de l'expectation positive
La ratification
La communication à plusieurs niveaux
Le langage verbal
Le langage non verbal : l'emploi de la gestuelle

Troisième partie

L'HYPNOSE QUI SOIGNE : LE PRINCIPE DE GUÉRISON

Chapitre 16 : Nouveaux éclairages, nouvelles stratégies thérapeutiques
Quand le processus hypnotique nous éclaire sur le mécanisme d'installation de la pathologie
Les principes thérapeutiques
Élargir la perception
Lâcher le contrôle
Réassocier
L'imagination comme support au changement
Le rôle du thérapeute

Chapitre 17 : L'autohypnose
Quand pratiquer l'autohypnose ?
En quoi consiste la pratique de l'autohypnose ?
Être son propre thérapeute
Pratiquer en complément d'une thérapie
La transe hypnotique au quotidien, un art de vivre
Quelques exercices…
Protocole d'autohypnose
La détermination de l'objectif
Êtes-vous vraiment décidé à atteindre cet objectif ?
Quel sera votre levier motivationnel ?
Qu'est-ce qui justifie ce changement de positionnement ?
Avez-vous plus à perdre en essayant de changer, qu'en n'essayant pas ?
Et vous ? Quel est votre levier motivationnel ?
Protocole 1 - Votre programme quotidien d'autohypnose : l'exercice de base
Votre programme d'autohypnose : atteindre votre objectif
Le principe
Jusqu'à quel point êtes-vous motivé ?
Le bilan : pas à pas
L'échelle de confiance

Chapitre 18 : Les applications de l'hypnose
L'apport de l'hypnose
Un autre regard sur la réalité
Faire l'expérience du dépouillement
La perception gagne en souplesse

Expérience pure
Les indications
En psychiatrie
En médecine
La psychosomatique : l'hypnose et le stress
L'apport de l'hypnose dans le contexte du stress et de l'anxiété chronique
L'État de stress post traumatique : l'ESPT
Hypnose et douleur
Hypnose et douleur aiguë
Les contre-indications et les limites
La nature de l'acte chirurgical
Le profil du patient
Les bénéfices de l'hypnosédation
Hypnose et obstétrique
Avant l'accouchement
Pendant la grossesse
Hypnoanalgésie et délivrance
Hypnose et post-partum
Hypnose et douleur chronique
Qu'est-ce que la douleur chronique ?
Quelle prise en charge ?
Quels traitements ?
Hypnose et dentisterie
Hypnose et pédiatrie
Quelques exercices communément cités dans la littérature…
Quelques exercices d'hypnose pratiqués en hypnopédiatrie…
Hypnose et gériatrie
Que proposer aux personnes âgées ?
Hypnose et soins palliatifs
Hypnose et psychiatrie
La psychose
La dépression
La phobie
Les troubles du comportement alimentaire
Hypnose et addictions
Pas de bon sens qui tienne !

Accompagner le changement de perception

Chapitre 19 : Limites et contre-indications de l'hypnose
Les limites de l'hypnose
Les contre-indications

Chapitre 20 : Psychothérapies : des avatars de l'hypnose ?
Une réorganisation perceptive propre à toute thérapie
Quelques thérapies en détail
La sophrologie
La PNL
La méditation et la relaxation
L'EMDR

Chapitre 21 : La formation à l'hypnose et pour quel public ?
Apprendre à désapprendre
Techniques, exercices et protocoles
Rien ne remplace l'expérience

Foire aux questions

Conclusion

Bibliographie

OceanofPDF.com

Pour suivre toutes les nouveautés numériques du Groupe Eyrolles, retrouvez-nous sur Twitter et Facebook

 @ebookEyrolles

 EbooksEyrolles

Et retrouvez toutes les nouveautés papier sur

 @Eyrolles

 Eyrolles

OceanofPDF.com