

Christophe Chaumet

HYPNOTHERAPIE

Psychothérapie sous Hypnose

Edition PSYPLUS

Imprimé par lulu.com
3101 Hillsborough St. | Raleigh | NC | USA

Première édition - octobre 2010
Dépôt légal novembre 2010

© 2010 PSYPLUS – Les Chaberts 07200 Vesseaux
ISBN 978-2-9537479-0-4

Ce n'est pas, en premier lieu, pour éclairer un passé inchangeable qu'on a recours à la psychothérapie, mais parce qu'on n'est pas satisfait du présent et qu'on désire rendre meilleur son avenir.

Milton Erickson - préface du livre
« Changements : paradoxes et psychothérapie »
de Watzlawick, Weakland et Fisch.

La psychothérapie est interprétée comme un processus dans lequel le néocortex apprend à exercer un contrôle sur des systèmes émotionnels évolutivement anciens.

The emotional brain - Joseph Ledoux –
Professeur à l'Université de New York, principal
découvreur des circuits de la peur.

Table des matières

INTRODUCTION

OBJECTIF DE LA FORMATION

Guérison ou amélioration ?.....	16
Changer.....	17
Causes et origines.....	18
Les troubles psychologiques.....	18
Les dépressions.....	19
Les troubles anxieux.....	19
Les troubles somatoformes.....	20
Le stress post-traumatique.....	20
Les troubles névrotiques.....	20
Les dysfonctionnements sexuels.....	20
Troubles du sommeil.....	21
Tabagisme.....	21
Le bégaiement, l'onychophagie.....	21
Les troubles alimentaires.....	21
Ce qui ne marche pas.....	22
L'hypnose ericksonienne.....	22
Chaque individu est unique.....	22
Chacun possède sa propre vision du monde.....	23
Prenez ce que vous apporte le patient.....	24
Donner au patient ce dont il a besoin.....	25
Plan général de la formation.....	25

Première partie : COMMUNIQUER

LE METAMODELE

Un modèle linguistique.....	28
Phrases bien formées.....	29
Ambigüité.....	29
Index de référence.....	29
Présuppositions.....	30
Les erreurs courantes.....	30
Les omissions.....	30
Les comparatifs et les superlatifs.....	30

Sous-entendus.....	31
Opérateurs modaux.....	31
Les généralisations.....	31
Les quantificateurs universels.....	32
Les stratégies de réponses.....	32
Revenir au concret.....	33
Proximité.....	33
Les verbes incomplètement spécifiés.....	34
Les distorsions.....	34
La nominalisation.....	34
Les présuppositions.....	35
Les phrases sémantiquement mal formées.....	35
Cause et effet.....	35
X mais Y.....	36
La lecture de pensée.....	36
Le performatif manquant.....	37
Retourner au concret.....	38
VAKO – COMMUNICATION NON-VERBALE	
Image du monde.....	39
Systèmes de représentation.....	39
Le VAKO.....	40
Détection du canal préféré.....	41
Le langage.....	41
Les mouvements oculaires.....	41
Tester le canal préféré.....	42
Utilisation du canal préféré.....	43
La communication non verbale.....	44
Les émotions.....	44
Détecter les Incongruences.....	45
Entraînement quotidien.....	47
Exercices d'applications.....	48
Le conciliant.....	48
Le blâmeur.....	49
Le calculateur.....	49
L'amuseur.....	50
La synchronisation.....	50
Position et non-verbal.....	51
Synchronisation et langage.....	51
S'entraîner à la synchronisation.....	51
Un cas extrême d'Erickson.....	52
La proxémie.....	52

LE LANGAGE DU CHANGEMENT

Les suggestions indirectes.....	54
L'orientation indirecte sur des processus associatifs.....	55
Les questions qui orientent, suggèrent et renforcent.....	55
Liens et doubles liens thérapeutiques.....	56
Truismes utilisant des processus idéomoteurs.....	56
Les suggestions composées.....	57
Deux affirmations connectées dont la première est un truisme.....	57
Implication logique entre deux propositions dont on sait que la première va se faire.....	58
Prédiction d'un comportement, tempéré d'une variable temporelle, qui augmente le degré de liberté apparent du patient.....	58
Une suggestion est subordonnée à un comportement en cours ou à venir.....	58
Autres modèles.....	59
Directives implicites.....	59
Les suggestions ouvertes.....	59
Suggestions couvrant toutes les possibilités de réponse.....	60
Apposition des contraires.....	60
Dissociation et surcharge cognitive.....	61
Utilisation des préférences sensorielles.....	62
Le Milton-modèle.....	63
Être non spécifique.....	63
Cause et effet, Implications.....	64
Présuppositions.....	64
Liaisons.....	64
Être permissif.....	65
Ne pas savoir, ne pas faire.....	66
La séquence d'acceptation.....	66
Le saupoudrage.....	66
N'est-ce pas ?.....	67
Le Recadrage verbal.....	67
Intention.....	69
Redéfinition.....	69
Conséquences.....	69
Chunk down.....	70
Chunk up.....	70
Analogie.....	70
Taille du cadre.....	71
Autre but.....	71
Modèle du monde.....	71
Stratégie de réalité.....	71
Contre-exemple.....	72
Hiérarchie des critères.....	72
Auto-application.....	72

Méta-niveau.....	72
------------------	----

Deuxième partie : COMPRENDRE

EXERCICES D'ANALYSE DU DISCOURS DES PATIENTS

Premier exemple.....	74
Deuxième exemple:	75
Troisième exemple.....	78
Quatrième exemple:	81
Cinquième exemple.....	83
Sixième exemple.....	84
Septième exemple.....	86
Conclusions.....	88

LA DETERMINATION DES OBJECTIFS

Principes généraux.....	90
Schéma de questionnement.....	91
Utiliser le Métamodèle.....	93
Ne pas se contenter des apparences.....	93
Exemples.....	93
Cas n°1.....	94
Cas n°2.....	94
Cas n°3.....	94
Cas n°4.....	94
Cas n°5.....	95
Cas n°6.....	95
Cas n°7.....	95
Cas n°8.....	95
Cas n°9.....	96
Cas n°10.....	96
Cas n°11.....	96
Cas n°12.....	96
Cas n°13.....	96
Cas n°14.....	97
Cas n°15.....	97
Cas n°16.....	97
Cas n°17.....	97
Cas n°18.....	98
Cas n°19.....	98
Cas n°20.....	98
Conclusions.....	98

Troisième partie : INDUIRE L'ETAT D'HYPNOSE

L'HYPNOSE

Qu'est-ce que l'hypnose?	100
La preuve par l'imagerie médicale.....	100
Un état naturel.....	101
Profondeur de transe.....	102
Propriétés de l'hypnose	104
Les phénomènes hypnotiques.....	104
La catalepsie.....	104
La lévitation.....	105
L'hypermnésie et l'amnésie.....	105
La dissociation.....	106
L'analgésie et l'anesthésie.....	106
Variabilité des phénomènes hypnotiques.....	106
Les signes de transe et tests de l'état hypnotique.....	106
Expérience subjective du patient.....	107
Hypnotisabilité.....	108
Les mythes de l'hypnose.....	109
Hypnose et suggestions.....	110
Rassurer les patients.....	110

L'INDUCTION – Première partie

Les principes généraux.....	112
1 - La fixation de l'attention.....	112
2 – La désactivation des cadres conscients.....	113
3 – Recherche inconsciente.....	114
4 – Déclenchement de processus inconscients.....	114
Tester l'état.....	115
S'adapter au patient.....	115
Exercices d'application.....	116
Les questions qui orientent :	116
Premier modèle:	116
Deuxième modèle:	117
Troisième modèle:	117
Les doubles liens.	118
Premier modèle:	118
Deuxième modèle:	119
Les truismes utilisant des processus idéomoteurs,	119
Les suggestions composées.....	119
Premier modèle:	119
Deuxième modèle:	120
Troisième modèle:	121
Recette de cuisine.....	122

EXEMPLES D'INDUCTION

Exemple 1 : Association.....	123
Exemple 2 : Certitude de changer.....	128
Exemple 3 : Une relaxation rapide	134
Exemple 4 : Mon induction n°1.....	136
Exemple 5 : Descente du bras.....	145
Exemple 6 : Lévitiation du bras.....	146
Exemple 7 : Confusion et dissociation.....	148
Exemple 8 : Ici et là-bas.....	150
Rappel de la structure d'une induction.....	152

L'INDUCTION - Deuxième partie

Exercice d'application.....	153
Résistance à l'induction.....	155
Rassurer les patients.....	156
Confusionner les patients.....	156
Processus inconscients.....	158
Approfondissements.....	158
L'abréaction.....	159
L'Induction rapide.....	159

Quatrième partie : CHANGER

LES CROYANCES

Valeurs et critères.....	162
Croyances limitantes.....	162
Croyance et vision du monde.....	163
Les prédictions qui se réalisent.....	163
Premier exemple:.....	164
Deuxième exemple:.....	164
Troisième exemple:.....	164
Quatrième exemple:.....	164
Cinquième exemple:.....	164
Sixième exemple:.....	165
Septième exemple:.....	165
Huitième exemple:.....	166
Neuvième exemple.....	166
Dixième exemple.....	166
Onzième exemple.....	166
Les pièges classiques.....	167
Le hareng rouge.....	167
L'écran de fumée.....	167

Le poisson dans les rêves.....	168
Changer des croyances.....	169
Conclusions.....	169
LES SOUS-MODALITES	
Définition.....	171
Utilisation.....	172
La technique du Swish.....	173
Application pour les phobies.....	174
Technique pour les contenus auditifs.....	175
Créer ou changer une croyance.....	176
Limitations.....	176
METAPHORES ET CONTES	
Les contes.....	178
Construire un conte thérapeutique.....	180
Quelques exemples classiques.....	182
Le Phare.....	182
Marche en montagne.....	182
Fées et magiciens.....	182
Les contes traditionnels.....	183
La métaphore du chemin de vie.....	183
La place dans le monde.....	184
La Bibliothèque.....	185
Le Coffre-fort.....	185
Le Lac magique.....	186
L'enfant perdu dans la forêt.....	186
Questions / Réponses.....	187
Quand vous racontez un conte, faites-vous une transition avec autre chose ou vous arrêtez-vous là?.....	187
Le conte doit-il avoir une chute ?.....	187
Quelques métaphores d'Erickson.....	188
Anorexie et nourriture.....	188
Douleurs chroniques.....	188
Pipi au lit.....	189
Peur des examens.....	189
Métaphore d'apprentissage.....	190
Métaphore pour préparer la thérapie.....	190
Autre métaphore d'apprentissage.....	191
Métaphore pour l'oubli.....	191
Variabilité du temps.....	192
Apprentissage inconscient.....	192
Croyance erronée.....	193
L'état d'hypnose.....	193
Croyances de l'enfance.....	193

COMMUNICATION AVEC L'INCONSCIENT

Les canaux de communication.....	196
Communication à double sens.....	196
Le langage de l'inconscient.....	197
Les symboles.....	197
Les métaphores.....	197
Mise en place.....	198
Le signaling.....	198
Les mouvements inconscients.....	199
Les images et les rêves éveillés.....	200
La métaphore du cinéma.....	200
Le Guide intérieur.....	201
Rêveries.....	202

TECHNIQUES DE CHANGEMENT

Le changement en thérapie.....	203
Intention positive.....	203
Outils d'investigation.....	204
Pont des affects.....	204
Abréaction.....	205
Signaling et questionnement.....	206
Autres techniques.....	207
Le Recadrage.....	207
Travail sur les parties.....	209
Exploration.....	209
Fusion des parties.....	210
L'image du monde, les croyances, les souvenirs.....	211
Ré-empreinte.....	211
L'enfant en soi – le double.....	212
Les sous-modalités.....	213
Futurisation.....	213
Les niveaux logiques.....	214

STRATEGIES

Les dépressions.....	216
La technique de deuil.....	219
Le pessimisme.....	221
Les troubles anxieux.....	223
Cas général.....	226
Les angoisses, les attaques de panique.....	227
Les phobies.....	229
L'agoraphobie.....	231
Les changements de comportement.....	232
Le recadrage des moyens.....	232
Le modèle ou générateur de comportements.....	233

Arrêt du tabac.....	233
L'estime de soi, la confiance en soi.....	235
Le Géant.....	236
La Cérémonie.....	237
Comment faire pour se protéger des patients ?.....	238

ETUDE DE CAS

Cas n°1:.....	240
Cas n°2.....	243
Cas n°3.....	245
Cas n°4.....	245
Cas n°5.....	247
Cas n°6.....	249
Cas n°7.....	251
Cas n°8.....	253
Conclusions.....	255

AUTOHYPNOSE

Principes généraux.....	257
Des techniques spécifiques.....	258
Arrêter les pensées.....	258
La spirale sensorielle.....	259

ANNEXES

ANNEXE 1 - LA DOULEUR

Le signal d'alarme.....	262
Métaphore personnelle.....	263
La dissociation.....	264
Localiser la douleur.....	265
Déplacer la douleur.....	266
Dissoudre la douleur.....	266
Surprise.....	266
Analgésie.....	267
La contraction du temps.....	268
Conclusion.....	269

ANNEXE 2 - SCRIPTS

Relaxation progressive.....	270
Relax rapide.....	274
Lévitation du bras.....	275
Imaginer.....	277
Induction Plage.....	279

Induction Lieux Merveilleux.....	281
La catalepsie du bras.....	284
Ressentir le froid.....	286
Ressentir le chaud.....	288
Un signal de l'inconscient.....	289
Signaling.....	291
Guide intérieur.....	294

ANNEXES 3 – PROTOCOLES

Recadrage de moyens.....	297
Mettre en place un nouveau comportement.....	298
Le Swish.....	298
La Ré-empreinte.....	299
Désensibilisation rapide.....	300
Le Deuil.....	300
Fusion des parties.....	301

BIBLIOGRAPHIE

Milton Erickson.....	303
Sur Erickson.....	303
Les autres.....	304

INTRODUCTION

Ce livre est la transcription d'une session de formation qui s'est déroulée pendant l'année 2009. Le langage parlé originel a été réécrit pour être plus facilement lisible. Les chapitres ont été restructurés pour permettre une progression plus facile par les lecteurs. Tous les travaux pratiques ont été enlevés, hors contexte ils perdent tous leurs sens, et toutes les références à des personnes réelles ont été modifiées. Mais l'essentiel du contenu est là.

Ce livre est accessible à tous, il ne demande pas de connaissance particulière. Il peut être utilisé comme support par le thérapeute qui souhaite se former à l'hypnothérapie, mais il ne peut pas se substituer à une formation complète qui implique énormément de travaux pratiques.

Il peut également être lu par n'importe quel individu, simplement curieux, qui souhaite mieux connaître cette pratique thérapeutique en dépassant les clichés, mythes et légendes qui entourent l'hypnose et freine sa progression dans le grand public.

Les personnes qui sont intéressées par l'hypnothérapie, pour elles-mêmes, mais qui ont des réticences, justement à cause de ces mythes et légendes, pourront y trouver la confiance nécessaire à une thérapie, en découvrant qu'il n'y a rien de magique, que l'hypnothérapie est basée sur des faits bien solides, que cela n'a rien de farfelu. Elles pourront y découvrir que l'hypnose est un phénomène psychophysiologique démontré scientifiquement grâce aux techniques modernes d'imagerie médicale.

Le lecteur pourra découvrir que l'hypnose n'est qu'un outil, seule elle ne soigne pas, mais elle permet des interventions de changements psychologiques qui ne peuvent avoir lieu que dans cet état. C'est un peu comme une anesthésie avant une opération de chirurgie: l'anesthésie ne soigne pas, mais elle est indispensable pour faire le travail de soin.

Tous les concepts et techniques décrits dans cet ouvrage sont le résultat de recherches qui ont démarré au début du XXe siècle, et c'est donc avec des décennies de mise au point, de rodage qu'elles sont présentées ici. La personne ayant le plus influé sur l'utilisation de l'hypnose en psychothérapie est le Dr Milton H. Erickson (1901-1980), psychiatre et psychologue, fondateur de l'Association Américaine d'Hypnose Clinique en 1957, qui a donné son nom au courant moderne de l'hypnose en psychothérapie: l'hypnose ericksonienne.

Les travaux d'Erickson ont été à la base de nombreux courants en psychothérapie, même sans utilisation de l'hypnose: thérapies brèves, thérapie systémique, Programmation Neuro-Linguistique (PNL), thérapie centrée sur la

solution, etc. Toutes ces pratiques ont vu le jour aux USA où elles sont utilisées depuis longtemps, et se sont répandues un peu partout dans le monde, mais leur utilisation en France se heurte au conservatisme du milieu médical et des psychanalystes. Cela est fort dommage surtout pour toutes les personnes qui pourraient bénéficier d'une amélioration rapide de leurs conditions grâce à ces thérapies modernes.

L'hypnose ericksonienne n'est pas dogmatique. Milton Erickson a toujours refusé de créer un courant de pensée ou une école, disant que cela ne pouvait que gêner les thérapeutes d'avoir des cadres de pensée trop étroits. L'essence de l'hypnose ericksonienne est de s'adapter au patient, et comme chaque individu est unique, chaque thérapie est aussi unique. Néanmoins, Erickson et ses successeurs ont mis au point des outils thérapeutiques et ce sont ces outils, avec des exemples de mise en oeuvre, qui sont décrits dans ce livre.

La thérapie ericksonienne reste un art dans le sens où le thérapeute doit créer pour chaque patient de nouvelles façons de procéder. L'imagination du thérapeute est constamment sollicitée pour trouver pour chaque patient le chemin qui va le conduire vers ses objectifs. Les personnes très routinières qui aiment appliquer des recettes sans se poser de question ne peuvent pas devenir de bons thérapeutes ericksoniens. Il en est de même pour les personnes qui souhaitent gagner beaucoup d'argent sans se fatiguer. Les séances d'hypnothérapie ericksonienne sont longues, d'une à deux heures en ce qui concerne ma pratique personnelle, et demandent une grande concentration du thérapeute qui doit s'adapter en temps réel aux réactions du patient.

La thérapie ericksonienne est une thérapie active aussi bien pour le patient que pour le thérapeute. Il n'est pas question de laisser parler un patient sans intervenir. C'est comme chez un médecin, si vous allez le voir c'est pour qu'il intervienne sur votre état et l'améliore, ce n'est pas juste pour que vous lui racontiez comment vous vous sentez mal, en espérant que ça guérisse tout seul.

Par contre, les personnes motivées par le désir d'aider les autres, et prêtes à s'impliquer personnellement dans une pratique exigeante, mais qui donne des résultats réels et rapides trouveront dans l'hypnothérapie ericksonienne un cadre large, souple, et puissant, des outils performants, et finalement une satisfaction et un épanouissement certain.

OBJECTIF DE LA FORMATION

Cette formation est destinée à vous former à l'hypnothérapie, plus précisément, à vous rendre capable d'utiliser l'hypnose pour faire de la psychothérapie et du développement personnel. L'hypnose est un état qui peut être utilisé pour différents objectifs. Ce qui nous intéresse ici c'est son utilisation pour provoquer des changements dans l'esprit des patients pour rendre leur vie ou un aspect de leur vie meilleur. Bien entendu, cette formation va vous apprendre à « faire de l'hypnose » mais aussi, et surtout, à utiliser cet état dans lequel vous allez guider vos patients pour faire ces changements psychologiques profonds.

Guérison ou amélioration ?

Le langage étant intrinsèquement ambigu, il est parfois nécessaire de se mettre d'accord sur la signification de mot que l'on croit comprendre tous de la même manière, mais qui en fait renferme plusieurs sens. La première question de ce genre, et on en verra d'autres par la suite, c'est: « quand on parle de psychothérapie, est-ce qu'on parle de guérison ou d'améliorations ? » Des fois on pourra parler de guérison dans la mesure où le problème des patients a complètement disparu de leur vie. Cela ne veut pas dire que cela n'existe plus dans leur tête, cela veut dire que ça ne les gêne plus dans leur vie. C'est ça qui est important. Il s'agit d'un but pragmatique, on ne fait pas de la théorie, on n'essaye pas de les faire rentrer dans un moule quelconque, on cherche juste à rendre leur vie meilleure et parfois cela va jusqu'à la disparition complète des symptômes. S'ils ne disparaissent pas complètement, mais que les améliorations apportées dans la vie des patients leur permettent d'en tirer un certain bénéfice, un confort de vie, une satisfaction, alors on pourra estimer que nous avons atteint nos objectifs en tant que thérapeute.

Un exemple est donné par les gens qui ont une très grande sensibilité à la peur. Ce sont des gens qui développent facilement des phobies, ou qui sont angoissés par tout et n'importe quoi. Pourquoi sont-ils sensibles comme cela, on ne le sait pas. Cela peut être dû à des raisons physiologiques, des circuits cérébraux, comme ceux de l'hippocampe ou de l'amygdale qui sont particulièrement réactifs. Est-ce inné ? Est-ce dû à un contexte particulier lors de leur développement cérébral dans l'enfance ? On ne le sait pas encore. Ces gens-là, on peut les aider, par exemple en les libérant de leurs phobies. Ils ne vont plus avoir de crise de peur intense, de crise de panique lorsqu'ils seront en présence de ce qui déclenchait leur phobie, mais cela ne va pas changer leur sensibilité à la peur qui elle va rester. On peut aussi les aider, de façon plus

générale, en leur apprenant à contrôler leurs émotions. Une émotion se traduit par des enchaînements de réactions qui conduisent à des réactions physiologiques et comportementales. On peut leur apprendre à dévier ces mécanismes pour changer leurs comportements. Cela demande un certain entraînement, mais c'est faisable. Ces gens-là ne sont pas guéris dans le sens où ils ont toujours un problème, mais ils sont capables d'avoir une vie nettement meilleure.

Un autre exemple est celui des douleurs chroniques. Ce n'est pas vraiment un problème de psychothérapie, mais c'est une bonne illustration. On ne peut pas supprimer la cause d'une douleur par l'hypnose, mais on peut faire en sorte que cela soit beaucoup plus supportable, et qu'elle ne gêne plus ou presque plus. Les gens qui ont des douleurs chroniques sont très contents de pouvoir diminuer ces douleurs, ou de les rendre plus brèves dans le temps, ou de pouvoir passer outre et mener une vie plus satisfaisante. Vous pourrez trouver dans les écrits d'Erickson des récits qui expliquent comment il a aidé des personnes qui avaient des cancers en phases terminales, qui souffraient atrocement et pour lesquels les analgésiques les plus puissants de l'époque n'avaient plus d'effet ou bien les abrutissaient tellement qu'ils ne pouvaient plus vivre de manière acceptable le peu de temps qu'ils leur restait. Il a appris à ces gens à vivre malgré cette douleur et à ne plus la ressentir aussi perturbante qu'elle l'étaient auparavant.

Changer

Les questions qu'on peut se poser ensuite sont: « changer c'est bien, mais changer quoi ? Est-ce qu'on peut tout changer ? Est-ce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas changer ? »

A priori, il y a des choses qu'on ne peut pas changer et il est bon d'en avoir conscience. Il est inutile de se fustiger parce qu'on n'a pas réussi à faire quelque chose d'impossible. Il y a toute une classe de problèmes psychologiques qui sont dû à des causes physiologiques et qu'on ne peut pas guérir, tout au plus peut on parfois trouver des contournements. Par exemple des gens qui ont eu un accident vasculaire cérébral, une partie du cerveau a été endommagé, des neurones ont été détruits et ils ne repousseront plus. On peut apprendre à ces gens là à fonctionner autrement, on peut leur apprendre à contourner leur problème. Le cerveau étant plastique, il peut se reconfigurer, des connexions peuvent se faire et se défaire, pour arriver à un fonctionnement meilleur. Ce n'est pas un changement complet et radical, mais c'est une amélioration très importante pour les gens qui vivent ces drames, et ils en sont demandeurs.

Alors qu'est-ce qu'on peut changer ? On ne connaît pas tout sur la psychologie. Il s'agit d' une science récente, à l'échelle des connaissances humaines. L'esprit est quelque chose de très complexe, en plus, tous les gens sont différents, ils ont un vécu différent, un contexte familial, culturel et social différent, et il est très difficile de définir des lois générales avec une telle

diversité. Il existe beaucoup de théories et d'hypothèse, mais assez peu de faits bien établis et acceptés par tous. Il y a beaucoup de choses que l'on peut changer dans le fonctionnement d'un esprit humain, mais je pense qu'on ne peut pas tout changer et pas forcément de la même manière chez tout le monde. Il y a des choses qui ne sont pas changeables dans l'état actuel des connaissances et c'est bien dommage. Peut-être que dans dix ans ou vingt ans nos connaissances auront suffisamment progressé et que des choses qu'on pensait aujourd'hui ne pas être changeables vont se révéler être changeables par certains moyens. Ce que je vais vous apprendre, c'est ce que je connais et ce que je sais faire aujourd'hui. Cette formation ne prétend pas être complète, vous pourrez acquérir bien d'autres connaissances par d'autres moyens, mais elle a pour objectif de vous donner les capacités de commencer à exercer ce métier avec efficacité et conscience.

Causes et origines

Comme le disait Erickson, l'hypnose permet un accès aisé à l'inconscient du patient. Il permet de s'attaquer aux causes internes de ses problèmes. Par causes j'entends ce qui est dans l'esprit du patient et qui lui fait penser ou agir d'une manière qui conduit à un résultat qu'il ne souhaite plus. Il faut faire la différence entre cause et origine du problème. L'origine c'est l'historique de ses troubles, ce sont les événements qui l'ont conduit dans l'état dans lequel il se trouve. Les causes, ce sont ce qui le fait fonctionner actuellement de cette manière particulière.

En hypnothérapie, on peut s'attaquer aux causes des troubles parce que l'hypnose nous permet d'accéder aux mécanismes psychiques inconscients qui produisent et entretiennent ces troubles. Parfois on peut être amené à travailler sur l'origine du problème, mais ce n'est pas une obligation. On peut très bien provoquer un changement dans le fonctionnement d'un individu sans pour autant savoir ce qui l'a conduit dans cet état.

Les troubles psychologiques

Quand on parle de psychothérapie, on parle de problèmes psychologiques. Il existe des classifications de ces problèmes psychologiques. J'en connais deux importantes, le Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie, et la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Faites essentiellement par des psychiatres et des psychologues, ce sont des listes de symptômes associées à des noms de maladie, mais elles n'apportent rien sur les causes des troubles. Elles sont une référence et permettent un langage commun aux professionnels de la santé. Il est utile pour le thérapeute de connaître ces classifications. Mais, pour pouvoir faire de la thérapie nous avons besoin de savoir comment fonctionne la

personne, comment ses symptômes se manifestent, comment le patient vit, comment il pense, et donc les mécanismes qui sont dans les profondeurs de l'esprit. Les symptômes, c'est la surface des choses. On a besoin d'aller voir en dessous comment ça marche et pourquoi en surface on a ces symptômes. Les symptômes ont une signification, mais ils ne nous apprennent pas grand-chose sur comment les faire partir. On peut classer des tas de gens ensemble sur la base de symptômes communs alors que leurs mécanismes psychiques sont complètement différents. On va quand même reprendre ces classifications pour avoir un point de repère, un point de départ, et essayer de répondre à la question « qu'est-ce qu'on peut changer ? ». Question qui gagne en précision quand on la reformule ainsi: « qu'est ce qu'aujourd'hui je sais qu'on peut changer ? ».

Les dépressions

« Dépressions », « épisodes dépressifs », « troubles dépressifs », etc., suivant les classifications, se traitent bien par l'hypnothérapie. Un peu plus tard, nous verrons que dans ces cas de dépression, il existe parfois deux aspects distincts à traiter, l'aspect inconscient et l'aspect conscient. Ces deux parties nécessitent des traitements différents. De façon générale, on arrive à de très bons résultats. La distinction entre dépression légère ou dépression grave faite par certains n'a aucun intérêt pour nous dans la mesure où il s'agit simplement d'intensité des symptômes et non pas des mécanismes de production ou d'entretien du problème.

Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont très fréquents. D'après des statistiques du ministère de la Santé des USA, ils représentent 50% des consultations, en dehors des problèmes d'addiction. Il est possible d'avoir de bons résultats, parfois même des guérisons complètes dans certains cas, comme dans des cas de phobies bien localisées, bien cernées et qui proviennent de traumatismes bien définis et faciles à retrouver. Dans ce cas, c'est quasi miraculeux pour les patients, on a une guérison complète, ils n'ont plus aucun symptôme. Parfois on obtient des améliorations, mais les personnes qui ont une sensibilité particulière à la peur restent très fragiles. Il faut tenir compte d'un phénomène déjà signalé par Pavlov dans les cas de peur conditionnée, et qui consiste dans le retour de la peur à la suite d'un choc psychologique. D'après certains chercheurs, la peur ne serait pas effacée par la thérapie, mais juste inhibée, et c'est cette inhibition qui peut être levée lors d'un choc psychologique. Il suffit de recommencer le traitement pour que les symptômes du trouble anxieux disparaissent à nouveau.

Les troubles somatoformes

Ce sont par exemple, comme dans le CIM10, le syndrome du colon irritable, l'aérophagie, les diarrhées, les flatulences, les mictions fréquentes, les dysménorrhées, les coliques, etc., qui n'ont pas de cause physiologique. Ce sont des troubles physiques qui proviennent probablement d'un dysfonctionnement ou d'un déséquilibre psychique. On appelle ça aussi, les troubles psychosomatiques. En général, on peut obtenir de bons résultats dans ces cas, parce qu'on s'attaque aux causes psychiques et non pas aux symptômes. S'attaquer aux symptômes, comme certains le faisaient il y a un siècle, n'apporte que des améliorations limitées dans le temps. D'une façon ou d'une autre, le symptôme réapparaît sous la même forme ou sous une forme différente. Remarquez que changer un symptôme très perturbant par un autre symptôme moins gênant peut être considéré par le patient comme une amélioration souhaitable. Quand on peut les identifier, travailler sur les causes psychiques permet de supprimer tous les symptômes. On peut donc obtenir des guérisons comme de bonnes améliorations.

Le stress post-traumatique

Cela concerne des personnes qui ont vécu un événement traumatisant, un accident, une catastrophe, une guerre, un décès brutal, et qui n'arrivent pas à s'en débarrasser, ils revivent en permanence le traumatisme. Dans ces cas, on peut arriver à de très bons résultats. Le traumatisme étant connu consciemment, il est facile de travailler dessus au niveau inconscient.

Les troubles névrotiques

Il s'agit d'une catégorie très vaste, difficile à caractériser. En gros on peut dire que c'est tout ce qui n'est pas classé ailleurs, sans que cela empêche de vivre à peu près normalement. Dans l'esprit de ces personnes se trouvent certains éléments qui font qu'elle ne se sent pas bien adaptée au monde réel. Encore une fois, en remontant aux causes, ce qu'on peut faire avec l'hypnose, on arrive à de bonnes améliorations.

Les dysfonctionnements sexuels

Cela rejoint un peu les troubles somatoformes à la différence que dans ce cas les symptômes sont liés à la fonction sexuelle. Les dysfonctionnements sexuels, qui ne sont pas d'origine physique bien sûr, sont souvent liés à des problèmes d'anxiété ou de manque de confiance en soi. Dans ces cas on a de très bonnes améliorations et parfois des guérisons. Par exemple, les cas d'éjaculation précoce peuvent être guéris quand ils sont combinés à un apprentissage du contrôle physique par des exercices spéciaux.

Troubles du sommeil

Insomnies, réveils nocturnes, terreurs nocturnes, etc., sont des symptômes d'un trouble psychique, généralement lié à l'anxiété. On peut arriver à de très bons résultats.

Tabagisme

Arrêter de fumer c'est changer un comportement. Avec l'hypnothérapie on arrive à de très bons résultats. Il est possible de cesser de fumer en une seule séance dans environ 80% des cas. Cela vient du fait que l'on travaille sur le fond, c'est à dire pourquoi les gens fument, qu'est-ce qui inconsciemment les pousse à fumer alors qu'ils ne le veulent plus consciemment. Les causes sont assez variables, parfois il peut y avoir de l'anxiété, parfois des états dépressifs, ou bien d'autres choses encore. Le fait d'avalier une bouffée de fumée de tabac permet de bloquer les pensées et donc de supprimer temporairement une pensée désagréable, mais tout le monde ne fume pas forcément pour cette raison. Quand c'est le cas, il faut commencer par traiter le processus psychique qui génère l'émotion négative avant que les patients puissent arrêter de fumer. Les autres, qui n'ont pas de problème psychologique de cet ordre, peuvent arrêter de fumer en une seule fois, en trouvant d'autres moyens de satisfaire les besoins qui étaient satisfaits par le tabac.

Le bégaiement, l'onychophagie

Erickson rapporte des cas de guérison complète du bégaiement. J'ai réussi à obtenir de bonnes améliorations dans certains cas, mais pas de guérison complète. Dans un de ses séminaires, Erickson expliquait qu'on n'est pas forcé de réussir à chaque fois, nous avons nos limitations, et la psychothérapie est une pratique difficile. L'échec est malheureusement inévitable, et si on fait de son mieux pour le minimiser, il faut aussi l'accepter comme faisant partie du métier. Chez les patients souffrants de bégaiement ou d'onychophagie (le fait de se ronger les ongles), il y a souvent une bonne dose d'angoisse. On peut penser qu'en travaillant sur cette angoisse on doit pouvoir obtenir de bons résultats. Des fois ça marche et des fois ça marche moins bien, et je ne sais pas pourquoi.

Les troubles alimentaires

Derrière ces troubles, on trouve souvent des émotions négatives, de la tristesse, de la culpabilité, de l'anxiété, etc. En traitant les processus psychiques qui génèrent ces émotions négatives on peut amener ces patients à retrouver une relation normale à la nourriture. Certains patients ont des troubles du comportement alimentaire sans être ni gros ni maigres, par exemple des boulimiques qui se font vomir et restent avec une silhouette mince. Les

anorexiques sont un cas particulier parce qu'ils sont considérés comme des cas médicaux et pas comme des troubles psychiques, et donc, comme en général il s'agit d'adolescents, les parents les emmènent voir des médecins et pas des psychothérapeutes. Je me souviens d'une patiente anorexique qui après la première séance a demandé à sa mère qu'elle l'emmène dans un fast-food pour manger un hamburger parce qu'elle avait faim. C'était bien comme résultat pour une première séance. Malheureusement, ses parents n'ont pas voulu la ramener pour continuer la thérapie. Pourquoi ? Je ne l'ai jamais su. Par contre, ses parents l'ont faite hospitaliser un mois plus tard. C'est bien dommage qu'elle ne soit jamais revenue.

Ce qui ne marche pas

Il existe un certain nombre de problèmes pour lesquels on n'a pas encore trouvé ce qui permet de les régler, on n'a pas encore trouvé les clés. Par exemple faire maigrir des personnes obèses. Erickson cite des cas de patients très gros qu'il a réussi à faire maigrir. Je pense que c'était des cas un peu exceptionnels parce que maintenant on connaît les mécanismes de l'obésité beaucoup mieux. On sait qu'au bout d'un certain temps les cellules adipeuses se fibrosent, donc changent de nature et ne peuvent plus être supprimées par le corps. On ne peut plus les enlever quoiqu'on fasse, même si la personne arrête de manger, elle ne va pas maigrir pour autant, elle peut mourir de faim tout en étant grosse. Bien sûr, avant d'être arrivé au stade de l'obésité et de la fibrose des cellules, il est possible de maigrir. Il existe d'autres cas où on ne peut plus faire grand chose, par exemple quand les personnes ont abusé de substances psychotropes, drogues, médicaments, alcool, etc. Leur cerveau est endommagé et il n'est plus possible de revenir à un fonctionnement normal. Par contre si on intervient assez tôt dans le processus de dépendance on peut l'arrêter avant que cela ne fasse trop de dégât.

L'hypnose ericksonienne

Les techniques et les principes utilisés dans ce cours sont basés sur les travaux de Milton H. Erickson, d'où le nom d'hypnose ericksonienne. Milton Erickson a développé sa pratique dans le courant du 20e siècle, aux États-Unis, l'époque et le lieu n'étant plus les mêmes, et comme nous n'avons pas tous forcément le talent d'Erickson, nous n'allons pas faire exactement comme lui, mais nous allons nous inspirer de ses travaux pour développer notre propre pratique.

Chaque individu est unique

Un des principes de l'hypnose ericksonienne est que chaque patient est unique. On ne peut pas l'enfermer dans un modèle rigide, ce n'est pas au patient

à s'adapter au thérapeute, c'est au thérapeute d'aller vers le patient. Un certain nombre de techniques de communication vont nous permettre d'affiner notre compréhension du patient. Il s'agit d'une collection d'outils pour cerner la personnalité du patient, pour apprendre à tirer des informations utiles de son discours, pour apprendre à choisir avec pertinences les informations à retenir. Chaque individu est différent, lorsque vous rencontrez un patient pour la première fois, vous ne connaissez rien de lui à priori, et la première chose à faire est d'apprendre à le connaître. Le patient vient vous voir, il est comme il est et c'est à vous d'avoir la souplesse nécessaire pour vous adapter à lui et lui proposer quelque chose qui lui corresponde. A chaque patient c'est différent, bien sûr, il y a des grands principes généraux qui peuvent revenir régulièrement, des structures d'ensemble que l'on retrouve souvent, mais dans les détails chaque séance sera différente, chaque thérapie sera différente.

Chacun possède sa propre vision du monde

Chaque individu est unique et chaque individu a sa propre vision du monde, sa propre compréhension de comment fonctionne le monde, en fonction de sa personnalité et de son vécu, de ses expériences de vie. Le thérapeute n'est pas là pour lui imposer sa propre perception du monde à ses patients, le thérapeute n'est pas un guru, il ne détient pas une vérité absolue. Il n'y a pas de vérité absolue. Il existe un monde objectif, mais chacun de nous n'en a qu'une vision partielle et personnelle, nous ne pouvons pas dire que notre perception est meilleure ou moins bonne qu'une autre. Voici un petit conte pour illustrer cela :

Dans un village, tous les habitants étaient aveugles. Vint à passer un roi dans un superbe équipage. Ce roi voyageait à dos d'éléphant, animal inconnu dans cette partie de la Terre. En entendant parler d'une nouvelle bête, apparemment phénoménale, plusieurs aveugles du village se rendirent en délégation auprès du roi et de sa cour. On les autorisa à toucher l'éléphant qui se laissa faire. Quand ils retournèrent à leur village, un grand nombre d'aveugles se rassemblèrent autour d'eux et leur demandèrent une description de l'animal extraordinaire.

Le premier aveugle qui n'avait touché que l'oreille de l'éléphant dit :

- C'est un animal large et plat, un peu rugueux, comme un vieux tapis.

Le second qui avait touché la trompe dit alors :

- C'est long, mobile et creux. Ça a beaucoup de force.

Le troisième aveugle qui avait touché une patte dit :

- C'est solide et stable comme une colonne.

Les habitants du village ne s'estimèrent pas satisfaits et demandèrent d'autres détails, mais les trois aveugles furent incapables de s'accorder.

Le ton de la discussion s'échauffa. Ils en virent à se battre à coup de poing, à coup de canne, et à se blesser.

Quelques aveugles plus sages que les autres suggérèrent d'envoyer une nouvelle délégation auprès du roi pour obtenir une description plus

complète de sa monture. Mais quand ils arrivèrent, le roi et toute sa cour étaient partis.

[Le cercle des menteurs – Jean-Claude Carrière – Édition Plon]

Notre perception du monde est limitée par nos sens, nos expériences, nos connaissances, notre éducation, notre culture, etc., nous sommes comme les aveugles du conte, nous ne connaissons qu'une partie de la réalité et l'idée que nous nous en faisons dépend de ce que nous avons expérimenté.

Prenez ce que vous apportez le patient

Il s'agit de l'une des règles les plus fondamentales selon Milton Erickson, de la résolution des problèmes humains. Elle s'oppose nettement à la plupart des doctrines de psychothérapie qui, ou bien sont portées à appliquer mécaniquement une seule méthode aux patients les plus divers, ou bien estiment qu'il est nécessaire dans un premier temps, d'enseigner au patient un nouveau langage et de le faire penser dans ces termes pour ensuite essayer d'effectuer un changement en communiquant avec lui dans ce langage.

Le rôle du thérapeute n'est pas d'imposer sa vision du monde au patient, mais il doit entrer dans celle du patient pour comprendre comment celui-ci perçoit le monde, et éventuellement lui proposer d'autres expériences qui permettront au patient de changer sa perception du monde pour avoir une vie plus satisfaisante.

Erickson allait très loin dans cette manière de faire. Voici ce qu'il raconte pour illustrer ce point:

Un patient de l'hôpital d'état de Worcester, dans le Massachusetts, demandait à être enfermé dans sa chambre, et il passait son temps, plein d'angoisse et de peur, à enrrouler des cordes autour des barreaux de sa fenêtre. Il savait que ses ennemis allaient venir le tuer, et la fenêtre était sa seule ouverture. Il lui semblait que les épais barreaux d'acier étaient trop faibles, alors il les renforçait avec de la corde. J'entrai dans la chambre et me mis à l'aider à renforcer les barreaux avec de la corde. Pendant ce travail, je découvris qu'il y avait des fissures dans le plancher et lui suggérai que ces fissures devaient être obstruées avec du papier journal afin que ses ennemis n'aient aucune possibilité de pénétrer. Ensuite, je découvris d'autres fissures autour de la porte, qui devaient aussi être obturées avec du papier journal et, peu à peu, je l'amenai à se rendre compte que la chambre n'était que l'une des nombreuses chambres du service, et à accepter l'idée que les gardiens faisaient partie de ses défenses contre ses ennemis, et ensuite que l'hôpital lui-même faisait partie de ses défenses contre ses ennemis; et ensuite la Commission de Santé du Massachusetts en faisait partie aussi, et le système policier, et le gouverneur. Et ensuite j'étendis cette notion aux états voisins et finalement je fis des États-Unis une partie de son système de défense; cela lui permit de se

dispenser de verrouiller sa porte puisqu'il avait tellement d'autres lignes de défense. Je n'essayais pas de corriger ses idées psychotiques à propos d'ennemis qui voulaient le tuer. J'indiquai simplement qu'il avait un nombre infini de défenseurs. Le résultat fut que le patient put accepter de sortir et de se promener en sécurité autour des bâtiments. Son comportement bizarre disparu, il put travailler dans les ateliers de l'hôpital et posa beaucoup moins de problèmes.

[L'intégrale des articles de Milton Erickson – Tome IV – page 433 - « La prescription de symptômes pour élargir le point de vue du psychotique » - Édition SATAS]

Donner au patient ce dont il a besoin

Un autre aspect fondamental de la thérapie ericksonienne est de ne pas se cantonner à des schémas préétablis, mais à rechercher ce dont ce patient particulier, cet individu unique qui est devant nous, a vraiment besoin pour atteindre ses objectifs, pour améliorer son présent et son avenir, pour avoir une vie plus satisfaisante.

Toutes les techniques et les stratégies présentées dans ce livre ne sont que des guides pour le thérapeute, des outils qu'il faut adapter en fonction de l'individu que l'on souhaite aider. Il ne faut pas les appliquer de façon rigide, mais s'en imprégner, en comprendre les moyens d'action et les adapter au patient.

La notion de besoin est une grande aide conceptuelle. Se demander à chaque fois de quoi a besoin ce patient permet de mettre en place au fil des séances une stratégie thérapeutique ajustée au patient. De ce fait, chaque thérapie sera différente, même si certains outils reviennent plus ou moins régulièrement suivant les cas.

Plan général de la formation

Dans leur livre « Changements, paradoxes et psychothérapie » Watzlawick, Weakland et Fish, arrivent à la conclusion que provoquer un changement se fait en quatre temps:

1. *Définir clairement le problème en termes concrets.*
2. *Examiner les solutions déjà essayées.*
3. *Définir clairement le changement auquel on veut aboutir.*
4. *Formuler et mettre en œuvre un projet pour effectuer ce changement.*

Nous reprendrons ce modèle d'une grande pertinence pour la psychothérapie.

Le premier temps est réalisé essentiellement lors du premier rendez-vous, en utilisant le Métamodèle pour aider le patient à formuler ce pour quoi il sollicite de l'aide. Il y a peu à dire sur le deuxième temps, sauf peut être qu'il permet par la suite au thérapeute de rassurer le patient qui arrive en disant « vous êtes mon dernier espoir ». Le troisième temps est celui de la détermination d'objectif, une étape très importante qu'il faut mener avec rigueur. Ces trois premières étapes sont regroupées dans la partie intitulée « Analyse ».

La quatrième étape fait l'objet de la partie intitulée « Changer », dans laquelle nous étudierons les outils de changement et les stratégies de mises en œuvre de ces outils.

Le premier outil étant l'hypnose, l'outil de base qui nous permettra de réaliser les changements souhaités, il sera étudié dans la partie de l'ouvrage intitulé tout logiquement « L'hypnose et son induction ».

Première partie :
COMMUNIQUER

LE METAMODELE

La communication et la linguistique sont fondamentales en psychothérapie, car presque tout passe par la parole. Il est important de savoir décoder ce que disent les patients, de savoir utiliser le langage. Celui-ci est en effet truffé de pièges très fréquents dans la bouche des patients.

Bien sûr, les patients parlent d'eux, de leurs problèmes, mais d'une façon particulièrement vague, confuse et imprécise. Si on les suit dans leur discours, on risque de ne rien comprendre. Il est indispensable, donc, de couper les cercles vicieux et de retrouver ce qui constitue le fondement de leur discours et ce qu'il y a derrière les mots.

Les distorsions sémantiques dans le discours du patient sont extrêmement importantes à détecter, car elles constituent la pierre angulaire de la relation avec le patient, permettant de comprendre ce que celui-ci dit réellement.

Un modèle linguistique

L'outil que nous allons étudier maintenant s'appelle le Métamodèle. Méta signifie que c'est au dessus, dans une catégorie au dessus, une sorte de modèle de modèle. Un modèle de langage. Des modèles ont été établis par des linguistes pour toutes les langues. Un modèle de tous ces modèles a été créé afin d'essayer de tirer quelque chose de général et de valable quelle que soit la langue. Il s'agit de la linguistique transformationnelle. Elle définit deux niveaux de structure de langage.

Un premier niveau s'appelle la structure de surface et est constitué par les mots que l'on transmet. Un deuxième niveau, la structure profonde, est ce qui est censé être transmis, c'est-à-dire la structure correcte et complète du discours. Il existe énormément d'erreurs dans cette transmission, qui sont, pour les psychothérapeutes, des pièges. Il est donc très important d'écouter, de décoder et comprendre pour ensuite, éventuellement, demander au patient de préciser sa pensée.

Le langage est utilisé pour transmettre une expérience, une compréhension du monde, un ressenti, une pensée. Comprendre précisément ce qui est en profondeur, au-delà de la surface, permet d'avoir une meilleure image de ce que le patient a comme image du monde, de lui-même ou des autres.

Il est donc fondamental de détecter les erreurs de communication et de se rendre compte qu'on ne peut se faire une représentation précise et fiable de ce que vit le patient. Le patient lui-même n'a pas une représentation précise de sa perception du monde.

En linguistique, la phrase bien formée est une phrase qui, d'une part, suit les règles de la syntaxe, et qui, d'autre part, a un sens que le récepteur comprend.

Prenons un exemple, si l'on dit : « *cette phrase est bien formée* ». La phrase est bien formée et comprend un verbe (être), un sujet (cette phrase), un adverbe (bien) et un complément (formée). Elle respecte toutes les règles syntaxiques et sémantiques.

Si, par contre, l'on dit : « *cette phrase est bien shampouinée* », d'un point de vue syntaxique, tout est correct également, la phrase comprenant un sujet, un verbe et un complément, bien à leur place. D'un point de vue sémantique néanmoins, la phrase ne veut rien dire.

Enfin, si l'on dit : « *bien formée, cette phrase être* », d'un point de vue syntaxique, elle n'est pas correcte. En revanche, elle l'est d'un point de vue sémantique puisque tout le monde en comprend le sens.

Les deux niveaux, syntaxe et sémantique, sont donc séparés. Les phrases bien formées, auxquelles nous allons nous intéresser, sont celles qui sont à la fois syntaxiquement et sémantiquement correctes.

Phrases bien formées

Du point de vue sémantique, l'on connaît et comprend certaines choses intuitivement, notamment que, pour être correcte, une phrase doit être complète. Par exemple, si l'on dit "*il a frappé*". Il a frappé quoi ? Avec quoi ? Le verbe *frapper* sous-entend un agent, un moyen et une destination. Il s'agit donc d'un cas de phrase mal formée.

Ambigüité

Un autre problème sémantique concerne les ambiguïtés : lorsque, d'une même phrase, l'on peut déduire plusieurs sens. Par exemple: « Sylvie sent la rose ». Est-ce que Sylvie est en train de sentir une rose, ou bien est-ce que Sylvie s'est parfumée avec un parfum à la rose ? Autre exemple: « Pierre a vu un homme avec des jumelles ». Est-ce que Pierre a regardé dans des jumelles et a vu un homme, ou bien est-ce que Pierre a vu un homme qui transportait une paire de jumelles, ou bien est-ce que Pierre a vu un homme qui se promenait avec deux sœurs jumelles ? Dans de pareils cas, on ne peut pas choisir un sens plutôt qu'un autre, il faut demander au patient quel est le sens qu'il voulait transmettre.

Index de référence

Un concept important en linguistique est l'index de référence. Il permet de faire la distinction entre un objet donné et une classe d'objets. Par exemple, le

terme "*ma voiture*" désigne un objet particulier faisant partie de la classe des voitures. Si l'on parle « *d'une voiture* » ou « *des voitures* », il s'agit d'autre chose alors que le même mot "*voiture*" est utilisé. Mais il existe une précision permettant de faire la différence et la distinction entre l'objet et la classe à laquelle il appartient. Ceci est important, parce que, comme l'a démontré notamment Bertrand Russel, faire la confusion entre un objet et la classe à laquelle il appartient ouvre la porte aux paradoxes, aux ambiguïtés et au manque de sens.

Présuppositions

Un autre élément à prendre en compte du point de vue sémantique concerne les présuppositions. Ainsi, si l'on dit "*mon chien s'est enfui*", cela présuppose que j'ai un chien. Autre exemple: « Étienne regrette d'être venu ». Cette phrase implique qu'Étienne est effectivement venu. Nous remarquerons que beaucoup de phrases impliquent autre chose de non dit explicitement, impliquant erreurs et mauvaise compréhension.

Les erreurs courantes

Dans les phrases sémantiquement bien formées, il peut y avoir également des erreurs. Nous nous intéresserons à trois catégories d'erreurs que sont la généralisation, l'omission et la distorsion.

Les omissions

Dans l'omission, une partie du modèle est manquante, assez facile à détecter. Si quelqu'un dit : "*j'ai peur*", on se demande "*de quoi ?*" Peur des gens, des araignées, de prendre l'avion... ? Un autre exemple: "*je ne sais pas quoi dire*". A qui ? A quel propos ? A quel moment ? La phrase n'est pas complète. Dans ces cas-là, il est nécessaire de poser une question comme "*de quoi vous avez peur ?*" afin d'essayer de compléter ce qui est manquant. Il faut donc détecter l'omission, lorsque l'on n'arrive pas à se faire une représentation facile de ce que la personne veut dire.

Quelques cas particuliers d'omission assez fréquents:

Les comparatifs et les superlatifs.

Par exemple, "*c'est mieux si je ne dis rien*". C'est mieux que quoi ? Par rapport à quoi ? Ou encore, "*Il a choisi le meilleur*". Le meilleur par rapport à quoi, dans quelle catégorie ? Suivant quels critères ? Utiliser des superlatifs est fréquent et il est important de s'entraîner à détecter les différentes manières dont on peut transmettre de mauvaises informations.

Sous-entendus

Un autre cas d'omission est d'utiliser une phrase avec un adverbe ou une proposition adverbiale qui sous-entend un sujet, ce dernier n'étant pas défini. Par exemple: *"il est évident que mes parents préférèrent mon frère"*. « Évident » cela signifie que *"quelqu'un voit que"*, mais qui ? En général, le patient dira *"moi je vois"*, mais cela peut être également *"on m'a dit que"*. La différence est importante, le patient s'étant fait, dans un cas, une opinion à partir de ses observations, alors que dans l'autre, l'on se réfère à l'opinion d'une tierce personne, qui n'est pas nécessairement celle du patient.

Un cas identique a lieu avec une formulation comme *« il est clair qu'il ne m'aime pas »*. Clair pour qui ? Si le patient répond *« moi, je le vois clairement »*, le thérapeute peut poursuivre par *« et comment vous le voyez ? »*. Mais si le patient répond *« c'est ma copine qui me le dit »*, le thérapeute peut enchaîner par *« et vous, qu'est-ce que vous en pensez ? »*, ce qui est totalement différent.

Il est important de détecter ces phrases, de se rendre compte qu'il manque quelque chose, même si on croit les comprendre. Ce n'est pas au thérapeute de faire des suppositions sur ce que le patient veut dire.

Opérateurs modaux

Un autre cas particulier d'omission a lieu lorsque l'on utilise un opérateur modal tel *"devoir"*, *"falloir"*, *"il est nécessaire"*, *"il est possible"*, *"il n'est pas possible"*... Par exemple, *« je dois tenir compte des sentiments des autres »*, *« il faut que je m'en occupe »*. La question à poser est alors *« sinon que se passera-t-il ? »* car c'est là que se trouve le sous-entendu.

Un autre exemple: *« je ne peux aimer qu'une personne à la fois »*. Il y a donc quelque chose qui empêche autre chose d'être possible. L'on peut, dans ce cas, prendre l'opposé pour demander : *« qu'est-ce qui vous empêche d'aimer plusieurs personnes à la fois ? »*.

L'important est de détecter l'omission et de la corriger, de manière à ce que la personne se rende compte qu'elle a le choix, qu'elle est actrice de la chose et peut donc la changer.

Les omissions se détectent facilement, car, lorsqu'on essaie de se faire une représentation de la pensée du patient, on se rend compte qu'il manque quelque chose.

Les généralisations

Les généralisations sont indispensables. Sans généralisation, nous ne pourrions parler que d'objets uniques. Nous sommes donc obligés de faire des catégories, des classes. Le problème survient en cas de généralisation abusive,

selon le terme utilisé par Watzlawick, lorsque nous allons trop loin dans la généralisation.

Le principal cas de généralisation abusive a lieu lorsque l'index de référence n'est pas précisé ou est imprécis. Par exemple : « *les gens ne m'aiment pas* ». « *Les gens* » est un terme extrêmement vague. En général, après avoir creusé, se cache plutôt une idée comme « *mon père ne m'aime pas* ». Un autre exemple: « *personne ne fait attention à moi* » ou « *on doit respecter les sentiments des autres* ». Face à cela, le thérapeute doit demander des précisions, car il ne peut pas se faire une représentation complète de ce que le patient veut dire.

Les quantificateurs universels

Des mots comme "tout", "rien", "jamais", "toujours", "personne" sont particulièrement représentatifs d'une généralisation. Exemple: « *je n'ai jamais de plaisir* ». Lorsque l'on demande au patient de préciser sa pensée, l'on se rend compte que sa phrase est complètement erronée.

Les stratégies de réponses

Expliciter

Le rôle du thérapeute, dans ce cas-là, est de rendre la généralisation explicite et de la proposer au patient. La phrase : « *il est impossible de croire quiconque* », contient deux quantificateurs universels "impossible" et "quiconque". Le thérapeute peut, par exemple, proposer la généralisation « *aucun être humain ne peut croire un autre ?* ». En général, le patient répondra que ce n'est pas exactement ce qu'il voulait dire. Au thérapeute d'enchaîner en lui demandant ce qu'il voulait précisément dire.

Contre-exemple

Il peut également lui proposer un contre-exemple en demandant au patient s'il a déjà cru en quelqu'un. Celui-ci répondra généralement que oui, cela lui est arrivé. S'il ne trouve pas de contre-exemple dans sa vie, il est possible également de lui demander d'imaginer un contre-exemple, comme imaginer un cas dans lequel le patient pourrait croire quelqu'un, d'imaginer les circonstances dans lesquelles il pourrait croire quelqu'un. Le patient en viendra généralement à se rendre compte qu'effectivement, sa phrase de départ n'était pas correcte.

Origine

Une autre stratégie est de demander au patient ce qui a rendu la généralisation possible ou impossible. Par exemple, la raison pour laquelle il a

cessé de croire les gens, ou ce qui se passerait s'il se mettait à croire les gens. C'est une autre façon de retourner la situation, obligeant le patient à chercher un évènement précis.

Renversement

Une autre stratégie consiste pour le thérapeute à faire un changement d'index de référence. A une femme qui dit « *mon mari ne me sourit jamais* », l'on pourra demander « *est-ce que vous souriez à votre mari ? - Non - Alors pourquoi voulez-vous qu'il vous sourie si vous ne lui souriez pas ?* » ou bien, « *- Parfois je lui souris - Et il répond à vos sourires ? - Oui - Alors, il vous sourit de temps en temps ? - Oui - Alors que voulez-vous dire ?* ».

Revenir au concret

Le thérapeute a, à partir de là, la possibilité de recentrer sur les évènements concrets et réels à l'origine de la généralisation réalisée par le patient. Ce sont en général des évènements ponctuels qui sont fondateurs de la pensée de la personne.

Certaines généralisations peuvent être incomplètes. Par exemple: "*je dois prendre soin des gens*". Il y a là, en plus, une omission. Le thérapeute demandera: "*que se passera-t-il sinon? - Sinon ils ne vont pas m'aimer - Qui ça "ils" ? Vous devez prendre soin de tous les gens ? - Non, pas tous les gens, c'est juste X, ou Y*". En supprimant la généralisation et en revenant aux expériences vécues par le patient, celui-ci recentrera son discours sur l'évènement ou les relations précises.

Proximité

Il existe des cas particulièrement complexes, par exemple, lorsque deux propositions ont la même structure et sont rapprochées l'une de l'autre. Ainsi, "*mon mari ne m'aime pas, mon mari ne me sourit jamais*". On peut penser qu'il y a une relation sous-entendue entre ces deux propositions. Dans ce cas, l'on peut demander : « *est-ce que le fait que votre mari ne vous sourie pas signifie toujours qu'il ne vous aime pas ?* » Si la patiente répond par l'affirmative, l'on peut retourner la situation en demandant: « *est-ce que le fait que vous ne souriez pas à votre mari signifie toujours que vous ne l'aimez pas ? - Non, ce n'est pas pareil ! - Quelle est la différence ?* » Ainsi, on sort de la généralisation pour revenir au cas précis.

Les verbes incomplètement spécifiés

Un autre cas particulier de généralisation concerne les verbes incomplètement spécifiés, consistant à la fois en une généralisation et une omission. Par exemple, face à la phrase « *ma mère me fait du mal* », il est impossible de se faire une représentation claire et précise de la situation. Il faut donc demander : « *quand vous fait-elle du mal et de quelle manière ? Elle vous tape ? Elle se moque de vous ? Est-ce physique ? Est-ce psychologique ?* » Il s'agit d'une généralisation, "tout le temps" étant sous-entendu, mais, en même temps, il manque l'agent. C'est comme si les états émotionnels des patients ne résultaient pas de leurs propres processus psychiques. On peut faire revenir les patients au concret en les mettant face à l'imprécision de leurs propos: « *mes enfants me forcent à les punir - Et comment font vos enfants pour vous forcer à les punir ?* » Un autre exemple: « *ma famille me rend folle - Et comment font les membres de votre famille pour vous rendre folle ?* ».

Les distorsions.

La nominalisation

Une distorsion très fréquente est la nominalisation. Elle consiste à transformer un processus continu en un événement ponctuel figé ou très limité dans le temps. Cette transformation complexe, qui n'est pas facile à détecter, doit pourtant être décelée, car l'événement, figé dans le temps, devient immuable, faisant perdre tout choix au patient. Celui-ci ne se rend pas compte qu'il s'agit d'un processus continu, actuellement en cours, et qu'il a la possibilité d'agir dessus pour changer son évolution dans le futur. Ainsi, la personne qui dit « *je regrette ma décision de revenir à la maison* » a l'impression que sa décision est permanente et continue. Or, en fait, cette décision est prise tous les jours, et pourrait être différente aujourd'hui ou demain, car elle n'est pas définitive et irrémédiable.

Pour reconnaître une nominalisation, il faut remplacer les mots de la phrase qui ne sont pas des verbes par un processus continu dans le temps ou par un verbe de sens proche, et se demander si on peut placer l'ensemble dans une brouette comme s'il s'agissait d'un objet concret. Par exemple, dans « *mon divorce est douloureux* », le divorce ce n'est pas un objet, on ne peut pas le mettre dans une brouette. Par contre, un divorce n'est pas uniquement la sentence du tribunal, il s'agit d'un processus continu, qui se prolonge dans le temps, comprenant la séparation, le fait de ne plus être jour après jour avec son conjoint ou ses enfants. Ce sont les relations entre la personne et son ex-conjoint ou ses enfants qui provoquent la douleur (le fait de ne plus voir ses enfants, d'avoir été traîné dans la boue, d'être ruiné), mais non le divorce en soi.

Un autre exemple: « *ma peur me bloque* ». La peur ne peut pas être mise dans une brouette, elle est abstraite et constitue une réaction à une situation impliquant un déroulement dans le temps. Elle n'est pas quelque chose de figé. Un autre exemple: « *vos perceptions sont sérieusement erronées* ». Les perceptions ne sont pas figées, mais évoluent dans le temps.

Afin d'être détectée, cette catégorie de distorsion demande une grande attention, une grande concentration, amenant le thérapeute à se poser des questions en permanence. Comprend-on vraiment ce que dit le patient? N'est-on pas en train d'imaginer à sa place ce qu'il veut dire? Ainsi, quand un patient dit « *ma peur me bloque* », il est important de poser des questions « *la peur de quoi, à quel moment ? Que ressentez-vous ? Quand cela arrive-t-il ? Combien de temps cela dure ?* ». On peut demander de rephraser, de préciser. A ce moment, le patient nous précisera qu'il s'agit en fait de telle chose particulière qui survient dans telle situation. On a alors en mains des choses concrètes sur lesquelles il est possible de travailler.

Les présuppositions

Un autre cas de distorsion très fréquente concerne les présuppositions, assez faciles à détecter. Face aux présuppositions, l'on peut soit expliciter la présupposition et demander confirmation au patient, soit l'accepter en tant que telle s'il n'y a pas d'ambiguïté possible. Par exemple, une femme qui dit « *j'ai peur que mon fils devienne aussi paresseux que son père* » présuppose que son mari est paresseux. Soit on accepte le jugement qu'elle porte sur son mari, soit on lui demande de préciser pourquoi elle pense cela. Une astuce consiste à prendre la négation de la phrase et se demander ce qui reste vrai entre les deux. Ce qui reste vrai est la présupposition. Par exemple, dans la phrase « *j'ai peur que mon fils devienne aussi paresseux que son père* », si on en prend la négation, elle devient « *je n'ai pas peur que mon fils devienne aussi paresseux que son père* ». La partie commune aux deux phrases et qui constitue la présupposition est « *aussi paresseux que son père* ».

Les phrases sémantiquement mal formées

Les exemples précédents constituent des phrases sémantiquement bien formées, ayant un sens, mais ne permettant pas d'avoir une idée précise de ce que vit, ressent le patient. Nous abordons maintenant les phrases sémantiquement mal formées, regroupées en plusieurs catégories.

Cause et effet

Cette catégorie vise le cas où un agent réalise une action qui, nécessairement, produit une émotion ou un état intérieur, comme si aucune alternative n'existait. L'agent a l'impression de ne pas avoir le choix. Par exemple: un homme disant

« *ma femme me met en colère* » donne l'impression d'être une marionnette, comme si sa femme appuyait sur un bouton entraînant la colère. Le thérapeute demandera, dans ce cas, des précisions, comme « *Comment fait votre femme pour vous mettre en colère ? Pourquoi cela vous met-il nécessairement en colère ?* ». Le patient peut alors se rendre compte que c'est lui-même qui se met en colère, et non sa femme qui décide de le mettre en colère. Un autre exemple: « *elle me rend jaloux* », « *il me force à me sentir mal* », « *ses pleurs m'irritent* » ou encore « *mon patron me déprime* ». L'on demandera, dans ce cas, « *Comment, spécifiquement, fait votre patron pour vous déprimer ? - Il me demande des choses que je ne sais pas faire* » ou bien « *j'ai l'impression que ce que je fais ne lui plait pas* ». Il est important de détecter ces « cause à effet » et de les mettre en évidence en demandant d'explicitier la relation causale, de manière à ce que le patient transforme son discours en quelque chose de clair et précis, plus proche de ce qu'il vit vraiment.

X mais Y

Un exemple: « *je veux quitter la maison, mais mon père est malade* ». Le patient sous-entend qu'il veut quitter la maison, mais qu'il ne peut pas, car son père est malade. En fait le patient voudrait X mais ne peut pas X car il y a Y, alors que ce n'était pas explicite dans la formule initiale. Dans ce cas, soit le thérapeute accepte la relation causale sous-entendue et demande au patient si c'est toujours le cas. Par exemple, si le patient dit « *je ne veux pas me mettre en colère, mais elle n'arrête pas de me critiquer* », le thérapeute peut demander : « *et vous vous mettez toujours en colère quand elle vous critique ?* ». La relation causale est explicitée, de manière à demander au patient si elle a lieu tout le temps, forcément, automatiquement. Le patient répondra que non, ce qui permet, par conséquent, d'envisager d'autres réponses. Le thérapeute peut également tester la relation causale en renversant la proposition : « *et si elle ne vous critique pas, vous ne vous mettez jamais en colère ?* ». Ou bien dans l'exemple, « *je veux quitter la maison, mais mon père est malade* », on peut demander « *et si votre père n'était pas malade vous quitteriez la maison ? - Non, parce que je n'ai pas d'endroit où aller* ».

La lecture de pensée

La lecture de pensée est une autre catégorie. Le patient prétend savoir ce qu'une autre personne pense ou ressent, sans toutefois qu'il y ait de communication directe avec cette autre personne. Par exemple: « *ma belle-mère est gentille avec moi, mais en fait elle ne m'aime pas* », ou alors « *je sais ce qui est bien pour lui* », ou le très classique « *vous voyez ce que je veux dire* ». Dans ce cas, systématiquement, il faut obliger le patient à expliciter sa pensée, en répondant « *non pas du tout, je ne vois pas ce que vous voulez dire* », ou en faisant un peu d'humour (seulement avec un client qui a lui-même de l'humour) « *vous êtes télépathe ! Vous pourriez m'apprendre comment vous faites, cela me*

serait très utile dans mon métier » ou, plus généralement, en demandant des précisions « *mais comment savez-vous que...* ». « *Comment savez-vous qu'elle ne vous aime pas si elle est toujours gentille ?* », « *Comment faites-vous pour savoir ce qui est bien pour lui s'il ne vous le dit pas* ». Ces situations sont dangereuses pour le patient. Comme le patient pense qu'il sait, il n'envisage pas de changer son attitude, ou d'exprimer ses sentiments. Puisque lui connaît les sentiments des autres, il pense que les autres connaissent également les siens. Il s'agit d'un problème majeur de communication.

Un autre exemple de lecture de pensée, légèrement plus complexe: « *si elle m'aimait, elle ferait ce que j'attends d'elle - Mais comment elle fait pour savoir ce que vous attendez d'elle si vous ne le lui dites pas ? - Elle doit le savoir - Elle ne peut pas le deviner - Oui, mais si je le lui dis, ce n'est pas pareil* », etc. Ces façons de faire peuvent conduire, comme dans le dernier exemple, à des paradoxes du genre « *soyez spontané* » et donc à un blocage complet.

Le performatif manquant

Un dernier cas de phase sémantiquement mal formée est le performatif manquant. Un énoncé performatif implique l'action qui est en train d'être décrite. Par exemple, dire : « *je jure que X* », ou « *je vous dis que Y* » et, au moment même où la personne le dit, elle est également en train de réaliser l'action. Dans le performatif manquant, le patient énonce une propriété qu'il prétend universelle alors qu'elle ne concerne, en réalité, que son propre modèle du monde. Il s'agit d'une forme de généralisation très particulière dans la mesure où l'agent qui exécute la chose est manquant. Cet agent qui manque est généralement le patient lui-même. Il manque une partie du genre « *je vous dis que...* » ou « *je pense que...* ». Par exemple: « *ce n'est pas bien de rentrer en conflit avec quelqu'un* ». Il s'agit d'un énoncé universel, prétendant que, pour tout le monde, c'est ainsi. Or ce n'est pas vrai. Cet énoncé est valable pour le patient, en raison de son éducation, de sa morale ou ses valeurs, mais il ne concerne que sa propre vision du monde. Dans un tel cas, soit, le thérapeute traduit l'énoncé en un énoncé spécifique au patient, en faisant de la traduction, du décodage. Soit il l'explique en disant au patient que cela le concerne lui, mais que d'autres personnes n'auront pas cette vision des choses.

Ce type de discours contient généralement des mots clés à répétition tels: « *c'est bien* », « *c'est mal* », « *c'est correct* », « *il faut être fou pour* », « *c'est mauvais* », « *c'est vrai* », « *c'est faux* », etc.

Dans l'exemple ci-dessus : « *ce n'est pas bien de rentrer en conflit avec quelqu'un* » le thérapeute peut répondre : « *pourquoi pensez-vous que ce n'est pas bien de rentrer en conflit avec quelqu'un ?* ». Le performatif manquant est explicité.

Retourner au concret

Généralement, le patient vient avec quelque chose de vague, qu'il est important de ramener aux expériences propres du patient, à ce qu'il vit, à ce qu'il a vécu. Il faut aider le patient à se rendre compte que son énoncé n'est pas universel ou général, mais, qu'au contraire, il est spécifique et que, par conséquent, le patient n'est pas obligé de, il a d'autres options. Les dépressifs, par exemple, ont l'impression d'être coincés. Après discussion et mise en évidence de ces erreurs, ils se rendent compte, petit à petit, qu'eux-mêmes s'enferment, involontairement, et qu'ils ont d'autres possibilités de faire, de penser, ou de voir le monde. Un travail en profondeur doit évidemment être réalisé en complément, portant sur la raison pour laquelle ils pensent de cette manière. C'est à ce moment qu'intervient l'hypnose. Mais cette partie consciente est extrêmement importante. Pour une dépression, par exemple, les deux aspects entrent en jeu, l'aspect cognitif (qui se traduit dans le langage) et l'aspect émotionnel, inconscient, plus profond et il est nécessaire de travailler sur les deux niveaux.

VAKO – COMMUNICATION NON-VERBALE

Image du monde

Nous avons mis en évidence, dans le chapitre précédent, qu'il existe un aspect de surface, avec les mots qui sont utilisés, mais également quelque chose de plus profond, lié à la façon dont les gens se représentent le monde dans lequel ils vivent : ce qu'ils voient, ce qu'ils ressentent, ce qu'ils vivent, ce qu'ils en ont compris. Depuis notre naissance, nous nous faisons une représentation interne du monde. Cette image dépend des expériences que l'on vit et de la façon dont on perçoit les choses.

En travaillant en psychothérapie, l'on se rend compte que les patients font les meilleurs choix possible sur la base de leur représentation du monde. Quels que soient les comportements, ils prennent un sens lorsqu'on les replace dans le contexte de leur modèle intérieur. Il est donc important de comprendre cette représentation interne, en général cachée, et bien souvent trop pauvre. Ceci est particulièrement sensible avec les dépressifs. Ceux-ci ne trouvent plus aucune solution parce que, dans leur représentation du monde, tout est fermé. Ils ne voient pas que des portes existent. Il faut donc les leur montrer ou leur faire sentir, suivant les cas.

Cette représentation interne, qui se crée de manière totalement automatique et inconsciente, se fait par l'intermédiaire des expériences que nous vivons, via des canaux de perception, de communication entre le monde extérieur et nous-mêmes, à l'intérieur. Parmi nos cinq sens, la vue, l'audition et le toucher sont, à notre époque, les plus importants, l'odorat et le goût intervenant assez peu.

Systèmes de représentation

Les représentations peuvent donc avoir différentes formes, liées aux canaux de perception. Elles sont, par exemple, de forme visuelle ou sonore puisque, intérieurement, nous visualisons ou entendons les choses. De même, nous ressentons certaines choses. Ces représentations déclenchent les processus que l'on ressent comme des perceptions. Par exemple, il nous est possible, en fermant les yeux, d'imaginer un feu de bois, les flammes, le bruit des craquements du bois, la chaleur des flammes, l'odeur de la fumée. Ces perceptions, que nous avons connues un jour, ont créé en nous des

représentations internes qui, lorsqu'on les active, reproduisent les perceptions de départ.

Ces représentations internes sont structurées comme les perceptions. On parlera ainsi de représentation visuelle, auditive ou kinesthésique - le kinesthésique étant ce qui est toucher, perception de la position du corps et de ces mouvements, ainsi que les sensations dans les viscères et les muscles (certains utilisent le terme de « somato-sensorielle », mot formé sur le grec « soma » qui signifie le corps).

Le langage est un autre système de représentation. Une fois que l'on a des représentations du monde issues des perceptions, il est possible d'en parler, de transmettre aux autres ce qui est en nous. A cette fin, nous utilisons un canal digital, le langage, qui nous sert essentiellement à communiquer avec les autres, bien que nous ayons également des discours intérieurs, à l'intérieur de nous-mêmes.

Chacun possède ces systèmes de représentation, mais nous les utilisons chacun de manière différente, en ayant généralement un mode préféré. Certaines personnes sont plutôt visuelles (elles préfèrent se créer des images), d'autres plutôt kinesthésiques (plus attachées aux sensations, aux ressentis, au toucher et auront plus de mal à se faire des images), et enfin, d'autres encore seront plutôt auditifs (surtout des musiciens ou des chanteurs). Cette différence est importante.

En effet, le thérapeute a également un système de représentation préféré, qui ne sera pas nécessairement le même que celui du patient. Il est important d'en être conscient, car l'utilisation d'un canal qui n'est pas celui du patient peut provoquer un blocage de la part de celui-ci, qui ne comprend pas ce qui lui est demandé.

Par exemple, une femme déclare : *"mon mari ne me voit pas comme une personne"*. Apparemment, elle est plutôt visuelle. Le thérapeute, lui, est plutôt kinesthésique et répond *"Comment vous sentez-vous par rapport à ça?"*. La patiente ne comprend pas et lui dit *"Pardon ? Que voulez-vous dire ?"*. Le thérapeute insiste *"Comment vous sentez-vous par rapport au fait que votre mari ne vous voie pas comme une personne ?"*. La patiente dit : *"C'est une question difficile, je ne sais pas."* La patiente ne comprend pas ce "ressentir". Si le thérapeute lui avait dit *"Comment voyez-vous les choses ?"*, cela lui aurait plus parlé. Il est donc important de comprendre le mode de représentation préféré du patient, pour pouvoir parler son langage, le comprendre, pour que le patient nous comprenne, et pour que, se sentant compris, il ait confiance dans le thérapeute.

Le VAKO

Ce système de représentations liées aux perceptions est appelé le **VAKO** : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif. L'olfactif n'est plus très utile.

En pratique dans notre société, en France environ 75% des gens sont visuels, 20% sont kinesthésiques, le reste n'étant pas clairement défini.

Précisons que, lorsqu'une personne est visuelle, cela signifie que son canal de représentation préféré est le visuel, mais nullement qu'elle ne peut pas ressentir ou entendre. Elle est capable de ressentir, mais, spontanément, elle créera plutôt des images. C'est bien entendu la même chose pour les kinesthésiques et les auditifs.

Détection du canal préféré

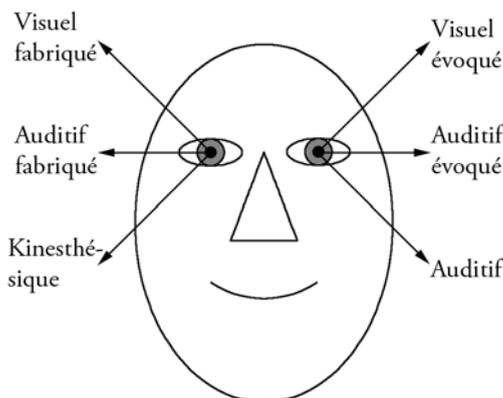
Le langage

Le premier moyen pour détecter le mode de représentation préféré est le langage, en essayant de repérer les prédicats sensoriels. Par exemple, dans la phrase "*mon mari ne me voit pas comme une personne*", le verbe « voir » renvoie clairement au canal de perception visuel. Le thérapeute qui lui demande "*comment vous sentez-vous par rapport à cela ?*" renvoie, quant à lui, à un autre canal avec le verbe "sentir". Il existe ainsi un certain nombre de mots, nettement attachés à un canal de perception : voir, sentir, entendre, clair, lourd, lumineux, dur, chaud, blanc, doux, etc.

Pour connaître la représentation interne d'une personne, on peut la faire parler d'un souvenir, par exemple de voyage ou de vacances. Ainsi, "*où êtes vous allé en vacances dernièrement ?*" - "*J'ai été en Guadeloupe*" - "*Qu'avez-vous retenu de ce voyage ?*" - "*Il faisait chaud, la mer était bonne ...*" : il s'agit probablement d'un kinesthésique. Mais s'il répond: "*Il y a des paysages magnifiques et la mer est si belle...*" : c'est plutôt un visuel. Certains resteront ambigus et diront par exemple "*j'ai beaucoup aimé les gens*". Il faut, dans ce cas, poser d'autres questions. Il est important de faire parler le patient de choses qui paraissent banales, mais qui, en fait, révèlent beaucoup sur eux: voyages, vacances, loisirs. Une personne qui fait de la poterie sera sans doute plutôt kinesthésique, celui qui peint, plutôt visuel. En accumulant les indices, on déterminera assez aisément le canal préféré.

Les mouvements oculaires

Le deuxième moyen pour détecter le canal de représentation est lié aux mouvements des yeux, lorsque la personne fait une recherche dans son esprit.



Accès oculaires selon la PNL

L'accès à la mémoire visuelle s'accompagne généralement d'une montée des yeux. Le mouvement à droite ou à gauche permet quant à lui de différencier un accès à la mémoire de stockage ou à la mémoire de travail, c'est-à-dire aux souvenirs vécus ou bien aux images créées. Les mouvements droit ou gauche sont inversés chez les gauchers. C'est une question de répartition du travail entre les deux hémisphères du cerveau. Pour les personnes ambidextres, il n'y a pas de règle définie. Il faut alors tester en posant des questions qui vont provoquer des accès à la mémoire visuelle ou qui vont faire en sorte que la personne se crée une image. Par exemple, l'on peut demander "pouvez-vous imaginer une girafe à pois roses ?", ou "quelle est la couleur des yeux de votre mère ?", "quelle est la couleur de votre voiture ?". En général, les gens n'ont pas mémorisé le mot qui correspond à la couleur, mais ils ont mémorisé l'image. Ils vont donc rechercher cette image, même s'ils sont kinesthésiques.

Certaines personnes baissent les yeux lorsqu'ils recherchent une information dans leur esprit. Soit, ils recherchent une sensation, et - si cela se répète souvent, il est probable qu'ils soient kinesthésiques - soit ils ont un dialogue intérieur. D'autres, enfin, regardent droit devant eux lorsqu'ils recherchent une image.

Ceci est la théorie de la PNL. N'existant pas de preuve absolue à son sujet, certains contestent sa véracité.

Tester le canal préféré

En pratique, la plupart des gens sont visuels, mais il est important de le vérifier, systématiquement lors de la première séance. Même les gens fortement kinesthésiques parviennent généralement à créer des images. S'ils n'y arrivent pas du tout, d'autres techniques sont à utiliser. S'ils y arrivent un peu, les images

seront quand même utilisées, car elles transmettent beaucoup plus d'informations que les sensations.

Utilisation du canal préféré

L'information que l'on aura détectée est importante pour les inductions. En effet, pour aider les gens à entrer en état de transe, il faut les guider de manière à ce que ce soit facile pour eux. Ainsi, avec les patients visuels, l'on utilisera donc des inductions plutôt visuelles, en leur demandant d'imaginer des choses, de visualiser un endroit, de voir un film ... Avec les patients kinesthésiques, on utilisera des inductions liées aux sensations comme de la relaxation, de la respiration, on leur demandera de sentir leur corps.

Quoi qu'il en soit, personne n'est totalement visuel ou kinesthésique. Par conséquent, l'on testera, dans chaque cas, comment réagit le patient aux différents types de suggestions. Ainsi, la relaxation fonctionne également avec les gens qui sont visuels. De même, il est possible de réaliser des inductions mixtes, qui utilisent tous les canaux à tour de rôle. Par exemple, dire: "*Vous vous imaginez sur une plage. Vous sentez le sable sous vos pieds, vous voyez la mer très belle devant vous. Vous entendez le bruit des vagues, etc.*" Ceci fonctionne bien avec les visuels, mais moins bien avec les kinesthésiques, qui auront plus de difficulté à visualiser.

Puisque le canal de représentation préféré va être utilisé dans les inductions, il est important de le connaître dès le début, de manière à rassurer le patient, afin qu'il sache que la thérapie fonctionne.

En outre, lors de la thérapie elle-même, on demandera aux visuels d'imaginer une scène, alors que les kinesthésiques devront jouer la scène, être physiquement le personnage, se déplacer et bouger.

Par ailleurs, il est important de faire comprendre que chacun est différent et que, parfois, des incompréhensions avec les autres surviennent parce qu'on n'utilise pas le même système de représentation. Dans l'exemple ci-dessus, la femme est visuelle et le mari kinesthésique. La femme s'attend à ce que son mari la regarde et lui fasse des compliments sur son apparence alors que son mari préfère la prendre dans ses bras. Elle a l'impression qu'elle n'est pas importante pour son mari alors que, lui, a l'impression de le lui démontrer tout le temps.

Enfin, utiliser le canal de représentation du patient permet d'être plus efficace. Apprendre aux patients à utiliser les différents canaux de perception va élargir leur expérience du monde, ce qui s'avère très utile, notamment dans le traitement de la douleur. La douleur est une sensation, un ressenti. Demander à des gens qui souffrent physiquement de transformer leur douleur en image permet de faire sortir la sensation d'eux, en créant une dissociation. Ils passent ainsi d'un système de représentation kinesthésique à un système de représentation visuel. N'étant plus focalisés sur la sensation, et ils la ressentent

moins. L'on peut également rajouter un système de représentation, par exemple, dans les rapports sexuels où les gens très visuels ont intérêt à se concentrer sur les sensations, et pas uniquement sur les images.

La communication non verbale.

Même si elle n'est pas acquise au niveau de la communauté scientifique, la communication non verbale l'est en pratique, notamment pour le FBI ainsi que d'autres, pour lesquels il est important de savoir si les gens mentent ou pas. En psychothérapie, cette question n'a que peu d'importance.

Si la personne ment, elle le fait généralement involontairement, soit parce qu'elle ne connaît pas la réponse, mais a néanmoins envie de donner une réponse pour faire bonne impression, soit parce qu'elle ne sait pas ce qui se passe au fond d'elle, ce qui d'après Ledoux est la règle générale. Pour l'ensemble de ces raisons, elle aura une attitude dite « incongruente ». Le discours sera une chose, la transmission non verbale en sera une autre.

Le non verbal est très fréquemment utilisé pour communiquer : la posture, les mouvements des mains, les expressions du visage, le ton de la voix. Lorsque les gens changent brusquement de ton, il se passe quelque chose, de caché, d'inconscient. Il s'agit donc de détecter lorsque la personne a ressenti une émotion, peut-être en contradiction avec ses paroles. Certaines personnes, au contraire, sont congruentes, en harmonie, qui ressentent et pensent vraiment les choses, et dont le discours physique et oral est identique.

Les émotions

Ces messages non verbaux, en général, expriment des émotions et sont inconscients. Les gestes sont involontaires, automatiques. De même les expressions du visage qui expriment des émotions. On peut tenter de les contrôler, mais une expression (sourire ...) artificielle se remarque tout de suite. Les expressions du visage peuvent être extrêmement fugitives, très rapides.

Un psychologue américain bien connu, du nom de Paul Ekman, a beaucoup étudié les émotions et les expressions faciales. Le FBI et la CIA utilisent d'ailleurs ses travaux pour essayer de détecter les mensonges. Ekman a également élaboré des logiciels pour développer l'aptitude à reconnaître les expressions très brèves qui s'affichent sur les visages des personnes qui mentent et qui contrôlent leurs expressions. Il a étudié les muscles du visage qui se contractent sous l'effet des différentes émotions. A partir des combinaisons de muscles, il est possible de retrouver l'émotion qui les a déclenchées. Ces expressions dépendent des individus et de leur éducation, dans la mesure où la culture les a entraînés à inhiber certaines émotions mal vues. La base de ces expressions faciales est universelle et valable pour tous. Ekman est allé jusqu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, pour chercher des tribus qui n'avaient jamais été en

contact avec des Occidentaux, afin d'étudier leurs expressions. Il en a déduit qu'effectivement, un certain nombre d'expressions et d'émotions sont communes à tous, comme le supposait déjà Darwin à son époque.

Malgré les polémiques sur ce que sont les émotions et leur définition exacte, Ekman en garde sept, qui correspondent à des critères bien précis, physiologiques ou autres, et qui sont les émotions de bases, d'autres pouvant être des variantes ou des combinaisons de celles-ci:

1. la tristesse,
2. la colère,
3. la surprise,
4. la peur,
5. la joie,
6. le dégoût
7. et le mépris.

Les émotions sont centrales dans la thérapie, elles déterminent l'état de la personne et ses comportements, donc ses symptômes. D'ailleurs, d'après Erickson, dans une thérapie il faut que l'émotion ressorte à un moment ou à un autre, s'il n'y a pas d'émotion, cela signifie que le thérapeute s'est trompé.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur le fonctionnement du cerveau humain, les émotions sont traitées et générées bien avant que la conscience en reçoive l'information, ce sont donc des processus inconscients par excellence. Ce qui permet de détecter les incongruences est le fait que la personne doit avoir conscience de l'émotion, ce qui se fait après son expression. Cela peut être très rapide, mais avec de l'entraînement, c'est perceptible même chez une personne qui a l'habitude d'inhiber ses émotions.

Les émotions ne sont pas spécifiques des humains, elles se retrouvent à différents niveaux dans le reste du règne animal. Les attitudes agressives chez les singes ressemblent beaucoup à ce que l'on trouve chez les humains : babines qui se retroussent, dents visibles, poils qui se hérissent, poitrine qui se gonfle, etc. On peut considérer que si l'évolution a conservé ces réactions à travers les millions d'années, c'est parce que les émotions sont importantes pour la survie des individus et de l'espèce.

Détecter les Incongruences

L'intéressant, pour le psychothérapeute, est de savoir qu'il y a une émotion non exprimée oralement. Pour la détecter, une grande attention s'impose, afin de surveiller très attentivement la personne quand elle parle. Surveiller les

expressions de son visage, son attitude, la position de son corps, les gestes de ses mains, sa respiration, le ton de sa voix, les mouvements des yeux.

Il s'agit d'un vrai travail actif, qui n'a rien en commun avec une écoute passive, mais qui demande une grande concentration. Quand il y a une incongruence, il y a une expression inconsciente quelque part, un désaccord et, peut-être, un conflit intérieur entre des choses qui ne sont pas exprimées. Cela peut, par exemple, s'entendre dans le ton de la voix. En général, lorsqu'une phrase est terminée, le ton de la voix descend ; mais, si la phrase est incomplète, le ton ne redescendra pas. Ainsi, à quelqu'un qui dit "*j'ai vraiment envie de partir de mon travail*" tout en gardant un ton élevé, l'on peut demander par exemple "*et qu'est-ce qui vous en empêche?*".

Il est important, également, de détecter les changements d'attitude et de comportement. Par exemple, si quelqu'un s'agite tout d'un coup sur sa chaise alors qu'il était presque immobile jusque-là. Il faut alors creuser pour comprendre ce qui se passe. "*Pourquoi ?*", "*qu'est-ce qui vous en empêche ?*", "*que ressentez-vous à ce propos ?*", "*comment voyez-vous les choses ?*" sont des questions que l'on peut poser pour faire préciser la partie manquante du discours.

Parfois, les expressions sont à peine marquées, ce qui n'est pas nécessairement en rapport avec l'intensité de ce que ressent le patient. Ce dernier peut être très en colère, mais ne pincer que légèrement les lèvres, essayant d'inhiber cette émotion.

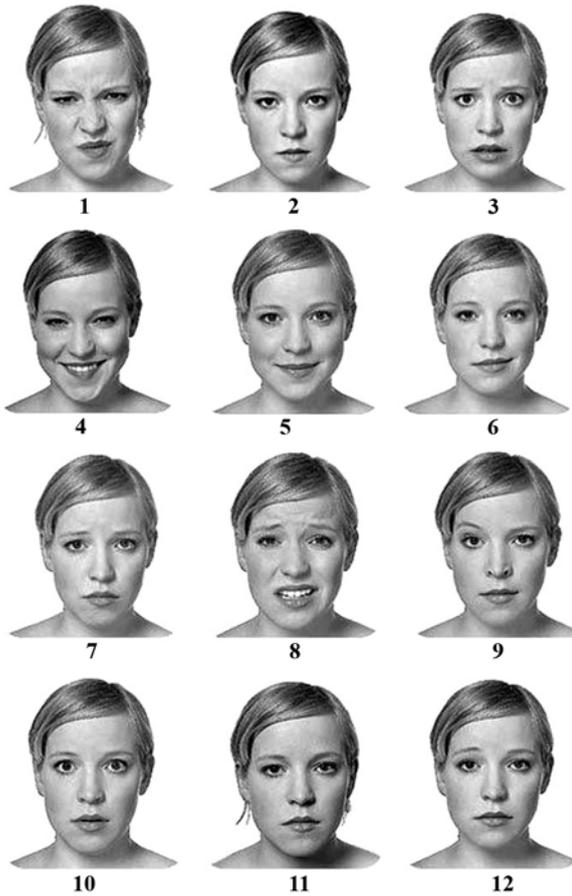
Pour détecter les émotions, tout le champ visuel doit être utilisé. L'on peut regarder la personne en face et, en même temps, surveiller les mouvements de ses mains et la position de son corps, sans bouger les yeux. Les mouvements des mains sont plus faciles à détecter que les variations d'expression du visage, il est donc préférable de garder son regard fixé sur le visage, tout en surveillant le reste.

Si l'on n'arrive pas à identifier l'émotion, il est indispensable, au moins, de détecter que quelque chose s'est passé et, par conséquent, de demander au patient ce qu'il ressent et de l'aider à exprimer ses expériences intérieures.

Il s'agit, pour cela, de surveiller les mains, la respiration, par exemple les soupirs ou les inspirations plus profondes, les pieds et les jambes, les mouvements des yeux, la position de la tête par rapport aux épaules, les postures du corps, les expressions du visage, les sourcils, la bouche, les lèvres plus ou moins pincées, les yeux plus ou moins fermés, etc.

D'un point de vue auditif, il faut également faire attention à la tonalité de la voix, aux changements de tonalités, au débit du discours qui peut varier (rapide, lent, haché ou fluide).

Enfin, les mots et les phrases employées sont aussi significatifs, de même que le volume sonore (quand, tout d'un coup, il augmente ou diminue) ou les intonations, les phrases pas finies



Expressions faciales

Saurez-vous reconnaître les différentes émotions et états psychiques derrière ces expressions ?

1: dégoût; 2: colère; 3: peur; 4: sarcasme (joie+mépris);
5: amusement (joie); 6: dérision (mépris); 7: demande (tristesse); 8: demande (tristesse+souffrance); 9: colère contenue; 10: confusion (surprise); 11: haine (colère); 12: demande (tristesse);

Entraînement quotidien

Parfois, les émotions sont extrêmement fugitives, et les manifestations à peine perceptibles. Les détecter demande donc beaucoup d'entraînement.

Cet entraînement peut être réalisé dans la vie courante, chez soi, en courses, dans les transports en commun... que les gens soient en train de parler, d'écouter, de lire, de penser, de téléphoner, etc. Certaines personnes, même au téléphone, font des gestes, alors que leur interlocuteur ne peut pas les voir, c'est un automatisme. Il est plus facile, pour cet entraînement, de ne pas écouter ce que disent les gens, car cela peut distraire (couper par exemple le son de la télévision et regarder les gens parler sans le son). Cet entraînement est terrible avec les discours politiques et montre à quel point les personnages politiques manipulent et ne pensent pas ce qu'ils disent. Bien entendu, une fois bien entraîné, l'on peut écouter et surveiller les émotions en même temps.

Exercices d'applications

Afin d'étudier les incongruences, il est intéressant d'imaginer un jeu de rôle, en prenant comme exemples les quatre catégories d'incongruence de Virginia Satir, une thérapeute américaine spécialiste de la thérapie familiale. Ce jeu de rôle permet de comprendre ce que peuvent ressentir les gens et montre qu'il ne faut pas se mettre à leur place quand ils parlent de leurs malheurs, mais, au contraire, comprendre comment une chose peut être exprimée physiquement et une autre verbalement.

Le conciliant

Verbalement, il est toujours d'accord ; corporellement son attitude signifie qu'il est impuissant et ne peut rien faire ; intérieurement, il ressent qu'il n'est rien et n'a aucune valeur. Le conciliant essaie de plaire, s'excuse continuellement. Il parle comme s'il ne pouvait rien faire pour lui-même et a toujours besoin d'être approuvé par quelqu'un.

Pour jouer ce rôle, pensez que vous n'avez aucune valeur, que vous êtes redevable envers tout le monde, responsable de tout ce qui va de travers, et d'accord avec toutes les critiques que l'on peut vous faire. Vous êtes reconnaissant quand on vous parle, peu importe ce que l'on vous dit et comment on vous le dit. Vous ne pensez pas à demander quoi que ce soit pour vous. Soyez le plus sirupeux possible, prenez des airs de martyr, cirez les bottes de tout le monde. Imaginez-vous un genou à terre, un peu vacillant, une main tendue pour mendier, avec une voix faible et grinçante. Vous dites oui à tout, quoi que vous pensiez ou ressentiez. Il est évidemment important de faire attention tant au verbal qu'au corporel.

Exemple :

A: *Vous allez me taper tout mon texte, depuis le début*

B: *Oui (d'une voix faible)*

A: *Et puis vous corrigerez les fautes d'orthographe bien sûr.*

B: *Je ne sais pas si je serai capable de tout corriger... Je vais essayer, mais...*

A: *Et après vous ferez la vaisselle et le ménage, et vous sortirez la poubelle.*

B: *D'accord.*

Pour ce rôle, l'attitude est bien voutée, bien ramassée.

Le blâmeur

Verbalement, il n'est pas d'accord du tout ; corporellement, il dit qu'il est le chef et, intérieurement, qu'il est seul et en échec. En général, il fait le vide autour de lui, en dictateur et chef totalitaire. Il agit en supérieur et semble dire que si vous n'étiez pas là, tout irait bien. Les sensations internes sont dans les muscles et dans les organes. La voix est forte, tendue, stridente. Pour bien blâmer, il faut être aussi tyrannique que possible, casser tout et tout le monde, en pointant un doigt accusateur disant "*vous ne faites jamais cela*", ou "*vous faites toujours cela*", ou "*pourquoi faites-vous toujours cela ?*" ou "*pourquoi ne faites-vous jamais cela?*". Le blâmeur ne se préoccupe pas des réponses, il est plus intéressé par se manifester que par comprendre. Vous respirez par petites bouffées rapides ou bien vous retenez votre respiration. Vous pouvez même devenir tout rouge.

Exemple :

A: (très vite) *Je vous avais demandé de sortir la poubelle, pourquoi vous ne l'avez pas fait ? Vous avez vu ? Il y a plein de papier gras partout.*

B: *Ah bon ? Je ne savais pas.*

A *Quoi ? Comment ça, vous ne saviez pas qu'il fallait sortir la poubelle avant telle heure ? De toute façon, c'est votre travail. Sinon à quoi vous servez ? A rien.*

L'attitude droite, dans ce personnage, est complètement différente de l'attitude courbée dans le personnage précédent. Les gestes, également, sont différents. Le ton et le rythme de la voix y participent également.

Le calculateur

Verbalement, il est ultraraisonné; corporellement, il est calme, et, intérieurement, il se sent vulnérable. Le calculateur est très correct, très raisonnable et ne montre aucun sentiment. Il est calme et recueilli. Il peut être comparé à un ordinateur ou à un dictionnaire. Le corps semble sec, froid, dissocié. La voix est monotone et les mots sont des abstractions. Pour être un calculateur, il faut utiliser les mots les plus longs, même en cas d'incertitude sur leur sens, faire le moins de mouvements possible, même pour parler, ne pas bouger les mains. La voix devient naturellement éteinte parce que le blâmeur n'a aucun sentiment, trop occupé à faire attention à ne pas bouger et à choisir les mots justes, puisque supposé ne jamais faire d'erreur.

Exemple :

A: (d'une voix terne et monotone) *En fait, j'étais venu vous voir pour participer à vos formations et je voulais avoir des précisions quant à ce que vous m'imposez actuellement, car je considère que cela ne rentre pas dans ...*

B: *Qu'est ce que vous pensiez avoir comme formation ?*

A: *Beaucoup plus scientifique et beaucoup plus pertinente que ce que pour l'instant vous pouvez m'asséner sans aucune preuve, en parlant de choses comme ça dont vous semblez très fier, mais qui ne me paraissent pas aussi fondées que ce à quoi je m'attendais.*

L'amuseur

Verbalement, il est insignifiant ; corporellement, il gesticule dans tous les sens et intérieurement il se dit que personne ne fait attention à lui. Tout ce que dit ou fait l'amuseur n'a aucun rapport avec ce que les autres disent ou font. Jamais il ne donne une réponse appropriée. Ses sensations intérieures sont une sorte de vertige. La voix est chantante, souvent fautive par rapport aux paroles, monte ou descend sans aucune raison. L'amuseur est comme une toupie qui tourne constamment et qui, jamais, ne sait où elle va. Trop occupé à bouger constamment ses lèvres, ses bras et ses jambes, son corps. Il ignore les questions et répond par une question de son cru sans aucun rapport avec le sujet précédent, il fait des choses totalement inappropriées au contexte. Au début, ce rôle semble une récréation, mais après quelques minutes, un terrible sentiment de solitude et d'inutilité émerge. Ce sont souvent des femmes qui se sentent inutiles, superficielles. Des hommes aussi, bien sûr. Les uns comme les autres se sentent vides et essaient d'occuper l'espace.

Tout ceci constitue des exemples de communication non verbale très significatifs, révélant beaucoup de choses sur la personne et sur ce qui est présent à l'intérieur. C'est ce dernier point qui nous intéresse, en tant que thérapeute, et qui est fondamental. C'est la raison pour laquelle, il est impératif de s'entraîner à détecter les incongruences, même les plus subtiles, comme un léger tremblement dans la voix, un soupir, un moment de silence.

La synchronisation

Comme dit plus haut, il est important d'utiliser le canal sensoriel préféré du patient afin qu'il se sente en confiance et compris. Mais il faut aller plus loin et se mettre en phase avec lui du point de vue corporel, en faisant de la synchronisation, afin qu'il se sente lui-même en phase avec le thérapeute. Se synchroniser avec le patient, c'est établir un contact inconscient. La communication se faisant dans les deux sens, non seulement l'inconscient du

patient nous transmet des informations, mais perçoit également les messages que nous lui transmettons. L'inconscient du patient va ainsi percevoir que l'on est en phase, dans le même état d'esprit que lui.

La synchronisation est quelque chose de naturel, que l'on peut notamment remarquer chez les bons commerciaux. Certains ont appris, mais pour d'autres c'est spontané. Ils sont ouverts et cherchent à être le plus proche possible de leurs clients. Ils font, dès lors, comme eux, inconsciemment. Une autre catégorie de gens qui se mettent en synchronisation sont les amoureux. Au restaurant, ils boivent en même temps, ils coupent leur viande en même temps, ils bougent en même temps. Ils sont en phase, car dirigés l'un vers l'autre, naturellement et spontanément. Le thérapeute, lui, le fait volontairement.

Position et non-verbal

Ainsi, du point de vue de la position, il ne faut pas être au-dessus du patient, tel un juge. Le patient ne se sent pas en confiance, mais écrasé. Si besoin, le thérapeute baissera son siège pour ne pas être surélevé par rapport à son patient.

Pour que la synchronisation soit efficace, il est nécessaire que le thérapeute puisse tout voir du patient, et que ce dernier puisse également voir le thérapeute en entier. Aucun bureau ne doit donc entraver la vue entre les deux.

Il ne faut toutefois pas copier le patient, ni le mimer, sinon il risque de s'en rendre compte. La synchronisation doit donc être assez subtile, en faisant par exemple les gestes à un autre moment que le patient. Il y a par ailleurs une multitude de choses auxquelles le patient ne fait pas attention, comme la position de la tête.

Synchronisation et langage

De même, il est important d'utiliser les mots du patient, son vocabulaire et ses expressions, peut-être différents de ceux qu'on a l'habitude d'utiliser. Le non verbal (débit, postures ...) doit également être synchronisé avec le patient. Ainsi, si le patient parle vite, le thérapeute parlera vite également, s'il a les jambes croisées, le thérapeute fera de même ; s'il est courbé, le thérapeute le sera aussi. Lorsqu'on fait des inductions, le thérapeute ira même jusqu'à se synchroniser sur la respiration du patient.

S'entraîner à la synchronisation

La synchronisation est une question de pratique. Un entraînement permettra de trouver la façon de faire qui ne soit pas trop grossière et que le patient ne remarque pas immédiatement. Généralement, à partir du moment où le patient a commencé à parler de ses problèmes, il ne fait plus trop attention au thérapeute.

Ce dernier se met néanmoins en phase avec son patient, afin qu'inconsciemment, il se sente bien. Il est important de le faire dès le premier contact avec le patient, dès le début de la première séance, et ce, pendant toute la thérapie. Même quand il est difficile de prendre la même posture qu'eux, l'on peut se synchroniser sur la voix, les intonations, le rythme, la respiration éventuellement.

S'entraîner à être en synchronisation peut être réalisé partout, dans les transports en commun, pas nécessairement avec la personne juste en face, mais avec celle qui se trouve deux ou trois rangs plus loin. Se mettre dans la même posture, respirer au même rythme, avoir le même port de tête, avoir les mêmes expressions du visage, et ensuite essayer de ressentir ce que les gens peuvent ressentir. L'on peut alors sentir qu'un tel est déprimé, son corps tout tassé, inconfortable ou, au contraire, qu'un autre est de bonne humeur, tonique, avec des gestes énergiques.

Un cas extrême d'Erickson

L'attitude d'Erickson en synchronisation consiste à aller vers le patient, à rentrer dans son monde, à en être le plus proche possible. L'exemple suivant est particulièrement significatif. Il s'agissait d'un patient interné en hôpital psychiatrique, depuis environ 6 ans lorsque Erickson est arrivé. Les seules phrases cohérentes que les soignants avaient réussi à obtenir de lui étaient "*bonjour*", "*je m'appelle X*", "*bonsoir*". Tout le reste n'était que «*salade verbale* », une suite de mots et de syllabes sans aucune signification. Erickson a étudié cette *salade verbale* jusqu'à être capable d'en produire lui-même, puis il s'est assis à côté du patient et a commencé à parler en *salade verbale*. Le patient lui a répondu de la même manière et ils ont passé une journée à parler en *salade verbale*. Le patient a eu un monologue pendant 4 heures, Erickson lui a répondu par une *salade verbale* d'une heure et demie, le patient a continué par une *salade verbale* de deux heures, le patient lui a dit ensuite "*Bon docteur Erickson, il serait peut-être temps de parler normalement*" et Erickson lui a répondu "*Tout à fait d'accord*". Le patient a alors commencé à parler normalement, Erickson a pu recueillir l'histoire du patient et commencer à l'aider. Le patient est sorti de l'hôpital psychiatrique un an plus tard.

Les patients ont donc besoin qu'on les rejoigne dans leur monde et de sentir que le thérapeute est proche d'eux. La synchronisation est fondamentale : comprendre leur langage verbal, leur langage non verbal et leur renvoyer un reflet d'eux-mêmes de façon à ce qu'ils se sentent en phase.

La proxémie

Il est bien connu que les animaux sauvages ont des distances de sécurité, des sortes de sphères autour d'eux dans laquelle il ne faut pas pénétrer si vous ne

voulez pas provoquer une réaction de fuite ou d'agression. Chez les humains c'est plus compliqué, mais on retrouve la même notion. C'est plus compliqué, car cela dépend de l'éducation et de la culture. Par exemple, chez les Méditerranéens, on se tient beaucoup plus proche les uns des autres que dans les peuples du nord de l'Europe ou les Anglais.

Il faut donc garder à l'esprit que la distance acceptable entre individus qui ne se connaissent pas, comme c'est le cas lors de la première séance, est une chose très variable. Il faudra faire attention à ne pas se tenir trop près du patient pour ne pas l'indisposer. Il ne faut pas être trop loin non plus, car sinon il serait plus difficile de créer un lien de confiance.

Quand le patient est sous hypnose, cela n'a plus aucune importance, on peut être très près de lui et même le toucher, pour poser des ancrages kinesthésiques, placer un signal posthypnotique ou tester son degré de catalepsie par exemple. Mais dès qu'il sort de transe, il vaut mieux reprendre une certaine distance qu'il faudra apprécier en fonction des réactions du patient.

Si le patient se penche vers vous pour vous parler, c'est qu'il souhaite inconsciemment être physiquement plus près et vous pouvez vous avancer un peu plus, mais si vous percevez une gêne, prenez un peu de recul. Personnellement, j'utilise une chaise à roulette qui me permet d'ajuster la distance avec le patient très facilement.

De même, j'évite de mettre de l'eau de toilette ou du parfum pour ne pas gêner olfactivement certains patients (et je supporte patiemment l'odeur de mes patients). Évidemment, il n'y a pas de bureau, ni aucun autre obstacle et moi et mon patient.

LE LANGAGE DU CHANGEMENT

Après avoir étudié le langage, et surtout les erreurs de langage, des patients, nous allons maintenant nous intéresser au langage du thérapeute lors des phases d'induction et de travail sous hypnose. Un élément très important, mais pas le seul, de ce langage sont les suggestions, et plus particulièrement les suggestions indirectes. Il s'agit d'outils qui servent à transmettre des messages d'une façon particulière, l'idée étant de faire en sorte que le patient ait le minimum de chances de bloquer ou de refuser le message que l'on veut faire passer.

Les suggestions indirectes

Les suggestions indirectes sont utilisées essentiellement pour l'induction, pour laquelle on cherche à produire une certaine réaction psychophysiologique chez le patient, mais elles peuvent servir pour transmettre n'importe quel message.

Contrairement aux suggestions directes, les suggestions indirectes permettent de contourner plus ou moins les blocages conscients, en fonction de l'attitude du patient. Face à quelqu'un de très attentif et décidé à tout bloquer, le blocage se fera quel que soit la qualité des suggestions utilisées. Elles sont néanmoins très efficaces lorsque le patient ne cherche pas à bloquer consciemment le processus ou qu'il ne connaît pas cette manière de communiquer.

Les suggestions étant indirectes, le récepteur n'a pas toujours conscience de ce qui est réellement suggéré, il est donc plus facile pour le message d'atteindre l'inconscient.

Si les suggestions indirectes sont très utiles, les suggestions directes peuvent également être utilisées, en énonçant ce que l'on désire transmettre, comme: « *fermez les yeux* », « *laissez-vous aller* », « *détendez-vous* », etc. Ressemblant à des ordres, elles fonctionnent avec un grand nombre de personnes.

Plus subtiles, les suggestions indirectes doivent être énoncées de manière à ce que le patient ne se rende pas compte consciemment de la suggestion, afin qu'elle atteigne l'inconscient qui va alors y réagir.

Erickson a beaucoup travaillé, avec Rossi, sur les suggestions indirectes et leur classification, que nous allons reprendre ici. Les exemples sont également d'Erickson.

L'orientation indirecte sur des processus associatifs

Il en existe deux formes. La première consiste à soulever une question pertinente sans l'adresser de façon évidente au patient. Par exemple: « *Je me demande si les enfants souffrent toujours lorsque leurs parents se disputent* », ou « *je ne sais pas si ...* ». On ne demande pas directement au patient de parler du sujet évoqué, mais, généralement, en entendant une question de ce genre, le sujet aura tendance à chercher une réponse dans sa propre expérience.

La deuxième forme consiste à faire des remarques ou à raconter des histoires, toutes centrées sur une association commune. Si celle-ci est un aspect pertinent du problème du patient, si elle provoque une résonance en lui, il est fréquent qu'il en parle d'une manière très révélatrice. Par exemple, si on se demande si le patient connaît des difficultés dans ses relations avec ses parents, l'on peut soit commencer à parler de ses propres parents, soit raconter l'histoire de quelqu'un, d'un autre patient par exemple, qui avait telle et telle relation avec ses parents. Si cela évoque quelque chose chez le patient, celui-ci aura tendance à vouloir en parler sans qu'on ait eu besoin de le lui demander directement. Il le fera d'autant plus volontiers que cela a de l'importance pour lui. Outre l'expérience de soi et des autres, on peut également inventer des personnes fictives à qui il est arrivé ce que l'on souhaite évoquer.

Les questions qui orientent, suggèrent et renforcent

Cela consiste à poser des questions qui vont provoquer une recherche ainsi que l'activation de processus inconscients. Par exemple: « *Alors que vous continuez à fixer ce point, est-ce que vos yeux se fatiguent et ont tendance à cligner ?* ».

En cherchant à répondre à cette question, même pour lui-même, le patient va orienter sa conscience vers ses yeux et les sensations qu'il peut y ressentir. S'il ne ressent pas de fatigue dans les yeux, cela n'a pas d'importance puisque ce n'est qu'une question. Si tel est le cas, cela va attirer son attention sur le fait qu'il se passe quelque chose, ce qui le met dans l'état d'attente de savoir ce qui va se passer, état très favorable à l'entrée dans l'hypnose.

Autre exemple: « *Est-ce que ce confort augmente alors que vos yeux restent clos ?* ». Afin de pouvoir répondre à cette question, qui a l'air si anodine, le patient va devoir se concentrer sur sa sensation de confort. Il va donc rechercher les sensations qu'il ressent à ce moment-là ainsi que sur le souvenir de ce qu'il ressentait auparavant. Tous ces processus vont dans le sens voulu par l'hypnothérapeute: que le patient rentre en lui pour faire venir l'état d'hypnose.

Troisième exemple: « *Allez-vous rapidement oublier de penser à vos yeux, et commencer à hochez la tête très lentement, en même temps que vous rêvez un rêve très agréable ?* » Cette phrase comporte trois questions, et donc trois suggestions.

En outre, tout est lié, rendant les choses légèrement difficiles à comprendre, mais l'inconscient va comprendre : oublier de penser, hocher la tête et faire un rêve, alors qu'au niveau conscient, une question a simplement été posée à laquelle le patient n'a d'ailleurs pas répondu.

La réponse n'est pas intéressante, l'important étant de faire passer des messages, des suggestions. Ces questions sont toutes orientées vers les processus que l'on cherche à provoquer lors de l'induction, à savoir la fermeture des yeux, la concentration sur les sensations intérieures, la concentration sur des activités inconscientes ...

Liens et doubles liens thérapeutiques

Le double lien consiste à proposer un choix illusoire, car toutes les alternatives du choix sous-entendent l'acceptation d'une suggestion implicite. Par exemple: « *voulez-vous entrer en transe maintenant ou dans quelques minutes ?* ».

Que ce soit maintenant ou plus tard, la question sous-entend que le patient va entrer en transe. La question ne porte pas sur le fait qu'il entre ou non en transe, mais uniquement sur le moment de cette entrée.

Autre exemple: « *si votre inconscient veut que vous entriez en transe, votre main droite va se lever, sinon ça sera votre main gauche* ». Si une main se lève, que ce soit la droite ou la gauche, cela signifie qu'il est en transe.

L'aspect piège des doubles liens, que certaines personnes peuvent détecter ou ressentir inconsciemment, peut irriter. Erickson raconte d'ailleurs que, quand il était étudiant, il participait à des épreuves d'éloquence, et utilisait les doubles liens. Il ne gagnait pas parce que son discours dégageait, selon le jury, quelque chose de désagréable sans savoir l'expliquer. Par contre, quand ils fonctionnent, les doubles liens sont très efficaces.

Truismes utilisant des processus idéomoteurs

Il s'agit d'évoquer des processus psychophysiologiques dont le patient a déjà forcément fait l'expérience.

Exemple: « *vous savez déjà comment avoir des sensations agréables comme la chaleur du soleil sur votre peau* ». L'on peut supposer que tout le monde a, un jour ou l'autre, ressenti la chaleur du soleil sur la peau. On oriente alors les pensées du patient sur les souvenirs de cette expérience.

Autre exemple: « *nous avons tous fait l'expérience d'avoir hoché la tête pour dire oui, ou de l'avoir secoué pour dire non, même sans bien nous en rendre compte* ».

En évoquant ce processus, l'on suggère indirectement que le patient peut le faire maintenant. On ne dit pas directement qu'on aimerait que le patient le fasse, mais on l'évoque, en rappelant que cette façon de faire existe et que le patient l'a déjà expérimentée. En faisant venir cette idée à l'esprit du patient, le patient pensera qu'il peut l'utiliser et aura l'impression que l'idée vient de lui.

Troisième exemple: « *nous savons que, lorsque vous dormez, votre inconscient peut rêver; vous pouvez facilement oublier ce rêve en vous réveillant* ».

Effectivement, tout le monde rêve, c'est une nécessité physiologique, et généralement, ces rêves sont oubliés rapidement.

Deux processus sont ici suggérés: le rêve et l'oubli, très utiles en hypnothérapie. On peut en effet utiliser le rêve sous hypnose afin de faire un travail thérapeutique et suggérer indirectement au patient d'oublier.

Si, à l'inverse, on avait demandé directement au patient d'oublier, cela aurait probablement attiré inutilement son attention sur ce qu'on souhaite qu'il oublie. De plus, certains patients veulent se souvenir de ce qu'il s'est passé lors des séances, si on leur dit d'oublier ils vont au contraire tout faire pour s'en souvenir.

Les suggestions composées

Cette catégorie de suggestions indirectes est très générale et divisée par Erickson et Rossi en plusieurs sous-catégories.

Deux affirmations connectées dont la première est un truisme

La première partie de la phrase est un truisme, la deuxième partie une suggestion, sans qu'il y ait nécessairement un lien logique entre les deux parties.

Exemple utilisé par Erickson lorsqu'un de ses enfants était revenu de chez le dentiste avec un appareil dentaire: « *Ça doit être désagréable d'avoir cet appareil dans la bouche, et ça va te demander un sacré travail pour t'y habituer* ».

Personne ne trouve un appareil dentaire agréable. L'enfant va donc acquiescer à cette affirmation, acceptant plus facilement la suggestion qui suit. Le truisme permet de mettre le patient dans un état d'esprit d'acceptation, d'ailleurs souvent utilisé dans les discours des hommes politiques, des avocats.

Cette séquence d'acceptation, également appelée « *yes set* » en anglais est un ensemble de propositions pour lesquelles le patient va penser « *oui* » (on peut énoncer plusieurs truismes) et qui sera suivie d'une suggestion.

Implication logique entre deux propositions dont on sait que la première va se faire

Contrairement au cas précédent, un lien logique, d'implication existe entre les deux propositions.

Exemple: « *Vous pourrez entrer en transe pour découvrir toute une quantité de choses que vous pouvez faire* ».

La première proposition va se réaliser puisque l'on va faire une induction au patient. On lui suggère ensuite que, de ce fait, il va découvrir certaines choses. Ainsi, lorsqu'il commencera à entrer en transe et à s'en rendre compte, il sera dans une situation d'attente des choses à découvrir. Et cet état d'esprit va favoriser l'entrée dans une transe plus profonde.

Prédiction d'un comportement, tempéré d'une variable temporelle, qui augmente le degré de liberté apparent du patient

Comme pour les doubles liens, il ne s'agit que d'une apparence de liberté.

Exemple: « *Tôt ou tard, votre main va se lever* ». On suggère que la main va se lever, mais on laisse, apparemment, la liberté au patient de choisir à quel moment il va le faire.

Autre exemple: « *Votre mal de tête va disparaître, aussitôt que votre organisme est prêt à s'en débarrasser* ». La variable temporelle permet à la suggestion d'être mieux acceptée parce qu'elle est placée à un moment indéterminé du temps. Il est plus difficile pour le patient de refuser une telle suggestion, car il est contraint d'attendre un certain temps, pendant lequel la suggestion peut agir au niveau inconscient. On déplace la question de « *cela va-t-il se faire ?* » à « *quand cela va se faire ?* », le patient accepte ainsi l'idée que cela va se réaliser.

Une suggestion est subordonnée à un comportement en cours ou à venir

Lors d'une induction où l'on a demandé au patient de regarder fixer un point: « *vos yeux vont se fatiguer et se fermer d'eux-mêmes pendant que vous continuez à regarder ce point* ». On lie la suggestion de fatigue et de fermeture des yeux au fait que le patient regarde fixement un point. Le fait de réaliser la deuxième partie implique que la première va également se faire. Le patient accepte ainsi plus facilement la suggestion.

Autre exemple: « *vous allez trouver que vous vous sentez de plus en plus détendu et confortable pendant que vous restez assis ici les yeux fermés* ». Restant assis les yeux fermés, le patient va accepter la suite logique et se détendre de plus en plus. Cette formulation est plus facile à accepter que de dire

simplement « détendez-vous », phrase contre laquelle les patients peuvent trouver une infinité d'arguments.

Autre exemple: « *ne rentrez pas en transe avant de vous asseoir dans le fauteuil* ».

Autres modèles

Il est possible de créer un très grand nombre de types de suggestions en utilisant différents modes de liaison.

Voici quelques exemples de structures:

Pendant que (comportement) *vous pouvez* (suggestion).

Ne faites pas (suggestion) *avant que* (comportement).

Pourquoi ne pas (suggestion) *avant de* (comportement) ?

Plus vous vous rapprochez de (comportement) *plus vous pouvez* (suggestion).

Après (suggestion) *vous pouvez* (comportement).

Directives implicites

Elles comportent trois parties. La première partie est une introduction qui fait le lien avec le temps ; la deuxième une suggestion implicite, la troisième une réponse comportementale.

Exemple tiré d'une induction d'Erickson réalisée en présence de plusieurs personnes alors que la main droite est en lévitation: « *dès que votre inconscient sait que seuls vous et moi sommes ici, votre main droite va descendre jusqu'à votre cuisse* ».

La première partie: « *dès que votre inconscient sait que* » ; la deuxième, suggestion implicite d'oublier les autres personnes présentes: « *seuls vous et moi sommes ici* » ; et la réponse comportementale: « *votre main droite va descendre* ».

L'intéressant dans ce type de suggestion est que, en cas d'acceptation, la réponse comportementale le fait savoir. Dans l'exemple ci-dessus, si la main redescend, on sait que l'inconscient a oublié les autres personnes présentes. Ce type de suggestion est très utile pour suivre ce qui se passe dans l'esprit du patient et son état de réceptivité aux suggestions.

Les suggestions ouvertes

Consistant à suggérer quelque chose qui autorise n'importe quel type de réponse, elles sont intéressantes pour explorer les différentes réponses possibles pour le sujet.

Exemple : « *des souvenirs, des pensées, des sentiments, des sensations que l'esprit conscient a oubliées complètement ou en partie, sont pourtant accessibles pour l'inconscient et on peut en faire l'expérience pendant la transe, maintenant ou plus tard, dès que l'inconscient est prêt* ».

L'on a ainsi suggéré que l'inconscient pouvait faire quelque chose et un certain nombre de réponses possibles ont été énumérées, mais tellement larges et floues que n'importe laquelle va être considérée comme une réponse à la suggestion.

Suggestions couvrant toutes les possibilités de réponse

Dans ce cas-ci, l'ensemble des réponses possibles, en nombre limité, sont énumérées.

Exemple : « *Bientôt votre main droite, ou peut-être votre main gauche, va commencer à s'élever, ou elle peut s'appuyer, ou elle peut ne pas bouger du tout, mais nous allons être curieux de voir ce qu'il se produit* ».

Quel que soit le résultat, qu'une main bouge, ou que les deux mains restent immobiles, il sera considéré comme une réponse à la suggestion. La seule attitude possible est alors ce qui est suggéré ensuite: attendre, se mettre en position d'observateur, position favorable à l'entrée en transe.

En énumérant ainsi toutes les possibilités, le patient ne peut pas ne pas y répondre. C'est bien plus fort que le double lien où le patient peut se rendre compte de quelque chose et bloquer ainsi le processus. Ici, même l'absence de réponse est acceptable et est considérée comme une réponse à la suggestion.

Apposition des contraires

Il s'agit de suggestions dans lesquelles deux systèmes opposés sont mis en balance. Erickson s'est, en effet, rendu compte que cela fonctionnait mieux, lorsque l'on voulait suggérer quelque chose, de suggérer que l'inverse pouvait également se produire.

Exemple : « *En même temps que vos mains se sentent légères et s'élèvent, vos paupières peuvent se sentir lourdes et se fermer* ». Il y a opposition entre légèreté et lourdeur.

Pour des anesthésies ou analgésies, Erickson suggérait que les sensations diminuaient dans une main tandis qu'elles augmentaient dans une autre partie du corps, l'autre main par exemple. Il cite, notamment, le cas d'un patient à qui il faisait diminuer les sensations dans les dents en même temps qu'elles augmentaient dans les doigts. Et l'anesthésie ne fonctionnait que dans ce cas-là.

Ce type de suggestion est un peu particulière, ce ne sont pas véritablement des suggestions indirectes, mais une façon de structurer des suggestions pour qu'elles soient mieux acceptées.

Dissociation et surcharge cognitive

Il s'agit de proposer de multiples tâches, afin de saturer le champ de la conscience, de préférence des tâches peu familières qui vont obliger le patient à se concentrer et à utiliser toutes ses ressources conscientes jusqu'à les saturer et laisser la porte ouverte à son inconscient.

Exemple: « *Vous pouvez vous tenir debout ou vous asseoir, vous pouvez vous asseoir sur une chaise ou sur une autre, vous pouvez sortir par cette porte ou par celle-ci, vous pouvez revenir me voir ou refuser de me voir, vous pouvez aller bien ou être malade, vous pouvez vous améliorer ou vous aggraver, vous pouvez accepter la thérapie ou la refuser, ou vous pouvez entrer en transe pour découvrir ce que vous voulez* ».

Dans cette suggestion, Erickson a proposé énormément de choses, sans laisser au patient le temps de répondre, celui-ci étant amené à changer de pensée très rapidement. Il commence différentes réflexions, mais est obligé de les interrompre pour passer à la suivante. Et la suggestion arrive enfin, pour le soulager de cet effort : « *vous pouvez entrer en transe pour découvrir ce que vous voulez* ».

Ces différentes catégories, ci-avant brièvement exposées, sont à considérer comme des points de repère permettant de comprendre comment utiliser les ressources de la communication afin de faire passer certaines choses au patient, tout en contournant les blocages conscients.

Ceci a une importance particulière pour contourner toutes les résistances à l'induction. Cela permet également de faire passer d'autres messages, qui ne sont pas forcément utilisés pour l'induction.

Par exemple : « *allez-vous régler ce problème tout seul ou voulez-vous que je vous aide ?* » Il s'agit d'un double lien : seul ou avec mon aide le problème va se régler, tel est le message fondamental que l'on fait ainsi passer au patient. Beaucoup de patients sont persuadés que leur problème est insoluble puisqu'ils l'ont depuis des années. Faire passer ce message à l'inconscient leur permettra d'aborder la thérapie d'une manière plus positive et de s'impliquer plus dans le travail.

La partie importante du travail de thérapie ne se fait pas avec des suggestions. Celles-ci sont une façon de communiquer, permettant de faire passer des messages à l'inconscient malgré les blocages ou le filtrage de la conscience. La communication est fondamentale en thérapie. C'est, en effet, grâce à la communication établie avec le patient que celui-ci sera amené à faire des changements bénéfiques. Ces résistances sont involontaires. Généralement,

les patients souhaitent un résultat, mais certaines choses bloquent, qui doivent être contournées via les suggestions indirectes.

Utilisation des préférences sensorielles

Nous avons étudié précédemment le Meta-modèle, modèle de représentation du langage permettant de mieux comprendre les patients en détectant un certain nombre d'erreurs de communication et en faisant en sorte de les corriger. Nous verrons ultérieurement que ce modèle permet également de comprendre le problème du patient ainsi que ses demandes de thérapie. Nous apprendrons à l'utiliser pour aider le patient à définir un ou plusieurs objectifs de thérapie ainsi que des critères qui vont permettre lui de savoir qu'il a effectivement atteint ces objectifs.

Nous allons, tout d'abord, étudier comment utiliser le langage pour mieux se faire comprendre du patient, base de la confiance que celui-ci va développer envers le thérapeute. Elle pourra se développer parce que le patient se sentira compris et qu'il se reconnaîtra dans les paroles utilisées par le thérapeute.

Signification	Kinesthésique	Visuel	Auditif
Je vous comprends	Je sens bien ce que vous dites	Je vois ce que vous voulez dire	Je vous entends bien
Je veux vous communiquer quelque chose	Je veux vous faire sentir quelque chose	Je veux vous faire voir quelque chose	Je veux que vous m'écoutiez attentivement
Décrivez-moi mieux votre expérience	Expliquez-moi ce que vous ressentez à ce moment-là	Donnez-moi une image claire de ce que vous voyez à ce moment-là	Racontez-moi avec plus de détail ce que vous dites à ce moment-là
Comprenez-vous ce que je vous dis ?	Est-ce que vous sentez bien ce que je vous dis ?	Est-ce que vous voyez bien ce que je vous dis ?	Est-ce que ça vous parle ce que je vous dis ?

Dans un premier temps, il est fondamental d'utiliser le même canal sensoriel que le patient. S'il est nettement visuel, les termes utilisés seront visuels ; s'il est plutôt kinesthésique, on utilisera un vocabulaire kinesthésique ; de même s'il est

plutôt auditif. Ceci demande de la part du thérapeute une grande attention sur sa propre manière de parler. On peut, en effet, transmettre la même signification en utilisant des prédicats kinesthésiques, visuels ou auditifs. Voici ci-dessus quelques exemples.

Poser des questions au patient en utilisant son système de représentation sensoriel va lui permettre de mieux comprendre le thérapeute et, donc, de pouvoir répondre avec plus de facilité. A contrario, ne pas utiliser le système de représentation du patient peut conduire à des mésententes tout à fait préjudiciables au bon déroulement de la thérapie, voire même à l'abandon de celle-ci par le patient. Un patient visuel ne sera pas capable de répondre à une question posée en des termes kinesthésiques, simplement parce qu'il ne la comprendra pas et ne pourra pas s'en faire une image. De même, un patient kinesthésique se sentira bloqué par une question posée en des termes visuels qu'il ne pourra pas intégrer dans son modèle du monde.

La deuxième chose est d'utiliser le vocabulaire du patient ainsi que son style de discours. Erickson n'hésitait pas à utiliser un langage de charretier quand il avait à faire à des patients grossiers. Il ne s'agit évidemment pas de copier le patient, mais de se mettre à sa portée, en utilisant un style qu'il va d'autant mieux accepter que c'est le sien. L'on fera ainsi attention à ne pas heurter une personne au langage châtié par des mots vulgaires. Néanmoins, l'on fera attention à ne pas froisser le patient en réutilisant des mots injurieux vis-à-vis de quelqu'un de son entourage. Si le patient a le droit d'injurier une personne qu'il connaît, ce n'est pas le cas du thérapeute, qui pourra par contre arborer une mine de dégoût en parlant de cette même personne. Le débit des paroles sera également contrôlé. Cette proximité de surface sera perçue inconsciemment par le patient qui se sentira plus en confiance avec un thérapeute en phase avec lui.

Le Milton-modèle

Selon Paul Watzlawick, dans son livre « Le langage du changement » : « *le langage ne reflète pas la réalité, il la crée* ». C'est ce que fait le thérapeute quand il s'adresse à son patient. Ses paroles vont créer en lui une réalité nouvelle qui lui permettra de vivre autrement.

Pour ce faire, il utilise ce que Grinder et Bandler ont appelé le Milton-modèle, en référence à Milton Erickson et en opposition au Meta-modèle que nous venons d'étudier. Il s'agit d'une partie des structures linguistiques utilisées par Erickson et repérées dans ses textes. Plusieurs principes ont été identifiés.

Être non spécifique

L'un des principes du Milton-modèle est de laisser suffisamment de flou et d'imprécision dans le langage pour que le patient puisse y intégrer son propre contenu. On va donc utiliser des termes qui sont eux-mêmes vagues et imprécis,

des termes non spécifiques, et des structures de phrase incomplètes ou erronées d'après le Meta-modèle. On utilisera des verbes non spécifiques et des nominalisations.

Exemples:

- « *Toute personne a des capacités ignorées de soi* ». (généralisation)
- « *Et votre envie de faire confiance à votre inconscient ...* » (lecture de pensée)
- « *Vous devez aussi apprendre des choses négatives* ». (omission, sinon quoi?)
- « *Vous allez le moment venu dire quelque chose ...* » (index de référence manquant) »
- « *Votre bras droit va se sentir tout à fait à l'aise* ». (sémantique incorrecte)

Cause et effet, Implications

Cette forme de distorsion sémantique, très utilisée par Erickson, consiste à lier un effet à une cause totalement arbitraire, mais certaine, soit parce que déjà en cours, soit parce que l'on sait qu'elle va arriver.

Exemples:

- « *Si vous vous asseyez, alors vous pourrez entrer en transe* »
- « *Vous entrez en transe pour découvrir toutes les choses que vous pouvez faire* ».

Présuppositions

Cette forme de distorsion, qui inclut les doubles liens, est utilisée pour faire passer un message discrètement.

Exemples:

- « *Préferez-vous entrer en transe rapidement ou lentement ?* »
- « *Je vais maintenant lever votre bras en l'air et ce qui se passera ensuite sera une surprise pour vous* ».

Liaisons

Des phrases successives, même sans aucun rapport, sont liées entre elles. Cette liaison rend le discours plus fluide et plus facile à accepter par le patient.

Exemples:

« Vous pouvez faire l'expérience d'être tout à fait seule avec ma voix. **Et** bientôt vous ne saurez plus si vos yeux sont fermés ou ouverts. **Et** votre main va se coller sur votre visage ».

Dans l'exemple ci-dessous, extrait d'une induction d'Erickson, chaque retour à la ligne correspond à une pause, probablement en synchronisation avec la respiration du patient:

« Anne est une enfant,
c'est aussi un animal.

Mais on peut aussi dire 'espèce d'âne'.

Donc, au cours de vos expériences soyez consciente du fait que vous ne savez vraiment pas où vous allez, mais que vous y allez.

Tout dépend de vous.

Et cela peut être partagé de toutes les façons que vous le désirez.

Et ce qu'il y a de plus beau dans l'hypnose
c'est qu'en état de transe vous osez regarder,
et penser, et voir, et sentir des choses

que vous n'oseriez pas dans votre état éveillé habituel.

Et il est difficile pour toute personne de penser qu'elle peut être effrayée par ses propres pensées.

Mais sachez que dans l'état hypnotique

vous disposez de toute la protection de votre propre inconscient,

qui vous protège dans vos rêves,

ce qui vous permet de rêver ce que vous voulez,

quand vous le voulez,

et de rester dans ce rêve aussi longtemps que votre inconscient l'estime nécessaire ».

Être permissif

Lorsque l'on fait des suggestions, il faut autoriser le patient à ne pas les suivre. S'il se sent libre de les refuser, il aura plus de facilité à les accepter. Pour ce faire, on utilise souvent des expressions du genre: « peut être que... », « il est possible que ... », « je me demande si ... », « probablement que ... », « il y a des chances pour que ... », « j'aimerais que ... » etc.

Exemples:

« Vous pouvez réellement entrer en transe efficacement. Vous pouvez prendre plaisir à utiliser vos capacités ».

« Vous pouvez vous sentir comme vous le désirez, mais vous n'avez pas besoin d'être dans un état dans lequel vous n'avez pas envie d'être ».

« J'aimerais que vous soyez perplexe face à quelque chose que vous voyez de l'autre côté du jardin ».

« Et ainsi, vous allez partager une partie de cette connaissance avec moi, et choisir certains éléments particuliers, que vous pouvez partager

avec des inconnus, mais seulement ceux qui peuvent être partagés avec des étrangers ».

Ne pas savoir, ne pas faire

« *Ne pas faire* » est une forme élémentaire de suggestion hypnotique. Lorsqu'une personne commence à entrer dans l'état de transe hypnotique, elle est naturellement prédisposée à ne rien faire. Dans ce contexte, une suggestion de ne pas faire sera favorablement accueillie.

Exemples:

« Vous n'avez pas besoin de parler ou de bouger ou de faire un effort quelconque ».

« Vous n'avez pas besoin de garder les yeux ouverts ».

« Vous n'avez pas besoin de vous embêter à m'écouter parce que votre inconscient peut le faire et me répondre par lui-même ».

La séquence d'acceptation

La séquence d'acceptation est une suite de questions ou de propositions qui, toutes, amènent la réponse *oui* dans l'esprit du patient. Précédemment, nous avons abordé un type de suggestion indirecte formée par un truisme lié à une suggestion. La séquence d'acceptation utilise le même principe, mais l'étend à toute une série de phrases avant

Exemple:

T: *Êtes-vous bien installé ?*

P: *Oui*

T: *C'est la bonne température pour vous ?*

P: *Oui*

T: *Vous souhaitez que ces problèmes soient réglés, n'est-ce pas ?*

P: *Oui*

T: *Voulez-vous rentrer en transe maintenant ?*

Le saupoudrage

Le saupoudrage consiste à appuyer discrètement certains mots afin de les mettre en relief au niveau inconscient. Erickson a utilisé cette technique pour faire passer une crise de migraine à une secrétaire, simplement en lui dictant un texte incohérent et en y ajoutant ses mots, accentués au moment de la lecture. Si la lecture était faite par quelqu'un d'autre, ignorant la technique de saupoudrage, cela n'avait aucun effet.

Voici un autre exemple extrait d'un texte d'Erickson, utilisé pour aider une personne, fleuriste de son métier, qui avait un cancer en phase terminale et qui souffrait énormément, à calmer ses douleurs et passer les derniers mois de sa vie

d'une manière moins pénible en compagnie de sa famille (les mots accentués sont mis en gras):

« ...Alors, j'aimerais que vous vous asseyiez dans ce fauteuil pendant que je vous parle. Je vais vous dire bon nombre de choses, mais ce ne sera pas à propos de fleurs parce que vous en savez beaucoup plus que moi sur les fleurs. **Et ce n'est pas ce que vous voulez.** Maintenant, en même temps que je parle, et je peux le faire d'une façon **confortable**, j'espère que vous allez **m'écouter confortablement**, alors que je vous parle d'un plant de tomate. C'est une chose étrange de parler de ça. Cela rend **curieux**. Pourquoi parler d'un plant de tomate ? On met une graine de tomate dans le sol. On peut **avoir l'espoir** qu'elle va grandir et donner un plant de tomate qui **donnera satisfaction** par les fruits qu'il portera. La graine absorbe de l'eau, **sans grande difficulté** parce que les pluies apportent **la paix et le confort** et la joie de grandir pour donner des fleurs et des tomates... »

N'est-ce pas ?

L'utilisation de cette locution permet de désamorcer la résistance à la proposition qui vient d'être émise. Quand le thérapeute utilise cette expression, il recentre la responsabilité de l'affirmation sur le patient, auquel son avis est demandé. Cette technique permet de transformer une affirmation en interrogation, mais est plus forte que l'interrogation elle-même, dans la mesure où la phrase est affirmée avant d'être assouplie par « *n'est-ce pas ?* ».

Exemples:

« *Et rien que d'y penser, vous êtes un peu embrouillée, n'est-ce pas ?* »

« *Je pense que vous devriez continuer à dormir quelques minutes. Et vous allez le faire, n'est-ce pas ?* »

« *Et quand vous sentez que vous êtes profondément endormie, votre main droite va se soulever pour me le faire savoir. Et votre main se soulève, n'est-ce pas ?* »

Le Recadrage verbal

La façon de nous exprimer opère un cadrage du contenu. Un simple mot dans une phrase peut en changer complètement la façon dont on perçoit le contenu. (Voir le tableau ci-dessous)

Un cadre est un contexte, une orientation de la pensée et des actions pendant une interaction.

On peut distinguer différents cadres en thérapie:

- cadre du problème: *ce que le patient ne veut plus*
- le cadre de l'objectif: *ce que le patient désire*

- le cadre de l'échec : *ce que le patient n'arrive pas à faire*
- le cadre du feedback : *ce que le patient a besoin d'apprendre*

<p>Il fait beau aujourd'hui, mais il va pleuvoir demain</p>	<p>Il fait beau aujourd'hui et il va pleuvoir demain</p>	<p>Il fait beau aujourd'hui même si il va pleuvoir demain</p>
 <p>« pleuvoir » en avant</p>	 <p>même plan</p>	 <p>« beau » en avant</p>

Un recadrage est un changement de cadre. Passer du cadre du problème à celui de l'objectif, ou bien passer du cadre de l'échec à celui du feedback constitue de puissants leviers pour le changement. Nous en avons vu des exemples dans le chapitre sur la détermination d'objectifs.

On peut distinguer le recadrage de contexte, qui modifie le sens ou la portée d'une situation, d'une pensée ou d'un comportement en le plaçant dans un contexte différent de celui présenté initialement. Exemple: à une mère qui se plaint que son fils se bagarre tout le temps à l'école: « *C'est bien que votre fils soit capable de protéger sa petite soeur si quelqu'un l'embête* ». Le comportement bagarreur devient un avantage présenté dans le contexte de la protection de la petite soeur.

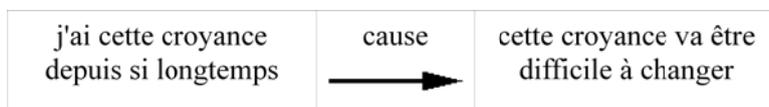
Le recadrage de contenu au contraire modifie directement le sens de la proposition par exemple en décelant une intention positive derrière un comportement négatif on passe du cadre du problème à celui de l'intention.

Faire un recadrage verbal, c'est utiliser le langage pour modifier le cadre d'un énoncé et permettre d'en modifier sa valeur de vérité, ce qui est très utile lorsqu'il s'agit d'une croyance limitante. Cela peut remettre en cause complètement la croyance ou bien cela peut mettre le patient dans une position de doute par rapport à la croyance. Etre ouvert au doute est un premier pas pour changer une croyance.

Différent « tour de langue » (*sleight of mouth* en anglais) peuvent être utilisés pour faire des recadrages. En voici un certain nombre tiré du travail de Robert Dilts.

Dans les exemples ci-dessous, la croyance limitante de départ est celle-ci :

« *J'ai cette croyance depuis si longtemps que cela va être très difficile de la changer* ».



(relation de cause à effet)

Intention

On attire l'attention vers l'intention ou le but derrière la croyance.

ex: *J'admire votre désir d'être honnête avec vous même.*

Intention positive = honnêteté

ex: *Il est important d'être réaliste à propos des croyances que nous pouvons avoir.*

Intention positive = réalisme

Redéfinition

On utilise des mots différents qui ont un sens similaire, mais qui ont des implications différentes.

ex: *Quelque chose que vous avez tenu avec tant de ténacité peut constituer un défi.*

« *si longtemps* » → « *avec tant de ténacité* »

et « *difficile à changer* » → « *un défi* »

ex: *Je suis d'accord qu'il peut vous paraître étrange au début de franchir des barrières si familières.*

« *croyance* » → « *barrières si familières* »

et « *difficile à changer* » → « *paraître étrange au début* »

Conséquences

On dirige l'attention vers une conséquence ou un effet de la croyance qui modifie la croyance.

ex: *Anticiper que quelque chose va être difficile permet souvent de le*

percevoir comme beaucoup plus facile quand finalement on le fait.

ex: *Reconnaître nos préoccupations nous permet de les mettre de côté de façon à pouvoir nous concentrer sur nos objectifs.*

Chunk down

On découpe la croyance en éléments plus petits (*chunk*) de façon à ce que cela change la généralisation définie par la croyance.

ex: *Peut-être que si au lieu de vouloir changer la croyance d'un seul bloc, vous la modifiez par petits incréments, cela rendra les choses plus facile et même amusante.*

ex: *Si avoir cette croyance depuis peu de temps la rend plus facile à changer, peut-être pouvez-vous vous souvenir quand vous l'avez formée et imaginez que vous la changez à ce moment-là.*

Chunk up

On généralisé un élément de la croyance pour une classe plus large qui change la relation définie par la croyance.

ex: *Le passé ne prédit pas toujours correctement le futur. Les connaissances peuvent évoluer rapidement quand elles sont reconnectées avec le cycle naturel d'évolution.*
 « si longtemps » → « passé »,
 « croyance » → « connaissance »,
 « va être difficile » → « futur »,
 « changer » → « connectées avec le cycle naturel d'évolution »

Analogie

On trouver une relation analogue à celle définie par la croyance qui change la généralisation définie par la croyance.

ex: *Même une loi très ancienne peut être changée très vite si assez de gens votent pour elle.*
 « croyance » → « loi »,
 « changer » → « voter pour elle »

ex: *Quand on veut changer un programme informatique ce qui compte ce n'est pas si le programme est ancien, mais plutôt si vous connaissez un langage de programmation.*
 « croyance » → « programme informatique »,
 « changer » → « connaître un langage de programmation »

Taille du cadre

On replace la croyance dans un contexte impliquant un changement quantitatif (temps plus long ou plus court, plus ou moins de gens, point de vue d'une personne ou d'un groupe, etc.).

- ex: *D'ici quelques années vous aurez probablement du mal à vous souvenir que vous avez eu cette croyance.*
- ex: *Je suis sûr que vos enfants apprécieront que vous ayez fait des efforts pour changer cette croyance plutôt que de leur transmettre.*
- ex: *Vous n'êtes pas le premier à penser ainsi. Plus il y aura de gens qui auront changé cette croyance, et plus cela deviendra facile pour les autres de le faire.*

Autre but

On change l'objectif implicite de la croyance pour en modifier sa pertinence.

- ex: *Il n'est pas nécessaire de changer la croyance, il suffit juste de la mettre à jour.*
- ex: *Le problème n'est pas tant de changer la croyance, mais plutôt de rendre votre modèle du monde cohérent par rapport à ce que vous êtes aujourd'hui.*

Modèle du monde

On place la croyance dans un modèle du monde différent.

- ex: *Vous avez de la chance, beaucoup de gens ne reconnaissent même pas que leurs limitations sont liées à des croyances qu'ils peuvent changer. Vous êtes bien plus avancé qu'eux.*
- ex: *Les artistes utilisent fréquemment leur combat intérieur comme source de créativité. Je me demande quelle sorte de créativité va émerger de vos efforts pour changer cette croyance.*

Stratégie de réalité

On provoque une réévaluation de la croyance en utilisant le fait que les gens utilisent leurs perceptions du monde pour créer les croyances.

- ex: *Comment, spécifiquement, vous savez que vous avez cette croyance depuis si longtemps ?*
- ex: *Quelle qualité particulière vous voyez, vous sentez ou vous entendez qui vous fait penser que cela va être difficile de changer cette croyance.*

Contre-exemple

On trouve un contre-exemple, une exception, qui diminue la généralisation définie par la croyance.

- ex: *Avec le temps la plupart des processus mentaux, comme la mémoire, deviennent de moins en moins puissants et plus faciles à changer. Qu'est-ce qui rendrait une croyance si différente du reste ?*
- ex: *J'ai vu tellement de croyances fortement établies qui ont changé instantanément quand les gens ont vécu l'expérience appropriée.*

Hierarchie des critères

Réévaluation de la croyance à partir d'un critère plus élevé que celui véhiculé par la croyance. La hiérarchie des valeurs ou des critères peut être mise à jour en demandant ce qui est important pour le patient puis en lui demandant ce qui pourrait le pousser à faire une exception. En poursuivant itérativement le questionnement, on arrive à classer les valeurs personnelles du patient, que l'on peut ensuite utiliser pour faire du recadrage.

- ex: *La congruence et l'intégrité personnelles sont plus importantes que les efforts nécessaires au changements.*

Auto-application

On utilise le critère ou la relation que la croyance définit elle-même.

- ex: *Cela fait combien de temps que vous pensez que la difficulté à changer une croyance est d'abord une question de temps ?*
- ex: *Pensez-vous que cela sera difficile de changer votre croyance que les croyances qui durent depuis longtemps sont difficiles à changer ?*

Méta-niveau

Évaluation de la croyance depuis le cadre d'un contexte personnel en cours – établissement d'une croyance sur la croyance.

- ex: *Peut-être avez-vous la croyance que les croyances sont difficiles à changer parce que vous n'avez pas eu les outils et les connaissances nécessaires pour les changer facilement.*
- ex: *Avez-vous déjà pensé que cette croyance que les croyances sont difficiles à changer est une bonne justification pour rester comme vous êtes ? Peut-être y a-t-il une partie de vous qui aime la façon dont vous êtes maintenant.*

Deuxième partie :
COMPRENDRE

EXERCICES D'ANALYSE DU DISCOURS DES PATIENTS

Comme nous l'avons dit précédemment, l'important n'est pas de mettre des étiquettes sur les erreurs de communication du patient, mais bien de les détecter et de les corriger. Vous trouverez ci-dessous des textes de personnes qui parlent de leur mal-être. L'exercice consiste à capter les paroles et d'arrêter le discours dès que la phrase doit être complétée, précisée, qu'il y a une question à poser pour s'en faire une représentation précise.

Premier exemple

"Régulièrement je ressens le besoin de m'éloigner, de me mettre à l'écart pour réfléchir sur moi-même. En général je marche un certain temps puis je reviens près de mes amis ou autres."

- "Régulièrement" est imprécis : c'est tout les combien de temps? Dans quelles circonstances?
- "...je ressens le besoin de m'éloigner...", de m'éloigner de quoi, de qui, d'où ?
- "...de me mettre à l'écart...", idem
- "...pour réfléchir sur moi-même...", réfléchir à quoi précisément ? à la couleur de sa peau, à la longueur de ses ongles ?
- "...puis je reviens près de mes amis ou autres", sous entendu: la personne est avec des amis ou d'autres personnes quand elle ressent ce besoin. Dans quelles conditions précisément ? Avec quelles personnes précisément le ressent-elle ? La famille, les voisins, le patron ? Est-ce avec tout le monde ou seulement avec certains ?

Suite: *"Mais depuis pas longtemps ces moments durent de plus en plus longtemps. Des fois pendant 4 ou 5 heures"*

- "... depuis pas longtemps... » quand exactement ? Comment pouvez-vous situer ce moment dans le temps ? Avez-vous des points de repère ? S'est-il passé quelque chose de particulier ?

Suite: *"Et un jour, j'avais bu un peu trop avec des amis et je suis tombée dans un de ces moments- là avec des amis après une mini-dispute".*

- "... mini-dispute...", dispute à quel sujet ? Avec qui ? Sa mère, un ami, un voisin, un passant ? Pourquoi est-elle "mini" ?

Suite: *"Et je suis parti sur la plage vers 4 h du matin où j'ai eu la mauvaise idée d'aller nager. Quand je suis revenue, il y avait tous mes amis qui pleuraient et hurlaient, car ils pensaient que j'étais mort."*

- Quels amis ? Qui était là ? Vous n'avez pas d'autres amis que ceux-là ? Il faut faire attention quand il y a un quantificateur universel comme "tout", "jamais", "personne"...

Suite: *"Après cela j'ai une amie qui m'a conseillé d'aller voir un psychologue. Pensez-vous que cela pourrait me changer, m'empêcher de faire de telles bêtises ?"*

- De quelle bêtise parlez-vous ? Pourquoi pensez-vous que ce sont des bêtises ? Vous voulez changer ? Que voulez-vous changer ? En quoi cela vous gêne-t-il ? etc.

Deuxième exemple:

"J'ai 36 ans, je suis mariée depuis 11 ans et j'ai deux garçons et une fille. Mon fils aîné a 10 ans et demi et ma fille 8 ans et demi, mon petit dernier 6 ans. J'ai fait une très grosse dépression à l'âge de 20 ans alors que j'étais étudiante à l'école d'infirmière."

- "J'ai fait une très grosse dépression ..." Une dépression à quel sujet ? Qu'est-ce qui l'a déclenchée ? Qu'est-ce qui s'est passé exactement ? Grosse comment ? Pourquoi grosse ? Comment l'avez-vous mesurée ? Comment avez-vous fait pour faire votre dépression ?

Suite: *"Je réussissais dans mes études. J'avais un petit ami qui est devenu par la suite mon mari, une famille qui me gâtait beaucoup, mais qui était loin de moi."*

- "... loin de moi...", qui était loin dans quel sens, géographiquement, émotionnellement ?
- "... qui me gâtait beaucoup...", comment ? De quelle manière ?

Suite: *"Rien ne me faisait penser que j'allais tomber dans un gouffre et y rester pendant 5 ans. Arrêt de mes études, souffrance jour et nuit, l'enfer de vivre."*

- "... tomber dans un gouffre...", c'est une métaphore. Vous vous êtes cassé les jambes en tombant dans un trou ?

- "...souffrances...", quelles souffrances ? vous aviez mal aux pieds, aux dents ? Des souffrances psychologiques ?
- "... jours et nuits...", vous ne pouviez pas dormir du tout ? Vous êtes restée éveillée pendant 5 ans ? Il faut relativiser les choses.

Suite: *"C'est avec la naissance de mon fils puis de ma fille que je me suis remise à aimer la vie.*

- Sous entendu: cette personne n'aimait plus la vie. Pourquoi ? Comment ?

Suite: *"Nous avons choisi pour Marie d'avoir un 3e enfant, et à nouveau à partir du 6e mois de grossesse je suis retombée en dépression. J'ai vécu les derniers mois sous anxiolytiques et somnifères, et malgré ça je pouvais de moins en moins m'occuper de mes enfants. Je n'arrivais plus du tout à dormir, ma souffrance était telle que j'avais l'impression de brûler vive."*

- "... de nouveau à partir du 6e mois...", il manque quelque chose. Est-ce que vous êtes tombée en dépression à chaque grossesse ? Etiez-vous enceinte la première fois ?
- "... je suis retombée en dépression...", était-ce la même chose, les mêmes symptômes ?
- "... je n'arrivais plus du tout à dormir...", ce n'est pas possible, il s'agit d'une généralisation. La aussi, la personne a amplifié et généralisé ses difficultés. Avait-elle du mal à s'endormir, se réveillait-elle la nuit ?
- "...ma souffrance...", on ne sait toujours pas ce que c'est.

Suite: *"Je voulais qu'on me fasse accoucher, car je culpabilisais de faire subir tout cela à mon bébé. Je voulais qu'on me donne des antidépresseurs, car je n'arrivais à plus rien faire. Je n'avais plus de force et personne ne m'aidait, pas de famille sur place, pas de connaissance et mon mari travaillait beaucoup."*

- "...faire subir tout ça...", tout quoi ?
- "...je n'arrivais à plus rien faire...", vraiment plus rien ? plus manger, plus se lever, plus boire, plus aller aux toilettes ? Qu'est-ce que vous n'arriviez pas à faire ?
- "... je n'avais plus de force...", Vous n'aviez plus la force de faire quoi ? Qu'est-ce que vous n'arriviez plus à faire ?

Suite: *"Mon petit Matisse est né le 8 décembre 2002 en bonne santé, mais moi j'étais au plus mal. Je souffrais tant que j'avais l'impression de devenir folle et ma seule solution c'était mourir pour ne plus souffrir, mais je ne pouvais pas abandonner mes 3 enfants alors j'ai continué à survivre".*

- On ne sait toujours pas ce qu'il se passe. Elle parle, elle parle, mais on ne sait pas ce qui se passe. On ne sait pas quelle est la souffrance, en quoi ça la gêne, qu'est-ce que cela l'empêche de faire. On ne sait pas du tout ce qu'elle ressent ni ce qu'il faut faire. En quoi ça la gêne dans sa vie quotidienne ?

Suite: "*Malgré tout, je me sentais tellement angoissée qu'un jour j'ai écrit un petit mot d'adieu à mon mari et à ma famille et j'ai avalé 4 boîtes de médicaments plus de l'alcool.*"

- "...angoissée...", c'est nouveau ! Comment savez-vous que c'est de l'angoisse et pas autre chose ? L'angoisse c'est de la peur, de quoi aviez-vous peur ? Quels sont les symptômes ? Quelles étaient exactement vos sensations ? Les gens utilisent des mots sans savoir exactement ce que ça veut dire.

Suite: "*Après des heures de comas et 48 heures de sommeil, je me suis réveillée placée en hôpital psychiatrique. J'y suis restée 17 jours et j'allais mieux, mais quand je me suis retrouvée chez moi de nouveau, je n'allais pas bien du tout* ».

- "...j'allais mieux...", mieux que quoi ? Mieux comment ?
- "...je n'allais pas bien du tout...", quels étaient les symptômes ? que ressentiez-vous ?

Suite: "*Mon mari a demandé à changer de lieu de travail pour que je sois près de mes parents et depuis 2004 j'habite dans un petit village dans le sud de la France. Je vais mieux, mais c'est difficile de vivre en permanence avec cette maladie. Je la cache à mes enfants comme je la cache aux gens du village. J'ai honte d'être malade alors que j'ai tout pour être heureuse. J'aimerais dire aux gens que je suis malade pour qu'on m'aide mais je n'y arrive pas.*"

- "...je vais mieux...", mieux que quoi ? Mieux comment? Pourquoi n'est-ce pas "bien" ?
- "...c'est difficile...", qu'y a-t-il de difficile à vivre ?
- "...j'ai honte d'être malade..", en quoi est-ce honteux d'être malade ?
- "...j'ai tout pour être heureuse...", vraiment tout ?
- "...je n'y arrive pas..." qu'est-ce qui vous en empêche ?

On ne sait pas ce qu'elle sait, on ne sait pas pourquoi, on ne sait pas comment, on ne sait rien de cette personne. Elle a beau parler, on ne sait rien de concret. La plupart des patients arrivent avec un discours de ce type. Il est alors impératif de reprendre tout ce qu'ils disent et de leur demander des précisions sur chaque point pour se ramener à des éléments concrets, des événements, des émotions, des ressentis, etc. Par exemple: "*Je n'en peux plus de garder ce secret, de faire semblant d'aller bien alors que je ne vais pas bien du tout*". "*Que veut*

dire aller bien pour vous ? Pourquoi n'allez-vous pas bien ? Qu'y a-t-il dans votre vie qui fait que vous n'allez pas bien ? ».

Troisième exemple

"Je viens écrire ce message tout simplement parce que j'ai besoin de réponses à mes questions."

- Quelles questions ? Pourquoi est-ce un besoin d'avoir des réponses à ces questions-là ?

Suite: *"J'ai un comportement qui me choque moi-même"*.

La personne est choquée par un comportement, mais on ne sait pas encore ce qu'est ce comportement, on le saura peut-être plus tard.

Suite: *"J'ai 18 ans et je n'arrive plus à trouver mon bonheur"*

- Il a déjà trouvé son bonheur ? En quoi consiste son bonheur ?

Suite: *"J'ai toujours eu majoritairement ce que je voulais"*

- "...toujours majoritairement...", il s'agit d'un quantificateur universel nuancé.

Suite: *"Et j'ai toujours apporté une grande valeur sentimentale aux amis"*.

- "...toujours...", vraiment ? Vos amis sont-ils tous vos meilleurs amis ?
- "...grande valeur...", grande par rapport à quoi ? Comment faites-vous la différence entre une grande valeur sentimentale et une petite valeur sentimentale ? comment faites-vous pour comparer les valeurs sentimentales ?

Suite: *"Aujourd'hui j'ai des amis qui s'en vont et je n'arrive plus à avancer. Je déprime tout le temps du fait de leur départ"*

- "...je n'arrive plus à avancer...", il s'agit d'une métaphore, mais une métaphore de quoi ? Que n'arrive-t-il plus à faire ? Que ne peut-il plus faire dans sa vie concrètement ? L'important, est de ramener la personne au concret et de la sortir de ce brouillard.
- "...je déprime...", il existe des tas de façons de déprimer, comment faites-vous précisément pour déprimer ? En quoi consiste pour vous le fait de déprimer ?
- "...tout le temps..." Pleurez-vous en permanence ? Jour et nuit ?

Suite: *"J'ai besoin de les retrouver à chaque instant"*.

- "...j'ai besoin...", il s'agit d'un opérateur modal. Sinon, que se passe-t-il ?

- "...à chaque instant...". Même quand vous allez aux toilettes ?

Suite: *"Et cette obsession est plus importante que celle de retrouver ma petite amie par exemple. Je perds les sentiments que j'ai pour ma copine et je deviens obsédé par le fait de changer de vie."*

- "...je perds les sentiments...", il s'agit d'une nominalisation. Vous les avez égarés en faisant vos courses ? Quelles différences ressentez-vous dans les sentiments pour votre copine ?
- "...changer de vie...", qu'est-ce qui change dans votre vie ?

Suite: *"Je suis en terminale et mon seul objectif est de quitter la maison familiale pour prendre mon envol et trouver ma propre liberté"*.

- "...seul objectif...", Pourquoi est-ce le seul ? Vous n'avez pas envie d'avoir votre bac, votre permis, un bon travail, d'être heureux ? Une fois parti de chez vos parents vous serez heureux et vous ne ferez plus rien le reste de votre vie ?
- "...trouver ma propre liberté...". Avez-vous déjà trouvé la liberté de quelqu'un d'autre ?

Suite: *"Aujourd'hui je suis complètement perdu, car je n'avance plus, je suis dans un véritable naufrage"*

- "...complètement perdu...", vous ne savez plus retourner chez vous ? Complètement ? vous ne savez plus parler ? vous ne savez plus écrire ?
- "...je n'avance plus...", Que n'arrivez-vous pas à faire ? Que ressentez-vous ? Il faut revenir aux ressentis, aux actions réelles et concrètes.

Suite: *"Je hais le monde dans lequel on vit. Ce monde de mensonges gouverné par les pires hommes du monde"*.

Il s'agit d'un exemple typique de performatif manquant, une généralisation sur le monde qui, en fait, correspond à la propre vision du monde du patient. Quels mensonges ? Quels sont ces pires hommes dont vous parlez ? Tout le monde n'est pas comme ça, mais uniquement quelques hommes qu'il connaît, quelques informations qu'il a entendues qui le font juger comme ça. Il faut faire comprendre au patient que ce qu'il présente comme étant un fait universel n'est que sa propre vision du monde.

Suite: *"Je hais la vie que l'on mène, nous sommes toujours en train de formuler nos choix sans pouvoir prendre tout ce que l'on veut et jeter ce que l'on ne veut pas"*.

- "...je hais la vie que l'on mène...". Mais tout le monde ne vit pas la même vie. Le patient n'est donc pas obligé de vivre de cette manière. C'est la vie que le patient mène qui ne lui plaît pas, mais il n'est pas obligé de la suivre. Il faut qu'il prenne conscience qu'il a le choix de

faire autrement, qu'il n'est pas obligé de. Qu'est-ce qu'il n'aime pas dans cette vie ?

- "... nous sommes toujours en train de...", il s'agit d'une généralisation.

Suite: *"Notre vie ne nous appartient plus"*

- A qui appartient-elle alors ? Que signifie qu'une vie appartienne à l'un ou à l'autre ? (nominalisation)

Suite: *"Nous sommes menés, formatés, codifiés pour que notre vie soit celle de tout le monde"*

- Qui vous mène ? Qui vous codifie ? Qui vous formate ? Qu'est-ce qui, dans votre vie, vous donne l'impression d'être formaté ? De quelle manière ? Il faut ramener la personne à ses expériences concrètes et réelles.

Suite: *"Je suis complètement perdu. Et dans tout ça, j'ai ce désir obsessionnel d'être entouré des gens que j'aime."*

- Vous voulez être entourés par tous les gens que vous aimez ? Tout le temps ? Qui aimez-vous exactement ? Pourquoi est-ce obsessionnel ? Qu'est-ce qu'un désir obsessionnel ? Combien de fois par jour ? Qu'est-ce qui se passe si vous n'êtes pas entouré par les gens que vous aimez ?

Suite: *"J'ai envie de retrouver tous les sentiments que j'avais pour ma copine"*

- "...tous...", on ne sait pas ce que c'est.

Suite: *"J'ai envie de réussir ma vie et de ne rien regretter et j'ai l'impression que ce ne sera pas possible".*

- Qu'est-ce qui vous donne l'impression que ce ne sera pas possible ? Quel est l'agent, inconnu, sous-entendu, qui rend la chose impossible ? Pourquoi est-ce impossible ?
- Ça veut dire quoi pour vous "réussir ma vie" ? Quels sont vos critères de réussite ou d'échec ?

Suite: *"Est-ce le fait tout simplement que j'ouvre les yeux sur la vie par le phénomène de maturité et je prends une grande claque dans la figure parce que rien n'est rose."*

- Vous aviez les yeux fermés jusqu'à présent ?
- "...le phénomène de maturité...", on ne sait pas ce que c'est
- "...je prends une grande claque...", sur la joue droite ou sur la joue gauche ?

- "...rien n'est rose.", métaphore, vous aimeriez qu'il n'y ait plus aucune couleur sauf le rose ? le ciel rose, la mer rose ?

Il est possible de comprendre que cette personne était dans les fantasmes de l'enfance et se rend compte que la réalité n'a rien à voir. Mais il s'agit uniquement d'une hypothèse que l'on peut faire, on ne sait pas vraiment ce que la personne ressent ni ce qu'elle en pense. Pourquoi a-t-elle l'impression que ce qu'elle découvre n'est pas ce qu'elle pensait ? Que pensait-elle ? Qu'était sa vision du monde jusqu'à présent ? Et quelle est-elle maintenant ?

Suite: "*Ou est-ce un délire totalement stupide dans lequel je suis ?*"

Si le patient arrête ce discours métaphorique et vague, s'il se recentrait sur ses problèmes réels, il se rendrait compte que ce n'est pas stupide, que son attitude est normale. Beaucoup de personnes de son âge ressentent ce genre de choses, mais ne l'expriment pas ainsi. La plupart trouvent des solutions, lui aussi en trouvera probablement. C'est son discours qui lui fait croire que c'est impossible, comme si c'était imposé par l'extérieur, qu'il n'avait pas le choix. Il est donc important de ramener le patient à ses expériences, à des choses concrètes, aux gens qu'il connaît, son père, sa mère, ses voisins. Les amis s'en vont, mais d'autres arrivent. Tout au long de sa vie, il aura des gens qu'il aime, des gens qu'il aura choisis. C'est uniquement sa vision du monde actuel qui le met dans cet état-là. Son discours est vague et flou, à un point tel que si l'on s'en tient à la surface, on ne le comprend pas. Il est nécessaire d'entrer en profondeur, d'aller voir ce qui manque dans le discours, ce qui est caché, distordu, généralisé afin de chercher les choses concrètes et précises.

Quatrième exemple:

"*Je me sens mal depuis très longtemps*".

- Depuis quand ? Comment vous sentez-vous mal ?

Suite: "*J'aimerais faire part de mes émotions avec d'autres qui traversent cette phase ou qui sauraient me donner des conseils*"

- Quelles émotions ? Qu'est-ce qui vous empêche de parler de vos émotions à d'autres ?

Suite: "*J'ai 42 ans, je vis seule et isolée. Je n'ai jamais eu d'enfant, mais j'avoue que c'était mon choix bien qu'ayant vécu de longues relations*".

- Elle avoue, mais on ne sait pas pourquoi elle avoue, était-ce un secret ? Se sent-elle coupable ?
- Isolée de quoi, de qui ?

Suite: "*Pourquoi ? Parce que je ne me suis jamais sentie assez motivée*"

- "...assez motivée...", assez par rapport à quoi ? Quel est le niveau à partir duquel on est assez motivé ? Comment le mesurer ?

Suite: *"Je souffre de crises de panique et j'angoisse énormément sur mon avenir"*

- Que voulez-vous dire par crise de panique ? Qui a fait le diagnostic ? Quels sont vos symptômes ? Qu'appellez-vous angoisse ? Quels sont les symptômes que vous ressentez ?

Qu'est-ce qui dans votre avenir vous angoisse ?

Suite: *"J'avance dans un tunnel dont je ne vois pas la fin"*

- Il s'agit, là encore, d'une métaphore. Il faut maintenant revenir au concret. Que veut dire avancer dans un tunnel ? Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas faire ? Vous sentez-vous obligée de faire des choses que vous ne voulez pas ? N'avez-vous aucune d'idée de ce que peut être votre avenir ?

Suite: *"Mais j'avance, deux pas en avant, un pas en arrière. Ne me conseillez pas de traitement médicamenteux, j'en ai fait le tour et je suis malgré moi toujours sous antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères. J'ai aussi eu recours aux psychiatres en vain. Je ne sais plus quel sens donner à ma vie. »*

Que veut dire donner un sens à sa vie ? Il faut lui demander de préciser. Que voulez-vous ? Avoir des objectifs, des choses à faire, vous sentir utile, vous sentir aimée ? Pourquoi faut-il que la vie ait un sens ? C'est une question que beaucoup de gens se posent et ils se torturent avec ça. Et si vous commenciez par essayer simplement de vivre sans vous torturer ?

Suite: *"J'aurais préféré ne jamais naître que d'avoir à subir ma vie comme un fardeau ».*

Cette phrase sous-entend qu'elle subit sa vie comme un fardeau. Qu'est-ce que cela veut dire ? Qu'est-ce qui, dans sa vie, est un fardeau pour elle ? Y a-t-il une souffrance quelque part ? Qu'est-ce qui la fait souffrir ?

Suite: *"Je me dis que c'est injuste, des tas de personnes meurent chaque jour alors qu'elles ont une vie épanouie, alors que moi, je me maintiens en vie, les choses sont mal faites."*

On ne sait pas ce qu'a la patiente. Qu'est-ce qu'une vie épanouie pour elle ? Pourquoi la sienne ne l'est-elle pas ? Qu'est-ce qui l'empêche d'être épanouie ? Avec un tel discours, il est difficile de travailler. Il faut impérativement arrêter le patient pour lui demander *"Qu'est-ce qui ne va pas dans votre vie, concrètement ?"*, Le tunnel est une image, mais une image de quoi ? La phrase *"je subis ma vie comme un fardeau"* est également une image. Elle a l'impression de ne pas avoir le choix, mais le choix de quoi ? Qu'est-ce qui l'empêche de choisir ? Quelles sont les choses qu'elle a envie de faire et qu'elle

ne peut pas faire. En lui posant des questions de cet ordre, elle va se recentrer sur le vrai problème. S'agit-il de ses crises de panique ? L'angoisse sur l'avenir ?

Cinquième exemple

"Je suis Myriam, j'ai 31 ans et je ne sais pas aimer. Pourquoi ? Est-ce dû au non-ressenti de l'amour de mes parents ? Ou parce que les relations amoureuses se sont succédées et ont mal fini ?"

- "...je ne sais pas aimer" ne veut rien dire. Comment pouvez-vous affirmer que vous ne savez pas aimer ? Et si vous saviez aimer, cela changerait-il quelque chose ?
- "...non-ressenti de l'amour de mes parents", Est-ce la patiente qui ne ressentait pas l'amour ou sont-ce les parents qui ne le transmettaient pas ? Voulez-vous dire que vous ne ressentiez pas que vos parents vous aimaient ou bien que vous ressentiez l'absence d'amour de vos parents ?

"...et on mal fini.". Comment une relation amoureuse peut-elle bien se finir ? Qui était à l'origine des ruptures ? Combien y en a-t-il eu ? Que s'est-il passé ?

Suite: *"je ne mérite pas d'être aimée"*

Il s'agit d'un performatif manquant: cette phrase s'apparente à une vérité absolue alors qu'elle n'est en réalité que son opinion personnelle. Pourquoi pensez-vous que vous ne méritez pas d'être aimée ? Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

Suite: *"Je n'arrive pas à faire confiance aux autres"*

A quels autres ? A toute l'humanité ? A quelles conditions pourriez-vous faire confiance à quelqu'un ? Avez-vous déjà fait confiance à quelqu'un ?

Suite: *"Je vois le mal partout"*

Quel mal ? Le mal n'est pas un objet concret. Sous quelle forme voyez-vous le mal. Vraiment partout ? A quoi ressemble le mal ? Est-ce que ça a toujours été comme ça ?

Suite: *"Du coup je m'en prends à tout le monde"*

Quand vous croisez des gens dans la rue, vous les agressez ? Agressez-vous tous les gens que vous rencontrez ?

Suite: *"et je rends ceux que j'aime tristes et je souffre, je me fais du mal"*

- Comment faites-vous pour rendre tristes ceux que vous aimez ? Qui aimez-vous ? Les rendez-vous toujours tristes ? Ne sont-ils jamais heureux, ne rient-ils jamais ? Dans quelles circonstances les rendez-vous tristes ? Comment savez-vous qu'ils sont tristes ?

- "... je souffre...", de quoi ? Où ? Quand ? A quelle intensité ?
- "je me fais du mal", comment faites-vous pour vous faire du mal ? Vous tapez-vous la tête contre les murs ?

Suite: *"Après ma deuxième séparation, j'avais décidée de rester seule. J'allais très bien, je bossais énormément et passais mes weekends à faire la fête et je buvais bien plus que de raison. Des amis ont eu peur pour moi que je sombre dans l'alcool ».*

- Il y a eu au moins deux séparations, y en a-t-il eu d'autres ?
- "seule", vraiment seule, sur une île déserte ?
- "des amis", vous avez des amis, mais vous dites ne pas savoir aimer, cela signifie-t-il que vous n'aimez pas vos amis ?

Suite: *"Aujourd'hui, ça fait plus d'un an que je suis avec Florian et ça se passe mal"*

Qu'est-ce qui se passe mal ? Pourquoi est-ce mal ? Comment cela pourrait-il être si c'était bien ?

Suite: *"Je suis une insatisfaite, une impulsive qui passe son temps à crier"*

Qu'est-ce qui ne vous satisfait pas ? Qu'est-ce qui vous oblige à crier ?

Suite: *"J'ai un mal-être et je ne l'explique pas"*

En quoi consiste votre mal-être ? Que ressentez-vous exactement ? Dans quelles conditions ? A quels moments ?

Suite: *"Qu'est-ce qui ne tourne pas rond ? J'ai peur d'être dépressive. Suite à ma première séparation, j'ai été sous antidépresseurs. J'ai tout stoppé d'un coup je ne veux plus de médicaments. Mes parents n'en savent rien et s'en désintéressent de toute manière."*

On retrouve ici une lecture de pensée: les parents de la patiente ne sont pas au courant, mais elle pense qu'ils ne s'en intéressent pas ! Comment savez-vous qu'ils ne s'y intéressent pas puisque vous ne leur en parlez pas ?

Suite: *"Je suis très speed, je ne sais pas prendre le temps de vivre. J'ai un sale caractère, je pensais avoir changé, mais non"*.

Qu'est-ce qui vous empêche de prendre le temps de vivre ? Qu'est-ce qui vous fait penser que vous avez un sale caractère ? Que serait le fait de ne pas avoir un sale caractère ?

Sixième exemple

"Je vais avoir 54 ans, aujourd'hui je n'en peux plus, je me sens si seule, même avec un mari qui ne comprend pas toujours mon mal-être."

Comment savez-vous qu'il ne comprend pas votre mal-être ? En quoi consiste votre mal-être ? De quoi n'en pouvez-vous plus? Cela veut-il dire que vous vous sentez seule, même avec votre mari ?

Suite: *"Il est toujours en pleine forme, jamais malade, il fait du sport"*

Voulez-vous dire que vous n'êtes jamais en pleine forme, toujours malade, et que vous ne faites pas de sport ?

Suite: *"Mes deux filles ont quitté la maison et, depuis ce vide, cette impression de ne servir à rien. J'ai quitté mon travail il y a 31 ans pour les élever, ce que je ne regrette pas, au contraire, mais où est ma place aujourd'hui ?"*

- "...impression de ne servir à rien ...", Pourquoi faudrait-il que vous serviez à quelque chose? Est-ce que tous les gens servent à quelque chose ? A quoi servent votre mari, vos parents, vos enfants, vos voisins, vos amis, et tous les gens que vous avez pu rencontrer ? Pourquoi voulez-vous servir à quelque chose ? A qui voulez-vous servir ? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire ? Si vous voulez aider les autres, allez-y, lancez-vous dans des œuvres caritatives.

Suite: *"Je suis obèse, j'ai des crises d'angoisse et des attaques de panique terribles, qui font que je ne quitte mon domicile que pour les courses".*

Votre surpoids vous pose-t-il des problèmes? Lesquels? Quels sont les symptômes de ce que vous appelez angoisses et crises de panique ?

Suite: *"Dès que je m'éloigne trop de la maison, je suis mal".*

Mal comment ? Que ressentez-vous exactement ? Éloignée à quelle distance ?

Suite: *"J'essaye d'en parler à mes filles"*

Pourquoi seulement "essayer", pourquoi ne pas en parler à vos filles ? Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un qui vous empêche d'en parler à vos filles ?

Suite: *"Elles me répondent qu'elles ont leur vie et qu'elles ne peuvent rien pour moi"*

Pourquoi voulez-vous que vos filles fassent quelque chose pour cela ? Quelles compétences ont-elles dans ce domaine ? Vos filles sont-elles psychothérapeutes ?

Suite: *"Je voudrais tant faire des choses avec elles, des balades, aller boire un pot, aller en ville, des choses simples de la vie, mais non, tout cela elles le font avec leurs amies."*

Et vous, vous n'avez pas d'amies ? Pourquoi voulez-vous que vos filles jouent le rôle de copines ? Qu'est-ce qui vous empêche d'avoir des copines pour

faire des balades, boire un pot, aller en ville ? Pourquoi faut-il que ce soit uniquement avec vos filles ?

Suite: "*Si je les appelle au téléphone, j'ai l'impression de les déranger*".

Qu'est-ce qui vous donne l'impression que vous les dérangez ? N'y a-t-il jamais eu des cas où c'était différent ? Comment aimeriez-vous qu'elles vous répondent ? A quelle fréquence les appelez-vous ?

Suite: "*Parfois je sais qu'elles ne répondent pas si elles voient mon nom apparaître*".

Comment le savez-vous ? Etes-vous médium, télépathe, avez-vous des espions sur place ?

Suite: "*Je lance toujours les invitations, jamais nous ne sommes invités chez elles*".

Jamais vous n'avez été chez elles ? Leur avez-vous demandé pourquoi elles ne vous invitent pas ? Voulez-vous dire que vous pensez que vos filles ne souhaitent pas que vous alliez chez elles ?

Suite: "*Est-ce que j'en demande de trop ?*"

Que demandez-vous exactement ? Pourquoi pensez-vous que c'est trop ? Trop par rapport à quoi ?

Suite: "*Je ne fais même plus de projet, je ne pense qu'à une chose disparaître*".

Qu'est-ce qui vous empêche de faire des projets ? Disparaître où ? Voulez-vous vous exiler ou voulez-vous mourir ?

On comprend que cette femme a tout misé sur ses deux filles, qu'elle a construit son monde autour d'elles. Il va falloir lui expliquer que le monde ne se résume pas à ses filles, mais qu'il contient beaucoup plus de richesses. Elle a consacré une époque de sa vie à ses filles, mais, après l'enfance, l'adolescence, la jeunesse, la maturité avec les enfants, il est important qu'elle se rende compte qu'une autre phase existe. Cette femme ne s'est probablement jamais occupée d'elle. Elle n'a vraisemblablement pas vraiment de plaisir, mais elle peut apprendre à le découvrir.

Septième exemple

"*Je viens vers vous, car je suis en train de refaire une super déprime*".

Avez-vous déjà fait une dépression ? En quoi consiste votre déprime ? Pouvez-vous m'en décrire les symptômes ? En quoi celle-ci est-elle "super" ?

Suite: "*J'ai ma famille qui ne m'aide pas et qui m'enfoncé de jour en jour* ».

Qui dans votre famille ne vous aide pas ? Qu'aimeriez-vous qu'ils fassent ? Pourquoi devraient-ils vous aider ? Ont-ils les compétences nécessaires ? Sont-ils au courant de vos désirs ? Dans quoi vous enfoncez-vous ? Que ressentez-vous quand vous vous enfoncez ?

La famille est une notion variable, pour certains, elle est limitée aux père et mère ; pour d'autres, elle inclut les frères et sœurs, voire les oncles, les tantes et les cousins ; pour d'autres encore, les grands-parents d'un bord ou de l'autre ; pour d'autres enfin, c'est le conjoint et les enfants. Tout le monde n'a donc pas le même modèle de la famille. Chacun en a une vision différente, il est nécessaire de faire préciser au patient quel est son modèle.

Suite: "*Je suis quelqu'un qui rend beaucoup service*".

A qui rendez-vous service? De quelle manière ? Quels services ? Dans quelles circonstances ? A quelle fréquence ? Pourquoi est-ce beaucoup ?

Suite: « *Aujourd'hui j'étais tellement à bout, je n'en pouvais plus, j'ai avalé des cachets pour dormir.* »

Vous n'en pouvez plus de quoi ? A bout de quoi ? Qu'est-ce qui vous empêchait de dormir ? Quels cachets ? En quelle quantité ? Était-ce juste pour dormir ?

Suite: "*J'ai appelé ma sœur et elle a dit qu'elle allait me faire interner. C'est sympa de sa part après tous les services que je lui ai rendus*".

Qu'avez-vous dit à votre sœur pour qu'elle réponde de cette manière ? Quels services lui avez-vous rendus ? Ne pensez-vous pas qu'elle essaie de vous rendre service ? Qu'attendiez-vous de cet appel ?

Suite: "*Ça fait mal que l'on me parle de cette façon.*"

Où cela vous fait-il mal ? Qu'est-ce qui, dans sa façon de parler, vous a fait mal? Pourquoi ?

Suite: "*Au mois de décembre, on a décelé une maladie grave à maman et je ne l'ai pas supporté. J'ai dû prendre des antidépresseurs qui m'ont fait énormément grossir. J'ai même eu des réflexions de la part de ma famille*".

Quelles réflexions? De la part de qui? On ne peut grossir que si on mange plus, pourquoi avez-vous mangé plus que d'habitude? Qu'est-ce que vous n'avez pas supporté dans la maladie de votre mère ?

Suite: "*Je voudrais bien que quelqu'un vienne me soutenir moralement, car là, je craque. Je n'ai personne à qui parler.*"

N'avez-vous aucune amie ? Que se passe-t-il quand vous craquez ? Pourquoi avez-vous besoin de soutien ? Qu'attendez-vous d'un soutien moral ?

Suite: "*Pourtant je fais tout pour mes parents*".

Que veut dire « faire tout » ? Sont-ce eux qui vous le demandent ? En ont-ils besoins ? Est-ce que ça leur fait plaisir ? Que voulez-vous de plus ?

Suite: *"Mais à leurs yeux je ne suis pas la meilleure, c'est ma sœur ainée la meilleure."*

Meilleure par rapport à quoi ? Comment savez-vous qu'ils pensent que votre sœur est meilleure ? Pourquoi voulez-vous être la meilleure ? Qu'est-ce que cela vous apporterait d'être la meilleure à leurs yeux ?

Suite: *"Ils disent qu'elle sait tout faire et pourtant je me démène partout. Je sais que je n'ai pas le même niveau d'étude que ma sœur en ce qui me concerne, je suis plus manuelle."*

Que disent-ils exactement ? Que voulez-vous dire par « vous démener partout » ? Concrètement, que faites-vous, comment, et dans quelles circonstances ? Quel est votre objectif en vous démenant de cette manière ? Quels niveaux d'étude avez-vous et quel est celui de votre sœur ? Quelle importance cela a-t-il pour vos parents ? Qu'aimeriez-vous que vos parents disent sur vous ?

Suite: *"J'ai beau donner mes idées, pourtant elles sont les mêmes que ma sœur, mais eux ils veulent l'avis de ma sœur et non le mien."*

Comment savez-vous que vos parents veulent l'avis de votre sœur et non le vôtre ? Si ce sont les mêmes que celles de votre sœur, comment savez-vous que vos parents choisissent les idées de votre sœur et non les vôtres ?

Suite: *"Je suis une moins que rien, et oui, on me traite de grosse. Sympa. Rien que d'en parler j'en pleure."*

Qui vous a traité de grosse ? Quand et dans quelles circonstances ? Qu'est-ce qui vous fait pleurer, le fait d'être en surpoids ou le fait qu'on vous le dise ?

Conclusions

Comme noté plus haut, il est particulièrement important de détecter les erreurs de langage, de façon à se faire une idée claire et précise de ce que veulent dire les patients. Il faut leur demander des précisions, les faire sortir des confusions cognitives dans lesquelles ils se trouvent. Souvent, les patients phrasent les choses de manière à boucher toutes les issues possibles. Parfois, le fait de simplement changer la manière de parler va leur permettre de penser autrement et de se rendre compte que d'autres possibilités existent.

Bien entendu, ceci ne peut être appliqué systématiquement, faute de temps. Cependant, il est impératif de s'y attacher pour tout ce qui est important, et ce, dès le début du discours du patient, afin que celui-ci comprenne, immédiatement, qu'il est important de rendre compte de faits, de données factuelles et précises, et non un discours imagé et symbolique.

Ainsi, une personne dépressive affirme continuellement des généralisations. Il faut qu'elle prenne conscience que ce sont, précisément, ces généralisations qui la maintiennent dans cet état. En tant que thérapeute, il est indispensable d'arrêter immédiatement le discours des patients, de leur poser des questions, de leur faire préciser tout en les faisant revenir aux éléments concrets de leur vie. A défaut, il est impossible de cerner leurs problèmes et de les aider. Pour dissiper le flou du discours, le thérapeute doit leur poser des questions du type : "Est-ce que vous voulez dire que...", "Et sinon quoi ?", "Et que se passe-t-il si ...?", "Que voulez-vous dire par ... ? ».

Dans tous les exemples précités, les patients sont en pleine confusion. En posant des questions pertinentes au bon moment, il est possible de savoir ce qu'il y a derrière ces mots vagues, ce qui se passe précisément dans la vie de la personne. Ce sont sur ces choses précises et concrètes que le thérapeute va travailler pour permettre au patient de changer de façon de penser, de comportement, de manière de vivre.

Il ne s'agit pas de changer l'image du monde du patient pour y mettre la nôtre, mais de lui donner les moyens d'agrandir son image du monde, trop limitée, et de lui montrer que son problème, qui lui semblait insurmontable, se limite en fait à quelque chose de beaucoup plus petit et à sa portée.

En résumé, si l'on souhaite comprendre les gens, il est important de ne pas présupposer ce qu'ils pensent, ce qu'ils ne disent pas ou disent mal et de ne pas faire de lecture de pensée. Ce serait en effet la meilleure manière de rater sa thérapie. Il ne faut donc pas hésiter à poser des questions.

LA DETERMINATION DES OBJECTIFS

Si elle ne veut pas être la cause du mal qu'elle soigne, la thérapie doit se limiter à soulager la souffrance; elle ne peut prendre pour objet la quête du bonheur. Nous comptons sur l'aspirine pour apaiser nos migraines, pas pour nous donner aussi des pensées géniales, ni même pour prévenir des migraines futures.

« Changements, paradoxes et psychothérapie », p 77,
Watzlawick, Weakland, Fisch

Principes généraux

Quand on engage une thérapie, il est fondamental de déterminer des objectifs. Si ceux-ci sont imprécis, vagues, flous, ils peuvent devenir inatteignables. On se retrouve alors dans une situation qui s'éternise.

Souvent, les patients qui consultent ne savent pas exactement ce qu'ils veulent. Il est donc important de les aider à préciser exactement leurs objectifs. En général, les questions qu'ils se posent sont mauvaises, car elles ne les aident pas à avancer et à définir les choses. L'on utilisera donc le Métamodèle, la précision dans le langage, pour les faire parler, pour les faire exprimer vraiment ce dont ils ont besoin.

Il est également important de placer des limites temporelles, même vagues. Une thérapie ne doit pas durer indéfiniment.

Si les objectifs doivent être précis, ils doivent également être atteignables. S'ils sont utopiques, le patient va se décourager et déprimer, entraînant nécessairement l'échec de la thérapie. Erickson fixait des objectifs limités, réalistes, des petites choses, des petits pas, découpant la thérapie en plusieurs étapes, en sous-objectifs. Il est préférable de partir d'en bas afin de franchir chaque étape progressivement.

S'agissant du problème, le patient en parlera bien sûr, mais il sera généralement nécessaire de le faire préciser, de ramener son mal-être au niveau de ses sensations, de son vécu, de situations concrètes et d'expériences réelles. On ne peut se contenter d'un « je ne suis pas bien ». Pour créer les bonnes conditions d'une thérapie, il faut donc définir clairement le problème, que l'on

va exprimer au passé : "*comment cela s'est-il passé ?*", "*avez-vous eu des crises de X ?*", "*qu'avez-vous ressenti ?*".

Parfois, le patient connaît bien son problème, mais ne parvient pas à trouver la solution, ni le moyen d'aboutir à une solution.

Il faut ensuite définir clairement l'état désiré, qui lui, va être exprimé au futur, mais surtout pas au conditionnel. Les solutions qui ont déjà été essayées vont également être examinées. Le fait de savoir ce que les patients ont déjà essayé et qui n'a pas marché va donner beaucoup d'indications sur leur façon de penser, de voir les choses, leurs croyances. Cela peut également permettre de comprendre pourquoi ils ont échoué jusqu'à présent. Ensuite, on peut éventuellement déterminer les ressources nécessaires.

Ensuite seulement viennent la formulation et la mise en œuvre du projet. S'agissant de la formulation, il n'est pas nécessaire d'expliquer au patient ce qui va être fait. Ce sont, en effet, des détails techniques qu'il n'a pas besoin de connaître. Par contre, les objectifs intermédiaires pourront être détaillés.

Enfin, après avoir défini la solution, l'état désiré, il faut, bien entendu, trouver le chemin qui mène à cet état. Là, il n'y a pas de recette, c'est le travail du psychothérapeute, basé sur son expérience, ses connaissances, ses intuitions, et son savoir-faire.

En résumé, il est souhaitable de déterminer la manière dont on est arrivé au problème, le problème lui-même, la solution du problème et le chemin pour y parvenir. Cela s'apparente aux quatre vérités du bouddhisme: la souffrance, l'origine de la souffrance, la cessation de la souffrance et le chemin qui mène à la cessation de la souffrance. Ces concepts philosophiques basiques, très anciens, sont toujours d'actualité, particulièrement en thérapie.

Les objectifs peuvent évoluer en cours de thérapie. Une fois le premier objectif atteint, l'on se rend compte que, derrière, il y a autre chose, et un deuxième objectif est défini.

Dans tous les cas, cette détermination d'objectif est fondamentale.

L'objectif de l'hypnothérapeute est, quant à lui, d'aider le patient et de le faire dans les meilleures conditions possible, sans perte de temps inutile.

Schéma de questionnement

Pour déterminer l'objectif, voici une base de six questions importantes:

1. Que voulez-vous ?

Il s'agit de demander au patient explicitement ce qu'il souhaite. Bien sûr, le patient aura tendance à être très vague. Le rôle du thérapeute sera alors de l'aider, toujours en utilisant le Métamodèle, en

leur faisant préciser ce qui manque, les sous-entendus, en supprimant les généralisations pour revenir au concret. Une formulation peut être: quel changement souhaitez-vous dans votre vie ?

2. Pourquoi est-ce important pour vous de changer ?

Quelles sont vos motivations ? Qu'est-ce qui vous gêne dans votre vie passée ? Le patient parlera alors de ses croyances, de ses valeurs, et d'une multitude de choses dont il n'a pas encore parlé.

3. Comment saurez-vous que vous avez atteint vos objectifs ?

Il est important de demander des critères objectifs concrets au patient, comme le fait d'entreprendre telle ou telle action et non pas uniquement se sentir mieux. Ce sont ces critères qui vous permettront de faire prendre conscience au patient qu'il a réussi sa thérapie, car beaucoup ne se rendent pas compte des progrès qu'ils font.

4. Quelles implications cela aura dans votre entourage ?

Il s'agit d'un point important à ne pas négliger, au niveau de l'entourage personnel, professionnel, amical, familial, etc . Par exemple, si la femme du patient le maternait parce qu'il était malheureux et que, tout d'un coup, il va mieux, ne risque-t-elle pas de partir ou de déprimer, se sentant inutile ?

5. Qu'est-ce qui vous empêche de changer maintenant ?

Le patient répondra souvent qu'il n'en sait rien et se mettra à réfléchir. Parfois, il donnera une explication de l'ordre du hareng rouge (cf. chapitre sur les croyances). Quoi qu'il en soit, la prise de conscience de ces blocages est importante, car c'est précisément sur ces blocages que le thérapeute va travailler soit pour les supprimer, soit pour les contourner.

6. De quoi avez-vous besoin pour atteindre votre objectif ?

Cette question vient compléter la précédente. Quelle ressource lui manque-t-il ? Quelle lacune a-t-il ? Que faut-il combler ? Le patient peut répondre ou ne pas répondre, parce qu'en fait il n'y a jamais réfléchi.

Ces six questions peuvent être posées presque systématiquement, car elles permettent de bien cerner le problème, de mettre à jour certaines croyances qui peuvent être limitantes. Sachant qu'un certain nombre d'entre elles sont inconscientes, le thérapeute veillera à reposer certaines de ces questions quand le patient sera en état d'hypnose.

Utiliser le Métamodèle

Un repère à prendre en compte est le méta-modèle afin de ne rien laisser passer de vague ou d'imprécis. Il faut veiller à toujours demander des précisions.

Exemple :

- *Tout le monde me dit que ...*
- *Qui ça tout le monde ?*
- *Mes parents.*

"Tout le monde" n'est pas identique à "mes parents". C'est en abusant des généralisations comme celles qui précèdent que les patients se retrouvent cloisonnés dans leur façon de penser.

La détermination d'objectif est une chose fondamentale. Il faut absolument qu'avant de commencer la thérapie vous soyez mis d'accord avec le patient sur des objectifs clairs et des critères concrets de façon à ce qu'un jour il puisse dire "OK, l'objectif est atteint, c'est bon on peut arrêter la thérapie, merci docteur". Ils vont vous appeler docteur, vous allez voir. Si les objectifs ne sont pas clairs, précis, concrets, on peut tourner en rond indéfiniment, sauf qu'à un moment donné les patients vont en avoir marre et ils vont arrêter sans être sortis de leurs problèmes.

Ne pas se contenter des apparences

Cette détermination d'objectif doit être posée dès la première séance. Parfois l'objectif est clair (exemple : arrêter de fumer). Les autres questions seront néanmoins posées afin de découvrir tous les aspects importants du problème: "*que va changer dans votre vie le fait d'arrêter de fumer ?*", "*qu'est-ce qui vous empêche d'arrêter de fumer maintenant ?*", etc.

L'on peut, par exemple, découvrir que le patient ne peut arrêter de fumer parce qu'il est dans une dépression grave et que la cigarette, ça le maintient. L'arrêt du tabac risquerait de le faire sombrer dans l'alcool. Dans ce cas, il est préférable de dire au patient que, pour l'instant, il a besoin de la cigarette comme béquille et, qu'une fois le problème de fond réglé, il sera plus facile d'arrêter la cigarette. Il est donc important de toujours faire le tour de la question.

Quand le thérapeute découvre quelque chose de caché et propose au patient de travailler dessus, certains acceptent, mais d'autres non. Cela ne dépend pas du problème en soi, mais de la personne et de ses facultés de changement.

Exemples

Ci-après quelques exemples, des cas réels de patients qui viennent avec une demande. Au fil de la séance, un objectif est défini.

Cas n°1

Dominique, pharmacienne, 33 ans, vit en concubinage, sans enfant. Elle vient consulter et dit "*je ne sais pas trop, une astrologue m'a conseillé de faire une thérapie ericksonienne.*" Rien n'est plus vague et flou que cela! Après avoir beaucoup parlé, posé beaucoup de questions, un objectif a pu être défini, qui était: "pouvoir parler tranquillement avec les gens sans avoir peur de les blesser." Cela n'a aucun rapport avec la demande initiale de la patiente, mais c'était son plus gros souci.

Cas n°2

Martine, 45 ans, institutrice, célibataire. Elle affirme être en dépression et avoir des céphalées. Elle a vu un médecin qui lui a prescrit des antidépresseurs et ce qu'elle veut c'est "*profiter de mes journées et me sentir bien.*" Après la détermination d'objectif, un critère a été défini : "*pouvoir retrouver mes activités de sports*", parce que avant elle faisait beaucoup de sport, "*et de sortie*", sortir avec des amies et éventuellement "*diminuer mes céphalées*". C'est un objectif déjà beaucoup plus concret, à l'exception de la diminution des céphalées qui reste vague. Diminuer dans l'intensité ? Dans la fréquence? Dans la durée des crises ? Et à quel niveau ? Comment le mesurer ? Est-ce possible ? Y a-t-il une cause physiologique ? On n'en sait rien. La diminution des céphalées a donc été mise à part, les objectifs étant de retrouver le sport et les sorties. Ces céphalées ne l'empêchaient pas de faire du sport, car ce n'étaient pas des migraines, mais des maux de tête dus à des conflits intérieurs.

Cas n°3

Frédérique, 36 ans, musicien en concubinage, sans enfant. Il vient en disant qu'il a un manque de confiance en lui, qu'il a peur d'être jugé et a une tendance à la déprime. Après la détermination d'objectif, son critère est de "*pouvoir se dire un matin, ce soir je vais jammer et c'est super.*" Jammer consiste à faire de la musique avec d'autres musiciens sans spectateur, juste pour le plaisir. Son objectif est de pouvoir faire de la musique pour le plaisir avec d'autres musiciens, son problème est d'être jugé par d'autres musiciens. Le problème très vague de confiance en soi a donné un critère simple et concret, qu'il peut vérifier par lui-même.

Cas n°4

Fabrice, 34 ans, graphiste, célibataire. Il dit qu'il a des phobies, une boule au ventre, des fatigues subites, un état nauséux. L'objectif est ensuite devenu: "*pouvoir sortir avec une fille sans avoir peur d'avoir une nausée.*", objectif,

concret, et facile à vérifier. Il a fini par sortir avec une fille sans avoir de nausée, l'objectif était atteint et la thérapie a alors pris fin.

Cas n°5

Céline, 23 ans, vendeuse, chez ses parents. Elle se dit boulimique, se ronges les ongles et a des angoisses. Après la détermination d'objectif, ses critères sont: "*pouvoir s'endormir sereinement*", parce qu'elle avait des problèmes d'endormissement. Pouvoir s'endormir sereinement était donc le signe qu'elle allait bien. Ce critère était encore assez vague, mais il lui permettait relativement facilement de déterminer si elle avait atteint l'objectif. Un autre critère plus objectif était de "*faire des choses avec mon frère*". Elle n'avait plus de relation avec son frère et le regrettait, elle voulait donc pouvoir lui parler à nouveau, faire des sorties avec lui, etc. Même si le terme "chose" est vague, le critère reste bien défini et objectivable. La boulimie n'est pas un problème en soi, mais un symptôme qui devient un problème en raison de ses conséquences. C'est le symptôme d'un problème intérieur, et c'est en travaillant sur ce problème, la cause, que l'on a supprimé la boulimie.

Cas n°6

Sonia, 35 ans, célibataire, fonctionnaire, un enfant. Elle dit "*j'ai un mal-être ancien, ça se passe là*", en désignant l'estomac, "*j'ai peur de l'abandon*". Très bizarrement l'objectif retenu était de "*ne pas rejeter ma mère*", devenue alcoolique. En fait, elle avait un gros conflit avec sa maman. "*Ne pas rejeter ma mère*" a été traduit plus concrètement en "*aller la voir et passer du temps avec elle*".

Cas n°7

Clémence, 20 ans, étudiante, célibataire, sans enfant. Elle dit avoir un gros manque de confiance en elle. Son critère était: "*pouvoir prendre la parole en public sans perdre mes moyens*", simple et facile à tester.

Cas n°8

Dominique, 45 ans, juriste, en concubinage, sans enfant. Elle dit "*j'ai la libido à zéro depuis mon cancer de l'utérus*". Son cancer a été soigné par hystérectomie complète. L'objectif s'est traduit tout simplement en "*avoir des rapports sexuels avec mon compagnon*". Elle a atteint son objectif, mais a changé de compagnon quelque temps plus tard. Au bout de quelques séances, c'était devenu une évolution prévisible de leur relation.

Cas n°9

Anissa, 26 ans, conseillère financière, mariée, un enfant. Elle dit qu'elle est en dépression depuis son mariage. Après la détermination d'objectif, ses critères étaient: "*pouvoir faire la cuisine à la maison, m'occuper de mon bébé, faire des projets.*" Plus concrets, ce sont des critères simples et objectifs. "*S'occuper de mon bébé*" est un peu vague, mais elle l'a précisé après, elle s'en occupait quand même, mais ne se sentait pas bien avec lui. Et "*faire des projets*" inclut n'importe quel projet. Le problème était que le fait d'avoir eu un bébé avait changé sa vie et ses relations avec ses parents. Elle regrettait la vie d'avant. Elle a fini par trouver des intérêts dans sa nouvelle vie.

Cas n°10

Damien, 34 ans, au chômage, célibataire. Il dit qu'il est en dépression, anxieux, angoissé, et qu'il voudrait prendre confiance en lui. Tout s'est transformé dans le critère: "*trouver un emploi*" puis "*pouvoir faire les démarches pour trouver un emploi*" et il a ajouté "*avoir des relations amoureuses sérieuses*". Il n'avait eu que des relations amoureuses superficielles et il voulait s'engager dans quelque chose de plus sérieux. La question à poser est alors "*qu'est-ce qui vous en empêche ?*" pour cerner ce sur quoi la thérapie va porter.

Cas n°11

Marie, 22 ans, étudiante, célibataire, sans enfant. Elle dit "*je ne crois pas en moi*". Ses critères étaient: "*terminer mes études et prendre la parole en cours*". Elle a terminé ses études d'architecte et a pris la parole en cours en se sentant bien. Il est évident que le premier critère a été transformé, il n'était pas question d'attendre la fin de son cursus pour arrêter la thérapie. Il est devenu subjectif, mais elle pouvait l'atteindre: "*avoir envie de terminer mes études*".

Cas n°12

Patricia, 45 ans, directrice marketing, en concubinage, un enfant. Elle dit qu'elle manque de confiance en elle. Elle est tout de même directrice de marketing, c'est donc assez surprenant. Son critère était de: "*pouvoir passer des entretiens pour changer de travail.*" Elle voulait faire le même travail, mais dans une autre société, mais n'osait pas passer des entretiens.

Cas n°13

Antoine, 67 ans, vendeur retraité, divorcé, trois enfants. Il a dit : "*je suis devenu impuissant.*" C'était psychologique, il n'était pas du tout impuissant. Son

critère a été tout simplement: "*avoir des relations avec sa nouvelle compagne*". C'est clair et simple et une seule séance a suffi pour trouver les croyances qui l'empêchaient de se sentir à l'aise avec sa compagne. Il avait l'impression d'être en faute par rapport à son ancienne femme. Il était légalement divorcé, mais au niveau de son inconscient, le divorce n'était pas fait.

Cas n°14

Natacha, 31 ans, fonctionnaire, en concubinage, sans enfant. Elle dit qu'elle a des migraines, des insomnies et qu'elle se ronge les ongles. Ses objectifs ont été de « *mieux gérer ses émotions* » - "*Mieux gérer*" est vague, mais elle a pu préciser plus tard ; "*Ressentir un apaisement intérieur*" – vague également - "*avoir confiance dans la vie*". Il a fallu travailler pour définir jusqu'à quel point elle voulait gérer ses émotions, lesquelles et dans quelles circonstances. Il a été très difficile pour elle de définir des critères précis et concrets.

Cas n°15

Emmanuelle, 36 ans, responsable scientifique dans un laboratoire pharmaceutique, en concubinage, sans enfant. Elle dit qu'elle souhaite arrêter de fumer, qu'elle n'a pas d'enfant et c'est un problème et qu'elle pleure pour un rien. Son objectif a été de pouvoir tomber enceinte. Elle pensait qu'il y avait un blocage psychologique. Effectivement, au bout de quelques séances elle est tombée enceinte. En réalité, elle était déjà tombée enceinte, mais avait fait une fausse couche. Il a donc fallu faire le deuil de ce bébé qu'elle n'a pas eu.

Cas n°16

Fabien, 43 ans, cadre bancaire, divorcé, trois enfants. Il dit "*je suis gay et je voudrais rentrer dans les normes*". Il était gay depuis toujours, mais, voulant s'insérer dans la société, il s'est marié et a fait des enfants. Au bout de quelques années, il est parti avec un homme. Après détermination d'objectif, son critère est devenu: "*arrêter de me demander si j'ai été abusé dans mon enfance*". Il pensait que son beau-père avait abusé de lui quand il était petit. Le fait d'être homosexuel ne le dérangeait pas, mais savoir s'il avait été abusé dans son enfance ou pas était obsessionnel. Il a fait une régression en âge, a retrouvé des souvenirs et s'est rendu compte qu'il ne s'était rien passé, son dégoût pour son beau-père avait une autre cause.

Cas n°17

Hugues, 36 ans, informaticien marié, sans enfant. Il me dit qu'il souffre d'éreutrophobie, il a peur de rougir en public. Il est timide et il devient rouge facilement. Son critère était de pouvoir faire son travail ou son sport sans avoir

peur de rougir. Remarquez que ce n'est pas "sans rougir", mais "sans avoir peur de rougir". Il a atteint son objectif. Du coup il ne rougissait plus.

Cas n°18

Gwenaëlle, 34 ans, attachée de presse, en concubinage, sans enfant. Elle dit vouloir "*éradiquer un comportement d'adolescent: l'alcoolisme mondain*". Adolescente, elle sortait et buvait beaucoup, et elle a continué à l'âge adulte. Si elle ne boit pas, elle ne se sent pas bien. Son objectif est devenu: "*contrôler mes angoisses, apprendre à diminuer l'intensité de mes angoisses*". Au départ, l'alcoolisme était un symptôme et le problème n'était pas là. Le vrai problème était les angoisses.

Cas n°19

Madeleine, 61 ans, comptable retraitée, mariée, deux enfants. Elle dit: "*je ne m'aime pas, je voudrais être autrement*." Cela s'est transformé en: "*ne plus avoir peur des gens*". Après avoir précisé, c'est devenu: "*pouvoir dire non quand on me demande quelque chose*." Elle avait tellement peur de mal se faire voir qu'elle n'osait pas refuser. Elle avait l'impression de se faire manipuler par tout le monde. Elle est arrivée à dire non, s'est rendu compte que ce n'était pas gênant et qu'elle pouvait très bien dire non sans que cela ait des conséquences catastrophiques.

Cas n°20

Stéphanie, 32 ans, agent RATP, célibataire, sans enfant. Elle dit qu'elle a un manque de confiance en elle ainsi que des difficultés dans les relations amoureuses. Le critère retenu a finalement été d'accepter les rendez-vous galants. Elle a fini par sortir avec un homme.

Conclusions

Ces exemples montrent l'écart entre la demande initiale et l'objectif tel qu'il est défini ou à peu près défini à la fin de la première séance. Cet écart peut être considérable. La demande initiale ne permet pas de travailler, car trop vague, trop floue. Par contre, l'objectif défini après est concret et atteignable, et, dans tous les cas, il a été atteint. A 95%, l'objectif est déterminé lors de la première séance. Certaines personnes ont néanmoins besoin de réfléchir à toutes les questions et l'objectif est alors fixé lors de la deuxième séance.

**Troisième partie : INDUIRE
L'ETAT D'HYPNOSE**

L'HYPNOSE

Qu'est-ce que l'hypnose?

Dans les journaux et la littérature, le mot "hypnose" est régulièrement utilisé dans trois sens différents.

Le premier sens est l'état d'hypnose, la transe, l'état psychologique dans lequel on se trouve quand on est « sous hypnose ».

Le deuxième sens concerne les techniques qui servent à rentrer dans cet état. On les appellera plutôt des inductions, des inductions de transe.

Le troisième sens est celui d'hypnothérapie, c'est-à-dire la thérapie qui a été réalisée sous hypnose et qui a produit un changement. C'est le sens qui est utilisé dans la phrase: « j'ai arrêté de fumer grâce à l'hypnose ».

Afin d'éviter toute confusion, il est important de fixer un vocabulaire. Nous parlerons d'hypnose pour désigner l'état, d'inductions pour nommer les techniques qui permettent de rentrer dans cet état et d'hypnothérapie pour la thérapie faite avec l'hypnose comme outil d'accès à l'inconscient.

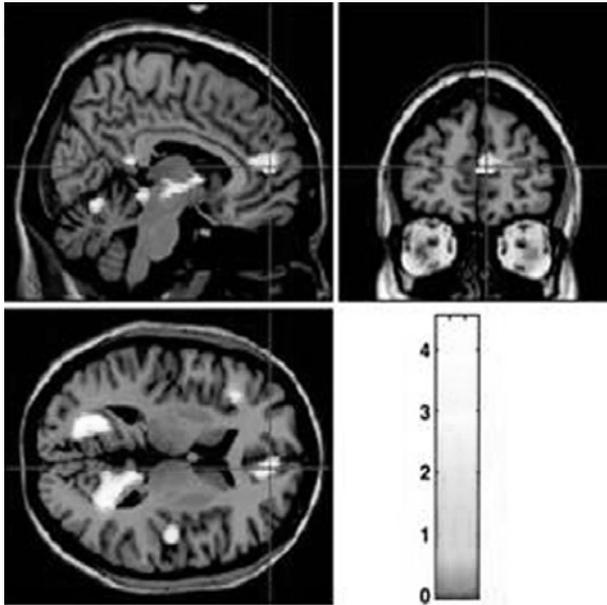
La preuve par l'imagerie médicale

Pendant très longtemps, la question s'est posée de savoir si l'hypnose était vraiment un état ou s'il s'agissait d'autre chose. Certains considéraient l'hypnose uniquement comme un rôle que les gens jouent pour faire plaisir au praticien. Aujourd'hui, on l'on sait avec certitude qu'il s'agit bien d'un état spécifique du cerveau. Grâce aux techniques modernes d'imagerie, l'IRM, le PetScan, et autres, qui permettent de voir le cerveau en fonctionnement et de déterminer les zones qui sont activées, l'on sait maintenant que, sous hypnose, le cerveau fonctionne différemment que dans l'état de veille ordinaire.

Les études sur le sujet ont démarré vers 1995 et se sont développées depuis.

Les Dr A. Raz, M. Kosslyn et P. Rainville, ont été parmi les premiers, aux USA et au Canada, à développer ces études au moyen de l'imagerie médicale et à mettre en évidence, de façon nette, que le cerveau fonctionne différemment, sous hypnose, pour une même tâche cognitive. Ainsi, dans les expériences de Rainville, il était demandé, à des volontaires, dont certains étaient sous hypnose et d'autres non, de résoudre un problème. Les différences d'activation étaient clairement établies. D'autres expériences, portant sur le traitement de la douleur

sous hypnose, ont montré qu'effectivement, sous hypnose, il était possible de désactiver certaines zones du cerveau traitant la douleur, alors qu'on ne pouvait pas le faire à l'état de veille.



Exemple d'image réalisée lors de l'étude des différences d'activation entre l'hypnose et l'état de veille
 © Dr Amir Raz – Académie des Sciences des USA

De nombreuses références sont accessibles par Internet. Plus encore se trouvent dans les bibliothèques universitaires. La plupart de ces documents sont des comptes rendus de recherche, dans des publications scientifiques en psychologie, neurologie ou psychiatrie, généralement en anglais.

Ces publications sont assez récentes et datent d'une quinzaine d'années. Cela fait peu de temps que l'on sait avec certitude que l'hypnose est un état du cerveau.

Un état naturel

Cet état est un état naturel, qui existe chez tout le monde et fait partie du fonctionnement normal du cerveau. S'il a été mis en place par l'évolution, il a, naturellement, un rôle à jouer. D'après Erickson, notamment, nous passons constamment en état de transe, et ce, tous les jours et plusieurs fois par jour.

Les exemples les plus classiques sont des trances spontanées, par exemple lorsque l'on conduit, particulièrement sur autoroute. Après avoir conduit un certain temps, le trajet devient monotone et régulier et l'on commence à penser à quelque chose, puis à autre chose, et l'on se rend compte, tout d'un coup, que l'on n'a pas fait attention aux x derniers kilomètres, qu'on ne s'en souvient pas parce qu'on était parti ailleurs. Cet état est typiquement un état d'hypnose, qui se caractérise par une dissociation entre l'esprit conscient - parti dans ses pensées, concentré sur des choses et d'autres, ou des rêveries - et l'esprit inconscient - qui, lui, a assuré la survie, la conduite, a surveillé la vitesse, a accéléré, freiné. L'esprit inconscient a continué son fonctionnement dans l'environnement immédiat, tandis que l'esprit conscient était parti dans autre chose. Cette dissociation est typique de l'état d'hypnose.

Un autre exemple classique se passe lorsque l'on regarde un film au cinéma ou à la télé, et que ce film nous intéresse. Que ce soit de l'action, du suspense ou de la romance, on vibre avec les personnages. Quand quelque chose fait peur, on sursaute; quand un moment est attendrissant, on a les larmes aux yeux; quand il y a des moments d'action, on est sous tension, etc. On vit, on est dans le film et on oublie complètement notre environnement immédiat, le cinéma ou notre salon. Cette évocation, aussi, est typique de l'état d'hypnose puisque notre esprit conscient est ailleurs, au niveau de l'imaginaire.

Enfin, il y a tous les moments où nous sommes « dans la lune ». Nous sommes alors déconnectés de notre environnement, le regard dans le vide. Parfois, nous pensons à quelque chose de précis, mais parfois, nous ne pensons à rien ou, en tout cas, nous n'avons pas l'impression de penser à quelque chose. Si quelqu'un nous demande à quoi nous pensons, la réponse est généralement "à rien, rien de spécial". En cas de fatigue, ce phénomène est encore plus fréquent, faisant penser que l'hypnose sert à se reposer, à évacuer, faire du nettoyage. D'après Rossi, cet état reviendrait de façon cyclique dans la journée, avec une fréquence d'une heure et demie environ, un peu de la même manière que les cycles nocturnes et les rêves.

Cet état, naturel, ne doit pas être confondu avec d'autres états, tels l'état de veille ordinaire ou le sommeil, avec ses différentes phases, sommeil léger, sommeil profond, sommeil paradoxal avec les rêves. Ce vocabulaire - sommeil léger, sommeil profond - se retrouve en hypnose où l'on parle d'hypnose légère et d'hypnose profonde. Le sommeil léger et le sommeil profond peuvent être différenciés par des électroencéphalogrammes, notamment avec certaines ondes qui n'apparaissent que dans une phase donnée.

Profondeur de transe

Il existe différentes classifications des niveaux d'hypnose, qui ne sont pas forcément pertinents, ni intéressants. En hypnothérapie, il est possible d'utiliser les niveaux d'Erickson, adaptés spécifiquement à la thérapie.

Celui-ci distinguait trois niveaux: l'hypnose légère, l'hypnose moyenne et l'hypnose profonde. La différenciation entre ces niveaux est la participation, à ce moment-là, de la conscience au fonctionnement de l'individu.

Plus précisément, pour Erickson, l'hypnose profonde est le niveau d'hypnose qui permet au sujet de fonctionner au niveau inconscient sans aucune interférence de l'esprit conscient. Dans l'hypnose profonde, la conscience est totalement absente, entraînant, pour le patient, un trou noir, une amnésie totale spontanée. Quand il en ressort, il a l'impression d'avoir dormi et ne se souvient de rien. L'état de transe profonde permet de faire certaines choses, impossibles à réaliser dans un autre état. Cela nécessite toutefois un entraînement conséquent du patient, qui n'est pas accessible à tout le monde. En effet, la profondeur d'hypnose dépend des patients, il n'existe pas, à ce sujet, de règles précises, chacun étant différent et réagissant différemment. Certaines personnes atteignent une transe profonde très facilement, d'autres, au contraire, n'y arrivent pas. Erickson fournit des exemples extrêmes. Une personne est ainsi partie en transe profonde en 30 secondes, une durée extrêmement rapide alors qu'une autre n'y est parvenue qu'au bout de 300 heures, soit pour 1 heure d'entraînement par jour, une durée de presque 1 an!

En transe légère, par contre, le sujet est en transe, en état d'hypnose, mais il a conscience de ce qui se passe, il entend tout, il comprend tout et se souvient de tout. Toutes les expériences réalisées avec l'imagerie médicale l'étaient en état de transe légère, puisqu'on demandait aux gens, conscients, de faire un certain travail.

Enfin, la transe moyenne est l'intermédiaire entre hypnose profonde et légère. La conscience est présente de temps en temps, puis s'en va, revient et repart. Le sujet se souvient de certaines choses, mais pas de l'ensemble. Ainsi, une personne peut se souvenir d'avoir écrit, mais elle ne se souvient pas de ce qu'elle a écrit. Il y a un souvenir partiel.

En hypnothérapie, seule la transe légère est utile. C'est en effet dans cet état que le travail est le plus efficace, dans la mesure où la conscience est présente et peut donc participer. Bien entendu, des difficultés existent parfois, la conscience opposant une certaine résistance. Généralement toutefois, l'état de transe légère suffit. Cet état de transe légère est facilement obtenu par les patients, dès la première, voire la deuxième ou la troisième séance.

Notons cependant que, comme les patients se souviennent de tout, ils prétendent souvent ne pas avoir été sous hypnose. Ils ne saisissent pas en effet la différence entre ne plus avoir conscience et être en transe, confondant hypnose et transe profonde. Il est donc important d'expliquer aux patients ce qu'est l'hypnose en vue de faire de l'hypnothérapie. Il existe tellement d'attentes, de préjugés, d'idées, de mythes sur le sujet que, si l'hypnose ne correspond pas à l'idée qu'ils en ont, ils abandonneront immédiatement, d'écus.

Il faut également rassurer les patients sur le fait que, comme ils sont conscients, ils ne risquent pas de se laisser faire ni de se faire manipuler. Nous verrons, lorsque nous aborderons les séances elles-mêmes, l'organisation pratique et les différentes façons de rassurer les gens sur ce qu'est l'hypnose.

Propriétés de l'hypnose

Nous avons déjà précisé que l'hypnose ne soignait pas. Par contre, dans l'état d'hypnose la conscience est en retrait, de nombreux mécanismes de blocage sont dès lors inhibés, permettant au patient d'être beaucoup plus ouvert à toutes les suggestions du thérapeute. Nous verrons, à ce sujet, que, pour Erickson, l'hypnothérapie est un (ré)apprentissage, visant à apprendre aux gens à avoir un fonctionnement adapté à leur vie, à leur environnement. Et pour réapprendre, il faut être ouvert aux idées nouvelles, aux changements.

L'hypnose permet, ensuite, d'accéder plus facilement à l'inconscient et, par conséquent, de communiquer avec lui. Contrairement à ce que pensent les psychanalystes, la communication s'effectue dans les deux sens. Ainsi, certaines informations viennent de l'inconscient et permettent de comprendre son fonctionnement. Mais, inversement, il est possible d'influer et de transmettre certaines demandes ou renseignements à l'inconscient, puisqu'il est là, à l'écoute et disponible, dégagé des blocages de la conscience.

Enfin, puisque l'état d'hypnose est un état différent, il est possible de modifier le fonctionnement de l'esprit, le reprogrammer afin de changer le point de vue, la façon de voir les choses du patient. Cette reprogrammation est, notamment, liée au fait que, sous hypnose, il est possible d'accéder à des souvenirs que le patient pensait avoir oubliés. C'est l'hypermnésie. L'on retrouve des souvenirs qui ont influencé la façon dont le patient perçoit le monde, parce que, à partir de cette expérience, il en a tiré des conclusions, des croyances, qui sont devenues des points essentiels de son fonctionnement et empêchent celui-ci d'être bien. En retrouvant le souvenir ancien, en le revoyant avec un regard nouveau, il est possible de changer complètement les conclusions, les croyances et, par conséquent, de reprogrammer le fonctionnement de l'esprit. Ceci est extrêmement fréquent dans les cas de névrose.

Les phénomènes hypnotiques

Les phénomènes hypnotiques sont des phénomènes qui sont typiques de l'état d'hypnose. En voici quelques-uns :

La catalepsie

La catalepsie décrit la suspension complète du mouvement volontaire des muscles dans la position où ils se trouvent positionnés . La catalepsie ne touche

pas nécessairement le corps dans son ensemble, mais peut n'en concerner qu'une partie (un bras, une jambe, le bas du corps...). Soit le patient le fait spontanément, soit le thérapeute le suggère. Il s'agit d'un phénomène relativement facile à provoquer. C'est également un test pour l'hypnothérapeute pour vérifier qu'effectivement, la personne a changé de mode de fonctionnement. Même s'il n'est pas complètement rigide, le bras d'une personne sous hypnose perd sa souplesse, et c'est très facile à détecter en prenant le poignet du patient et en le soulevant légèrement. On sent nettement une résistance. Erickson parlait de consistance cireuse. Pour le patient, la catalepsie constitue une façon de se rendre compte qu'il n'est pas dans un état habituel. Enfin, la catalepsie est une façon d'induire la transe.

La lévitation

Relativement facile à provoquer, elle concerne généralement une main ou un bras, le pied étant quant à lui un peu trop lourd. Certaines personnes vont y parvenir tout de suite, très facilement. D'autres diront qu'ils ont senti que leur bras était léger, mais qu'il n'a pas bougé. D'autres enfin ne sentiront rien. Cela dépend de la manière dont les gens sentent leur corps. S'ils sont visuels, ils auront tendance à se sentir légers; s'ils sont kinesthésiques, ils seront centrés sur leurs sensations et auront tendance à se sentir lourds. Si, avec eux, la lévitation est plus difficile, la catalepsie restera néanmoins très simple. La catalepsie fonctionne en effet quasiment tout le temps, la lévitation une fois sur deux. Erickson, lui, réussissait chez tout le monde, mais en y mettant le temps. En hypnothérapie, le but n'est pas de montrer aux gens qu'ils sont capables d'y arriver. Chez certaines personnes, la main et le bras peuvent se lever et flotter dans l'air facilement juste avec les suggestions, alors que chez d'autres, la main décollera à peine et parfois il faudra l'aider un peu pour amorcer le phénomène. On prend délicatement le poignet et on le soulève très légèrement, généralement le mouvement se poursuit de lui-même alors qu'on a lâché progressive le poignet.

L'hypermnésie et l'amnésie

L'hypermnésie c'est le fait de retrouver des souvenirs, que nous avons évoqué plus haut. L'inverse existe, l'amnésie, où l'on oublie des choses. Même si Erickson l'utilisait fréquemment, elle est assez difficile à obtenir. Il existe des amnésies spontanées, lorsque le patient, à la fin de la séance, se réveille et dit qu'il ne se souvient de rien. Les amnésies provoquées demandent, quant à elles, une plus grande subtilité, en évitant les suggestions directes.

La dissociation

C'est la faculté de se sentir séparé, dissocié de son corps, comme si celui-ci était laissé dans un coin pendant que l'esprit était ailleurs. Il est possible éventuellement d'avoir plusieurs personnalités imaginaires, doubles ou triples. Cette dissociation physique est particulièrement intéressante pour faire des analgésies, des anesthésies ou pour traiter d'évènements douloureux. En effet, la personne, dissociée, voit les choses de l'extérieur, comme si elle était quelqu'un d'autre.

L'analgésie et l'anesthésie

C'est le fait d'engourdir une partie du corps. Si l'anesthésie ne concerne pas directement le psychothérapeute, l'analgésie peut, en revanche, s'avérer très intéressante. Indépendamment du traitement de la douleur, l'analgésie permet de montrer aux gens qu'ils peuvent se séparer et anesthésier leurs sensations, et, par conséquent, leur douleur psychique. A partir du moment où les patients se rendent compte qu'ils ont les ressources pour faire face à la douleur physique, ils peuvent également agir sur une douleur intérieure, du ressort de leur esprit.

Variabilité des phénomènes hypnotiques

D'après les études d'Erickson, ces phénomènes hypnotiques varient en fonction des personnes et de l'état de profondeur de la transe. En effet, certaines personnes présenteront des phénomènes en état de transe légère uniquement et certains autres seulement en état de transe profonde. Il n'y a pas, à ce sujet, de règle linéaire. Il est vrai néanmoins que la conscience peut interférer. Par exemple, si vous essayez de faire une lévitation et vous suggérez que le bras est léger et se lève, le patient peut se dire qu'un tel phénomène est impossible et le bloquer, involontairement. Pour d'autres, le phénomène sera plus fort que leur conscience et se fera tout seul, les laissant alors sidérés.

Si ces phénomènes dépendent des personnalités, ils se retrouvent néanmoins chez pratiquement tout le monde. Chez tous les patients, en effet, le thérapeute arrivera à mettre en évidence l'un ou l'autre phénomène. Une fois que le patient est entré en état de transe, cela sert d'indicateur, principalement la catalepsie et la lévitation, qui sont des phénomènes visuels, physiques. Ces phénomènes, spectaculaires, rassurent les patients sur leur capacité à entrer en transe. Cette preuve matérielle les rassure et leur permet ensuite de rentrer plus facilement dans la thérapie.

Les signes de transe et tests de l'état hypnotique

Lorsque l'on fait une induction, il est important de tester l'état du patient pour savoir, d'une part, s'il est réellement en état d'hypnose et, d'autre part, pour qu'il

se rassure lui-même. A titre de test, on utilise les phénomènes hypnotiques comme la catalepsie ou la lévitation. Ceux-ci fonctionnent dans 90% des cas.

Mais, dans les autres cas, il est nécessaire d'utiliser d'autres indicateurs, comme le changement de couleur de la peau. Ce phénomène, involontaire, inconscient, consiste en une dilatation ou contraction des capillaires. Les patients deviennent entièrement rouges ou blancs, avec une sorte de masque, l'ensemble du visage se détendant et perdant toute expression, complètement figé.

Un autre test est de suggérer aux gens de faire des mouvements et de parler. En état d'hypnose en effet, on se sent lourd et on a donc du mal à prendre un objet, voire à parler. Certains patients sont incapables de parler, même en hypnose légère, nécessitant de les réveiller pour les faire parler. En général, dans 80% ou 90% des cas, les gens arrivent à parler en état d'hypnose légère, même s'ils ont quelques difficultés au début. Ils parlent néanmoins avec une voix différente de leur voix habituelle. La difficulté à parler et le changement de voix sont donc aussi de bons indicateurs.

Ces tests sont importants afin d'être certain que les patients sont réellement en transe. Certains ne testent pas l'état de leur patient: ils ont leurs procédures, font leur induction et, ensuite, leurs expériences. Mais ils ne peuvent pas savoir sur quoi portent leurs expériences puisque l'état des gens n'a pas été testé et reste donc incertain.

Personnellement, je ne réalise pas ces tests à chaque fois, parce que l'état d'hypnose se voit. Néanmoins, je touche quand même le patient et lui prend la main, je mets en place un signal post-hypnotique afin de ré-induire la transe plus rapidement lors d'inductions ultérieures. La catalepsie est presque systématique et, si elle ne fonctionne pas, l'hypnose se manifeste par le changement de couleur de la peau, d'expression du visage, un ralentissement de la respiration ou l'immobilité de la personne.

Expérience subjective du patient

Il ne faut évidemment pas que le patient s'endorme. Si ce dernier nous dit, après la séance, qu'il a l'impression d'avoir dormi et ne se souvient de rien, il était seulement en hypnose profonde et non en état de sommeil. Il y avait, en effet, une interaction avec l'inconscient. Nous verrons ultérieurement comment mettre en place des signaux pour que l'inconscient puisse communiquer (non verbalement) même lorsque la conscience du patient n'est pas présente. La parole, en général, demande des ressources importantes et nombreux sont ceux qui ont tendance à se réveiller lorsqu'ils parlent. Il est néanmoins tout à fait possible de parler en état d'hypnose - Erickson l'apprenait à ses patients - mais un apprentissage est nécessaire, que l'on n'a pas forcément le temps de faire, puisque nous travaillons, non pas dans un but expérimental, mais thérapeutique.

Hypnotisabilité

Comme les gens ne présentent pas tous les mêmes phénomènes hypnotiques, certains ont affirmé, au début du XXe siècle, que tout le monde n'était pas hypnotisable. A l'époque, l'on ne savait pas ce qu'était vraiment l'hypnose et les praticiens ne disposaient que d'une seule induction. Erickson a remis les idées en ordre en affirmant que tout le monde, en tout cas, tous les gens normaux et certains psychotiques, sont hypnotisables, l'hypnose ne dépendant que du savoir-faire du praticien.

Il existe pourtant un concept, assez aberrant, néanmoins très utilisé par certains, nommé échelle d'hypnotisabilité (échelle de Harvard et échelle de Stanford). Ces échelles ne prouvent rien. Certaines personnes, très visuelles, auront en effet très facilement des hallucinations. D'autres, plus kinesthésiques, n'auront pas cette imagination et en seront incapables. Cela ne signifie toutefois pas qu'elles ne sont pas en état d'hypnose ou qu'elles ne sont pas hypnotisables. Elles le sont, mais, n'ayant pas le même mode de fonctionnement, elles ne réagiront pas de la même manière.

Selon ces échelles, le praticien fait des suggestions standardisées et regarde si ça fonctionne. Par exemple, à un moment, on demande aux patients d'imaginer qu'il y a un moustique qui les gêne. Certaines personnes vont alors faire des gestes, comme s'ils chassaient le moustique; d'autres ne bougeront pas. Tout se passera dans leur tête, imaginant qu'ils sont en train de poursuivre le moustique, sans pour autant bouger un muscle. Cela ne signifie pas que les uns sont plus hypnotisables que les autres.

Une conférence de Richard Bandler, en Californie, l'a mis en avant. Pendant la conférence, des partisans de Stanford ont présenté une petite dame qui n'était, selon eux, absolument pas hypnotisable, ayant un niveau de zéro sur l'échelle de Stanford. Bandler a installé la femme sur une chaise sur l'estrade, dos au public. Il a commencé à lui parler et, tout d'un coup, l'a tournée face au public pour lui faire des suggestions comme "*cette dame ne peut pas lever le bras, ce n'est pas possible*". Pendant ce temps, les bras de la dame se levaient de plus en plus. En fait, il a fait une induction-choc en mettant la dame tout d'un coup face au public. Elle ne s'y attendait pas du tout. Il a ainsi pu démontrer tous les phénomènes hypnotiques devant le public.

Si l'on ne parvient pas à mettre la personne sous hypnose, la faute incombe, donc, non au patient, mais au praticien qui s'y prend mal.

Un autre exemple concernait un hypnothérapeute qui ne parvenait pas à mettre un patient sous hypnose. Le thérapeute l'a alors confié à Erickson tout en continuant à travailler avec un autre patient. Après avoir fini avec son patient, il est retourné voir son patient, qui n'était toujours pas en hypnose. Plus tard, ayant terminé sa journée de travail, l'hypnothérapeute est retourné voir où en était Erickson. Il a constaté alors que son patient « impossible » était enfin en transe. Erickson était en train de lui faire faire diverses choses, lévitation,

hallucinations, etc. Erickson avait donc réussi, au bout de plusieurs heures, à induire une transe. L'autre praticien avait, quant à lui, abandonné au bout d'une heure. Il est donc important de savoir comment prendre la personne, cerner sa personnalité, savoir notamment si elle est visuelle ou kinesthésique. Et surtout être patient et persévérant avec les patients résistants.

Si le praticien n'est pas vraiment en relation avec son patient, la tâche s'avère plus difficile. C'est également la raison pour laquelle les tests d'hypnotisabilité ne sont pas fiables. Les gens qui en sont chargés ne sont pas du tout en relation avec les autres. Tout le monde est hypnotisable, mais certaines personnes sont plus suggestibles et plus démonstratives que d'autres.

Les mythes de l'hypnose

La non hypnotisabilité fait partie des légendes qu'il est nécessaire de démonter face aux patients. Beaucoup en effet ont peur de ne pas être hypnotisables, crainte qu'il faut donc désamorcer avant de faire l'induction. La préparation à l'induction comprend donc un interrogatoire portant sur ce que les gens pensent de l'hypnose, comment ils la perçoivent, quelles idées, quelles légendes et quels mythes ils ont intégrés.

Parmi ces mythes, l'on croit fréquemment que, sous hypnose, on est à la merci de l'hypnotiseur. Ceci est totalement faux, pour plusieurs raisons. D'une part, parce que le patient, sous hypnose légère, reste conscient et garde donc le contrôle, ce que le patient peut d'ailleurs vérifier par lui-même. D'autre part, parce que le patient, même en hypnose profonde, reste lui-même. Le praticien ne peut donc modifier sa volonté ou sa personnalité.

Un autre mythe porte sur le fait que, sous hypnose, on est obligé de tout dire. Là encore, ce n'est pas vrai. Sous hypnose, on peut cacher des choses. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Freud a laissé tomber l'hypnose. Il est même possible de mentir sous hypnose. L'hypnose a été utilisée au cours d'interrogatoires de police, mais, sous hypnose, on peut inventer. Les témoignages sous hypnose ne sont donc pas fiables. La conscience n'est plus là, certes, mais la personne fonctionne quand même. Par conséquent, si une personne ne veut pas dire quelque chose, elle ne le dira pas ; si elle veut faire plaisir au thérapeute en lui inventant une histoire, elle inventera une histoire ; elle peut également se tromper parce que les souvenirs sont flous et réinterprétés ; elle peut confondre un fantasme avec une réalité.

Une autre croyance, encore, affirme que, sous hypnose, on ne se souvient pas de ce qui s'est passé pendant la séance. Nous avons déjà expliqué que ce n'est pas vrai. En hypnose légère, en effet, on se souvient de toute la séance si on le souhaite. Bien sûr, il y a des cas d'hypnose profonde où l'on ne souvient pas, mais ces cas sont relativement rares et arrivent après un certain nombre de séances lorsque les gens sont habitués au thérapeute, qu'ils lui font confiance et se laissent alors aller complètement.

Face à ces mythes, il est important de rassurer le patient, afin qu'il sache qu'il ne sera pas manipulé, mais qu'au contraire, il gardera souvenir de tout, et ne sera pas obligé de dévoiler certaines choses qu'il veut garder secrètes. Le problème pourra être traité sans connaître le contenu des secrets.

Hypnose et suggestions

Pour les hypnothérapeutes sérieux, l'hypnose, dans le sens d'hypnothérapie, n'est pas uniquement le fait de faire des suggestions. Là encore, il s'agit d'un mythe.

Un exemple : une patiente a été voir le Dr B. pour maigrir sous hypnose. La consultation a duré 10 minutes. On ne peut connaître une personne en 10 minutes. Cette personne s'est ensuite retrouvée avec plusieurs autres, en groupe dans un fauteuil, le Dr B. à son bureau, qui lisait un texte pendant une vingtaine de minutes. Après quatre séances dans le même style, comprenant uniquement des suggestions, la « thérapie » était terminée. La patiente, n'ayant pas maigri, est alors tombée en dépression, se disant qu'elle était incapable de maigrir malgré la thérapie. Elle a , en réaction, pris 10 kilos! Quand j'ai récupéré cette patiente, j'ai dû traiter sa dépression d'abord et ensuite seulement je me suis occupé des autres problèmes, notamment un problème d'alcool, un problème avec son mari et avec ses enfants. Le Dr B, lui, n'en savait rien puisqu'il ne l'a vue que 10 minutes. Or, il lui a fallu des heures et des heures pour parler de tout. Pour le Dr B., l'hypnose consiste à faire des suggestions qui doivent fonctionner chez tout le monde de la même façon. Or ce n'est pas le cas. C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, il est important de tester l'état des patients. Le Dr.B ne testait pas ses patients. Ma patiente n'était pas sous hypnose et s'est rendu compte de la différence après la première vraie induction.

L'hypnothérapie ne peut donc se limiter à des suggestions, elle est plus profonde que la méthode Coué. Il s'agit en effet d'un vrai travail qui ne se limite pas à se répéter « *je suis guéri, je suis guéri* ». Ce travail sera effectué par le patient, le thérapeute étant là pour le guider et le soutenir. Ce travail demande de l'énergie. Il demande de lutter contre une certaine inertie, contre des habitudes.

Rassurer les patients

Parfois, ce travail est douloureux parce qu'il ravive des souvenirs que l'on préférerait avoir oubliés. Mais il est nécessaire de les reprendre, les modifier et les remplacer, car ce sont eux qui provoquent le mal-être ou la gêne. Pas systématiquement, il y a parfois des choses secrètes qu'on ne peut pas savoir. Par exemple, une patiente avait des troubles compulsifs et voyait des croix gammées et des nazis partout. Nous sommes remontés à un souvenir datant de ses 11 ans environ. D'après ce que j'ai compris, elle aurait eu des relations sexuelles avec un homme, une fellation probablement (parce que sous prétexte de tester sa

mémoire, je lui ai lu une suite de mot et elle a eu une réaction émotionnelle assez forte sur le mot « pipe »). C'était un séminariste, dans un couvent alors qu'elle était en visite avec sa mère. Sur le coup, elle s'est bien amusée, mais quelques heures plus tard elle s'est sentie extrêmement coupable. Cette culpabilité la rongait, elle en voulait à cet homme, raison pour laquelle elle le voyait sous la forme d'un nazi, d'un monstre, d'un salaud. Tout ceci était inconscient. Consciemment, elle ne voulait pas et était incapable de s'en souvenir. Elle se rappelle qu'elle s'est retrouvée dans sa chambre avec lui, mais après, plus rien. Nul besoin de chercher plus loin. Il s'est passé quelque chose, peu importe quoi. Elle a ensuite fait un travail, dans son imaginaire, pour décharger sa haine et sa colère contre cet homme. Elle était soulagée, et on n'a jamais été voir ce qu'il y avait dans le souvenir lui-même.

Tout ceci est très important à expliquer aux patients, d'une façon ou d'une autre, pour les rassurer et décharger leur résistance par rapport à l'hypnose, et afin qu'ils ne soient pas déçus. Il faut les interroger, leur demander ce qu'ils savent, ce qu'ils pensent de l'hypnose, pourquoi ils veulent faire de l'hypnose et leur expliquer ce qu'il en est vraiment.

Ensuite, lorsqu'on a fait l'induction, il est primordial de tester que les patients sont vraiment en état d'hypnose. Il ne faut surtout pas faire comme le Dr B. Ce serait de l'escroquerie.

L'INDUCTION – Première partie

Ce chapitre concerne l'induction, ses principes généraux, la manière de réaliser une induction, la manière dont elle est structurée, d'après Erickson et Rossi.

Dans une deuxième partie, une première induction sera réalisée ... sur le papier, en utilisant les suggestions indirectes vues précédemment. Nous nous baserons sur une technique classique, la fixation du regard, afin de traduire les différentes étapes avec des suggestions.

Au début, l'entraînement devra être réalisé avec des personnes qui ne sont pas des patients. Nous utiliserons la méthode d'Erickson, en déterminant si les personnes sont plutôt visuelles ou kinesthésiques. Il s'agira de se constituer un ensemble d'éléments, de phrases, de suggestions, à assembler pour créer, ensuite, ses propres inductions en fonction du sujet, du contexte, de la façon dont il réagit. Sur Internet, existent des inductions toutes faites, principalement en anglais, cela peut donner des idées, mais ce n'est pas à utiliser tel quel. Les inductions doivent être ajustées en fonction des réactions de la personne, une induction est quelque chose d'interactif.

Les principes généraux.

Nous nous baserons sur Erickson, avec l'aide d'Ernest Rossi, collaborateur d'Erickson pendant dix ans, qui l'a aidé à publier l'ensemble de ses écrits.

Pour ceux-ci, une induction de transe se fait en quatre étapes.

1 - La fixation de l'attention

Il s'agit d'amener le patient à focaliser son attention sur quelque chose. Il y a différentes manières d'y parvenir. Celle que nous étudierons d'abord, simple et classique, est la fixation du regard. L'on demande au patient de regarder fixement quelque chose et de se concentrer sur ce qu'il voit sans bouger les yeux.

Il est possible également d'utiliser des histoires, surtout avec les enfants, afin qu'ils se focalisent sur l'histoire et rentrent dedans.

Erickson a même utilisé des techniques de pantomime. Si l'on intrigue les gens en faisant des gestes bizarres, ils regardent, fascinés, et leur attention est captée.

Ensuite, on peut également utiliser des techniques de visualisation, demander à la personne d'imaginer qu'elle est sur une plage, par exemple, ou dans tout autre endroit merveilleux de son choix, l'important étant de se créer une image et de se focaliser dessus.

Il est préférable, pour visualiser, d'avoir les yeux fermés, mais ce n'est pas une obligation, la fermeture des yeux survenant plus tard ou, parfois, pas du tout avec certaines personnes. Cette technique fonctionne évidemment mieux avec des gens visuels.

Pour les gens kinesthésiques, on peut utiliser la relaxation afin qu'ils se concentrent sur leurs ressentis. Cela fonctionne avec tout le monde, et de manière très efficace avec les gens légèrement nerveux ou stressés. La relaxation et l'hypnose sont toutefois deux choses différentes. La relaxation peut être utilisée pour induire l'état d'hypnose, mais ce n'est absolument pas obligatoire. La relaxation n'est qu'une technique parmi d'autres. Et inversement, l'hypnose peut être utilisée pour provoquer la relaxation, mais ce n'est qu'un des effets que l'on peut obtenir.

2 – La désactivation des cadres conscients

Il faut que le patient arrête de penser comme il pense d'habitude. A cette fin, la surprise, le choc, tout ce qui est inhabituel, irréel ou surprenant peut être utilisé, car cela provoque immédiatement un arrêt des pensées.

Une autre façon de faire est de provoquer la confusion. Les gens ne savent alors plus quoi penser. Pour provoquer la confusion, l'on peut utiliser les paradoxes, le piège logique qui ne mène nulle part.

Une troisième manière de faire est le conditionnement, par la dynamique de la voix. Le fait, pour le thérapeute, de changer de voix en faisant l'induction crée un conditionnement. Quand, après un certain nombre d'inductions, le patient entend à nouveau ce ton de voix, il a tendance à repartir en transe.

Erickson et Rossi y ajoutent les changements de cadre de référence, le travail sur les doutes, la résistance et les échecs. Lorsque le patient consulte le thérapeute, il a une certaine vision de l'état d'hypnose, il a éventuellement fait d'autres thérapies auparavant qui se sont soldées par un échec. Dans cette hypothèse, on peut recadrer la situation de façon à ce que le patient perçoive un aspect tout à fait nouveau qui, comme la surprise, va provoquer une attente et un blocage des pensées conscientes pour comprendre, saisir, les nouvelles structures.

Il y a par ailleurs la dissociation ainsi que les amnésies structurées, qui vont également amener de la confusion. Un peu comme les poupées russes, au bout d'un moment, on ne sait plus bien où on en est, on se souvient du début et de la fin, mais le milieu est confus. Il s'agit donc d'une façon de provoquer de la confusion et, par conséquent, de désactiver les cadres conscients.

Il y a également la surcharge cognitive, elle aussi crée de la confusion. On surcharge l'esprit de la personne avec une multitude de choses auxquelles elle doit faire attention. Elle a tellement de choses à penser qu'au bout d'un moment, elle ne sait plus où elle en est. Par exemple, si on lui demande de compter en ordre décroissant, en même temps de bouger ses doigts en rythme, et en même temps de chanter intérieurement une chanson.

3 – Recherche inconsciente

Nous étudierons les suggestions indirectes, les questions qui impliquent une recherche inconsciente, les implications et les doubles liens, qui obligent à rechercher inconsciemment des solutions qui n'existent pas

Les métaphores également peuvent être utilisées, car l'inconscient les comprend bien. Le premier niveau de compréhension, conscient, est l'histoire que l'on raconte. Le deuxième niveau, en dessous, est inconscient. L'inconscient recherche des significations en relation avec le vécu de la personne pour lui donner un sens. C'est donc une façon de provoquer des recherches inconscientes. Parmi les suggestions, l'on trouve les suggestions ouvertes, où le patient doit rechercher une signification personnelle parmi les possibilités qui sont offertes, ou les suggestions qui couvrent toutes les réponses possibles et qui en sont une variante. L'une comme l'autre impliquent une recherche, parmi toutes les possibilités, le choix, la solution, la réponse du patient. Cette recherche est automatique et inconsciente. Le thérapeute peut également faire des pauses et adopter une attitude d'attente. Cela sous-entend que le patient doit trouver une réponse et donc chercher.

4 – Déclenchement de processus inconscients

La quatrième étape se fait au moyen de suggestions, d'associations. Après la recherche inconsciente, on déclenche un processus inconscient, qui peut être moteur ou sensoriel, comme la lévitation, la catalepsie, le signaling, l'analgésie ... c'est-à-dire une manifestation de l'inconscient que l'on va pouvoir percevoir d'une manière ou d'une autre. Cela peut aussi être un rêve ou le retour d'un souvenir oublié, toute action inconsciente que l'on aura provoquée par des demandes ou des suggestions.

Dans l'étape précédente, on a déclenché une recherche inconsciente. Ce que l'on cherche ici est une réponse de l'inconscient, nous montrant que le patient est dans un état tel que son inconscient se manifeste indépendamment de sa conscience, notamment le signaling, le mouvement des doigts, le hochement de la tête ...

Tester l'état

Beaucoup trop de gens qui travaillent avec l'hypnose ne font aucun test pour savoir si les patients sont vraiment sous hypnose. Avoir une réponse inconsciente est un très bon test. On sait que le patient est entré en état d'hypnose quand son inconscient réagit directement à vos suggestions. Tant qu'on n'a pas eu cette réponse, on ne sait pas dans quel état est le patient. Prendre la main et la mettre en catalepsie est une façon de faire. Si la main reste en catalepsie, c'est que le patient est dans l'état d'hypnose. Parfois, les gens s'en rendent compte et baissent leur main au bout de 30 secondes à 1 minute. Ils étaient entrés dans l'état d'hypnose et en sont ressortis. Il est assez fréquent, dans les premières inductions, que les gens rentrent dans l'état d'hypnose, puis en ressortent, puis y rentrent à nouveau.

Les principes ci-dessus sont les principes de base, mais une infinité de façons de faire existent pour réaliser chaque étape. L'idée est de se constituer une boîte à outils pour les inductions, en collectionnant des techniques pour chacune de ces 4 étapes, à mélanger ensuite pour réaliser ses propres inductions. Il est possible de revenir en arrière et de recommencer une étape, il est possible de réaliser plusieurs inductions à la suite ou à l'intérieur d'une induction, on peut refaire une induction dans une transe. Rien n'est figé ni statique.

S'adapter au patient

Comme indiqué plus haut, il est impératif d'adapter l'induction au patient, d'où l'intérêt d'avoir différentes possibilités avant de commencer.

Pour s'adapter aux patients, une chose importante à prendre en compte est le temps. Tous les patients ne réagissent pas à la même vitesse. Certaines personnes sont speed, vont très vite, d'autres vont lentement et ont besoin de temps. Il faut donc être très attentif aux réactions du patient, le surveiller en permanence, être concentré sur lui et surveiller toutes ses réactions afin de voir précisément où il en est et comment il réagit.

D'après Erickson et Rossi, on rentre, même en journée, dans des états d'hypnose, en fonction des cycles d'activité et de repos (cycles circadiens). Cet élément peut être utilisé pour favoriser l'induction. Lorsque l'on détecte une phase de creux (un moment où le patient, après avoir parlé, a 'un coup de fatigue'), c'est un moment favorable pour faire l'induction, en lui disant de fermer les yeux, lui faisant deux ou trois suggestions. Il suffit ensuite de pousser un petit peu le patient pour qu'il aille plus loin. L'utilisation des cycles circadiens peut donc faciliter l'induction, surtout avec des patients légèrement résistants, qui ont peur ou qui veulent garder le contrôle. Cela peut être long, mais c'est une occasion dont il faut profiter.

Les suggestions indirectes sont très intéressantes et permettent de faire à peu près toute l'induction : en provoquant des recherches inconscientes sans que la

personne ne s'en rende compte et en provoquant l'induction tout en désamorçant les résistances.

Pendant l'induction, le thérapeute ratifiera chaque signe positif parce que le patient ne les connaît pas nécessairement, comme, par exemple, le fait d'avaler sa salive à la suite de l'arrêt du réflexe de déglutition. Il faut non seulement ratifier, mais également féliciter pour les résultats, remercier l'inconscient pour sa collaboration ainsi que le patient. Il faut enfin suggérer, soit au cours de la transe soit après, que la transe est un apprentissage, qu'il apprend de plus en plus. Et plus le patient va le faire et plus ça deviendra facile.

Si une technique ne fonctionne pas avec un patient, on en essaiera une autre. Si on essaie une technique de visualisation et que la personne n'est pas du tout visuelle, on essaiera des techniques plus physiques, comme la lévitation. Mais si, pour cette personne, être relaxé, c'est être lourd, il sera impossible de lui faire lever la main, il faudra plutôt faire de la catalepsie, lui dire que son corps devient de plus en plus lourd, et qu'il ne peut plus lever le bras tellement celui-ci est lourd. Avec certains, on pourra suggérer le chaud dans une main et le froid dans une autre, cela fonctionnera. Avec d'autres, non. Encore une fois, il faut s'adapter au patient.

Exercices d'application

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre de modèles de suggestions. A vous de créer des suggestions pour l'induction à partir de ces modèles.

Les questions qui orientent :

Premier modèle:

"alors que vous continuez à fixer ce point est-ce que vos yeux se fatiguent et ont tendance à cligner ?". Il s'agit d'une suggestion d'Erickson.

La structure : On trouve tout d'abord *"alors que"* suivi par la description d'un comportement que le patient est en train de faire, *"vous continuez à fixer ce point"*. Ensuite la question *"est-ce que"* suivie par la suggestion du comportement que l'on sait être en cours *"vos yeux se fatiguent et commencent à cligner"*. La structure est donc *"alors que X est-ce que Y ?"*.

Ceci provoque de la part du patient une introspection pour savoir si ses yeux se fatiguent et s'ils ont tendance à cligner. En même temps, il y a la suggestion qu'il continue à fixer le point. Cela fait trois choses en même temps, cela fait partie de la surcharge. C'est fatigant et, au bout d'un certain nombre de suggestions de cette sorte, le patient ne réfléchira plus et laissera tout passer vers son inconscient.

Exemples et critiques sur la base de ce modèle:

- "*alors que vous êtes confortablement installé dans ce fauteuil, est-ce que vous vous sentez de plus en plus détendu ?*". Il ne faut pas hésiter à faire des phrases longues. Plus elles sont longues et compliquées, plus le patient aura tendance à arrêter d'essayer de comprendre.
- "*alors que vous êtes confortablement installé dans ce fauteuil, est-ce que vous sentez votre corps de plus en plus lourd ?*" Très bien. Le patient peut penser oui ou non, ce n'est pas important. On peut également lui dire, au début de l'induction ou après, s'il parle trop: "il n'est pas nécessaire que vous parliez", ou "vous n'avez pas besoin de parler". Le patient ira alors rechercher si son corps est de plus en plus lourd. Ce faisant, il se déconnectera de l'environnement extérieur pour se concentrer sur ses sensations.

Deuxième modèle:

"est-ce que ce confort augmente alors que vos yeux restent clos si bien que vous préférez ne même pas essayer de les ouvrir ?"

Ce modèle vient d'Erickson. La structure est donc: "*est-ce que X alors que Y si bien que Z ?*". Un autre exemple du même modèle: "*est-ce que vos yeux clignent alors qu'ils se fatiguent de plus en plus si bien que vous aimeriez qu'ils se ferment ?*".

Il s'agit d'une belle suggestion, assez confusionnante, car on ne sait comment y répondre. On ne sait plus sur quoi porte la question, il y a des relations entre les trois propositions, tant causales (si bien que) que temporelles.

Exemples sur la base de ce modèle :

- "*est-ce que vous sentez votre corps devenir de plus en plus lourd alors que vos yeux restent clos si bien que vous de plus en plus détendu ?*"
- "*est-ce que vous êtes de plus en plus profondément endormi alors que votre corps se détend si bien que vous allez continuer comme cela ?*"

Troisième modèle:

"allez-vous rapidement oublier de penser à vos yeux et commencer à hocher la tête très lentement en même temps que vous rêvez un rêve très agréable ?"

La structure est donc "*allez-vous X et Y en même temps que Z ?*" Il y a deux relations temporelles. Ces phrases sont difficiles à comprendre et à écrire. C'est la raison pour laquelle il faut s'entraîner, car ce n'est pas naturel. Ce sont des suggestions et, en même temps, il y a une surcharge parce que sa structure est complexe. En général, les gens décrochent, n'essayent plus de comprendre, ils

laissent passer et cela rentre alors au niveau inconscient. Si l'on avait dit, simplement, les trois suggestions à la suite: "*Oubliez de penser. Commencez à hocher la tête. Faites un rêve très agréable.*", cela aurait été beaucoup plus facile à comprendre, et le patient aurait pu répondre "*non*" aux trois suggestions. Si le patient hoche la tête, il s'agit d'une réaction inconsciente, et on sait qu'il est en train de rentrer en transe. Le hochement de tête étant le processus inconscient que l'on tente de provoquer.

Exemples sur la base de ce modèle:

- « *Allez-vous oublier le poids de votre corps et commencer à sentir votre bras se lever très lentement en même temps que vos paupières vont avoir tendance à se fermer ?* »
- "*Allez-vous continuer à dormir profondément et commencer à bouger un doigt de la main droite en même temps que vous ressentez ce confort si agréable ?*"
- "*Allez-vous retrouver des souvenirs agréables de votre vie et laisser votre corps se détendre profondément en même temps que vous vous endormez confortablement installé dans ce fauteuil ?* »

On peut remplacer les X, Y et Z par autant de suggestions, orientées sur la personne, son expérience (puisque'il faut qu'elle se focalise sur elle-même) et qui, éventuellement, provoqueront une recherche inconsciente et déclencheront un processus (lever la main, bouger un doigt, hocher la tête ...). A partir de là, il est possible de trouver différentes choses: lourdeur du corps, légèreté, mouvements, rêves, confort, détente, etc. Pour les gens qui ont l'habitude de faire de la relaxation, on peut commencer par cela et, ensuite, lier cet état de relaxation à l'hypnose avec une suggestion comme : "*allez-vous rentrer profondément dans l'état d'hypnose et sentir votre corps très confortable en même temps que vous êtes de plus en plus relaxé ?*".

Les doubles liens.

Deux modèles très classiques sont proposés.

Premier modèle:

"*si votre inconscient veut que vous entriez en transe alors votre main droite va se lever, sinon ça sera votre main gauche*".

La structure est: *si Suggestion alors X sinon non-X*. Cette structure implique que, que l'on dise qu'il y ait X ou non-X, la suggestion se fera. Des couples comme droite-gauche, lourd-léger, vite-lentement ... peuvent être utilisés. Au lieu d'un couple binaire, X et non-X, il est également possible d'utiliser toutes les possibilités de réponse, cela impliquera aussi que la suggestion va se réaliser.

Deuxième modèle:

"voulez-vous entrer en transe maintenant ou dans quelques minutes ?"

Il s'agit d'une question avec une suggestion et un choix entre deux possibilités. La question est sur le choix et non sur la suggestion qui, elle, est implicitement admise.

Autre exemple du même type: *"voulez-vous entrez en transe profonde ou légère ?"*, *"quelle main va se lever, la droite ou la gauche ?"*

Les truismes utilisant des processus idéomoteurs,

"nous avons tous fait l'expérience de hocher la tête pour dire oui ou de la secouer pour dire non sans bien nous en rendre compte".

"nous avons tous les doigts qui bougent seuls dans certaines situations"

"tout le monde à fait l'expérience de gribouiller des petits dessins sur un bout de papier quand on est au téléphone",

"nous avons tous ressenti la chaleur du soleil sur notre peau".

La structure est "tout le monde fait X", ou "nous avons tous Y". Ces exemples peuvent être trouvés dans la vie courante.

Par contre, avant de dire *"tout le monde a ressenti la morsure du froid quand il neige"*, il faut s'assurer que la personne a connu ces expériences. De façon générale, il vaut mieux éviter les références au froid, sauf à vouloir provoquer une analgésie ou une anesthésie, parce que les patients n'aiment pas beaucoup les sensations de froid. Si cela doit être le cas, il faut ajouter que cela ne va pas durer et que cela va rester une expérience agréable.

Les suggestions composées

Autre forme de suggestion plus simple.

Premier modèle:

"ça doit être désagréable d'avoir cet appareil dans la bouche et ça va te demander un sacré travail pour t'y habituer".

Il s'agit d'une suggestion d'Erickson à sa fille, qui revient de chez l'orthodontiste. La structure est un truisme au départ avec une suggestion accolée juste derrière: truisme et suggestion.

Dans l'exemple le truisme est *"ça doit être désagréable d'avoir cet appareil dans la bouche"*, tout le monde est d'accord. La suggestion est *"ça va te demander un sacré travail pour t'y habituer"*, ce qui implique qu'elle va s'y

habituer. Erickson ne dit pas simplement "*tu vas t'y habituer*", ce qui serait une suggestion directe, mais utilise la structure un peu plus complexe de l'implication, plus puissante, car indirecte.

Exemples:

- "*vous êtes confortablement installé dans ce fauteuil et vous allez commencer à rentrer en transe*";
- "*vous êtes venu me voir pour avoir de l'aide et je vais vous la donner*";
- "*vos yeux sont fermés et votre main va devenir de plus en plus légère*".

Ces suggestions sont faciles à réaliser. Il suffit de prendre n'importe quel truisme, ce que le patient va accepter comme étant vrai ; d'ajouter "et" ; et de mettre quoi que ce soit ensuite, même sans aucun rapport logique entre les deux parties.

Exemple :

- « *Vous entendez le chant des petits oiseaux et vous vous détendez* ». Attention, il faut qu'il y ait effectivement des petits oiseaux qui chantent. La première partie doit sembler évidente au patient afin qu'il associe cette première partie à la seconde.

Deuxième modèle:

"vous pouvez rentrer en transe pour découvrir toute une quantité de choses que vous pouvez faire".

La structure est: Suggestion + lien causal + quelque chose dont le patient peut avoir envie.

Exemples:

- "*vous pouvez vous laisser aller pour que votre inconscient fasse les changements que vous souhaitez*";
- "*vous allez rentrer en transe profonde afin que votre inconscient améliore votre bien-être quotidien*";
- "*vos yeux vont bientôt se fermer pour que vous puissiez rentrer profondément en vous-même*".
- « *vos yeux vont se fermer pour que vous puissiez rentrer plus profondément dans la transe* ».

Cette suggestion sous-entend que le patient est déjà en transe et pourrait dès lors provoquer une interrogation de la part du patient qui se dit « *Tiens ! Je suis déjà en transe ?* ». En général, au début, les patients ne savent pas s'ils sont ou non en transe et ne savent pas reconnaître

l'état d'hypnose. Ils peuvent donc se poser ce genre de question. Les confusionner sur ce point peut être un bon moyen d'induire la transe. Cependant, il ne faut pas que les patients se posent trop de questions, il faut au contraire désactiver les processus conscients pour éviter que ceux-ci les maintiennent éveillés et les empêchent d'entrer en transe.

- « *vous oubliez les bruits de la rue pour être de plus en plus concentré sur vous-même* ».

Troisième modèle:

"votre mal de tête va disparaître aussitôt que votre organisme est prêt à s'en débarrasser".

La structure est : suggestion + lien temporel + proposition quelconque qui peut être un truisme ou autre chose.

Exemples:

- *"vous allez dormir profondément dès que votre main va toucher votre front"*. Erickson suggérait que la main touche le front pendant une lévitation ;
- *"après que vos yeux se seront fermés, vous allez rentrer dans une transe de plus en plus profonde"* ;
- *"ne rentrez pas en transe avant que vos yeux ne soient complètement fermés"* ;
- *"plus votre main se rapproche de votre visage et plus votre transe devient profonde"*.

Autres relations temporelles de ce type: *"pendant que X vous pouvez Y"*, ou *"ne faites pas X avant que Y"*, *"pourquoi ne pas X avant de Y ?"*, *"plus vous X et plus vous Y"*, *"après X vous pouvez Y"*, ...

Dans les suggestions composées, une suggestion que l'on veut faire passer est reliée avec certaines choses que le patient va accepter. C'est sans doute ce qu'il y a de plus facile à créer. On peut se baser sur des éléments de la vie du patient. Par exemple, si la plongée sous-marine est l'une de ses passions, on peut lui dire *"vous pouvez rentrer en transe pour retrouver le plaisir que vous avez en faisant de la plongée"*. Cela provoque une recherche inconsciente de moment de plaisir en plongée qui va favoriser la transe.

Recette de cuisine

A mon avis, si les suggestions les plus faciles sont les suggestions composées, les plus difficiles sont les doubles liens. Il faut donc saisir toute idée de double lien, car les doubles liens sont très puissants.

Pour le reste, les suggestions assez faciles et assez puissantes sont les questions qui orientent en étant structurées en plusieurs propositions liées: "*est-ce que X en même temps que Y ou bien Z ?*", "*est-ce que X alors Y si bien que Z ?*", "*allez-vous X ou bien Y en même temps que Z ?*".

Mettre trois propositions en même temps, liées entre elles, tout en posant une question, est très efficace pour l'induction de la transe. C'est encore mieux en utilisant des truismes, un comportement que le patient est en train de faire, ou des choses qu'il va accepter forcément, en les liant à une ou, mieux, plusieurs suggestions. Le fait qu'une question soit posée implique, pour le patient, une recherche, qu'il ne peut refuser puisque ce n'est qu'une question et non une affirmation. Quand la phrase a une structure compliquée, le patient ne sait plus sur quoi porte la question. Le temps de réfléchir à la question, de la comprendre, de trouver une réponse, le thérapeute a pu lui donner d'autres suggestions, que sa conscience n'a pas pu bloquer puisqu'elle était occupée ailleurs. Les suggestions sont alors passées au niveau inconscient.

EXEMPLES D'INDUCTION

Cette journée de formation commence par la projection d'une vidéo d'Erickson dans laquelle on peut observer les différentes phases de l'induction :

- Fixation de l'attention : ici, sur les mains.
- Désactivation des cadres conscients : questions sur des sujets inhabituels qui ont provoqué des recherches inconscientes, dissociation conscient/inconscient.
- Recherche inconsciente : quelle main votre inconscient va-t-il choisir ? Là, le patient ne peut pas choisir consciemment, il ne peut qu'être en attente. Ceci bloque son conscient, c'est son inconscient qui travaille.
- Processus inconscient : une main se lève, commence à bouger un tout petit peu, Erickson prend l'autre main et la met aussitôt en catalepsie. Il la bouge, la lève, la lâche, mais elle ne retombe pas. C'est un signe manifeste que la personne est en état de transe.

On peut aussi remarquer la synchronisation d'Erickson avec son patient. Quand Erickson demande à la main de se lever, lui-même se redresse. Le ton de la voix aussi devient également plus aigu. Il n'hésite pas à toucher la personne, à lui prendre la main, à la lever

Dans le film, l'essentiel de l'induction est réalisé en cinq minutes et ensuite Erickson procède à un approfondissement de la transe. C'est encore le même processus : recherche inconsciente, processus inconscients, avec l'utilisation de directives indirectes telles que : « *votre main va toucher votre visage, vous allez rentrer dans une transe profonde* ». Il lui demande également d'ouvrir les yeux et de les refermer, d'ouvrir ses yeux et de regarder ses mains afin qu'elle se rende compte qu'elle n'est pas dans un état ordinaire, qu'elle est effectivement dans un état de transe, ce qui est important pour les patients qui viennent pour faire de l'hypnose. En plus, cela crée un fractionnement de la transe. En ouvrant les yeux, on a tendance à se réveiller un peu et, comme Erickson les fait refermer immédiatement après, le patient repart encore plus profondément. Tout ceci crée un approfondissement de la transe. Le total de l'induction a prit à peu près 20 minutes.

Exemple 1 : Association

Il s'agit essentiellement ici de suggestions composées. Les petits points correspondent à des pauses, des moments où les gens respirent.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<p><i>Vous pouvez commencer à fermer vos yeux maintenant ... et commencer à respirer lentement et profondément... Avant de vous laisser aller complètement ... et de rentrer dans un état hypnotique profond... écoutez attentivement ce que j'ai à vous dire...</i></p>	<p>Ce sont des suggestions assez directes: "écoutez ce que j'ai à vous dire" mais la structure en fait une suggestion indirecte "avant de vous laisser aller et de rentrer dans un état hypnotique profond". Le patient n'a aucune raison de refuser le "écoutez ce que j'ai à vous dire" (il est en effet venu pour cela). Il acceptera donc le reste également.</p>
<p><i>Cela va arriver automatiquement... donc vous n'avez pas besoin d'y penser maintenant...</i></p>	<p>Remarquez les formules indirectes "vous n'avez pas besoin d'y penser", et non pas "n'y pensez pas".</p>
<p><i>et vous n'aurez pas besoin d'avoir un contrôle conscient sur ce qui va arriver...</i></p>	<p>On introduit la dissociation conscient/inconscient. Remarquez également les répétitions, le but n'étant pas de faire de la littérature, mais un travail thérapeutique.</p>
<p><i>Les muscles autour de vos yeux vont se détendre tous seuls pendant que vous continuez de respirer lentement et profondément...</i></p>	<p>Structure des suggestions composées: X pendant que Y.</p>
<p><i>Sans avoir besoin d'y penser, vous allez bientôt rentrer dans une profonde et tranquille transe hypnotique sans aucun effort...</i></p>	<p>Suggestion directe. Les suggestions indirectes permettent de dépasser les résistances conscientes, mais on peut néanmoins utiliser les suggestions directes. Elles font partie de la boîte à outils du thérapeute ericksonien.</p>
<p><i>Votre esprit conscient n'a besoin de rien faire de spécial... Il n'y a rien de vraiment important à part l'activité de votre esprit inconscient... et cela est tout aussi automatique que de rêver...</i></p>	<p>Dissociation conscient/inconscient</p>
<p><i>et vous savez comme il vous est facile</i></p>	<p>Suggestion d'amnésie</p>

<i>d'oublier vos rêves quand vous vous réveillez...</i>	
<i>Vous répondez très bien. Sans que vous l'ayez remarqué, vous avez déjà modifié le rythme de votre respiration... Vous respirez beaucoup plus facilement et librement...</i>	Ratification des signes de l'entrée en transe. Le patient va se focaliser sur sa respiration. Le thérapeute dit que cela se passe bien, ce qui rassure le patient.
<i>et vous montrez des signes qui indiquent que vous commencez à entrer dans un état de transe hypnotique...</i>	Le thérapeute a remarqué quelque chose, on ne sait pas quoi, "des signes".
<i>Vous pouvez vraiment prendre du plaisir à vous détendre de plus en plus</i>	Suggestion indirecte ; "du plaisir", il ne faut pas que cela soit une corvée.
<i>et votre esprit inconscient va continuer à écouter chacun des mots que je prononce... et cela va devenir de moins en moins important pour vous d'écouter consciemment ma voix...</i>	On renforce la dissociation conscient/inconscient, cela implique que l'esprit conscient n'a pas besoin d'écouter, comme on l'a suggéré un peu avant.
<i>Votre esprit inconscient peut entendre même si je murmure...</i>	Cette phrase est destinée à rassurer le patient sur le fait qu'il peut ne plus entendre le thérapeute s'il entre dans une transe profonde
<i>Vous continuez à dériver dans un état de détachement au fur et à mesure où vous examiner dans l'intimité de votre esprit... des secrets, des sensations, des sentiments, et des comportements que vous ne saviez pas avoir... Dans le même temps vous vous laissez aller complètement... Votre propre esprit résout ce problème... à votre propre rythme... aussi rapidement qu'il sent que vous en êtes prêt...</i>	Suggestions d'un travail inconscient. Suggestions indirectes composées "vous X au fur et à mesure que Y". Énumération de possibilités. Suggestion composée: "dans le même temps que X vous Y aussi rapidement que Z"

<p><i>Vous continuez à vous sentir plus détendu et confortable pendant que vous restez assis ici avec vos yeux fermés...</i></p> <p><i>Pendant que vous faites l'expérience de ce confort de plus en plus profond, vous n'avez pas besoin de bouger ou de parler ou de laisser n'importe quoi vous déranger...</i></p>	<p>Suggestions d'approfondissement de la transe. On peut mélanger des suggestions d'approfondissement en même temps que des suggestions thérapeutiques.</p>
<p><i>Votre esprit intérieur peut répondre automatiquement à chacune des choses que je vous dis...</i></p> <p><i>et vous serez agréablement surpris par vos progrès continus...</i></p>	<p>Suggestion de dissociation, recherche inconsciente : quel progrès ?</p>
<p><i>Vous êtes de plus en plus proche d'un état hypnotique profond...</i></p>	<p>On ratifie la transe.</p>
<p><i>et vous commencez à réaliser que vous ne vous préoccupez pas de savoir si vous allez ou pas entrer dans une transe hypnotique profonde...</i></p>	<p>"commencez", "réaliser", "préoccupez", "savoir", "allez", "entrer" : six verbes sont présents dans cette phrase. Il s'agit d'une structure complexe destinée à bloquer les processus conscients.</p>
<p><i>Être dans cet état paisible vous permet de ressentir le confort de la transe hypnotique... Être en transe hypnotique est toujours une expérience agréable, plaisante, calme, tranquille, complètement relaxante...</i></p>	<p>"paisible", "tranquille", "agréable", "plaisante", "confort", "relaxante", suggestions indirectes de confort, destinées à approfondir la transe.</p>
<p><i>Cela semble naturel d'inclure l'hypnose dans votre futur...</i></p> <p><i>A chaque fois que vous expérimenterez cet état, cela va devenir de plus en plus agréable et vous en retirerez de plus en plus de bénéfices...</i></p> <p><i>ainsi vous allez vraiment prendre du plaisir à vous laisser entrer en transe...</i></p> <p><i>Vous ressentirez toujours cette sensation de confort...</i></p>	<p>Orientation vers le futur, suggestion de continuer à utiliser l'hypnose, voire de faire de l'autohypnose. Il s'agit de quelque chose que le patient est en train d'apprendre à faire et qu'il pourra continuer à faire.</p>

<p><i>de tranquillité... de paix... de calme... et toutes les autres sensations apparaissent automatiquement pendant cette merveilleuse expérience...</i></p>	
<p><i>Vous êtes en train d'apprendre quelque chose à propos de vous- même... Vous êtes en train d'inventer votre propre technique de thérapie... sans savoir que vous êtes en train de le faire... Cela va être une surprise tôt ou tard... une très agréable surprise...</i></p>	<p>Suggestions que l'inconscient peut faire un travail bénéfique pour le patient.</p>
<p><i>Imaginez que vous êtes dans un endroit que vous aimez beaucoup... Près d'un lac, ou au bord de la mer... Peut-être flottez-vous sur un bateau sur un lac tranquille... par une chaude journée d'été... Vous continuez à vous détendre encore plus... et vous continuez à être encore plus confortable...</i></p>	<p>Suggestion de rêverie, qui suppose que le thérapeute s'est assuré que la personne aime l'eau, la chaleur, le soleil, le bateau !</p>
<p><i>Ceci est votre propre monde que vous aimez beaucoup... A chaque fois que vous aurez envie de vous retrouver et de passer quelques minutes à vous relaxer, et de vous sentir très confortable et serein, vous pouvez automatiquement retrouver ces sensations que vous êtes en train d'expérimenter en ce moment...</i></p>	<p>Suggestion de création d'un lieu dans son monde intérieur et association de ce lieu avec des sensations positives.</p>
<p><i>Vous pouvez entrer dans ce monde à chaque fois que vous le voulez... Il y a des moments où vous avez envie de ressentir cette sérénité... et c'est à vous à chaque fois que vous le souhaitez...</i></p>	<p>Suggestion d'une technique d'autohypnose pour retrouver ces sensations de confort et de détente.</p>

<p><i>Continuez à ressentir cette agréable expérience pendant que votre inconscient reçoit chaque parole que je vous dis... et vous serez content de la manière automatique dont vous y répondez.</i></p>	<p>Suggestion de continuer la transe et de laisser l'inconscient faire le travail avec le thérapeute</p>
---	--

L'impression qui se dégage de cette induction est que le thérapeute ne dit rien. Pour le patient qui écoute, le discours est pourtant plein de significations. C'est typique du « Milton-modèle » : utilisation de termes vagues et imprécis. "*Vous examinez ... des secrets, des sensations, des sentiments, et des comportements...*", sur lesquels le patient mettra une signification propre.

Comme le montrent cet exemple, rien n'est figé et il existe une multitude de façons de faire : suggestions indirectes, directes, composées avec liaison temporelle, ...

Il s'agit d'une induction assez simple, mais elle n'est pas évidente à réaliser, la structure étant difficile à cerner. Elle contient beaucoup de suggestions directes, qui fonctionneront donc mieux avec une personne qui présente peu de résistance à la transe, se sent à l'aise avec le thérapeute et répond bien à ses suggestions.

Exemple 2 : Certitude de changer

Le titre n'est pas forcément idoine. Ce texte n'est pas qu'une induction, mais il contient tellement de confusion que cela produit une entrée en transe.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<p><i>Vous pouvez commencer en prenant quelques profondes respirations et en vous préparant à vous détendre...</i></p>	<p>C'est une préparation. Prendre une profonde respiration aide à se détendre. Le patient comprend la suggestion, et prend une grande respiration. Le thérapeute l'accompagne (synchronisation) et on reprend après.</p>
<p><i>vous pouvez explorer à l'intérieur de vous... vos pensées, vos sentiments et beaucoup d'autres choses que vous souhaitez connaître sur vous-même...</i></p>	<p>On oriente vers la personne, vers elle-même.</p>

<p><i>Je ne sais pas quand c'était la dernière fois où vous vous êtes laissé aller à vous reposer tranquillement avec les yeux fermés... en laissant votre esprit dériver au loin vers aucun endroit en particulier...</i></p>	<p>Une suggestion de ce qu'est l'état de transe d'un point de vue subjectif: l'esprit qui dérive, de se sentir ailleurs.</p> <p>Dissociation conscient/inconscient.</p>
<p><i>mais je sais vraiment qu'en ce moment il n'y a pas autre chose que vous devez faire...</i></p>	<p>Le thérapeute dit d'une manière indirecte que l'unique chose à faire est de laisser son esprit dériver.</p>
<p><i>pourquoi ne pas vous accorder ce luxe... de laisser votre esprit dériver, tout en écoutant ou en n'écoutant pas ...</i></p>	<p>Suggestion avec les différentes possibilités de ne pas écouter.</p>
<p><i>peut-être que votre esprit conscient espère éprouver du confort... et que votre esprit inconscient s'attend à quelque chose de plus profond...</i></p>	<p>Suggestion de dissociation conscient /inconscient. Le thérapeute reste vague (Milton-modèle).</p>
<p><i>ainsi cela n'a pas vraiment d'importance si vous vous permettez consciemment une profonde expérience de transe légère...</i></p>	<p>Confusion profond/léger</p>
<p><i>ou si vous vous permettez inconsciemment un état plus léger de transe profonde...</i></p>	<p>Idem en permutant les termes, avec dissociation et double lien: le patient a le choix entre une transe profonde ou une transe légère.</p>
<p>...</p>	<p>Longue pause</p>
<p><i>il est facile de remarquer comme il y a une partie de vous qui sait respirer profondément...</i></p>	<p>Truisme</p>
<p><i>et vous pouvez vous attendre à ce que cette partie soit toujours là... de sorte que ces profondes et confortables respirations semblent venir toutes seules...</i></p>	<p>Dissociation: ce n'est pas le patient, mais une partie inconsciente de celui-ci</p>

<i>et il y a une partie de vous qui a conscience de ce moment ...et une autre partie de vous qui sait à propos de plus tard... et tôt ou tard...</i>	C'est très vague et confus (Milton-modèle), le patient met ce qu'il veut sous ces mots; confusion entre "maintenant", "plus tard", et "tôt ou tard".
<i>vous pouvez avoir la certitude de savoir à travers le temps... que ce changement est inévitable...</i>	On ne sait pas de quel changement il s'agit, mais on suggère qu'il est inévitable et c'est ça l'important, que le patient accepte de changer.
<i>Certains semblent travailler si dur à rester les mêmes... comme si c'était possible...</i>	Négation de l'opposé pour renforcer la suggestion précédente; suggestion que, ce qui est difficile, c'est de ne pas changer, et que, par conséquent, changer est facile.
<i>vous savez... et je sais... que les changements se produisent sans arrêt...</i>	Milton-modèle: "changements", de quoi s'agit-il? Recherche dans le vécu du patient.
<i>et chose importante... et tout à fait inattendue...</i>	Tension pour accentuer ce qui suit.
<i>ils peuvent changer votre vie pour le meilleur...</i>	On ne parle pas du pire, seulement du meilleur.
<i>un nouvel ami... une nouvelle expérience...</i>	Exemples.
<i>et vraiment vous ne savez pas ce à quoi vous pouvez vous attendre...</i>	Insistance sur la surprise, afin que le patient se mette dans un état d'attente. Il peut se demander quel sera le changement, mais il a accepté l'idée qu'il y aura un changement.
<i>Vous pouvez avoir conscience des sensations que vous donne le contact de votre corps sur son support...</i>	On recentre la personne sur ses sensations physiques afin qu'il arrête de penser à ce qui a été dit.
<i>et quand vous vous êtes installé pour écouter mes paroles, vous ne saviez vraiment pas à quoi vous attendre ...</i>	Truisme pour renforcer la suggestion précédente

<p><i>vous ne saviez pas que vous penseriez à votre futur et à votre présent... et le présent que vous pouvez vous donner à vous-même... d'un futur merveilleux...</i></p>	<p>Idem avec un jeu de mots confusionnant sur "présent" = maintenant et "présent" = cadeau</p>
<p><i>mais aujourd'hui est toujours avant demain...</i></p>	<p>Truisme</p>
<p><i>vous le saviez déjà probablement hier... quand vous pensiez au lendemain... quand vous seriez ici aujourd'hui...</i></p>	<p>Confusion</p>
<p><i>en train d'apprendre quelque chose à un niveau beaucoup plus profond... que vous n'en aviez jamais fait l'expérience...</i></p>	<p>Suggestion importante: le patient est en train d'apprendre quelque chose</p>
<p>...</p>	<p>Longue pause</p>
<p><i>Je connais des gens qui parlent de planter des graines... même au point de cultiver leur propre nourriture... juste pour pouvoir se nourrir de façon autonome... vous savez comment cela marche... vous faites un trou dans le sol... vous mettez quelques graines que vous arrosez ... et il n'y a rien de plus à voir pour l'instant... mais il y a un sentiment... un sentiment positif très fort... c'est qu'il va se passer quelque chose d'important... et cela peut prendre un certain temps... mais vous pouvez anticiper avec enthousiasme... que les graines que vous avez semées... donneront sûrement quelque chose de tout à fait valable...</i></p>	<p>Métaphore du changement progressif, pour que le patient accepte que les changements soient visibles dans un certain futur et pas forcément immédiatement. Cela s'adresse à l'inconscient et implique une recherche inconsciente pour comprendre la structure sous-jacente.</p>

<p><i>maintenant, il y a une partie de vous... qui peut être orientée vers les possibilités futures... sur la base des choix que vous faites maintenant... et des actions que vous accomplissez maintenant... le maintenant qui devient le futur... et vous pourriez même être capable de ressentir avec force ... que quelque chose d'important est en train de grandir...</i></p>	<p>Milton-modèle, suggestions d'évolution du patient basées sur la métaphore précédente. Il se passe quelque chose maintenant, mais qui aura des implications dans le futur.</p>
<p><i>quand vous pourrez regarder en arrière les choses que vous avez faites avant ... faire des choses si bonnes maintenant... quand le plus tard est maintenant... et a impliqué beaucoup de bonnes planifications... et vous pouvez faire des projets... et vous pouvez même vous attendre à l'inattendu ...</i></p>	<p>Orientation vers le futur. Confusion. Suggestion que le changement arrivera même si le patient ne s'y attend pas. Paradoxe: attendre l'inattendu.</p>
<p><i>et spontanément découvrir des choses que vous aviez pensé ne pas pouvoir prévoir... qui s'avèrent alors encore meilleures... qui s'avèrent alors encore meilleures... après tout... parfois nous ne pouvons pas savoir... à quel point... les choses peuvent devenir bonnes...</i></p>	<p>Encore de la confusion. Suggestion qu'un changement positif est en cours.</p>
<p>...</p>	<p>Longue pause</p>
<p><i>Et je me demande si vous avez remarqué que votre respiration a changé... et je ne me rappelle pas ... avoir dit quoi que ce soit à ce sujet...</i></p>	<p>Ratification des signes de transe. Suggestion que le patient l'a fait inconsciemment. Métaphore d'un changement inattendu, obligeant le patient à constater qu'il y a eu un</p>

<p><i>et votre rythme cardiaque a changé aussi... vous attendiez-vous à ce que cela se produise ?...</i></p>	<p>changement auquel il ne s'attendait pas.</p>
<p>...</p>	<p>Longue pause</p>
<p><i>et il y a un thérapeute de mes amis... qui a un panneau dans son bureau... le panneau a deux côtés... un côté cela dit "la tradition s'obtient par le progrès"... et de l'autre côté cela dit "le progrès s'obtient par la tradition"... et des deux côtés, traditions et progrès, progrès et traditions... et c'est traditionnel que de progresser... et c'est de cela que parle les semilles ... vous savez que des choses vont changer... dans les mois et les années à venir ... des choses que vous pouvez voir dans l'avenir...</i></p>	<p>Nouvelle métaphore qui vient renforcer la première. Liaison paradoxale entre la tradition, qui sous-entend la constance, et le changement. Suggestion : même quand tout paraît rester pareil, il y a quand même des changements.</p>
<p><i>etc.</i></p>	

Ce texte ne contient pas uniquement une induction, mais également des suggestions thérapeutiques, de manière à préparer le travail qui sera fait plus tard dans la séance et tout au long de la thérapie. Plus tard dans la séance, seront rajoutées, si besoin, des suggestions d'approfondissement de la transe.

Les points intéressants dans cette induction sont la dissociation conscient/inconscient, la confusion, l'utilisation du Milton-modèle, l'utilisation de métaphores dans l'induction dans le but de provoquer des recherches inconscientes (quand on donne une métaphore à un patient, il va rechercher inconsciemment des similitudes avec son propre vécu) ainsi que l'utilisation de truisms liés à des suggestions pour faire passer des messages à l'inconscient.

Exemple 3 : Une relaxation rapide

La relaxation est une méthode d'induction qui permet de fixer l'attention sur le corps, sur les sensations internes. Elle peut être un bon démarrage pour les gens qui parviennent à se détendre facilement.

Elle peut se révéler assez efficace, mais n'est pas suffisante en soi. En effet, la relaxation n'est pas l'hypnose. Elle permet uniquement aux gens nerveux, stressés, angoissés, fatigués d'être plus réceptifs pour la suite. Elle n'est pas indispensable, mais constitue une façon de faire, parmi d'autres, utile dans certains cas.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<i>Maintenant je veux vous pensiez au sommet de votre crâne... beaucoup de gens ne se rendent pas compte que les tensions commencent souvent dans les petits muscles du cuir chevelu...</i>	Truisme " <i>beaucoup de gens ne se rendent pas compte que ...</i> ", ce qui décharge la résistance par rapport à la suggestion directe " <i>les tensions commencent dans les muscles du cuir chevelu</i> "; on attire l'attention du patient sur son cuir chevelu, on fixe son attention.
<i>ainsi je veux que vous pensiez à ces petits muscles et la peau de votre cuir chevelu...</i>	Autoritaire: " <i>je veux que...</i> ", Erickson le faisait aussi.
<i>et que vous les autorisiez à se laisser aller et à se détendre...</i>	" <i>autoriser</i> " est plus permissif et sous-entend une dissociation, comme si c'était les muscles qui le désiraient.
<i>maintenant pensez aux muscles de votre visage, et laissez-les aller, laissez-les devenir mous... votre front, et vos yeux, et vos paupières... les joues, la bouche et les muscles des mâchoires...</i>	Suggestions de relaxation toutes simples; on attire l'attention sur différentes parties du corps, on ne se concentre pas indéfiniment sur une seule partie.
<i>sentez comme c'est une sensation merveilleuse de laisser votre visage se détendre totalement... parce que vous pouvez réellement sentir la peau devenir lisse...</i>	On suggère que c'est vraiment agréable, et on focalise l'attention sur une sensation.

<p><i>vous pourriez laisser votre bouche s'ouvrir légèrement, mais faites comme vous le voulez, laissez les choses se produire naturellement... desserrez vos dents et détendez votre langue...</i></p>	<p>Quand on détend les muscles des mâchoires, la mâchoire inférieure a tendance à descendre et la bouche à s'ouvrir, c'est une façon indirecte d'attirer l'attention sur les sensations à ce niveau du visage. Suggestion directe de se laisser aller</p>
<p><i>parce que plus que vous détendez physiquement, et plus vous pouvez vous détendre mentalement ...</i></p>	<p>On suggère la détente psychique</p>
<p><i>maintenant pensez aux muscles de votre cou et de vos épaules... et du haut de vos bras, laissez toutes les tensions s'écouler vers vos coudes... dans vos avant-bras... dans le bas de vos poignets et dans les paumes de vos mains... jusque dans l'extrémité de vos doigts... et laissez tous ces muscles se détendre...</i></p>	<p>On guide le patient dans tout son corps, de manière très directive.</p>
<p><i>pensez maintenant à votre respiration... remarquez comme vous respirez plus calmement, plus lentement...</i></p>	<p>On oriente le patient vers un phénomène qui est en train de se faire.</p>
<p><i>et pendant que vous vous détendez de plus en plus... vous pouvez laisser n'importe quelle tension dans votre torse s'écouler au loin...</i></p>	<p>Suggestion composée, on suggère que le patient se détend, mais aussi la manière de le faire: les tensions s'écoulent au loin.</p>
<p><i>pendant que vos pensées glissent vers les muscles du ventre... laissez ces muscles se détendre, aussi... pensez à votre dos maintenant... pensez à ces longs muscles de part et d'autre de la colonne vertébrale... laissez ces muscles se détendre...</i></p>	<p>On continue à guider le patient dans son corps, jusqu'au bout des pieds. Il est aussi possible de commencer par les pieds et de terminer par la tête.</p>

<p><i>et vos fesses... et les muscles des cuisses... et laissez vos pensées glisser vers vos genoux... vers les mollets... et laissez toutes ces parties se détendre... et se laissez aller... laissez vos pensées descendre jusqu'à vos chevilles... jusqu'à vos pieds, jusqu'à l'extrémité de vos orteils... tous les muscles de votre corps se détendent ... de plus en plus...</i></p>	
--	--

Le principe est de demander au patient de se concentrer sur son corps, sur ses sensations et de détendre chaque partie au fur et à mesure de la progression. Cette technique est très efficace. Le texte ci-dessus est assez court, il est néanmoins possible d'aller plus lentement en demandant au patient de sentir le pied droit, le mollet droit, la cuisse droite, le pied gauche, le mollet gauche, la cuisse gauche, le ventre, les fesses, le dos, l'épaule droite, le bras droit, la main droite, les doigts de la main droite un par un, etc., en décomposant donc le corps en zones plus petites et mieux identifiées.

Souvent, lorsqu'on demande aux gens de se détendre, ils modifient leur position de manière à être plus confortables. Ils prennent soudainement conscience d'une tension à un certain endroit. Quand ils se relâchent, ils changent de position.

Cette technique de relaxation permet de réaliser la première phase de l'induction, c'est-à-dire la fixation de l'attention.

Exemple 4 : Mon induction n°1

Malgré son nom, je ne suis pas l'auteur de cette induction.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<i>Installez- vous confortablement...</i>	Ordre direct.

<p><i>Si vous voulez fermer les yeux, c'est une bonne idée... mais si vous ne le souhaitez pas, c'est bien aussi...</i></p>	<p>Le thérapeute est plus permissif, ce qui équilibre l'ordre précédent et laisse un choix au patient.</p>
<p><i>maintenant vous pouvez écouter tranquillement le son de ma voix... et naturellement vous pouvez peut-être vous rendre compte d'autres bruits... des bruits à l'intérieur du bâtiment, des bruits à l'extérieur...</i></p>	<p>On oriente le patient vers ses sensations auditives.</p>
<p><i>mais ces bruits ne vous dérangeront pas vraiment... en fait ils vont même vous aider à vous détendre... parce que le seul son sur lequel vous devez vous concentrer... est le son de ma voix...</i></p>	<p>Fixation de l'attention sur les sons, ensuite sur la voix du thérapeute, et une suggestion selon laquelle les autres bruits ne dérangeront pas. Les bruits qui pouvaient perturber le patient sont maintenant inclus dans l'induction.</p>
<p><i>pendant que vous écoutez le son de ma voix... pourquoi ne pas vous laisser aller confortablement... et laissez votre esprit conscient dériver... là où il le veut, comme il le veut ...</i></p>	<p>Suggestion indirecte classique "pendant que X pourquoi ne pas Y et Z ?"; avec en plus une dissociation.</p>
<p><i>Parfois j'aime commencer en expliquant comment une séance de relaxation peut être apaisante... et confortable ... comme c'est bon de pouvoir fermer les yeux et de prendre quelques profondes respirations pour se détendre ... mais certaines personnes n'ont pas beaucoup d'expérience de la détente...</i></p>	<p>Le thérapeute fait du saupoudrage en accentuant les mots mis en gras; le patient n'a pas l'impression qu'on lui dit de se détendre et d'être confortable puisqu'on parle d'autre chose et que cela ne s'adresse pas directement à lui.</p>
<p><i>et elles n'ont vraiment pas beaucoup conscience à quel point ça peut être agréable de faire quelque chose d'aussi simple... que de fermer les yeux...</i></p>	<p>Suggestion très indirecte de fermer les yeux.</p>

<p><i>et heureusement... vous avez une certaine expérience... de laisser le monde extérieur dériver ... hors de votre conscience... au fur et à mesure où vous devenez de plus en plus confortable...</i></p>	<p>On suggère une expérience déjà vécue par le patient, donc une recherche inconsciente.</p>
<p><i>à chaque expiration... vous pouvez vous rappeler d'oublier... que le monde extérieur... est à l'extérieur... et que le monde intérieur ... est tellement plus important...</i></p>	<p>"<i>rappeler d'oublier</i>", apposition des contraires, et on lie la suggestion à un phénomène physique permanent, la respiration. Orientation vers l'intérieur.</p>
<p><i>et pendant que vous remarquez vos pensées... et vos sensations... vous pouvez vous souvenir de quelque chose d'agréable... que vous avez appris quand vous étiez beaucoup plus jeune...</i></p>	<p>Suggestion d'un processus inconscient de réminiscence.</p>
<p><i>et alors vous pouvez facilement oublier... de remarquer les sensations... dans votre jambe... jusqu'à ce que je vous rappelle... de remarquer... qu'elle devient de plus en plus confortable... et maintenant vous savez... à quel point c'est facile ... de laisser votre esprit dériver..... n'est-ce pas agréable de savoir... que vous pouvez être si confortable...</i></p>	<p>On oriente vers des processus intérieurs de souvenir. Suggestions d'oubli de sensation pour favoriser la dissociation. Suggestions de confort, de facilité, avec un peu de confusion puisqu'on demande de se rappeler puis d'oublier.</p>
<p><i>vous avez peut-être déjà eu l'expérience... de vous détendre profondément ... à un moment de profond ennui... où vous n'aviez rien à faire... et votre esprit s'est évadé...</i></p>	<p>Une expérience que l'on a tous connue un jour ou l'autre.</p>
<p><i>et vous avez laissé votre corps se détendre...naturellement, spontanément...</i></p>	<p>On explique comment rentrer dans l'état de transe. En réalité, le patient le sait déjà.</p>

<p><i>et maintenant il n'y a rien que vous deviez faire... et en ne faisant rien... et vous rappelant du plaisir de ne rien faire ...en restant juste là confortablement... comme vous êtes... en respirant tranquillement... ces sensations agréables... peuvent vous rappeler... d'autres expériences...</i></p>	<p>Une phrase à tiroirs avec toujours des suggestions de confort et de calme.</p>
<p><i>où vous étiez occupé... par vos pensées... et il y a eu des moments... où vous étiez tellement perdu dans vos pensées... pensant à tout et ne pensant à rien... comme si vous étiez au milieu de nulle part... confortablement éloigné... de votre environnement... votre esprit à un endroit... et votre corps... dans un autre ...</i></p>	<p>On continue la description de l'état recherché avec l'idée de dissociation et de recherche inconsciente</p>
<p><i>à la fois ici mais en même temps là-bas... à la fois maintenant et au même endroit, mais avant ou après ...</i></p>	<p>Un peu plus de confusion</p>
<p><i>et si vous pensez à un moment comme celui-là... un moment où vous étiez si confortable... peut-être lors d'un long voyage... ou en train de lire un bon livre... qui vous a fait vous évaner de votre quotidien... ou tout autre profonde expérience...</i></p>	<p>Suggestions de quelques autres expériences possibles et ouvrant sur d'autres possibilités, "<i>tout autre profonde expérience</i>".</p>
<p><i>alors vous pouvez vous rappeler... comment vous pouvez être confortable... quand votre corps devient si lointain... et se sent... comme si cela demandait trop d'effort ... de faire le moindre mouvement...</i></p>	<p>Suggestion de ne pas bouger.</p>
<p><i>et c'est tellement plus facile de se laisser aller... confortablement... n'est-ce pas ?</i></p>	<p>Le "<i>n'est-ce pas ?</i>" sert à supprimer la résistance à la suggestion puisque cela la transforme en question.</p>

<p><i>Dans un moment je vais vous demander d'imaginer certaines choses agréables... mais ce n'est pas important si vous ne pouvez pas imaginer toutes les choses que je vais vous demander... Vous pouvez même laisser votre esprit conscient vagabonder... de sorte que ma voix semble s'évanouir dans le lointain... mais cela n'importe pas non plus...</i></p>	<p>On prépare le travail à venir tout en prévenant la résistance, et on suggère indirectement la dissociation.</p>
<p><i>Le son de ma voix va continuer à vous détendre... et ce n'est vraiment pas important si vous n'entendez pas un mot de ce que je vous dis... avec votre esprit conscient... parce que votre esprit inconscient entend tout ce que je dis... et il comprend tout ce que je dis... et il peut apprendre pour vous... de nouvelles façons de faire... qui vous seront utiles...</i></p>	<p>Dissociation conscient/inconscient. Suggestion que le conscient laisse faire l'inconscient</p>
<p><i>alors cela n'a vraiment pas d'importance... qu'aujourd'hui soit un nouveau jour... un jour que vous n'avez jamais vécu auparavant... parce qu'aujourd'hui, vous pouvez retrouver... parmi vos précédents apprentissages... celui que vous souhaitez... afin de vous détendre... confortablement... et d'apprécier la nouveauté de ce jour... pendant que vous ressentez différemment... parce qu'aujourd'hui vous êtes différent... vous en savez plus maintenant ... qu'à n'importe quel autre moment de votre vie... vous avez vécu plus longtemps... et vous avez plus d'expérience... et tout ce que vous avez appris vous a enseigné... comment apprendre une idée simple... qui a été si facile à oublier jusqu'à présent...</i></p>	<p>Grand passage très vague où on suggère qu'il va apprendre quelque chose. C'est tellement vague que cela oblige à faire des recherches inconscientes pour mettre des significations sur ces mots. Les mots sont simples, les phrases sont simples, mais l'ensemble du discours est assez confus.</p>

<p><i>quand vous découvrez... comment tous les apprentissages de votre vie... peuvent vous servir maintenant... de la façon dont vous pouvez le souhaiter... et vous pouvez vraiment apprécier les sensations que vous pouvez ressentir maintenant... en pensant que vous allez apprendre quelque chose de nouveau... car c'est la même sensation...que vous pouvez avoir ressenti tant de fois avant... quand vous pouviez vous demandez... si vous aviez la capacité... de maîtriser cette nouvelle compétence... et que vous pouviez être si impatient de la conquérir... et comme vous attendez impatiemment le moment... de vous sentir à l'aise avec ce que vous savez... vous pouvez patiemment comprendre... que vous pouvez vous sentir inconfortable... à propos de combien plus il va y avoir à savoir... ou pas ...</i></p>	
<p><i>alors maintenant... vous pouvez vous laissez aller à imaginer... que vous êtes dans un beau jardin...un magnifique jardin... avec de belles pelouses bien entretenues... Et de belles plantes de toute sorte... Le soleil brille et il y a une brise fraîche... la température est juste comme vous l'aimez... l'air est pur et frais... Et comme vous vous émerveillez des couleurs vives tout autour de vous... vous pouvez vous amuser à essayer de compter le nombre de nuances de chaque couleur... Vous entendez le chant apaisant des oiseaux dans les arbres tout autour de vous... tous ces oiseaux de toute forme et de toute taille... chacun avec son chant particulier... C'est un enchantement pour vos oreilles et pour vos yeux...</i></p>	<p>Rêverie guidée qui sert d'approfondissement avec des éléments sensoriels visuels, kinesthésiques, auditifs, olfactif et gustatifs. Il ne manque aucun canal. Quelle que soit l'orientation sensorielle de la personne, elle devrait trouver des éléments qui lui conviennent et lui permettent de rentrer dans cette rêverie. Notez la suggestion de dormir et l'utilisation des mots comme "<i>apaisant</i>", "<i>paisible</i>", "<i>respirez profondément</i>", "<i>amuser</i>", "<i>enchantement</i>", etc</p>

*Pendant que vous flânez tout autour du jardin... vous **prenez plaisir** à sentir l'herbe douce sous vos pieds... vous passez près d'un ruisseau où coule une eau limpide...vous vous arrêter un moment pour goûter à cette eau... elle est fraîche et **agréable**... le bruit **paisible** du ruisseau est très **relaxant**... c'est comme une berceuse qui vous invite à **dormir**... et à **rêver**... puis vous vous dirigez vers un massif de fleurs multicolores... Et pendant que vous vous en approchez ... leurs parfums vous enveloppent d'une fragrance **merveilleuse** comme vous n'en avez jamais éprouvé... Et les couleurs sont les plus lumineuses que vous n'avez jamais vu... vous **respirez profondément** ... et vous inhalez l'air chaud et parfumé ... Et pendant que vous soufflez lentement, votre corps se **détend** encore plus profondément...*

*vous continuez votre chemin... et vous arrivez sur un sentier sinueux qui conduit à une plage...Et pendant que vous parcourez ce sentier, la **détente** devient de plus en plus profonde à chaque pas...Vous atteignez bientôt la belle plage avec ses kilomètres de sable d'or...Et comme vous enlevez vos chaussures, vous sentez le sable mou sous vos pieds...Vous tournez votre regard vers l'horizon... Et vous voyez l'immensité de la mer... **calme** et belle... et vous observez comment les vagues roulent vers la plage...l'une après l'autre...dans une séquence sans fin... Et vous entendez leur bruit ... quand elles viennent terminer leurs courses sur la plage...*

Continuation de la rêverie avec un autre lieu et d'autres sensations; toujours avec des suggestions de détente et de calme.

Et vous ressentez un sentiment croissant de **paix** et de **calme**... comme la douce brise marine caresse légèrement votre peau... Et pendant que vos pieds s'enfoncent doucement dans le sable à chaque pas... vous êtes de plus en plus profondément **détendu** ... en **paix**, **serein**... Et vous atteignez bientôt le sable humide là où la mer commence... Et vous remarquez que le bruit des vagues est plus fort quand vous vous en approchez... l'odeur de la mer est plus présente... Vos pieds s'enfoncent un peu plus profondément ... dans le sable humide... Et quand vous atteignez la mer... Vous laissez vos orteils goûter la température de l'eau... qui est peut être légèrement fraîche au début... mais qui devient vite très agréable au fur et à mesure où vous avancez... Et où vous laissez les vagues rouler sur vos pieds et vos chevilles... Et au bout d'un moment vous revenez sur le sable sec... Vous respirez l'air marin frais et salé ... Et vous vous **détendez** de plus en plus profondément... Vous arrivez bientôt à une chaise longue qui est là spécialement pour vous... Et il y a un parasol et une table... avec votre boisson favorite... Et vous ajustez le parasol de sorte qu'il soit parfaitement placé... Vous vous installez **confortablement** dans la chaise longue avec votre boisson... Et en prenant une profonde et lente respiration ... Vous vous **détendez**... de plus en plus profondément ... Et vous regardez tranquillement la mer bleue et calme... vous voyez les vagues déferler **pareusement** sur la plage... vous voyez passer un bateau de pêche dans le lointain... et un voilier avec une voile gonflée par le

Continuation de la rêverie avec le saupoudrage et les suggestions de détente et de calme.

<p><i>vent du large...</i> <i>Le soleil brille ...</i> <i>Le ciel est bleu ... parsemé de petits nuages blancs...</i> <i>Et vous vous sentez de plus en plus détendu ... Comme vous commencez à somnoler dans votre chaise longue...</i> <i>vous prenez à nouveau une profonde respiration ...</i> <i>Et pendant que vous soufflez lentement, vous vous détendez encore plus ...</i></p>	
<p><i>et vous vous autorisez à vous endormir ...</i> <i>d'un profond sommeil...</i> <i>très profond sommeil...</i> <i>Plus profond encore ...</i> <i>toujours plus profond ...</i></p>	<p>Suggestion de dormir, en réalité, de rentrer dans une transe profonde</p>

Il s'agit d'une induction très classique, une rêverie comprenant deux lieux: un jardin et une plage, afin que le patient puisse trouver un endroit qui lui plaise. Le fait d'utiliser ces lieux comme rêverie a un effet apaisant et permet aux patients de se laisser aller et, par conséquent, de rentrer en transe puisqu'ils se coupent de l'environnement réel pour rentrer dans un monde intérieur.

Il est préférable de demander aux patients, dès la première séance et, en tout cas, avant l'induction, les endroits qu'ils affectionnent pour leurs vacances ou leurs loisirs. Cela permettra de déterminer quels sont les lieux agréables pour eux. Il est clair, par exemple, que si le patient affirme qu'il a une phobie de l'eau, ou simplement qu'il n'aime pas l'eau, le thérapeute ne l'emmènera pas sur une plage.

Dans cette induction, l'on trouve de nombreuses suggestions de détente et de confort, plus indirectes que la relaxation. L'idée est de se ramener à des expériences antérieures, provoquant une recherche dans les souvenirs. Il faut, bien sûr, décrire légèrement l'expérience pour que la recherche se fasse, en restant suffisamment vague et général afin que le patient trouve quelque chose qui y corresponde. Ainsi: "*vous avez certainement déjà eu des moments où vous vous êtes évadé par la pensée*". Quelques exemples peuvent être suggérés tels "*peut-être lors d'un long voyage ou en train de lire un bon livre*", mais en laissant au patient la possibilité de choisir autre chose si cela ne lui convenait pas ("*ou toute autre profonde expérience*"). La suggestion doit être ouverte et faire partie du Milton-modèle.

Il y a donc deux parties dans cette induction, le thérapeute provoquant, dans la première partie, la détente avec la recherche de souvenirs, et, dans la deuxième partie, une rêverie avec utilisation de tous les canaux sensoriels. Le processus inconscient final est une sorte de rêve éveillé, un rêve hypnotique. Les personnes visuelles y parviennent très facilement.

Exemple 5 : Descente du bras

Cette induction est rapide et fonctionne bien avec les enfants. On demande au sujet de lever un bras, de façon à avoir sa main légèrement au dessus de sa tête.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<i>Fixez un de vos doigts, ça peut être l'index ou le majeur; où tout autre doigt à votre convenance.</i>	Fixation de l'attention; on laisse au patient le choix du doigt ce qui lui donne l'impression de s'impliquer dans le processus alors que cela n'a strictement aucune importance.
<i>Vous pouvez continuer à le fixer ou bien, vous pouvez fermer les yeux et imaginer votre doigt avec votre esprit.</i>	Suggestion de fermer les yeux.
<i>Au fur et à mesure où vous fixez votre regard sur ce doigt... vous pouvez remarquer que vos autres doigts ont tendance à devenir flous... et à disparaître de votre champ de vision en même temps que votre bras devient de plus en plus lourd.</i>	C'est obligatoire, le bras semble plus lourd à cause de la fatigue et, pour les mêmes raisons, la vision devient floue.
<i>Plus vous vous concentrez sur ce doigt et plus votre bras devient de plus en plus lourd.</i>	Suggestion indirecte pour renforcer la précédente.
<i>Mais vous ne rentrerez pas en transe tant que votre bras ne sera pas complètement descendu.</i>	Suggestion indirecte de transe par implication qui lie l'entrée en transe avec la descente du bras, or celle-ci est inévitable
<i>Restez concentré sur ce doigt pendant que votre bras devient de plus en plus lourd.</i>	Suggestion indirecte composée.

<i>En même temps que votre bras devient de plus en plus lourd, remarquez comme il commence à descendre de plus en plus bas.</i>	Le bras redescend forcément, on ne peut pas le garder au même niveau très longtemps.
<i>Mais vous ne rentrerez pas en transe... dans une profonde transe hypnotique... tant que votre bras n'est pas complètement descendu.</i>	Encore une suggestion de transe.
<i>De plus en plus bas, de plus en plus bas... de plus en plus profond... de plus en plus profond.</i>	On insiste et on accompagne le mouvement verbalement.
<i>...etc</i>	

Ceci n'est que le début d'une induction, la fixation de l'attention et une suggestion de rentrer en transe, liée à un phénomène qui se produit obligatoirement, ce qui fait que le patient se sent obligé de rentrer en transe. L'induction ne s'arrête pas là, elle doit être poursuivie, mais il s'agit d'un très bon début.

Exemple 6 : Lévitiation du bras

C'est le mouvement opposé de la précédente induction.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<i>Dès que vous êtes prêt à rentrer dans un profond état hypnotique, fermez les yeux et commencez à inspirer profondément et à expirer lentement.</i>	Implication : quand il ferme les yeux, il a accepté de rentrer en transe.
...	On attend, le patient va donc se sentir obligé de fermer les yeux et d'accepter de rentrer en transe
<i>Respirer profondément et lentement apporte plus d'oxygène à votre organisme... et à chaque fois que vous expirez, votre corps se détend de plus en plus.</i>	Truisme puis suggestion de détente

<i>A chaque fois que vous inspirez et que vous expirez... vous pouvez prendre conscience du rythme naturel de votre corps... et de cette sensation de confort qui se développe.</i>	Truisme, rythme de la respiration et suggestion de confort; comme la respiration continue, cela implique une accentuation du confort.
...	On laisse un peu de temps au patient pour qu'il ressente les sensations suggérées.
<i>En continuant comme vous le faites... vous allez découvrir... que vous vous sentez de plus en plus relaxée et confortable.</i>	Suggestion indirecte qui lie le confort et la détente à ce qu'il est en train de faire.
<i>Pouvez-vous vous sentir encore plus confortable en laissant vos mains reposer doucement sur les bras du fauteuil ?</i>	Pour pouvoir répondre à cette question, le patient est obligé de faire ce qui est suggéré.
...	Pause jusqu'à ce que les mains et les bras du sujet reposent sur les accoudoirs
<i>C'est bien...</i>	Ratification dès qu'il y a une réponse positive.
<i>Laissez juste vos mains à peine toucher les accoudoirs...</i>	Ordre indirect de laisser un certain tonus dans les bras.
<i>Remarquez comme vos mains peuvent se poser si légèrement sur les accoudoirs que les bouts de vos doigts peuvent à peine les toucher.</i>	Première suggestion de légèreté des mains.
<i>Vous faites du bon travail...</i>	Encouragement du patient.
<i>Comme vos mains sont posées et touchent à peine les accoudoirs, remarquez-vous comme elles ont tendance à se lever légèrement par elles-mêmes à chaque inspiration que vous prenez ?</i>	Suggestion indirecte sous la forme d'une question qui lie le fait que les mains se lèvent à l'inspiration. Or pendant l'inspiration, on a tendance à se redresser, les épaules montent et les mains ont tendance à se lever naturellement.

<i>C'est comme si elles se sentaient de plus en plus légères si bien que elles commencent à monter facilement vers votre visage pendant que le reste de votre corps continue à se relaxer...</i>	Belle suggestion composée; " <i>c'est comme si...</i> " est une formule particulièrement pratique; " <i>elles se sentaient</i> ", il y a une dissociation; " <i>elles commencent à monter</i> ", le mouvement des mains n'est pas conscient, mais provient de l'inconscient. Processus inconscient, transe.
...	Pause, donner le temps aux mains de se lever

Dès que les mains se lèvent, le patient est entré en état d'hypnose. Il faut donc approfondir la transe et la faire durer.

Dans cette induction, sont présentes des suggestions indirectes ericksoniennes: truismes et suggestions liées à des comportements en train de se faire. Les suggestions sont réalisées de façon indirecte.

Exemple 7 : Confusion et dissociation

La confusion, nous l'avons évoqué plus haut, est utile, au cours de l'induction, pour bloquer les processus conscients. Le thérapeute confusione la personne afin qu'elle arrête de penser consciemment et qu'elle soit en attente.

INDUCTION	COMMENTAIRES
<i>Fermez vos yeux et laissez votre esprit dériver où il veut.</i>	Ton autoritaire: " <i>fermez</i> " et permissif : " <i>où il veut</i> ".
<i>Vous avez conscience de tout, mais vous n'en avez pas conscience... Vous écoutez avec votre esprit inconscient, alors que votre esprit conscient est loin, et n'écoute pas... Votre esprit conscient est loin, et n'écoute pas... Votre esprit inconscient est éveillé, et écoute, et entend tout tandis que votre esprit conscient demeure très détendu et paisible...</i>	Dissociation conscient/inconscient et une certaine confusion, qui fait quoi ?

<i>Vous pouvez vous détendre paisiblement...</i>	Enfin quelque chose de clair et compréhensible. C'est la suggestion mélangée avec la confusion.
<i>parce que votre esprit inconscient s'occupe de tout... et quand ceci se produit, vous fermez vos yeux et laissez votre inconscient tout écouter..</i>	Si l'esprit inconscient s'occupe de tout, le patient n'a rien à faire et peut se laisser aller.
<i>Votre esprit inconscient sait, et parce que votre esprit inconscient sait... votre esprit conscient n'a pas besoin de savoir et peut rester endormi,</i>	Encore un peu de confusion et de la dissociation, plus une suggestion que la conscience peut dormir.
<i>et ne pas s'occuper de ce qui se passe ici tandis que votre esprit inconscient reste bien éveillé... Vous avez beaucoup plus de potentiel dans votre esprit inconscient que vous n'avez pas dans votre esprit conscient... Vous pouvez vous rappeler de tout ce qui s'est produit dans votre vie avec votre esprit inconscient... mais vous ne pouvez pas vous rappeler de tout avec votre esprit conscient.</i>	Idem.
<i>Vous pouvez oublier tellement facilement... et en oubliant certaines choses vous pouvez vous rappeler d'autres choses...</i>	Apposition des contraires.
<i>Vous vous rappelez de ce que vous devez vous rappeler... et oublier ce que vous pouvez oublier... Ce n'est pas grave si vous oubliez... vous n'a pas besoin de vous rappeler de ce que vous pouvez oublier.</i>	Confusion, faut- il se rappeler ou oublier ?
<i>Votre esprit inconscient se rappelle de tout ce que vous devez savoir... et vous pouvez laisser votre esprit inconscient écouter et se rappeler ...</i>	Suggestion pour 1 - ne pas faire attention, et 2- oublier ce qu'il a capté.

<p><i>tandis que votre esprit conscient dort et oublie...</i> <i>Maintenez vos yeux fermés, et écoutez avec votre esprit inconscient, ... et quand vous écoutez très, très soigneusement, votre esprit conscient ne s'occupera pas de ce qu'il oublie...</i></p>	
<p><i>parce que votre esprit inconscient se rappellera ce qu'il a oublié.</i></p>	<p>Comment peut-on se rappeler ce que l'on a oublié ?</p>
<p><i>Comme vous continuez à m'écouter, avec votre esprit inconscient, ... votre esprit conscient dort de plus en plus profondément, ... profondément, ... profondément, ... profondément. ... Laissez votre esprit conscient dormir profondément, ... et laissez votre esprit inconscient m'écouter.</i></p>	<p>Suggestion indirecte avec dissociation</p>

Il s'agit d'un exemple de confusion comprenant une dissociation conscient/inconscient ainsi que des suggestions que l'esprit inconscient dort et que l'esprit inconscient reste éveillé et s'occupe du reste.

Elle n'est pas évidente et demande de l'entraînement. Les paroles n'ont pas beaucoup de sens, seules les suggestions en ont : « *vous vous endormez* », "*vous ne pensez à rien*", "*vous rentrez en transe*", "*vous vous détendez* », glissées de temps en temps. Le patient va donc s'y raccrocher.

Exemple 8 : Ici et là-bas

Encore de la confusion. J'ai écrit ce texte en me basant sur une induction d'Erickson. Il s'agit uniquement d'un exercice de confusion, qui n'est pas destiné à faire une induction complète.

<p><i>Vous êtes ici, dans votre ici à vous qui est là où vous êtes, ... mais qui pour moi n'est pas ici, pour moi c'est là-bas, ... car vous êtes là-bas pour moi, ... parce que moi je suis ici, dans</i></p>	<p>Exercice de confusion. Le texte n'a pas beaucoup de sens, bien que chaque phrase soit correcte et logique.</p>
--	---

<p><i>mon ici à moi ... qui est ici, là où je suis. Mais là où je suis moi, ... ce n'est pas là où vous êtes vous, ... mais de façon différente, ... parce que là où vous êtes vous ... du point de vue physique, votre corps est ici à coté, ... quoiqu'il ne soit pas vraiment ici, là où je suis, ... mais bon, à quelque chose près c'est presque le même ici, ... c'est juste à coté... Par contre dans votre esprit, vous pouvez être complètement ailleurs ... dans un là-bas très lointain, ... inaccessible pour moi, alors que pour vous, ...c'est là où vous êtes, donc votre ici. ... Donc vous quand vous êtes dans votre ici, psychique, ... là-bas, là-bas pour moi mais pour vous c'est ici, ... c'est votre ici à vous, vous êtes ici et moi je suis là-bas pour vous.... Tandis que moi, qui suis ici pour moi, je suis là-bas pour vous, ... de même que vous qui êtes là-bas pour moi, vous êtes dans votre ici à vous. Parce que votre ici c'est là où vous êtes.... C'est là où vous êtes ici, mais cet ici ce n'est pas le mien.... Il y a ici et ici.... Comme il y a là-bas et là-bas... Il y a plein de là-bas mais il n'y a qu'un seul ici.... etc</i></p>	
---	--

Ce type de discours surcharge le patient, qui essaie de trouver un sens, et, au bout d'un moment, il n'écoute plus. Bien entendu, l'induction ne doit pas être réalisée entièrement de cette façon, au risque d'ennuyer inutilement le patient. Il suffit de faire 10 ou 30 secondes de confusion et de placer, ensuite, une suggestion (cf. induction précédente) .

D'autres couples binaires conscient/inconscient, droite/gauche, chaud/froid, léger/lourd,... peuvent servir de base à ce genre de confusion. Attention, les confusions ne sont pas conseillées avec des patients déjà confus, cela risquerait d'accroître leur anxiété.

Il est important de savoir qu'il n'existe pas de méthode unique, aucune technique ne fonctionne à tous les coups. Les inductions ci-dessus permettront néanmoins de créer une boîte à outils.

Rappel de la structure d'une induction

- Fixation de l'attention

Exemples : fixation du regard, rêverie, relaxation, ...

- Désactivation des cadres conscients

Exemples : confusion, questions qui forcent le patient à effectuer une recherche dans son esprit, concentration sur les différents canaux sensoriels en réel ou dans une visualisation, ...

- Recherche inconsciente

Exemples : par des questions auxquelles le patient ne peut répondre consciemment, par des métaphores qui l'obligent à chercher inconsciemment des analogies avec sa vie, dans ses souvenirs, en évoquant les choses,

- Processus inconscient

Exemples : catalepsie, lévitation, signaling, ...

L'INDUCTION - Deuxième partie

Exercice d'application

Une première induction est écrite par les élèves.

Première étape : il s'agit de suggérer de fixer quelque chose. Dans la colonne de gauche se trouvent les objectifs, et à droite, les suggestions.

Exemples:

- *"Pouvez-vous trouver un quelque chose sur lequel fixer votre regard ?"* ;
- *"Est-ce que vos lunettes ne vous gênent pas pour fixer un point sur le mur ?"* ;
- *"Est-ce que sans lunettes vous arrivez à fixer un point sur le mur ?"* ;
- *"Pensez-vous que ce poster soit quelque chose que vous pouvez regarder fixement ?"* ;
- *"Préférez-vous fixer votre regard sur le Monet ou sur le Rembrandt ?"*.
Dans ce dernier exemple, il faut savoir s'il connaît la peinture...

Deuxième étape : on va suggérer que, pendant que le patient fixe, il se relaxe.

Exemples:

- *« Pendant que vous continuez à fixer ce point est-ce que vous sentez votre corps devenir de plus en plus lourd ? »*. Attention, la relaxation n'est pas toujours perçue comme quelque chose de lourd. Les kinesthésiques ont tendance à sentir leur corps devenir lourd, les visuels ont tendance à sentir leur corps plus léger, mais ce n'est pas systématique. Certaines personnes ont d'autres sensations qui ne sont ni la légèreté, ni la lourdeur., comme de l'engourdissement, des picotements,...
- *« Pendant que vous êtes confortablement installé dans ce fauteuil est-ce que vous sentez votre corps se relaxer de plus en plus ? »*.

- On peut aussi renforcer la suggestion précédente : *"pendant que vous continuez à fixer ce point est-ce que vous sentez votre corps se relaxer de plus en plus ?"*.
- On peut aller encore plus loin avec une question comme: *"est-ce que vous sentez que votre jambe gauche est plus relaxée que votre jambe droite ou bien est-ce le contraire ?"* ou *"est-ce que vous vous demandez laquelle de vos jambes est la plus relaxée ?"*. Le fait de poser une question sur l'état de relaxation de ses jambes va obliger le patient à se concentrer, un moment, sur ses sensations internes. Il y a, à la fois, une recherche sur ce qu'il ressent et une dissociation. A ce moment, en effet, le patient se coupe de l'environnement extérieur pour se concentrer sur l'intérieur.
- *"est-ce que vous sentez votre corps devenir plus lourd ou plus léger ?"*. Peu importe ce que le patient ressent, il fait, là aussi, une recherche intérieure et une dissociation.

Troisième étape : on suggère la fatigue des yeux.

Exemple:

- *« Pendant que votre corps se relaxe de plus en plus, est-ce que vous sentez vos yeux se fatiguer ? »*. On peut ajouter *"et cligner de plus en plus"*, comme faisait Erickson., ou *"ont tendance à cligner"*. Plus la phrase est compliquée, mieux la suggestion va passer. Au début, il est préférable d'utiliser des phrases toutes faites, préparées à l'avance. Ensuite, avec l'expérience et la confiance, il sera possible d'improviser.

Quatrième étape: suggérer soit que le patient a envie de fermer les yeux, soit que ses yeux ont envie de se fermer – utilisation de la dissociation : ce n'est pas le patient qui a envie, ce sont ses yeux.

Exemples :

- *« alors que vous êtes confortablement installé, vos yeux ont envie de se fermer. »* Il s'agit d'une suggestion directe qu'il vaut mieux éviter parce que l'on ne sait pas ce que le patient ressent, il pourrait donc la rejeter et se bloquer. Il vaut mieux poser une question comme *"est-ce que vos yeux ont envie de se fermer ?"*, le patient pourra éventuellement penser *"non"*, mais ne se bloquera pas puisque ce n'est qu'une question.
- *« alors que vous êtes confortablement installé, est-ce que vos yeux ont envie de se fermer? »* est bien mieux.
- *« alors que vous êtes confortablement installé, est-ce que vous sentez que vos yeux ont envie de se fermer ?* implique que les yeux ont envie de se fermer. La question porte sur le fait que le patient le sente ou pas, ce qui suggère aussi une dissociation. Cette suggestion est plus

puissante que les deux précédentes. Quoi que le patient pense, il prend en effet conscience qu'il se passe quelque chose qu'il ne contrôle pas consciemment.

- *"pendant que vos yeux se fatiguent de plus en plus est-ce que vous pensez qu'ils vont se fermer maintenant ou un peu plus tard ?"* est un double lien.
- *« pendant que vous entendez l'avion passer au-dessus de nous, est-ce que vous pensez que vos yeux ont envie de se fermer ? »*

Cinquième étape: on suggère que les yeux se ferment maintenant.

Exemples :

- *« pourquoi ne pas fermer les yeux maintenant pour rentrer en transe et découvrir les réponses aux questions que vous vous posez ? »*. On peut même être plus direct dans ce cas en donnant pratiquement un ordre: *"laissez vos yeux se fermer maintenant pour pouvoir rentrer en transe et découvrir les réponses aux questions que vous vous posez"* ;
- *"après avoir fermé vos yeux, vous pouvez rentrer en transe ...",* ou *"... vous pouvez ressentir un confort de plus en plus important"*.

A partir du moment où vous suggérez que le patient rentre en transe, ce dernier peut se poser des questions pour savoir s'il est ou non en transe, ce qui peut, parfois, produire un blocage qui va gêner l'entrée en transe.

Résistance à l'induction

Avant de faire une induction, il faut tenir compte de la résistance. Généralement, les personnes consultent pour faire de l'hypnose, mais peuvent résister, involontairement, pour diverses raisons. Outre la résistance à la thérapie, ils peuvent également résister à l'induction, ce qui est différent. Les suggestions indirectes permettent de contourner cette résistance. Celle-ci ne doit pas être interprétée comme une mauvaise volonté de la part du patient. Il s'agit plutôt d'un blocage, qu'il subit. Il est important de décharger la résistance à l'induction en expliquant clairement ce qu'est l'hypnose, et ce, dès le départ. Si certains patients sont plus ou moins informés ou cultivés, ils peuvent néanmoins avoir peur d'être en hypnose profonde. Il faut alors leur expliquer qu'ils vont rester conscients, tout entendre et tout comprendre ; qu'il s'agit d'un état naturel et qu'ils ne seront pas manipulés.

Rassurer les patients

Il faut en outre rassurer le patient sur le fait que le thérapeute ne peut découvrir ses secrets. L'hypnose ne permet pas de violer son intimité s'il ne le souhaite pas. S'il veut cacher certaines choses, on ne pourra jamais le savoir.

Certaines personnes ont par exemple des fantasmes inconscients, comme des fantasmes d'inceste, qu'ils ne veulent pas s'avouer à eux-mêmes. Dès qu'ils rentrent profondément en transe, ils craignent que le thérapeute ne découvre leurs secrets. Il faut donc les rassurer sur ce point en leur expliquant que leur inconscient les protège.

Erickson avait établi un jeu avec ses patients sur ce sujet. Il les mettait en état de transe et leur disait : "*maintenant je vais essayer de deviner le nom de votre maman et vous aller essayer de me le cacher*". Les patients se rendent compte en jouant à ce jeu qu'ils peuvent cacher ce qu'ils veulent au thérapeute. Il arrive parfois que des personnes révèlent quand même le nom de leur mère. Dans ce cas, il suffit de retourner la situation en disant : "*vous voyez, vous pouvez très bien désobéir à mes ordres vous n'êtes aucunement en mon pouvoir*".

Il faut également rassurer le patient sur le fait que tout le monde est capable de rentrer en transe, et que, lui aussi, même s'il ne s'en rend pas compte, entre en état d'hypnose plusieurs fois par jour, car cela fait partie du cycle normal de fonctionnement de l'esprit. Afin de décharger ces résistances à la transe, il est possible d'utiliser une formule comme: "*vous pouvez vous demander si vous êtes en transe ou non, mais vous n'allez pas être capable de le découvrir avant un certain temps*". Il s'agit d'expliquer au patient que son inconscient fera le travail et que lui n'a rien à faire, et peut s'occuper comme il veut. L'important est qu'il laisse son inconscient faire son travail de son côté. Il faut qu'il y ait une dissociation, qui permette à la personne de ne pas intervenir consciemment dans le processus.

Cela fait partie de la deuxième étape de l'induction : la désactivation des cadres conscients, déplacement des doutes, de la résistance et des échecs. Il faut empêcher les patients de trop réfléchir, surtout s'ils sont plutôt intellectuels, car il ne faut pas qu'il y ait de doute.

Confusionner les patients

Imaginons un patient qui réfléchit trop et qui par ce fait bloque le processus d'entrée en transe, on peut le confusionner, en lui suggérant par exemple successivement:

- a) la main droite est légère et la main gauche est lourde;
- b) la main gauche est légère et la main droite est lourde, soit juste le contraire du "a";

- c) la main droite se lève et la main gauche appuyée sur l'accoudoir, ce qui est incompatible avec la suggestion précédente;
- d) la main droite est lourde et la main gauche est légère;
- e) la main gauche se lève et la main droite appuyée;
- f) les deux mains se lèvent;
- g) les deux mains sont de plus en plus lourdes;

... et on recommence.

Au début, le patient pense que le thérapeute se trompe et confond la gauche et la droite. Assez rapidement cependant, il ne comprend plus ce que veut le thérapeute et est en pleine confusion.

Aucune des mains ne bougera et le patient dira par exemple que, ne sachant pas si la main était légère ou lourde, il ne sentait plus ses bras.

Lorsque le thérapeute utilise la confusion, il arrive qu'il soit lui-même perdu. Ce n'est pas important, l'important étant que le patient soit confusionné. Le débit ne doit pas être trop rapide, car le patient doit essayer de comprendre. Dans le cas contraire, il n'écoute plus et n'est pas confusionné. Il faut donc parler lentement, faire des pauses après les questions, mais pas trop longues. Il ne faut pas surcharger le patient verbalement, mais cognitivement. Il faut qu'il ait le temps de se poser la question, mais pas le temps d'y trouver une réponse.

Par exemple, dans l'exercice ci-dessus, il est préférable de faire plusieurs suggestions dans un sens avant de passer à l'autre, de manière à ce que le patient ait assimilé la première suggestion avant de passer à son contraire. Une confusion, telle celle-ci dessus, peut prendre 5 à 10 minutes. Erickson, lui, a fait des choses épouvantables à ses collègues qui lui servaient de cobayes, jusqu'à confusionner quelqu'un pendant une ou deux heures. Pour l'hypnothérapeute, l'idée est simplement d'utiliser la confusion afin de désactiver les processus conscients lors de l'induction et le faire rentrer dans l'état d'hypnose.

Une fois que le patient est perdu et s'ouvre au thérapeute, c'est le moment de provoquer des recherches inconscientes, par exemple en suggérant au patient de retrouver un souvenir agréable et oublié. Ce n'est pas le patient lui-même, mais son inconscient qui va retrouver ce souvenir: "*et si votre inconscient pense que vous êtes suffisamment en transe il peut aller chercher pour vous un souvenir agréable que vous pensiez avoir oublié et qui va apparaître de lui-même à votre esprit sans que vous ayez rien d'autre à faire qu'attendre patiemment*". Ensuite, on fait une pause. C'est l'inconscient qui fait le travail, c'est la base de l'hypnothérapie. Cette dissociation conscient/inconscient est fondamentale. Il est donc fondamental de bien le préciser au patient. Consciement, ce dernier doit avoir l'impression de ne rien faire, d'attendre passivement. Le thérapeute peut utiliser une métaphore pour faire comprendre au patient ce qu'il attend de lui, notamment, la métaphore du cinéma où il est assis devant un écran vide, attend

que la séance commence et que les images arrivent. En hypnothérapie, on travaille sur des contenus situés dans l'inconscient. C'est précisément parce qu'ils sont dans l'inconscient que cela pose un problème au patient.

Processus inconscients

Après, on peut passer à l'étape suivante: le processus inconscient, qui a déjà commencé par une demande à l'inconscient d'aller chercher un souvenir. On peut, pour cela, utiliser une directive implicite : "*et quand votre inconscient aura trouvé ce souvenir, il pourra me le signaler en faisant hocher votre tête ou en faisant bouger un doigt ou en faisant lever une de vos mains*". Dès que l'on voit l'un des mouvements demandés, on sait que le patient est dans l'état d'hypnose et que l'on peut commencer à travailler avec son inconscient.

Ces suggestions ne sont pas évidentes, elles doivent être travaillées, répétées avant de devenir une habitude. C'est un apprentissage.

Après avoir fait l'induction, lorsque l'inconscient de la personne a réagi, que la tête a bougé, qu'une main ou un doigt s'est levé, on sait que l'inconscient s'est suffisamment dégagé du conscient. On peut alors communiquer directement avec l'inconscient, en mettant en place, à ce moment, le signaling.

Approfondissements

Éventuellement, on approfondira la transe, afin que le patient reste suffisamment longtemps en état d'hypnose (principalement au début de la thérapie, lorsque le patient a tendance à y rentrer et à en sortir rapidement). Qu'est-ce que l'approfondissement? Il s'agit de continuer à faire des suggestions selon lesquelles il reste dans l'état d'hypnose, et que s'il en ressort spontanément il pourra y rentrer à nouveau très facilement. Si le patient ressort de l'état d'hypnose, il doit savoir immédiatement que c'est normal, que la séance n'est pas terminée, et qu'il peut y retourner aussitôt. Le thérapeute peut, par exemple, suggérer que sa voix s'éloigne et revient, qu'à certains moments, il ne nous entend plus, mais que son inconscient, lui, continue à nous entendre. Si le patient ouvre les yeux, il faut leur dire de refermer les yeux et de retourner en transe. Après, cela va très vite, quelques suggestions suffisent pour retrouver une profondeur de transe correcte.

La profondeur de la transe va dépendre du travail à effectuer. En général, une transe légère suffit. Des inductions très longues ne sont donc pas nécessaires, sauf éventuellement la première fois. Il est en effet important, à ce moment-là, que la personne aille le plus loin possible, afin qu'elle se rende compte qu'il se passe vraiment quelque chose et qu'elle est parvenue à entrer en transe. Par exemple : lui faire prendre conscience de la position des bras, lui demander de parler, ce qui, pour certains, est quasiment impossible ; d'autres y parviennent ou

sortent de transe, alors le thérapeute les y remet; d'autres vont parler avec une voix différente, plus enfantine, plus douce ou plus contenue ; d'autres encore ont du mal à parler ou ont un débit très haché. D'autres signes révéleront la transe, tels la couleur de la peau, le masque sur le visage, le visage qui change d'expression, l'absence de mouvements. Si le patient bouge ou se gratte parce que quelque chose le gêne, il n'est pas très profondément en transe. Il faut alors ré-approfondir la transe. Parfois même, le thérapeute peut demander au patient de sortir de transe complètement (s'il tousse ou se mouche par exemple) avant de l'y replonger.

L'abréaction

L'autre point important à étudier avant de réaliser une induction, c'est l'abréaction. Un patient est en transe et, tout d'un coup, il explose, se met à pleurer, crier, gesticuler. En tant que thérapeute, il ne faut surtout pas paniquer. Cette réaction du patient est en effet normale, il s'agit simplement d'une émotion, inconsciente, qui ressort. Il faut alors rassurer le patient, lui expliquer que c'est juste un trop-plein d'émotion, quelque chose de contenu depuis longtemps qui ressort et que cela ira beaucoup mieux ensuite. Il est important que le patient continue et aille chercher au fond de lui tout ce qui se passe. Sinon, cela restera bloqué, en continuant à le perturber. Le thérapeute est là, avec lui, pour l'aider. En général, cela n'a lieu qu'une seule fois. Lorsque la crise émotionnelle sera légèrement passée, le thérapeute profitera de ce moment pour creuser ce qu'il y a derrière celle-ci, en lui demandant de quoi il se souvient, s'il a des images ou des sensations particulières.

Le fait d'être sous hypnose modifie complètement la perception du patient et ses défenses. Par exemple, un patient parlera différemment d'un même sujet à l'état de veille ou en état d'hypnose. Les émotions peuvent être exacerbées, le patient peut éclater en sanglots alors qu'à l'état de veille il était imperturbable. Pouvoir travailler sur les émotions est l'un des intérêts de l'hypnose. Car ce sont les émotions qui nous guident, nous font agir et réagir.

L'Induction rapide

Nous allons étudier maintenant une induction complètement différente et très utile, il s'agit de l'induction rapide ou induction flash ou induction instantanée, suivant les auteurs. Cette induction est basée sur la surprise et l'ouverture inconsciente qu'elle provoque. La version décrite ci-dessous est praticable en cabinet, d'autres variantes peuvent être faites lors de démonstration, le patient étant alors debout.

Vous demandez à votre patient de s'installer confortablement dans le fauteuil, puis vous mettez une de vos mains ouverte paume en l'air et vous demandez au patient d'appuyer avec une de ses mains comme s'il voulait faire descendre votre

main jusqu'à au sol. Vous posez votre autre main sur le front du patient et vous lui dites qu'il commence à ressentir quelque chose de spécial à cet endroit. Aussitôt vous faites simultanément les choses suivantes: vous retirez brusquement votre main de sous celle du patient qui du coup tombe sur la cuisse ou l'accoudeur, vous placez votre autre main sur les yeux du patient qui par réflexes se ferment, avec la main sur les yeux vous secouez doucement la tête du patient, et vous dites d'une voix ferme et pressante: « *dormez, dormez, dormez, laissez votre corps, se détendre et s'endormir, profondément, encore plus profondément, etc.* ». Il est important que ces actions soient simultanées ou très rapprochées dans le temps, à l'intérieur d'un espace de quelques secondes. Le fait de retirer brusquement votre main provoque une surprise, ses pensées conscientes s'arrêtent et son esprit est ouvert aux suggestions qui sont dites très rapidement. Le fait de secouer la tête provoque une confusion sensorielle qui aide à l'induction.

Cette induction est très efficace, je l'utilise régulièrement, soit avec des patients résistants, soit pour aller plus vite et gagner du temps. La profondeur de transe atteinte est généralement plus grande avec cette technique qu'avec les autres. La durée totale de la technique est de l'ordre de 10 secondes ! C'est difficile de faire mieux. Elle peut être adaptée de différentes manières, ce qui compte c'est de placer les suggestions de transe, très brèves, dans la fraction de seconde où se déclenche la surprise.

L'induction de poignée de main est du même ordre, mais moins faisable en cabinet. Le principe est le même : on crée une surprise et on place des suggestions de transe dans le même temps. La technique consiste à tendre la main comme si on allait serrer la main de l'autre, mais au moment où les mains vont se toucher, on retire sa main, on prend la main de l'autre, on la monte vers sa figure et on lui dit de la regarder, de prendre une bonne inspiration, de fermer les yeux et de rentrer en transe. Il faut faire attention que la personne ne tombe pas à ce moment-là, on peut lui suggérer que ses jambes restent fermes et le soutiennent alors qu'il rentre profondément en lui.

Quatrième partie :
CHANGER

LES CROYANCES

Les "croyances", au sens où nous les entendrons ici, ne sont pas les croyances au sens religieux, mais tout ce qu'un individu admet comme étant vrai, et, en général de façon totalement inconsciente. Il s'agit, en fait, de l'ensemble des éléments qui constituent sa représentation du monde. Lorsqu'elles sont énoncées, on peut y retrouver les quantificateurs universels "tout le monde", "personne", "toujours", "jamais", etc. La généralisation est une faculté normale de notre esprit, indispensable pour comprendre le monde qui nous entoure. Parfois, néanmoins, elle est erronée ou excessive.

Parmi ces croyances, certaines sont particulièrement importantes, elles concernent l'individu lui-même, et portent sur l'ensemble des choses qu'il pense être vraies le concernant.

Au sein de ces croyances, l'on distingue quelques nuances.

Valeurs et critères

Les valeurs, par exemple, sont les croyances sur ce qui est important. Il existe donc une hiérarchisation des croyances, certaines étant prioritaires par rapport aux autres. Ainsi, si pour certains, la valeur principale sera de se sentir bien, pour d'autres, elle pourra être de s'occuper des autres. Si l'ensemble des croyances peut être similaire, leur hiérarchisation (différente en fonction des individus) peut entraîner des comportements, des attitudes complètement différentes.

Les critères expliquent cette hiérarchisation, tout en étant eux-mêmes des croyances. Il est important de comprendre les nuances. L'utilisation des critères propres au patient permettra en effet au psychothérapeute de le convaincre plus facilement.

Croyances limitantes

Les croyances peuvent être limitantes, dans le sens où elles peuvent empêcher d'être bien, ou bien empêcher le changement. Par exemple si une personne pense qu'elle est incapable de réussir à changer, le psychothérapeute aura beau lui proposer une solution, elle ne l'essaiera même pas, pensant qu'elle ne peut y arriver.

Ces croyances limitantes peuvent empêcher l'individu de sortir de la situation dans laquelle il est. Les mises à jour de ces croyances limitantes constitueront donc un point important de la thérapie.

Exemple : un étudiant fait une dépression importante parce qu'il est harcelé par ses camarades qui se moquent de lui. Grand et costaud, une solution à laquelle il a pensé est de s'imposer en leur mettant une gifle. Il ne veut pas le faire parce que ce que, dit-il, « ce n'est pas chrétien d'agir ainsi ». Conséquence : il s'écrase et il déprime. La situation est bloquée à cause de cette croyance qui, tout en étant parfaitement honorable, le limite dans ses actions.

Croyance et vision du monde

Généralement, ces croyances sont inconscientes. Constituant les bases de notre monde, on ne comprend pas que d'autres ne pensent pas de la même façon. Or, les croyances sont fabriquées, et ne sont pas intrinsèques au monde, aucune réalité absolue n'étant vraie pour tout le monde. Elles dépendent du milieu dans lequel l'individu évolue (monde ouvrier, milieu bourgeois, ville, campagne, occident, orient, ...), de sa culture, de son éducation, de son vécu.

Chaque patient a donc une vision du monde, qui lui est personnelle, et dans laquelle le thérapeute a besoin de rentrer. L'un des principes de base d'une thérapie ericksonienne est, en effet, qu'il faut rentrer dans le monde du patient, et non l'inverse. Afin que le thérapeute soit en mesure de comprendre ce monde, il devra donc être amené à en parler.

La répétition renforce la croyance. Un évènement, vécu une seule fois, pourra être interprété comme un hasard. Par contre, une suite d'évènements, pas forcément identiques, mais similaires, provoquera la création d'une croyance. Ainsi, une personne ayant vécu plusieurs échecs sentimentaux se dira incapable d'avoir une vie sentimentale normale, et, par conséquent, n'essaiera plus de trouver l'homme ou la femme qui lui convient. De même, une ambiance familiale exécrationnelle entraînera une tendance à croire que toutes les relations se passent ainsi. Le milieu familial, l'école, les instituteurs, les amis, les voisins, la religion, les traditions participent à la création des croyances.

Les prédictions qui se réalisent

Il s'agit d'une catégorie particulière de croyances, assez curieuse, mais néanmoins vérifiée. Certaines croyances nous influencent à un point tel qu'elles peuvent nous amener inconsciemment à faire qu'elles se réalisent réellement, ce qui nous convainc du bien fondé de la croyance, ce qui bien sûr est une erreur.

Premier exemple:

Un insomniaque se met au lit et se dit qu'il ne va pas dormir. Ne pensant qu'à une mauvaise nuit, il va s'énerver et ne pas parvenir à dormir.

Deuxième exemple:

En Californie, un économiste explique à la télévision que la situation est telle que, si elle continue, elle entraînera nécessairement une pénurie d'essence. Les personnes au courant préviennent leurs amis qui se précipitent à leur tour dans les stations-services pour faire le plein de leur véhicule et de leurs bidons. Cet afflux dans les stations a provoqué une pénurie d'essence. Faire une telle annonce a provoqué l'évènement qu'elle prédisait.

Troisième exemple:

Dans un pays imaginaire, l'administration suppose que les contribuables sont malhonnêtes et que, par conséquent, au moment de remplir leur déclaration, ils trichent et cachent une certaine somme d'argent. Se basant sur cette croyance, les agents du fisc augmentent les taux de prélèvement de façon à rééquilibrer. Les contribuables, sachant que les agents du fisc augmentent les taux artificiellement, estiment cette mesure injuste. Donc, pour rétablir la justice des impôts, ils font alors des déclarations malhonnêtes. La croyance selon laquelle les contribuables ne sont pas honnêtes provoque effectivement la malhonnêteté de ceux-ci.

Quatrième exemple:

Un mari et une femme se disputent sans arrêt. La femme fait des critiques à son mari qui, ne les supportant pas, fuit. Dès lors, sa femme le critique en lui disant qu'il est lâche parce qu'il fuit. Elle a la croyance que c'est un lâche, parce qu'il fuit, et c'est la raison pour laquelle elle le critique. Alors que lui fuit parce qu'elle le critique. La croyance que le mari est un lâche, parce qu'il fuit, provoque la fuite du mari et réalise la croyance.

Cinquième exemple:

Dans certains pays, à certaines époques, les mariages étaient arrangés. Certaines personnes spécialisées, les marieurs, faisaient en sorte que les choses se passent bien entre les futurs époux. Les marieurs allaient notamment voir le jeune homme pour lui dire que telle jeune fille le regardait constamment. Ils allaient ensuite voir la jeune femme pour lui dire la même chose. Curieux de savoir si c'était vrai, les deux jeunes n'arrêtent plus de s'épier et constatent qu'effectivement l'autre le regarde. Cela permettait de rapprocher les deux jeunes

gens qui étaient beaucoup plus enclins à accepter le mariage, ne se rendant pas compte qu'il était arrangé.

Sixième exemple:

Imaginons Kissinger en visite en Israël. En rentrant à son hôtel, un jeune homme l'aborde, ils discutent un moment et le jeune homme lui demande s'il ne peut pas lui trouver du travail. Kissinger lui propose la vice-présidence de la banque d'Israël. L'autre accepte, bien qu'il ne comprenne pas comment cela pourrait être possible. Rentré dans sa chambre, Kissinger téléphone au patron de la banque Rothschild et lui dit *"j'ai rencontré un jeune homme formidable, il va être vice-président de la banque d'Israël et pourrait être un très bon gendre pour vous"*. Son interlocuteur n'est pas emballé, mais ne dit pas non. Ensuite Kissinger appelle le président de la banque d'Israël et lui dit *:"j'ai rencontré un jeune homme formidable, il va être le gendre de Rothschild, et pourrait être un bon vice-président pour vous"*. On devine la suite.

Septième exemple:

Celui-ci est vrai. Un psychologue, chercheur américain du nom de Rosenthal à l'université de Harvard a fait l'expérience suivante: il a sélectionné des élèves de classes primaires pour leur faire passer des tests d'aptitude, afin de soi-disant prévoir ceux ayant le plus de chances de réussir leurs études. Après des tests, il a donné aux maîtresses une liste des élèves particulièrement doués. Le résultat incroyable est que ceux qui avaient été désignés comme étant doués ont obtenu de meilleurs résultats. Ce résultat est incroyable, car en fait, il n'avait fait aucun test d'aptitude sur les élèves et il a donné une liste de noms au hasard ! La croyance que ces élèves allaient mieux réussir a entraîné un comportement inconscient différent des maîtresses à leur égard ayant pour conséquence l'obtention de meilleurs résultats. Ce phénomène porte le nom d'effet Rosenthal, ou d'effet Pygmalion.

Une expérience semblable a été réalisée avec des rats. Les expérimentateurs ont informé les étudiants que dans tel groupe les rats étaient particulièrement doués alors que dans tel autre ils avaient des problèmes et risquaient, donc, de mal réussir les tests. Ils ont alors demandé aux étudiants de faire un parcours de labyrinthe pour les tester. La constatation fut que les rats désignés comme doués ont obtenu de meilleurs résultats. La raison en est que les étudiants ont dit avoir dorloté les rats doués alors qu'ils ne l'avaient pas fait avec les autres. La croyance que le rat allait avoir un bon résultat a fait que le rat a eu un bon résultat.

Huitième exemple:

Les malédictions chez les peuples primitifs. Certaines personnes pensent tellement que le mauvais sort jeté sur eux, entraînant la maladie ou la mort, va se réaliser, qu'ils se mettent dans des états tels qu'ils tombent effectivement malades. Cela fonctionne également en sens inverse, c'est l'effet placebo (cf. *infra*).

Neuvième exemple

Un exemple horrible rapporté par un psychothérapeute célèbre, Finkel, qui a vécu l'horreur des camps de concentration. Selon son récit, certains prisonniers arrivés à un certain stade lâchaient tout, disaient qu'ils allaient mourir et, effectivement, mourraient dans les 24 à 48h. L'un de ses camarades lui a dit qu'une nuit, il avait fait un rêve et qu'il allait être libéré le 30 avril. Le 29 avril rien ne s'est passé. Le 30 avril, il est tombé malade et le 1er mai il est décédé du typhus. Il s'est libéré comme cela. Finkel pense que, voyant que le 30 avril, il ne s'était rien passé, il est tombé dans un tel état de dépression que son système immunitaire a lâché prise et ne l'a pas défendu face aux nombreuses maladies qui trainaient.

Dixième exemple

En Autriche dans un hôpital, une personne est très malade, mais les médecins ne comprennent pas ce qui lui arrive. Le médecin lui a dit qu'il avait demandé à un diagnostiqueur célèbre de venir afin de poser un diagnostic qui permettra de le guérir. Celui-ci arrive, examine le malade et dit "*moribundus*" puis s'en va. Le malade, qui ne comprenait rien au latin, s'est dit que, puisque le diagnostic avait été posé, il allait guérir. C'est ce qui s'est passé ... alors que "*moribundus*" signifie "*il est en train de mourir*".

Onzième exemple

L'effet placebo. Certaines personnes sont persuadées qu'elles vont guérir et, effectivement, guérissent sans qu'on leur donne de traitement véritable. Cet effet est à ce point ancré dans l'esprit scientifique que, maintenant, les nouveaux médicaments sont testés par rapport à l'effet placebo. Pour qu'un médicament soit mis sur le marché, il faut qu'il produise plus de résultats positifs que l'effet placebo seul.

L'effet inverse est l'effet nocebo. Un malade à qui l'on dit que tel médicament qu'il prend a des effets secondaires aura des chances de les développer. Le fait de croire qu'il existe une influence sur le corps provoque effectivement cette influence.

L'une des conséquences de ce qui précède est que l'attitude du thérapeute peut influencer le résultat de la thérapie. Si le thérapeute ne croit pas que le patient peut guérir, le patient risque de le sentir et fera échouer la thérapie involontairement. En tant que thérapeute, il faut donc toujours garder à l'esprit que l'on a des outils, des moyens d'agir et de réussir et avoir confiance en ses capacités. Tous les outils de la thérapie ericksonienne sont très puissants et permettent de provoquer des changements.

Les pièges classiques

Certaines personnes ont des croyances qui rentrent en conflit les unes avec les autres, ce qui, évidemment, leur cause de gros problèmes, oscillant entre deux états. Infernales pour la personne qui les vit, les conflits de croyances sont néanmoins assez faciles à résoudre, une fois les croyances mises à jour. La difficulté est précisément de les mettre à jour, puisqu'elles sont inconscientes. Un des travaux du thérapeute sera donc de mettre à jour ces croyances qui empêchent le patient d'avancer. Dans cette mise à jour, un certain nombre de pièges sont à éviter. En voici trois, des classiques de la psychothérapie.

Le hareng rouge

Traduction d'un idiome anglais, ce concept signifie littéralement "hareng saur".

Dans une histoire de 1805, un hareng saur était utilisé par des braconniers pour la chasse. Lorsqu'ils avaient repéré un animal et que d'autres chasseurs arrivaient avec des chiens, ils camouflaient la trace de l'animal avec l'odeur d'un hareng saur, les chiens partaient alors sur une mauvaise piste. Le terme est resté dans la langue anglaise pour signifier un leurre, quelque chose qui détourne l'attention des vrais problèmes. Le terme a été repris par des psychothérapeutes.

Généralement, les patients donnent à leurs croyances des constructions intellectuelles destinées uniquement à répondre au besoin de donner une explication au thérapeute ou à eux-mêmes. Or, elles sont un leurre complet, une construction parce qu'ils n'aiment pas être pris en défaut et dire qu'ils ne savent pas ce qui se passe en eux. Il faut donc se méfier des explications conscientes. L'hypnose permet d'éviter ce genre de pièges, car, même s'il est possible de mentir sous hypnose, on repère facilement la différence entre les réponses conscientes et les réponses inconscientes.

L'écran de fumée

Le patient, au lieu de donner une explication à sa croyance, dit clairement qu'il ne sait pas. Même sous hypnose, le patient ne peut pas aller plus loin. C'est un peu comme si un écran de fumée venait embrouiller ses pensées. Il faudra

beaucoup insister, éventuellement trouver des contournements, des moyens très indirects pour atteindre finalement les raisons cachées.

Le poisson dans les rêves

Ce troisième piège est la projection du thérapeute. Ce nom vient d'une histoire drôle: un thérapeute a fait une théorie selon laquelle, dans les rêves, il y a toujours un poisson. Quand un patient lui dit qu'il a fait un rêve, il lui répond:

- *Il y avait un poisson dans votre rêve ?*
- *Non, non il n'y avait pas de poisson*
- *Ah bon, racontez-moi votre rêve.*
- *Je marchais dans la rue ...*
- *Dans cette rue, il y avait un caniveau ?*
- *Euh ? Oui il y avait un caniveau.*
- *Et dans ce caniveau il y avait de l'eau ?*
- *Peut-être, je ne sais pas.*
- *S'il y avait de l'eau, il pouvait y avoir un poisson.*
- *Non, je ne pense pas, non.*
- *Bon tant pis, continuez*
- *Donc, je marchais dans la rue et ...*
- *Mais, dans cette rue, il n'y avait pas un restaurant ?*
- *Oui, c'est possible, il y avait peut-être un restaurant.*
- *Et dans ce restaurant il y avait un menu, n'est-ce pas ?*
- *Oui, forcément il y a un menu*
- *Et il n'y avait pas du poisson au menu ?*
- *Oui, il y a forcément du poisson dans un menu de restaurant.*
- *Et bien vous voyez ! Je vous l'avais bien dit qu'il y a toujours un poisson dans les rêves.*

Ceci constitue un exemple type de ce qu'il ne faut pas faire. Une telle approche peut, en effet, se révéler tragique avec ce que l'on appelle le «syndrome des faux souvenirs», lorsque le thérapeute a la croyance que tous les problèmes des patients proviennent d'abus sexuels dans leur enfance. Il fait alors en sorte que le patient adhère à ses croyances. Sous la pression, le patient peut commencer à imaginer, à fantasmer et à se persuader lui-même que ces abus sont réels. Certains en arrivent à porter plainte, généralement contre certaines personnes de leur famille. Outre le fait d'en arriver à accuser des innocents, le patient s'enfoncé encore plus dans son mal.

Il est donc primordial pour le thérapeute de ne pas projeter ses propres croyances, désirs, envies sur le patient. Ce n'est pas toujours facile. Il faut se méfier des évidences. Le thérapeute devra, bien entendu, établir un minimum d'hypothèses, pour avancer. Cela étant, il devra garder à l'esprit que ce ne sont pas des faits établis.

Changer des croyances

Le travail du thérapeute est de faire comprendre au patient qu'il est possible de modifier ses croyances, acquises, mais non absolues, au moyen, notamment, des techniques de recadrages et de la Ré-empreinte.

Les croyances sont basées sur la mémoire, les évènements que l'on a enregistrés et, surtout, les conclusions que l'on en a tirées. Ce qui compte dans le traitement des croyances n'est pas ce qui s'est réellement passé, mais c'est ce que le patient en a retenu, et la manière dont cela influence sa vie, peu importe que cela soit ou non vrai. Le problème de la véracité est une question philosophique et non une question de psychothérapie.

Par exemple: un patient, lorsqu'il était enfant, en jouant au ballon, dans son jardin, a cassé une vitre du salon. Son père a voulu réparer la vitre lui-même et s'est gravement coupé à la main droite. Il est resté en arrêt de travail assez longtemps. Le patient en a gardé une grosse culpabilité. C'était sa croyance. Bien entendu, c'est bien le patient qui a cassé la vitre, mais son père a été blessé, car il a lui-même fait une maladresse, en se croyant capable de réparer la vitre cassée.

On peut recadrer la situation afin d'aider le patient à percevoir la situation autrement. Peu importe ce qui est vrai, l'important est que le patient se débarrasse de la culpabilité qui le rongait depuis des années. Nous avons déjà vu plusieurs outils utilisables lors d'une conversation, donc à l'état de veille, pour changer les croyances les plus profondément ancrées. La Ré-empreinte, qui est faite alors que le patient est dans l'état d'hypnose, sera étudiée dans le chapitre sur les techniques de changement.

Conclusions

Les croyances que le patient peut avoir sont importantes pour le bon déroulement de la thérapie. D'une part, elles peuvent limiter sa capacité à s'en sortir, d'autre part, elles peuvent constituer des blocages pour la résolution de ses problèmes. La première chose à faire est donc de combattre les croyances limitantes avant de mettre en œuvre les actions thérapeutiques. Il est important également de mettre en place des croyances positives que le patient va guérir. On peut y parvenir par une totale confiance dans ses capacités de thérapeute, en indiquant au patient que l'on voit très bien ce qu'il faut faire et que son cas est relativement simple. Ainsi est mise en place la croyance que le patient va s'en sortir.

Bien entendu, il ne faut pas mentir au patient, mais être congruent. Si le patient est un psychotique aux problèmes d'origines physiologiques, tout au plus, le thérapeute pourra l'aider à améliorer certains aspects de sa vie (Erickson en fournit un certain nombre d'exemples), mais pas forcément le guérir.

Il est par exemple possible d'aider certains psychotiques à prendre conscience qu'ils ont des hallucinations, à faire la différence entre le réel et l'hallucination, ce qui sera d'une grande aide, malgré le fait que les hallucinations vont persister. Ainsi, John Nash, mathématicien psychotique, schizophrène, a passé un certain temps en observation dans un hôpital psychiatrique et a dû arrêter quelque temps son travail de recherche au MIT. Il a néanmoins fini par s'en remettre dans les années 80 et a obtenu, en 1994, le prix Nobel d'économie. La preuve que des améliorations sont possibles, même pour les psychotiques.

LES SOUS-MODALITES

Définition

Il s'agit d'un terme utilisé en Programmation Neuro-Linguistique (PNL) qui se rapporte à la manière dont nos souvenirs ou nos pensées sont codés dans notre esprit. Les sous-modalités sont regroupées en trois catégories principales : visuelle, kinesthésique et auditive, et correspondent à la manière dont nous enregistrons les choses à partir de nos perceptions.

Nous captions en effet le monde au moyen de nos sens : principalement la vue, l'audition, le toucher et les perceptions kinesthésiques. L'odorat et le goût, bien que très utiles chez les animaux, interviennent nettement moins chez les humains.

Ces perceptions ont des attributs dont voici une liste, non exhaustive :

Visuel	Kinesthésique	Auditif
Luminosité : clair / sombre Netteté: flou / net Contraste Couleur / noir et blanc Film / photos fixes Position: droite / gauche / centre Taille de l'image Durable / fugitif etc.	Position dans le corps Agréable / désagréable Intensité Fixe / mobile Froid / chaud Lourd / léger Sec / humide Rythme Pression etc.	Volume sonore Tonalité: grave / aigu Direction: droite / gauche / centre Type: paroles / musique / bruit Net / flou Proche / lointain Rythme etc.

Différents aspects entrent en jeu au niveau de la perception d'une image. Nous pouvons la percevoir en associé ou en dissocié, selon que l'on se situe dans l'image ou à l'extérieur (si l'on se voit soi-même par exemple). L'aspect lumière (son côté sombre ou lumineux), aura également un impact important. Ainsi, une plage en plein soleil procurera vraisemblablement des sensations plus positives qu'une caverne sombre aux formes obscures. A cela s'ajoutent la netteté (son aspect net ou flou) ; la localisation (est-elle vue en face, de côté, en haut ou en bas, prend-elle tout le champ visuel ?) ; la taille (est-elle grande ou

petite ?); le contraste; le caractère stable ou évanescent; la brillance (panoramique ou cadrée, en couleurs ou en noir et blanc)... Un film ou une photo fixe n'auront pas le même impact. Parfois, d'un souvenir nous gardons uniquement une image fixe alors qu'en réalité, cet événement a duré dans le temps.

La même analyse est valable pour ce qui relève de l'auditif: le volume sonore, la distinction entre paroles et bruits, la tonalité s'il s'agit de voix, l'harmonie dans le cas de la musique. Ces différents attributs n'ont pas la même importance.

Pour les kinesthésiques, la localisation dans le corps, la sensation d'agréable ou de désagréable, la pression ou la chaleur, l'humide ou le sec, le rêche ou le doux, ... sont des aspects fondamentaux, car ils influencent notre perception des choses.

Utilisation

Au-delà du contenu d'une perception, les sous-modalités interviennent dans le ressenti que les sensations procurent. Il est parfois impossible ou très difficile d'agir sur le contenu d'une perception, soit parce que le patient ne souhaite pas en parler, soit parce qu'il ne peut pas la changer, car c'est un souvenir imprimé dans sa mémoire. L'intérêt des sous-modalités c'est que l'on peut les modifier facilement sans toucher au contenu, et de ce fait il est possible de modifier l'impact émotionnel d'un souvenir ou d'une construction mentale. Quelque chose de sombre pourra ainsi être rendu lumineux - et réciproquement -, ou quelque chose de net pourra être rendu flou ...

Il s'agit d'un travail mental facilement réalisable qui permet, par exemple, de modifier une image traumatisante pour un patient. Cette modification ne porte donc pas sur le contenu, mais uniquement sur la forme, c'est-à-dire sur les attributs du contenant. Avec les techniques sur les sous-modalités, une scène restera la même, mais, en changeant la lumière par exemple, elle ne sera pas perçue de la même manière et n'aura donc pas le même impact émotionnel. Le fait de changer cet impact émotionnel modifiera l'importance de la chose et, par conséquent, son influence sur le patient.

Lorsque l'on travaille sur les sous-modalités, certaines ont plus d'influence que d'autres et cela dépend des patients. Il est donc important d'identifier celles qui ont le plus d'influence sur le souvenir particulier sur lequel on va travailler. Pour ce faire, on demandera au patient de changer chaque sous-modalité une par une, dans un sens puis dans un autre, et de nous dire si cela modifie son ressenti, et dans quelle mesure. Lorsque les sous-modalités intéressantes auront été identifiées, on pourra les utiliser pour faire les modifications désirées.

La technique du Swish

Jeu de mot américain intraduisible, mélange du mot *switch* et de l'onomatopée « *wish* » (correspondant au bruit d'un objet qui s'en va), le *swish* est une commutation d'image.

Le principe est de partir d'une image négative, dont le patient veut se débarrasser, pour la remplacer par une deuxième image, plus agréable.

Pour cela, on commence par amener le patient à décrire les différentes sous-modalités de l'image initiale, négative, en lui posant des questions: *Voyez-vous cela en associé ? Est-ce lumineux ? Est-ce sombre ? Est-ce en couleurs ou en noir et blanc ? Est-ce un film ou une photo ?* Les questions doivent évidemment être posées sur les sous-modalités, et non sur le contenu. Il n'est pas nécessaire que le patient soit en hypnose profonde, il suffit qu'il perçoive l'image.

Il s'agit ensuite de modifier les sous-modalités une par une, afin de connaître l'impact émotionnel de leur changement. L'on constatera que certaines sous-modalités n'ont aucune influence, à la différence de certaines autres.

Après avoir repéré les sous-modalités dont la modification provoque l'impact émotionnel le plus important (attention, ces modalités diffèrent selon les personnes), l'on demandera au patient de créer une deuxième image, comprenant les sous-modalités détectées comme étant positives. Par exemple, si une image sombre est perçue comme désagréable, le patient créera une image lumineuse. De même, si le fait d'être en noir et blanc est perçu comme négatif, la nouvelle image sera en couleurs.

Le patient se trouvant avec deux images, le but est alors de faire partir la première image, négative, en jouant soit sur la distance (l'image s'en va à l'horizon), soit sur la lumière (elle devient de plus en plus sombre jusqu'à devenir noire).

Quand cette première image a disparu, le patient est amené à faire venir l'autre, en sens inverse, très vite, de plus en plus vite, jusqu'à ce que cela soit quasiment instantané. La vitesse étant très importante pour l'efficacité de cette technique, il ne faut pas hésiter à faire répéter de nombreuses fois le patient.

Parallèlement, le patient doit parvenir à faire une pause entre les commutations pour que celle-ci ne se fasse que dans un seul sens et de manière à garder l'image positive pendant un certain temps. L'image positive doit rester. Par contre, dès que l'image négative apparaît, elle doit partir. Après une commutation, le patient doit donc, pendant 10 ou 20 secondes, déconnecter, au besoin en parlant de tout et de rien, ou en demandant au patient d'effacer toute image, en faisant un noir ou un blanc, avant de recommencer une nouvelle commutation. Une sorte de conditionnement se met ainsi en place, qui commute automatiquement sur la deuxième image.

Deux images sont ainsi associées. La deuxième, positive et agréable, reste seule sur le devant alors que la première, négative, angoissante et stressante, a disparu.

Le swish utilise les sous-modalités visuelles, mais il existe d'autres techniques permettant de travailler sur les autres types de sous-modalité. Par exemple, pour les sensations, plusieurs techniques sont expliquées dans le chapitre sur la douleur.

Application pour les phobies

Parfois ce ne sont pas des souvenirs qui perturbent le patient, mais des constructions (une personne qui a peur de l'ascenseur n'a pas forcément eu une expérience traumatisante dans un ascenseur, mais a pu s'être créé un film en imaginant qu'il tombait et mourait). En général, cette construction est inconsciente et automatique.

Pour traiter le problème, l'on part du film catastrophe que la personne se fait pour chercher, ensuite, les sous-modalités qui vont atténuer son impact (notamment, la lumière, la distance ...). Il est également possible de passer le film à l'envers. Par exemple, si la personne s'imagine qu'elle monte dans l'ascenseur et que l'ascenseur tombe, on la fera remonter et sortir de l'ascenseur afin qu'elle se retrouve comme elle était avant. De même, les gens qui ont eu ou qui ont vu un accident de voiture juste devant eux se repassent le film. On peut leur faire passer ce film à l'envers et les faire revenir à un moment où ils sont bien, de manière à faire disparaître la peur. Il s'agit d'un conditionnement où on associe le souvenir initial avec une sensation positive (bien-être, calme, sécurité, ...).

Cette technique est très efficace pour les phobies. Parfois, une seule séance suffit. Pour d'autres, qui connaissent une accumulation de phobies (phobie de la voiture et de la hauteur ...), la thérapie sera plus longue et difficile, car il sera nécessaire de travailler sur chaque phobie.

Pour d'autres encore, la phobie disparaîtra un certain temps, avant que le film catastrophe ne revienne. C'est alors beaucoup plus difficile, ils ont tendance à préserver leur phobie, celle-ci leur apportant un avantage par ailleurs. Il faut donc creuser ce qu'il y a derrière, car il y a nécessairement une raison, inconsciente en général. Il est donc nécessaire de comprendre les raisons de la régression. Après avoir identifié l'avantage qu'ils tirent de leur phobie, un recadrage pourra être opéré afin de leur montrer que cet avantage peut être obtenu d'une autre manière. Une fois leur besoin assouvi, ils pourront se débarrasser de la phobie. A ce moment-là, on utilisera la technique sur les sous-modalités.

Cela fonctionne bien pour les gens visuels, qui vont rapidement et facilement changer les sous-modalités. Pour les gens qui sont plutôt kinesthésiques, c'est

plus laborieux, car ils ont du mal à se créer des images. Celles-ci sont pourtant bien présentes, mais ils les voient floues, fugitives et ont plus de mal à y accéder. La difficulté pour le thérapeute visuel est donc d'être assez patient. Si cela dure trop longtemps, il est possible de le faire en plusieurs séances (par exemple, dans une première séance, retrouver l'image ou le film qui provoque le problème ; dans une deuxième séance, déterminer les sous-modalités qui ont le plus d'impact ; et dans une troisième séance, faire les changements).

Technique pour les contenus auditifs

Une autre utilisation des sous-modalités concerne les personnes qui entendent des voix (leur patron leurs parents, leur conjoint ...) qui leur ont dit certaines choses qui restent gravées. On travaille alors sur un souvenir auditif et on cherche les sous-modalités qui vont diminuer l'impact émotionnel. On peut également demander au patient si, en plus de ce qu'il entend, il y a une image ou pas. S'il n'y en a pas, on peut en créer une.

On jouera sur toutes les sous-modalités auditives: rendre aigu, rendre grave, faire varier le ton avec une voix qui déraile, changer le volume, plus fort, moins fort, faire passer à droite, à gauche, devant, derrière, etc. Dans certains cas, il est possible d'aller beaucoup plus loin, en déformant tellement le son que cela rend la chose ridicule. Il arrive même que le patient se mette à rire. On peut encore, par dessus, suggérer d'ajouter une musique stupide (fanfare, cirque...). L'impact ne sera pas le même pour le patient, qui va en rire au lieu de stresser et déprimer.

Cette nouvelle version, à laquelle on peut éventuellement ajouter des images, également ridicules (clown ...), prendra le pas sur la version initiale. On joue ainsi à la fois sur l'aspect auditif et visuel.

Une autre variante, pour les gens qui se disent à eux-mêmes des choses épouvantables. Un exemple : un patient a une vie très compliquée, sa petite amie habite dans un pays situé à cinq heures d'avion. Il va néanmoins la voir tous les quinze jours, mais il a peur de prendre l'avion, le taxi et même d'aller au restaurant, sa phobie étant d'avoir des diarrhées et flatulences en public. Son récit commence toujours par « *et si j'avais une diarrhée...* ». Il se fait peur. Par conséquent, il a mal au ventre, ce qui renforce encore sa peur et augmente son mal au ventre. La technique utilisée est d'imaginer que la personne qui parle est un clone de lui-même, mais que ce clone se transforme en clown. Il le fait alors parler de façon drôle, lui met un maquillage, un nez rouge, des vêtements bariolés et trop grands. A chaque fois qu'il entend ces paroles, il les transforme, non pas dans le contenu, mais dans la forme, et il rajoute cette image complètement ridicule qui le fait rire. Ainsi, il est débarrassé de sa peur.

Créer ou changer une croyance

Les croyances sont des idées auxquelles nous accordons un degré de vérité fort, c'est-à-dire que pour nous c'est vrai ou c'est faux, mais nous n'avons pas de doute à leur sujet. Bandler et Grinder ont montré que les représentations mentales des croyances avaient des sous-modalités différentes des autres idées. L'impact émotionnel de nos représentations mentales et donc l'influence qu'elles ont sur nous dépendent des sous-modalités. On peut donc en changeant les sous-modalités d'une représentation mentale changer sa valeur de vérité et son impact émotionnel.

Demandez à votre patient de penser à quelque chose qu'il pense être absolument vrai, et aidez-le à explorer les sous-modalités de sa représentation mentale. Ensuite, demandez lui de penser à quelque chose d'incertain de fortement douteux, et aidez-le à explorer les sous-modalités de cette représentation mentale. Quand vous avez ces deux ensembles de sous-modalité, vous pouvez agir sur n'importe quelle représentation mentale pour changer sa valeur de vérité. Vous pouvez transformer une croyance en non-croyance ou le contraire. Vous pouvez modifier son impact émotionnel, quelque chose d'important devient sans intérêt ou le contraire.

Ceci peut être utilisé à différents stades de la thérapie pour aider les patients à avoir une meilleure image d'eux-mêmes en renforçant les croyances positives sur eux (« *je suis quelqu'un de bien* », « *je suis honnête* », « *je suis courageux* », etc.) et en diminuant l'impact des croyances négatives (« *je suis nul* », « *je ne suis pas capable de...* », etc.). Ce renforcement de l'ego est très important pour favoriser la réussite de la thérapie.

Limitations

L'efficacité de ces techniques dépend de la capacité des gens à identifier ces représentations mentales, et à les changer.

Si les sous-modalités fonctionnent bien avec les phobies, cela ne signifie pas que toutes les phobies se traitent ainsi. En outre, ces techniques fonctionnent également pour d'autres choses que les phobies, lorsque l'on découvre que les gens se font peur à eux-mêmes, en se créant des images, en se parlant ou en se faisant des films.

Pour ce faire, il faut d'abord comprendre le mécanisme qui déclenche le problème, et ce, sous hypnose puisque ce mécanisme est inconscient. Après avoir compris que le problème passe par des images, des souvenirs, ou des films, le système aboutissant à la peur est cassé et remplacé par un autre permettant d'aboutir, non plus à la peur, mais à un état normal, où la personne peut agir normalement.

Certaines phobies sont dues à des souvenirs, mais sont plus difficilement identifiables qu'une image construite, car les choses sont plus diffuses, plus compliquées puisqu'elles s'étalent sur toute une tranche de vie. Dans un tel cas, la technique de la ré-empreinte sera plutôt utilisée. La partie de vie est revécue, mais modifiée de façon à ce que l'association avec la peur disparaisse. Si les patients ne parviennent pas à retrouver des scènes précises, on leur en fait imaginer. Le simple fait d'imaginer entraîne une recherche inconsciente qui fait revenir certaines choses. Il s'agit d'une technique assez utilisée en hypnothérapie, dans différents contextes : le « *faites comme si...* ». Le patient construit quelque chose à partir de ce qui se trouve dans son esprit inconscient, sans qu'il ne s'en rende compte. Le psychothérapeute, lui, s'en rendra compte en raison de l'impact positif obtenu après une technique de changement.

Certaines personnes sont assez transparentes, dans la mesure où elles parviennent, sous hypnose, à faire facilement ressortir les choses. Pour d'autres ... c'est plus difficile. Sous hypnose, ils ne voient rien, ne pensent à rien ou ne sentent rien. Parfois ces patients se lassent, parfois c'est le thérapeute. Il faut savoir reconnaître ses limites et voir que, parfois, nous n'avons pas de solution à proposer, mais qu'un autre thérapeute, en s'y prenant autrement, pourrait obtenir des résultats. Certains patients abandonnent également, soit pour dire que cela ne leur convient pas, soit parce qu'ils se rendent compte que l'on s'approchait un peu trop près de certaines choses qu'ils ne veulent surtout pas connaître. Or on n'a pas besoin de connaître ces choses inconscientes puisqu'avec les techniques utilisant les sous-modalité on n'a pas besoin de connaître le contenu.

METAPHORES ET CONTES

Les métaphores sont un des outils les plus importants en hypnothérapie, parce qu'ils permettent de passer des messages à deux niveaux: un message au niveau conscient et un autre message au niveau inconscient. Les métaphores font partie du langage de l'inconscient.

Les contes sont un cas particulier de métaphore, mais les métaphores ne se limitent pas aux contes. Une métaphore peut être une phrase ou une image qui parle à l'inconscient. L'histoire de la graine que l'on plante, qui pousse doucement, qui grandit de plus en plus et qui devient un arbre immense est, par exemple, une belle métaphore pour la confiance en soi. A partir du moment où il y a une analogie, un lien de ressemblance avec une situation réelle, une correspondance entre les objets, les personnages et les relations entre eux, il y a une métaphore.

Les métaphores servent à faire passer les messages que l'on veut transmettre à l'inconscient et qui ne seraient pas nécessairement acceptés par le conscient. Comme l'hypnose, elles peuvent court-circuiter le conscient pour accéder directement à l'inconscient ou exprimer une idée qui n'est pas facile à exprimer autrement. Cela permet d'éviter le blocage par le conscient. L'hypnose rend les métaphores encore plus efficaces, le patient étant plus réceptif. Erickson utilisait énormément les métaphores.

Un autre intérêt de la métaphore est de permettre au patient d'y mettre sa propre représentation. On lui parle de choses vagues et floues, sur la base du Milton-modèle, sans être trop directif afin de laisser le patient combler les trous et y insérer toutes ses représentations personnelles. On peut se baser sur des paroles très réelles: «*j'ai un ami à qui il est arrivé...* » et parler de choses quotidiennes possibles, des contes, des légendes, des fables plus ou moins irréelles, comportant un côté magique. Dans l'inconscient il y a toujours cette envie de pensée magique qui règle tous les problèmes. Même si le patient est très rationnel, il sera néanmoins réceptif à ce genre de choses.

Les contes

Beaucoup de contes peuvent être utilisés en thérapie. Au départ, les contes avaient une fonction de divertissement, mais pas uniquement. En Afrique par exemple, ils sont encore un moyen fondamental d'éducation. A notre époque encore l'éducation morale et sociale se fait au travers de contes, qui expliquent, avec des histoires distrayantes, comment se comporter en société, ce qui est bien, ce qui est mal. Bien sûr, les contes dépendent de la culture de chacun.

En France, la plupart des patients ont une culture européenne et connaissent les contes de Perrault, les contes des frères Grimm, les contes d'Andersen ... repris par Disney. L'hypnothérapeute pourra donc reprendre des éléments de ces contes. Par exemple, Peter Pan pourra être utilisé comme une belle métaphore du rêve et de l'hypnose: des enfants sont dans leur maison et s'envolent dans le ciel pour arriver dans un pays imaginaire où ils vivent des tas d'aventures extraordinaires.

Blanche Neige, *Cendrillon* et *Peau d'âne* sont des contes où une jeune femme, qui n'a plus de maman, est confrontée soit à une marâtre soit à un père aux tendances incestueuses.

Bien entendu, ces contes ne sont pas forcément utilisables tel quel, mais le thérapeute pourra utiliser un certain nombre d'éléments que le patient reconnaîtra comme familier. Par exemple, dans les trois contes cités ci-dessus, la jeune fille n'a plus de mère, mais sa marraine, substitut maternelle, est une fée, qui donc a des pouvoirs magiques, et elle intervient dans l'histoire pour aider l'héroïne à résoudre son problème. Cet élément peut tout à fait être utilisé sous hypnose pour faire visualiser au patient sa fée, présente dans son monde imaginaire pour l'aider.

On peut reprendre une histoire connue et y mettre des personnages différents, ou bien au contraire garder les personnages et changer l'histoire, ou utiliser n'importe quelle partie du conte.

Un autre exemple: *Pinocchio*, un petit garçon qui lui aussi n'a pas de maman, mais a une fée, sa marraine, qui vient l'aider, et il a plein de problèmes parce qu'il n'est pas sage et qu'il n'obéit pas à son père, ses mensonges sont visibles, mais l'amour de son papa vient le sauver.

Gulliver aussi, avec les Lilliputiens, ou les *Schtroumpfs*, dans le même ordre d'idée. Cette métaphore fonctionne bien. Par exemple, un patient qui avait très peur de son père l'a transformé en Schtroumpf, l'a envoyé balader au loin et cela lui a fait beaucoup de bien, il s'est senti libéré d'une rancoeur qu'il avait depuis des années. Cette métaphore est très utile également pour les gens timides, quand il y a eu un conflit avec une personne d'autorité, le père, la mère, ou le patron, et qu'ils n'ont pas osé répondre parce qu'ils en avaient peur.

Les contes des *Mille et une nuits* sont également utilisables. Par exemple, un petit garçon avait des angoisses et a trouvé lui-même une métaphore pour donner une image à ses peurs, en parlant du sorcier d'Aladin et de son génie de la lampe magique qui voulaient détruire la ville. Dans ce cas, on peut reprendre la métaphore du patient pour la faire évoluer afin que, comme dans l'histoire originale, le génie se mette au service d'Aladin pour combattre le méchant sorcier et triompher de lui. Cette résolution métaphorique, symbolique, du problème permet de créer dans l'inconscient de nouvelles structures de pensées qui pourront ensuite agir dans la vie réelle.

Construire un conte thérapeutique

Le thérapeute peut à partir des contes qu'il connaît sélectionner des éléments, des portions, des idées, des structures, qu'il pourra utiliser pour construire un conte spécifique pour un patient donné. Mais comment construire une métaphore thérapeutique ?

Pour qu'une métaphore ait de l'effet, il est nécessaire qu'il y ait une analogie, c'est-à-dire une ressemblance au niveau de la structure des situations, celle de la réalité du patient et celle de la métaphore. La structure est constituée par les personnages ou les objets, les relations entre eux et les événements qui se déroulent. Une ressemblance n'est pas une identité. Il faut simplement qu'une correspondance puisse être établie entre les objets de la métaphore et ceux du monde réel, de même qu'entre les relations entre les objets de la métaphore et les relations entre les objets du monde réel.

Par exemple, pour un patient qui a des problèmes avec ses parents, un conte avec des animaux peut être construit, dans lequel se retrouve la relation parent-enfant, mais qui peut être une relation d'autorité, ou une relation affective entre les animaux du conte qui est en correspondance avec la relation parent-enfant réelle. Ainsi, on peut faire une histoire avec le lion, le roi des animaux, et un de ses sujets qui représentera le patient.

Pour construire un conte, on commence par analyser la situation réelle du patient, on prend en compte les personnages impliqués dans cette situation, les relations qui existent entre eux, ainsi que les différents événements qui ont pu intervenir pour amener le patient dans la situation présente. Il faut donc que la métaphore, d'une façon ou d'une autre, décrive le problème, éventuellement en fasse un recadrage, la présente sous un autre aspect qui va être propice à de nouvelles solutions, celles tentées par le patient n'ayant pas fonctionné. C'est la raison pour laquelle il est important de demander au patient ce qu'il a fait pour changer les choses. Ensuite, le conte doit pouvoir proposer une solution. Celle-ci peut être complètement irréelle, magique. Ce que fera le patient, dans la réalité, sera peut-être complètement différent de ce qui a été suggéré dans le conte, mais celui-ci aura néanmoins dynamisé le patient afin qu'il trouve sa solution. Si on ne propose pas de solution, on peut au moins suggérer que celle-ci existe.

Par exemple, un patient, qui avait la phobie de vomir ou d'avoir de la diarrhée quand il est avec son amie, a gardé dans ses souvenirs le sentiment d'être quelqu'un de pas bien. Il ne regarde donc jamais les gens en face. Une histoire magique a résolu son problème: le héros de l'histoire est très malheureux parce qu'il se sent très mauvais depuis qu'une méchante sorcière lui a jeté un sort; il n'ose pas parler aux gens parce qu'il se rend compte que ça les indispose, jusqu'au jour où il rencontre une fée qui lui explique qu'un certain étang est magique et que s'il se baigne dedans sa malédiction partira; le héros se met en quête de l'étang, le trouve et il est délivré de sa malédiction; il ne sent plus

mauvais et peut s'approcher des autres humains sans avoir honte de lui; plus tard il rencontre une jeune femme avec laquelle il se marie. Cette histoire reprend le problème, mais la solution reste magique sans qu'une solution réelle soit proposée. Elle a néanmoins permis au patient de se débarrasser de son sentiment de honte.

L'inconscient capte en effet le message et se l'approprie, car ses productions sont bien différentes de la réalité directe. Il accepte donc parfaitement des messages irréalistes. On peut d'ailleurs utiliser les images que nous donne le patient sous hypnose et qui expriment son mal-être. Elles sont parfois métaphoriques. Par exemple, un patient sous hypnose disait qu'il se retrouvait dans une cave très noire avec une petite trappe ouverte en haut au milieu de gens morts, de fantômes. Après lui avoir suggéré d'ouvrir la trappe pour que tout le monde puisse s'en aller, tous les fantômes sont partis et le patient s'est senti beaucoup mieux. Dans cet exemple, une solution a été proposée sur la base de la construction du patient.

Une fois que l'inconscient montre ce qui trouble le patient sous une forme imagée, ces images sont réutilisées pour proposer une issue. Il est également possible de demander au patient de chercher une solution, d'intervenir lui-même. Assez curieusement les gens ne pensent pas qu'ils sont capables d'influer sur ces productions mentales. Lorsqu'ils interviennent, il faut parfois faire plusieurs essais pour trouver une bonne solution qui modifie leur façon de ressentir.

Lorsque l'on construit une métaphore pour un patient, il faut être suffisamment large, imprécis et flou de façon à ce que le patient puisse apporter sa façon de percevoir les choses, son image du monde, son ressenti. Bien entendu, la construction d'une métaphore suppose que l'objectif soit identifié, de même que ce qui pouvait bloquer dans l'histoire du patient. A défaut, on peut essayer une histoire magique. Dans tous les cas, il faut évidemment proposer une solution, une issue, et recadrer la situation, de façon à ce que le patient puisse se dire inconsciemment qu'il existe d'autres façons de voir les choses que la sienne.

Pour plus d'efficacité, il est préférable d'utiliser les systèmes de représentation du patient. Pour un visuel, on utilisera des images et éléments visuels ; si le patient est kinesthésique, on lui parlera de ressenti, de sensations. Étant la base de la communication avec le patient, cet aspect doit être pris en compte dès le début de la thérapie. Les métaphores seront, de même, adaptées à leur préférence sensorielle.

Erickson racontait des histoires et des anecdotes à propos de son ami John, qui étaient de pures inventions, l'ami en question n'ayant jamais existé. On peut réutiliser cette technique en remplaçant « John » par quelqu'un d'autre. L'on peut dire « *j'ai un ami qui ...* » ou bien « *je connais un patient qui ...* », etc. Erickson racontait beaucoup d'histoires de patients à ses propres patients.

Si une métaphore peut être une histoire longue et construite, elle peut également être quelque chose de particulièrement court, comme une phrase: « *ça doit être comme le phare qui guide le marin dans la nuit* ». Quelques secondes ont suffi pour que la personne se fasse une image.

Si les métaphores sont des outils importants, la façon de les raconter l'est particulièrement. Erickson était extrêmement doué, mais nous avons ses outils qui nous permettent d'y arriver également.

Quelques exemples classiques

Le Phare

Le phare guide le marin, même dans la nuit la plus profonde, vers le port, la sécurité et le confort. C'est une métaphore de l'importance d'avoir un objectif, aussi bien dans la thérapie que dans la vie en général. Quand le patient, sous hypnose, visualise son objectif, ce qu'il veut être après la thérapie, il est amené à bien mémoriser ces images, celles-ci étant comme un phare qui le guide vers sa destination. Il lui faudra se souvenir que c'est la direction qu'il faut suivre, tel un phare qui guide le marin dans la nuit, et ce, même si ce phare n'est qu'une petite lueur à l'horizon, il suffit pour arriver à bon port.

Marche en montagne

Pour inciter les patients à plus de patience (en général, ils souhaitent un résultat tout de suite), on peut leur expliquer que la thérapie est comme une marche en montagne : on doit passer un col et aller de l'autre côté, mais on ne voit pas la destination finale, la seule chose à faire étant de marcher sans cesse. On sait qu'on arrivera au col et qu'une fois là-haut, on verra la vallée dans laquelle on va redescendre. Il ne faut pas s'arrêter tant qu'on n'est pas arrivé en haut, cela peut être long, fatigant, mais pas après pas, on avance vers son but.

Fées et magiciens

Les fées et les magiciens peuvent être utilisés de nombreuses manières. Par exemple, à quelqu'un qui, persuadé qu'il ne peut pas changer, dit qu'il n'arrive pas à imaginer l'après-thérapie, l'on peut demander de penser qu'une fée, d'un coup de baguette magique, fasse les changements souhaités. Le patient donnera alors beaucoup d'informations sur ce qu'il désire vraiment, sur ce qui lui pose problème. Dans le même ordre d'idée, on trouve les élixirs, les objets magiques, les fontaines magiques, les animaux qui parlent et, d'une manière générale, tout ce qui provient des contes et légendes.

Les contes traditionnels

Alice au pays des merveilles comporte de nombreux éléments utilisables, si l'on enlève la partie cauchemar et la reine qui veut lui couper la tête : le champignon qui rend grand ou petit, le lapin et le chat qui parlent, l'autre côté du miroir qui peut être une métaphore de la transe.

L'on peut penser également, comme métaphore sur la croissance et le développement, à l'histoire du vilain petit canard, qui est moche quand il est petit, mais qui devient un beau cygne en grandissant.

Enfin, il y a tout ce qui concerne les fables, notamment les fables de La Fontaine. Il est possible de partir d'une fable connue et d'inventer une variante. Par exemple, le lièvre et la tortue pour quelqu'un qui a énormément de ressources, mais qui fait n'importe quoi, les autres passant, dès lors, devant lui. Les techniques de La Fontaine (prendre des animaux et les faire parler) peuvent tout à fait être reprises. A la différence toutefois que, dans les métaphores thérapeutiques, il n'y a pas lieu d'explicitement le message, il faut, au contraire laisser l'inconscient le trouver lui-même. Sinon, le conscient peut mettre en échec l'effet désiré en réfutant le message.

La métaphore du chemin de vie

Les patients imaginent qu'ils sont sur un chemin, et que celui-ci représente leur vie. Tout le chemin qui est derrière eux, le chemin qu'ils ont déjà parcouru, constitue leur passé. Le chemin qui est devant eux et qu'ils ne connaissent pas encore est leur avenir. L'endroit où ils sont est le présent.

Il s'agit d'une métaphore à partir de laquelle on peut construire différentes variantes.

Par exemple, s'il y a un obstacle sur le chemin, il est possible de le contourner. Lorsqu'il y a un embranchement, on choisit le chemin à prendre en fonction de là où on souhaite arriver. Il faut donc avoir un but, sinon on a du mal à choisir. Il est également possible de voir le chemin de différentes façons, on peut s'arrêter à un moment donné et se retourner pour regarder le passé.

Éventuellement, le chemin peut être très sinueux, et rendre proche des événements loin dans le passé. Dans ce cas, on peut étirer le chemin, le rendre droit de façon à ce que les choses les plus anciennes deviennent aussi les plus lointaines, et que certaines disparaissent derrière l'horizon. Cette métaphore permet de rejeter le passé au loin et d'agir au présent pour avoir un avenir qui nous plaise.

On peut également se retirer du chemin et le voir depuis le côté, de manière à voir un bout du passé et un bout du futur.

Et le plus intéressant, c'est qu'il est possible de monter au-dessus du chemin, comme dans un avion ou un hélicoptère ou comme un oiseau. On voit le chemin d'en haut, on peut monter très haut et se déplacer, notamment en arrière au-dessus du passé. On distingue des zones lumineuses, ces points de lumière étant les moments de joie, de bonheur, de plaisir qu'on a vécu dans sa vie. Ils sont présents dans notre passé, certains sont petits, d'autres moyens, d'autres encore sont gros. Le patient voit ces points de lumière du passé et se souvient qu'il a eu de bons moments dans sa vie, même tout à fait banals. On lui demande ensuite de repartir en avant et d'aller au dessus de l'avenir. Dans l'avenir, le patient regarde en dessous et voit qu'il existe également de nombreux points de lumière qui sont autant de moments de plaisir, de joie et de bonheur. Le patient ne sait pas ce que c'est bien sûr, mais ils sont là et il sait qu'il va les vivre un jour.

Lorsque le patient revient au présent, il redescend sur le chemin et on peut lui dire, comme première variante : « *Maintenant vous êtes au présent, vous regardez vers l'avenir et vous savez que devant vous, sur votre chemin, il y aura ces moments de plaisir, de bonheur, de joie. Ces moments lumineux sont là, vous ne savez pas quand ils vont arriver. En vous levant chaque matin, vous ne saurez pas quelle surprise heureuse vous aurez dans la journée* ».

Une deuxième variante est de le faire continuer très loin dans l'avenir et, lorsqu'il redescend sur le chemin, il rencontre une très vieille personne qu'il connaît bien, qui a un aspect familial, lui-mêmes très âgés, avec des cheveux blancs, tout ridé... Ils peuvent éventuellement discuter tous les deux, le patient et son double âgé; ils peuvent contempler l'ensemble de leur vie, se dire qu'ils ont passé de bons moments. La vieille personne est fière de ce qu'elle a vécu et remercie le patient d'avoir fait les bons choix aux bons moments. On leur dit qu'il pourra retourner voir la vieille personne lorsqu'il le souhaitera, mais, que pour l'instant, il doit la laisser, lui dire au revoir et remonter au dessus du chemin. Il revient alors en arrière et redescend dans le présent. Il est là, sur son chemin, avec son avenir devant lui. Et il sait que là-bas, au bout, il va retrouver cette très vieille personne. Les gens angoissés sont rassurés de se voir eux-mêmes très vieux, cela les rassure sur leur survie dans l'avenir.

Une troisième variante consiste à dire que, lorsqu'on est au-dessus, on peut voir qu'il existe différents chemins possibles, et qu'il est donc possible de choisir sa voie en fonction du point où l'on veut aboutir (son objectif de vie, ce qui est important pour son bonheur). Une fois qu'on sait où l'on souhaite arriver, il est plus facile de faire les choix au présent. Les autres chemins, qui ne nous amènent pas à notre objectif, sont peut-être plus confortables, plus faciles, mais ne sont pas les plus intéressants.

La place dans le monde

Les patients imaginent qu'ils sont dans l'espace et voient la Terre, comme d'une navette spatiale, d'un satellite. Ils se rapprochent du sol et, tout en

tournant autour de la Terre, ils voient les personnes qui s'y trouvent. Ils passent de continent en continent, de pays en pays, et voient toute la diversité de l'espèce humaine.

Au niveau de l'architecture, les maisons sont différentes, ainsi que les structures de ville et de village. Certaines personnes habitent dans les montagnes, d'autres au bord de la mer, dans des villas, dans des huttes, dans des immeubles ... De même, les différentes peuplades ont chacune leur manière de s'habiller, de manger ... Les coutumes, les rites, les religions, les modes de vie, les métiers sont différents. On peut continuer d'énumérer et de faire prendre conscience au patient de tout ce qui change d'un pays à l'autre pendant un bon moment. Il n'existe donc pas une seule façon de vivre, meilleure qu'une autre. Ce voyage autour du Monde permet de s'en rendre compte.

Les patients font également partie de cette humanité et ont dès lors le droit, comme tout le monde, de vivre comme ils ont choisi, de faire ce qu'ils veulent, comme ils veulent, de s'exprimer, de ressentir ce qu'ils ressentent, d'exprimer leurs goûts.

La Bibliothèque

On peut dire au patient que sa mémoire est comme une immense bibliothèque, avec des rayonnages à perte de vue, avec un bibliothécaire qui est là pour aller chercher les souvenirs. Les rayons qui sont sur le devant contiennent les ouvrages les plus utilisés, les autres étant plus loin. Parfois quand on recherche un souvenir ancien, il faut attendre que le bibliothécaire aille très loin dans les rayons, cherche l'ouvrage et revienne nous l'apporter. Cette métaphore permet de redonner confiance dans les capacités mémorielles des patients, notamment ceux qui doivent passer des examens. Même si les souvenirs ne reviennent pas immédiatement à la conscience, ils peuvent revenir un peu plus tard, il faut laisser le temps à son inconscient de faire son travail.

Une variante consiste à ajouter qu'il existe dans la bibliothèque une pièce particulière, qu'on appelle l'Enfer, et qui contient tous les ouvrages dont on ne veut plus. Le bibliothécaire peut y remiser tous les souvenirs dont le patient ne veut plus se souvenir. La porte de l'Enfer est soigneusement fermée à clef, et si le patient le désire, la porte peut même être murée de façon à être vraiment sûr de ne plus jamais accéder à ces choses.

Le Coffre-fort

Dans le même ordre d'idée, le patient peut imaginer qu'il enferme tous les souvenirs indésirables dans un coffre-fort, très solide, avec un blindage à toute épreuve. Qu'ensuite il plonge le coffre dans un bloc de béton frais et qu'il le laisse durcir. Il peut ensuite le jeter au fond de la mer ou bien l'enterrer et

imaginer que l'on construit un immeuble ou un parking, ou un supermarché, par dessus. Il ne sera plus jamais possible d'y accéder.

Le Lac magique

On peut, par une histoire quelconque, faire en sorte que le patient s'imagine être arrivé près d'un petit lac, un lac magique. On peut éventuellement, ajouter un personnage, fée ou magicien, qui lui explique que se baigner dans ce lac va lui permettre de se laver en profondeur et se débarrasser de toutes les souillures qui ont pu l'atteindre au cours de sa vie. Le patient se baigne, et il ressent que quelque chose de spécial se passe en lui, comme si une force magique rentrait dans son corps et dans son esprit pour le nettoyer, et qu'il ressent cette activité. Quand le nettoyage est complet, il ressort, il peut s'il le souhaite remercier le personnage magique, et on continue l'histoire pour que cela reste dans son inconscient en distrayant son conscient par d'autres aventures.

L'enfant perdu dans la forêt

Il s'agit d'une adaptation du *Livre de la jungle*. C'est l'histoire d'un enfant, garçon ou fille (suivant que le patient est un homme ou une femme), qui se perd dans une forêt et qui est recueilli par un animal du sexe opposé, un cerf ou une biche. Et l'animal s'occupe de l'enfant, lui donne à manger, le protège, et l'enfant se sent tellement bien qu'il a envie de rester avec ce grand animal qui lui apporte sécurité, bien-être, affection. Le grand animal lui dit « *non, on ne peut pas rester ensemble, toi tu es un être humain et moi je suis un animal. Nous ne sommes pas de la même espèce. Moi j'ai ma vie d'animal à vivre dans la forêt et toi tu as ta vie d'humain à vivre parmi les tiens, il va falloir que l'on se sépare. Je vais te ramener vers les humains, je vais te montrer le chemin et tu vas aller vers le village* ». L'enfant retrouve les siens, il retrouve une petite fille (ou un petit garçon) de son âge, et la biche (ou le cerf), retourne de son côté pour vivre sa vie, il gaudit, a un métier, se marie, a des enfants, et vit heureux.

Il s'agit d'une métaphore de la séparation d'avec les parents qui indique à l'inconscient que l'on peut avoir un attachement très fort pour le parent de sexe opposé, sans toutefois que cela soit quelque chose de sexuel, parce que ce n'est pas possible, ce n'est pas la même race. Il y a de l'amour, mais pas de sexe.

C'est aussi une métaphore de séparation d'avec le thérapeute !

Questions / Réponses

Quand vous racontez un conte, faites-vous une transition avec autre chose ou vous arrêtez-vous là?

Il est préférable que le patient ne se focalise pas sur le conte, mais ait tendance à l'oublier consciemment. Il vaut donc mieux enrober. Cela fait partie des techniques d'amnésie.

Après avoir raconté un conte, l'on peut, par exemple, faire une technique de renforcement de l'égo ou autre chose, l'important étant de distraire le patient. De même, quand le patient se réveille, on ne parle pas du conte.

On peut également faire une petite suggestion : que le patient se détende, ne pense plus à rien, se vide la tête sur sa plage ou dans un lieu merveilleux, et laisse son esprit inconscient s'occuper du reste. La suggestion ne doit pas être trop lourde sinon elle risque de ne pas fonctionner en attirant trop l'attention sur ce que l'on souhaite cacher.

Il est également possible d'utiliser une technique pour distraire son attention. Par exemple, visualiser ses parents, une situation, s'imaginer dans le futur lorsque tout sera réglé... Quelque chose de pertinent, pas nécessairement important, mais qui va l'aider à se concentrer sur autre chose et oublier temporairement le conte, qui va donc rester dans l'inconscient.

Il existe également des techniques de contes à tiroirs : on raconte une histoire dans laquelle quelqu'un raconte une histoire dans laquelle quelqu'un raconte une histoire, etc. L'histoire du milieu, la plus profonde, celle qui compte, est enfouie parmi les autres.

Par exemple, on peut raconter avoir vécu en Afrique, s'être arrêté pour boire dans un village, et qu'un vieil homme nous a raconté une histoire: celle d'un garçon qui rencontre un sorcier qui lui raconte lui-même une histoire. Ce garçon a ensuite plein d'aventures extraordinaires qu'il raconte à d'autres personnes ... L'histoire qui compte est celle du sorcier, le reste n'étant qu'un écran de fumée.

Si la métaphore est pertinente, l'inconscient va réagir, et le reste n'aura aucun effet parce que sans signification particulière pour le patient. Et en réveillant le patient, on le distrait en parlant d'autre chose.

Le conte doit-il avoir une chute ?

Il n'est pas nécessaire que le conte ait une chute vraiment nette. Il existe plein de contes se terminant par « *et ils vécurent heureux et eurent plein d'enfants* ». L'important est que le conte apporte une solution à un problème et soit une

ouverture, peut-être simplement pour suggérer qu'il existe des solutions, sans pour autant préciser ce qu'elles sont.

Dans beaucoup de contes traditionnels, la solution est magique et met en scène une fée, un sorcier, une baguette magique, une potion, un sort ... Du point de vue de l'inconscient c'est important. Quand le prince charmant tue le dragon, on ne dit pas comment, il le tue, ce qui compte c'est que le prince peut rentrer dans la grotte délivrer la princesse.

Le message qui passe est qu'il existe des solutions et qu'au lieu de se lamenter sur son sort, le patient va se mettre à chercher ce qu'il peut faire dans la réalité. A partir du moment où l'on se dit que l'on va réussir, les choses deviennent beaucoup plus faciles. Dans ce cas le conte incite le patient à agir.

Quelques métaphores d'Erickson

Anorexie et nourriture

Une patiente nommée Barbie, jeune anorexique de 14 ans, hospitalisée, pesait 28 kilos et était proche de la mort. Pendant la thérapie, Erickson raconta à Barbie des histoires sur la vie de sa propre mère à lui, dans une exploitation minière, et sur la manière dont elle avait inventé un gâteau à la cannelle pour offrir aux mineurs quelque chose de plaisant qui les change de tous les gâteaux secs qu'ils devaient manger. Il raconta également que sa mère devait planifier l'approvisionnement 6 mois à l'avance ainsi que différentes histoires qui concernaient toutes la nourriture. Ces histoires étaient pleines de suspens et fascinaient Barbie. Erickson, grand orateur, parvenait ainsi à faire passer des messages sur la nourriture.

Douleurs chroniques

Une patiente fut adressée de Californie à Erickson, qui habitait en Arizona, pour des douleurs chroniques. Elle était hostile à l'hypnose qu'elle avait déjà tentée et qui avait échoué. Erickson lui déclara qu'il n'utiliserait aucun traitement inutile, mais uniquement ce qui s'avèrerait nécessaire. Il lui demanda ensuite de décrire dans ses moindres détails ses sensations et ses perceptions douloureuses. Il lui fit alors un exposé pseudoscientifique sur la nature de la douleur dans lequel il la convainquit qu'il était possible de développer des callosités contre la douleur. Pour ce faire, il utilisa diverses analogies, par exemple les callosités que l'on se fait dans les mains en jardinant tous les jours, l'insensibilité au goût piquant que l'on acquiert en mangeant de la nourriture très épicée. Après une séance de deux heures, la patiente retourna en Californie, capable de réduire et de gérer sa douleur. C'est assez surprenant, car les histoires semblent tout à fait banales.

Erickson prétend qu'il n'a pas utilisé l'hypnose, mais il a peut-être utilisé l'hypnose conversationnelle. Il parlait avec un tel ton de voix que les gens finissaient par rentrer dans un état d'hypnose légère. Les patients partaient en transe sans s'en rendre compte, Erickson en profitait pour faire passer des messages par le biais de métaphores. A partir du moment où l'idée du possible était acceptée, le patient essaie de le faire.

Pipi au lit

Un garçon de 10 ans, nommé Jimmy, mouillait son lit, ses parents avaient tout essayé pour le faire cesser, y compris de lui faire porter autour du cou une pancarte disant qu'il faisait pipi au lit, et de faire réciter des prières collectives par leur communauté religieuse demandant à haute voix que Jimmy cesse de mouiller son lit. Finalement, ils l'emmenèrent dans le bureau d'Erickson. Jimmy se coucha par terre et se mit à hurler. Au moment où il reprit son souffle, Erickson se mit également à hurler, puis il dit au garçon qu'ils hurleraient chacun à leur tour. Ensuite Erickson déclara qu'il utiliserait son tour pour s'asseoir sur une chaise et le garçon en fit autant. Erickson fit remarquer à Jimmy que ses parents lui avaient donné l'ordre de le faire arrêter de mouiller son lit. « *Pour qui se prennent-ils ?* » demanda-t-il au garçon. Il déclara ensuite qu'il ne voulait pas parler de pipi au lit avec lui, mais de sa carrure, de ses aptitudes sportives et de ses facultés de coordination. Il discuta des muscles et des sports qui exigent un bon contrôle musculaire. Il savait que Jimmy était doué pour le base-ball et le tir à l'arc. Erickson parla ensuite de la façon dont les muscles circulaires du fond de l'estomac s'ouvrent lorsque c'est le moment de laisser la nourriture sortir, mais restent fermés le reste du temps. Pendant les deux séances suivantes, ils discutèrent du scoutisme et d'autres sujets qui intéressaient Jimmy. A la quatrième séance, Jimmy arriva avec un large sourire et s'exclama: « Vous savez ça fait des années que ma mère essaye de perdre sa mauvaise habitude, mais elle n'y arrive pas. » Sa mère fumait. Et le garçon cessa de mouiller son lit. En fait, Erickson a dit au garçon qu'il était tout à fait capable de contrôler son pipi au lit.

Peur des examens

Une femme échouait continuellement à son examen de philosophie, elle maîtrisait le sujet, mais paniquait et oubliait tout. Après l'avoir mis en transe, Erickson lui raconta l'histoire d'un avocat qu'il avait aidé pour son examen d'entrée au barreau. La patiente rentra chez elle et réussit son examen. Nous n'avons malheureusement pas les détails. Quoi qu'il en soit, cela a suffi pour cette femme. Il est possible que, sous le couvert de raconter une histoire, il lui ait fait des suggestions, apparemment destinées à un autre.

Métaphore d'apprentissage

Une patiente commence à rentrer dans l'état d'hypnose et a déjà fermé les yeux. Erickson lui dit: « *on dit souvent qu'on apprend à patiner pendant l'été et à nager pendant l'hiver. On atteint un certain niveau d'apprentissage du patin à glace pendant l'hiver, mais l'hiver suivant, quand on commence à patiner, on le fait à un plus haut niveau. Les mouvements désordonnés du patinage qui compliquaient nos débuts ont disparu* ». Après une pause, il ajoute: « *A présent vous pouvez aller beaucoup plus profond, parce qu'il y a beaucoup moins de mouvements ou de processus désordonnés* ». Il s'agit d'une belle métaphore d'apprentissage. Cette patiente avait déjà appris à rentrer en transe lors d'une séance précédente et pouvait, maintenant, aller en transe plus profondément. Pour Erickson, la psychothérapie était une question d'apprentissage et de ré-apprentissage.

Métaphore pour préparer la thérapie

Erickson explique: « *A présent je ne sais pas quelle expérience particulière vous avez envie de ressentir, je ne sais pas si vous en avez une idée consciente, mais l'inconscient a toujours ses propres opinions, ses propres désirs* ». Un peu plus tard, il ajoute « *Je peux vous donner un exemple personnel: en 1930 au milieu du mois de mai, j'ai rêvé une nuit que j'étais du côté nord d'une route allant de l'est vers l'ouest dans le Wisconsin. Je me tenais là, sachant que j'étais le docteur Erickson, et je regardais un petit garçon qui courait de haut en bas de la pente. Du côté du nivellement sur la route, il y avait un ouvrier de la maintenance, une clôture en haut du nivellement et une clôture barbelée, un noisetier, un chêne, un cerisier sauvage. Et je voyais ce petit garçon, pieds nus au milieu de tout cela qui testait bizarrement le sol récemment nivelé et creusant autour des bouts coupés des racines, et regardant le chêne, et regardant le cerisier, puis examinant les bouts coupés des racines pour tenter de déterminer quelles racines venaient du cerisier sauvage et lesquelles venaient du chêne. Le petit garçon était sûr qu'aucune de ces racines ne venait du noisetier et j'étais d'accord avec cet enfant. Je pouvais le voir de façon évidente, je l'ai reconnu, c'était le petit Milton Erickson. Mais il ne pouvait pas voir le docteur Erickson. Il ne savait même pas que j'étais de l'autre côté de cette route allant de l'est vers l'ouest, et cela me plaisait de regarder ce petit garçon, et je pensais: et comme il sait peu qu'il va grandir et devenir le docteur Erickson. Puis le rêve s'est achevé. Pendant l'été de cette même année, je suis parti en vacances dans le Wisconsin, je suis allé au siège du comté et j'ai récupéré tous les dossiers sur les travaux de maintenance des routes du comté et j'ai découvert où était cette route. Je suis allé vers cette zone et j'ai découvert qu'il était tout à fait possible que je sois venu là. Il y avait tout plein de gravier près de cette route. Je me souviens être allé là avec mon père lorsqu'il venait prendre un chargement de gravier, mais je ne me souviens pas d'avoir jamais examiné ce nouveau nivellement de la route, mais je me suis aperçu qu'il y avait un noisetier, un*

chêne et un cerisier sauvage, et j'étais encore un petit garçon, un petit garçon aux pieds nus. J'avais oublié cela depuis longtemps, mais mon esprit inconscient s'en est souvenu ».

Par cette histoire, il exprime l'idée que l'inconscient peut avoir ses propres objectifs et ses propres façons de faire et il l'illustre par un rêve. Il y a, dans celui-ci, une métaphore du travail que l'on peut faire en hypnose, la dissociation, où l'on peut se voir soi-même à un âge différent, être soi-même dans la situation en tant qu'adulte et en tant qu'enfant.

Il s'agit d'une chose très utile en thérapie. Il introduit vraisemblablement la technique qu'il utilisera plus tard, mais sans le dire directement. Ainsi, au moment où il proposera cette technique à la patiente, elle ne la refusera pas puisqu'elle correspond à quelque chose qu'elle connaît déjà.

Autre métaphore d'apprentissage

Après avoir mis un patient en transe, Erickson lui dit: « *Vous notez que vous partez en transe plus rapidement, qu'il est de moins en moins important de rester fixé sur ma voix et que vous pouvez commencer à expérimenter progressivement tout type de sensation que vous désirez* ». Il donne ensuite une métaphore: « *Gardez en tête que la première fois que vous avez formé l'image de la lettre 'A', c'était difficile. Mais lorsque vous avez poursuivi l'école, vous avez appris à former des images mentales de lettre et de mots de plus en plus facilement jusqu'à ce que finalement tout ce que vous ayez à faire était de jeter un coup d'œil* ». Il s'agit encore une métaphore d'apprentissage.

Métaphore pour l'oubli

A un professeur : « *Vous ne devez pas seulement apprendre des choses positives, mais vous devez aussi apprendre des choses négatives. Une des choses négatives que vous devez apprendre est l'oubli. Consciemment, vous pouvez vous dire, ça je m'en souviendrais. Oublier quelque chose paraît très difficile à certaines personnes et pourtant, si elles regardent dans leur histoire personnelle, elles peuvent oublier tout aussi facilement. Lorsque vous donnez des cours à des étudiants à la faculté de médecine, vous pouvez leur dire en laissant une forte impression: l'examen se tiendra dans telle salle à telle heure et dans le bâtiment C il commencera à 14h. Ils écouteront tous avec beaucoup d'intérêt, puis vous vous préparerez à quitter la salle et vous verrez les étudiants se pencher les uns vers les autres et dire: 'qu'est-ce qu'il a dit ? Quelle heure ? Quel bâtiment ?' Vous savez qu'ils ont entendu et ils ont oublié immédiatement* ».

Raconter une petite histoire telle que celle-ci a beaucoup plus d'impact si elle correspond au vécu de la personne. Il n'est pas toujours évident de comprendre où il veut en venir, dans les livres ce n'est pas toujours clair, et Erickson lui-même ne savait pas très bien ce qu'il faisait consciemment, c'est son

inconscient qui faisait le travail. Parfois, en effet, c'est l'inconscient qui est aux commandes et le thérapeute le laisse faire.

Variabilité du temps

Toujours Erickson: « *Et lorsque vous consacrez du temps à quelque chose, le temps peut avoir une intensité variable. Il peut être condensé ou prolongé, de sorte que vous pouvez revoir l'histoire de votre vie en quelques secondes. Ces quelques secondes peuvent se prolonger en années, et plusieurs jours peuvent être condensés en instants. Pour tous les deux, c'est une question d'éducation. Face à des patients, vous pouvez prendre la douleur de l'un d'eux et apprendre à un patient à faire l'expérience de toute la douleur dans un élan momentané. Cela peut être dur, seulement momentanément même si cela dure toute la journée. Vous voulez tous les deux savoir comment étendre le temps, étendez votre conscience des choses et vous devez savoir tous les deux qu'il existe une chose telle que la contraction du temps, des sensations, de la douleur, des émotions. Un cours agréable d'une heure peut donner l'impression qu'il vient à peine de commencer alors que l'heure est passée, tandis que pendant un cours ennuyeux la chaise commence à vous faire mal et vous êtes fatigué, et vous vous demandez quand l'heure sera enfin terminée. Vous avez tous les deux fait cette expérience dans le passé. Vous savez quand vous avez eu ces expériences, à présent vous allez les appliquer à vous-même d'une manière qui va vous aider dans votre compréhension de vous même et dans votre compréhension des autres.* »

Cet exemple est un petit peu différent dans la mesure où Erickson s'adresse à deux personnes qui sont toutes les deux des thérapeutes et des enseignants. Il leur demande de se souvenir d'une expérience qu'ils connaissent forcément, un cours ennuyeux ou un cours intéressant, donc de retrouver ces expériences. Il ne s'agit pas vraiment d'une métaphore, c'est un peu différent. Il leur demande néanmoins de faire un travail d'analogie, d'utiliser cette expérience pour l'appliquer à autre chose, à la compréhension du temps et de soi. On peut considérer cela comme une métaphore puisqu'il existe une analogie entre une situation qui n'est pas racontée, mais vécue dans le passé, et une situation dans le présent.

Apprentissage inconscient

« *Bien des fois dans le passé vous avez été capable d'entendre quelque chose et de l'oublier immédiatement. C'est une expérience courante, lorsqu'on vous présente, vous serrez des mains et puis vous passez à la personne suivante et vous vous demandez quel est le prénom de Mme Jones, pendant que vous serrez la main de Mme Smith. Votre cerveau a cette connaissance et vous n'avez même pas besoin de savoir que vous l'avez. Des mois plus tard, vous pouvez rencontrer Mme Jones dans la rue et l'appeler spontanément par son prénom. Vous n'avez*

même pas besoin de savoir quand et où vous vous êtes rencontrés, parce que lorsque l'occasion se présentera, votre inconscient vous fournira cette connaissance. »

On se ramène également à une expérience vécue, qui sert de métaphore pour la manière dont l'inconscient enregistre et redonne les informations, et comment le conscient peut faire confiance à l'inconscient. Il ne dit pas les choses directement, mais par une illustration, fait passer le message.

Croyance erronée

« Votre inconscient a appris beaucoup de choses hier. Il a appris aussi que vous pourriez apprendre beaucoup sans faire intrusion dans la personnalité. Tous les sujets, quel que soit leur niveau de sophistication, doutent qu'ils puissent faire n'importe quoi et pourtant selon leur histoire personnelle, ils le peuvent. J'ai cherché un livre dans une bibliothèque avec l'impression, dans le cadre de référence, qu'il était relié en rouge et j'ai été incapable de le trouver. J'ai pu lire tous les titres de tous les livres et rester incapable de le trouver, même en ayant lu tous les titres. Le titre n'avait pas de signification parce que ma référence était le rouge au lieu du bleu qui était la bonne couleur. » Voilà une métaphore dans laquelle il se met en scène lui-même.

L'état d'hypnose

« C'est une expérience très commune de développer un état hypnagogique et de se réveiller le matin sans savoir où l'on est. Tout le monde a déjà eu des expériences de déjà vu. Ceux qui ont déjà vu quelque chose avant y pensent comme si cela leur était réellement arrivé. Vous pouvez entendre quelque chose avant que vous ne l'ayez entendu en réalité ou être à un endroit où vous n'avez pas été et pourtant penser que vous y êtes déjà allé. Tout le monde fait ces expériences. Transformer une expérience familière en une expérience étrange, ne pas reconnaître ce qui est familier, ne pas reconnaître un endroit, un son, des sensations. Pendant l'hypnose vous utilisez ces apprentissages du passé. » Erickson fait, ici aussi, une analogie entre des expériences que l'on connaît, que l'on a vécues, et le fait qu'il peut se passer des choses étranges dans l'état d'hypnose.

Croyances de l'enfance

« Je vais vous parler d'évènements personnels, car je les connais mieux que les autres. Je suis rentré à la maison, mon fils Lance, qui était alors un petit garçon, avait alors un problème. Il savait qu'il ne pouvait pas voir à travers un mur de brique, il ne pouvait voir qu'à travers les fenêtres. Pourtant, Papa est entré dans la maison et il a dit: 'on t'a dit de ne pas jouer avec ce napperon sur

la table'. Il avait joué avec et il se trouve qu'il était à côté d'une fenêtre et il m'a vu approcher. Il a donc soigneusement replacé le napperon sauf qu'il ne l'a pas placé au centre de la table, c'est ce qu'il ne savait pas. Il a donc attribué le fait que je sache qu'il avait joué avec le napperon à ce que j'étais capable de voir à travers un mur de brique. En ce qui concerne la patiente, vous ne vous rappelez pas de vos compréhensions d'adulte, et vous ne regardez pas non plus le comportement avec une compréhension d'adulte. »

Effectivement, les enfants ne comprennent pas comme les adultes. Le fait de revoir les choses de l'enfance avec un esprit d'adulte permet de recadrer. « *Mon Papa voit à travers les murs* », est le genre de conclusion que peut faire un enfant, mais pas un adulte.

COMMUNICATION AVEC L'INCONSCIENT

La communication avec l'inconscient est fondamentale en hypnothérapie. En effet, c'est à ce niveau que se situent les causes des problèmes rencontrés par les patients et c'est donc à ce niveau que l'on va les régler.

L'inconscient, notion très vague, est difficile à définir. Selon Erickson, l'inconscient est constitué de tout ce qui n'est pas encore conscient. La conscience elle-même n'est pas facile à définir. Damasio distingue la conscience-noyau et la conscience-étendue. La conscience-étendue correspond à peu près à la notion intuitive de conscience de soi, avec son historique, ses souvenirs, ses processus de réflexion. La conscience-noyau possède certaines caractéristiques que nous attribuons à l'inconscient en hypnothérapie, notamment le fait d'être dans le « ici et le maintenant » contrairement à la conscience étendue qui peut se souvenir du passé, se projeter dans l'avenir et se penser dans un autre lieu. Nous appellerons inconscient ce qui peut se manifester indépendamment de la conscience-étendue.

Une manifestation connue par tous de l'inconscient sont les gestes automatiques, et tout ce qu'on fait sans y penser, sans réfléchir. On pose ses clés à un endroit en pensant à autre chose, machinalement, et après on ne sait plus où elles sont. La plupart de nos gestes sont inconscients, même si on a la volonté consciente de faire un geste, les détails de sa réalisation sont gérés par l'inconscient. On ne pense pas consciemment à contracter et relâcher les muscles pour faire le geste, on pense seulement à sa finalité, ramasser ses clés par exemple, et c'est l'inconscient qui envoie les commandes nécessaires aux muscles pour atteindre l'objectif.

L'inconscient communique avec nous, d'une certaine manière. Nous pouvons nous en rendre compte, par exemple au travers des rêves, qui sont une manifestation de notre inconscient. Parfois, dans certains rêves, on peut avoir conscience que l'on est en train de rêver, donc on est, dans ce cas, conscient d'un processus inconscient qui se manifeste indépendamment de notre volonté.

En fait, l'inconscient se manifeste constamment et il est possible de communiquer avec lui, dans les deux sens. On peut communiquer directement avec l'inconscient, lui parler, lui transmettre certaines choses. Et l'inconscient peut également nous répondre.

Il est parfois très clair que la réponse provient de l'inconscient, même si les patients ne s'en rendent pas compte (lors du signalement, par exemple).

De manière générale, la communication avec l'inconscient est indispensable afin de comprendre le problème. Parfois l'inconscient donne spontanément des indications, ce qui permet une communication directe avec lui. Mais parfois, les choses sont à ce point bloquées qu'elles ont du mal à sortir. Il faut donc entraîner l'inconscient à s'exprimer, en instaurant une relation de confiance. Cette relation est nécessaire afin que la personne se sente comprise et aidée et que l'inconscient puisse s'exprimer.

Les canaux de communication

La communication avec l'inconscient, comme toute communication, se fait par l'intermédiaire de canaux.

La communication peut passer par le canal moteur, par lequel l'inconscient provoque un mouvement ou une contraction musculaire (contraction d'un muscle d'un doigt, du visage, d'un pied, contraction du ventre, ...). Il s'agit bien d'une communication de l'inconscient vers le thérapeute et le patient. Le patient s'en rend parfois compte, et ressent alors que ce n'est pas « lui » qui a fait le geste, comme si le geste avait eu lieu tout seul.

La communication peut également se faire par le canal visuel, fait d'images, fixes ou qui se succèdent, ou de films. Certaines personnes visuelles parviennent ainsi, sous hypnose, à décrire les images inconscientes en temps réel.

Le canal peut également être auditif. Le patient entend alors comme des mots prononcés dans sa tête.

L'on parle parfois d'hallucinations (visuelles, auditives). Je préfère parler de rêveries, terme que je trouve plus approprié et moins inquiétant.

Enfin, le canal peut être kinesthésique, fait de sensations. Le patient ressent alors comme un picotement dans la main, une sensation de froid dans le pied, l'impression de tomber, une pression, une tension, ...

Certains patients disent avoir eu des réponses en « pensées », sans être capables de dire s'il s'agissait de paroles ou d'images, c'étaient des pensées. Peu importe le canal utilisé, si ces pensées viennent vraiment de leur inconscient et qu'eux-mêmes en sont surpris, on peut les accepter.

Communication à double sens

Ces canaux fonctionnent à double sens. Par exemple, pour le canal visuel, quand le thérapeute décrit une image, le patient s'en crée une représentation dans son esprit et la transmet ainsi à son inconscient. Par exemple, si on demande au patient d'imaginer qu'il est sur une plage et qu'il fait beau, on transmet non seulement à la conscience du patient, mais aussi à son inconscient. La même chose a lieu avec les sensations et les émotions qu'on peut évoquer. Si le

thérapeute demande au patient d'entendre ses parents dire qu'ils sont fiers de lui, il va effectivement les entendre. Il connaît leur voix, il va entendre leur voix.

Il en va de même pour les ancrés kinesthésiques. Lorsque le thérapeute touche le patient à un endroit bien précis, le patient va inconsciemment associer ce contact à ce qui est en train d'être dit, à ce qui lui est demandé de faire... Les ancrés sont donc très utiles puisqu'elles sont une communication directe vers l'inconscient, utilisées pour implanter certaines choses.

Le langage de l'inconscient

L'inconscient a un langage particulier, étudié depuis de nombreuses années. Ce langage est généralement métaphorique (analogie, ressemblance universelle) ou symbolique (association qui peut être totalement arbitraire, propre à la personne).

Les symboles

Les symboles sont des représentations spécifiques de la personne, même si certains symboles sont plus ou moins universels. Lorsque l'inconscient communique par image et que l'on se retrouve face à un symbole, on ne peut pas être sûr de ce que cela signifie. On ne peut alors que faire des hypothèses, en demandant, à chaque fois, à l'inconscient de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse. Il faudra souvent solliciter l'inconscient plusieurs fois, ou lui demander d'exprimer le même contenu, mais au moyen d'une autre image.

Selon Jung, il existe des symboles universels (archétypes), indépendants des cultures ou de l'éducation. Par exemple, l'arbre est un symbole universel de force et de sérénité.

En raison de l'utilisation, par l'inconscient, de symboles, on ne peut décoder les rêves de façon automatique, puisque le symbole dépend de la personne.

Lorsqu'on communique avec l'inconscient, on évite d'utiliser les symboles, autres que ceux donnés par le patient, sinon on croit transmettre un message, mais le patient peut très bien comprendre tout à fait autre chose.

Les métaphores

Notre esprit est très performant pour capter les analogies, les ressemblances, de façon inconsciente. Il le fait constamment, il compare en permanence les objets de perception, les situations, les contextes, avec ce qu'il connaît déjà, ce qui est stocké dans notre mémoire. Même si nous pouvons avoir conscience du résultat, le processus de comparaison est inconscient. Non seulement notre inconscient comprend les métaphores, mais aussi il les utilise pour s'exprimer, notamment dans les rêves.

Lors de la lecture d'un conte, une histoire métaphorique, l'inconscient s'imprègne de la structure de l'histoire alors que, pour la personne qui écoute l'histoire, il s'agit peut-être uniquement d'un moment agréable à passer. Les contes, et les métaphores en général, sont donc une façon très puissante de faire passer certaines choses à l'inconscient tout en distrayant le conscient vers autre chose.

Mise en place

De façon générale, cette communication se met en place progressivement, étape par étape. Une démarche progressive est souvent nécessaire, car les patients n'ont pas l'habitude de communiquer de cette manière, cela nécessite donc un apprentissage.

Le signaling

Le premier niveau de communication consiste en un simple signal de l'inconscient (lévitation, catalepsie, mouvement d'un doigt,...), signifiant que l'inconscient est suffisamment dégagé du conscient pour répondre indépendamment de lui.

Il peut arriver que l'inconscient ne se manifeste pas tout de suite, parce que la personne n'est pas assez profondément en transe, qu'elle se contrôle trop consciemment et provoque un blocage. Il faut alors approfondir la transe et, par exemple, faire de la confusion, afin qu'elle laisse son inconscient réagir.

Si au bout d'un certain temps, aucun signal ne se manifeste, il faut faire autre chose : réveiller la personne (en lui faisant ouvrir les yeux et en discutant ...) et la faire repartir ensuite plus profondément. Quand la personne est trop consciente, on peut utiliser la confusion ou la surprise, ce qui va bloquer son conscient. La surprise entraîne un blocage instantané, mais ne dure pas très longtemps. Il faut donc ensuite insister. La surprise doit être rapide, faire un « blanc » dans la conscience et profiter de ce blocage-là pour induire la transe.

Au départ le thérapeute peut essayer de diriger le signal et demander explicitement le mouvement d'un doigt. Si cela ne fonctionne pas, il peut demander à l'inconscient de choisir lui-même un geste. En cas d'échec, il peut demander à l'inconscient de choisir une autre façon de faire, qui peut être une sensation (picotement dans l'oreille, tension dans le sourcil droit, sensation de chaleur dans la main gauche, contraction des abdominaux,...), une image, une pensée, et il demande au patient d'être très attentif à tout ce qui peut se passer dans son corps et dans son esprit.

Ceci aura pour effet secondaire d'approfondir la transe parce que cela oblige le patient à être en attente et à faire attention aux sensations. Il faut alors que le patient dise ce qu'il ressent, car une sensation ne peut être vue, ce qui est

d'ailleurs la raison pour préférer le signaling par un geste. A partir du moment où le patient sent une sensation en réponse à une demande, comme il ne s'agit pas de quelque chose qu'il provoque volontairement, il comprend que c'est inconscient. Afin de s'assurer qu'il s'agit bien d'un signal de l'inconscient et non d'un hasard, d'une coïncidence, on lui demande de recommencer, afin d'avoir une répétition du signal.

Les mouvements inconscients

Les mouvements inconscients sont facilement reconnaissables et différenciables des mouvements conscients. Les mouvements inconscients ont tendance à être lents, saccadés, à durer plus longtemps et à se répéter.

Un patient qui lève un doigt consciemment le fait une fois et rapidement. Lorsque c'est l'inconscient qui lève le doigt, le mouvement est lent, hésitant, avec de nombreuses répétitions, comme si le doigt tremblait, restant ainsi parfois plusieurs minutes. De même, quand le bras se baisse consciemment, la descente est rapide. Lorsque c'est inconscient, le mouvement est long et se fait par paliers.

Si le mouvement est réalisé par le conscient, il faudra expliquer au patient que ce que l'on souhaite, c'est uniquement la réponse de son esprit inconscient, et que si ce dernier veut répondre consciemment, qu'il réponde autrement. Par exemple, si l'on a demandé à l'inconscient de bouger les doigts, on peut dire au patient de laisser la main à l'inconscient et, s'il souhaite répondre consciemment, qu'il hoche la tête pour dire oui ou qu'il la secoue pour dire non.

Il est possible également de préparer le patient par une série de suggestions indirectes comme le fait d'Erickson dans son induction pour patients résistants que vous trouverez dans l'Intégrale des articles de Milton Erickson, tome 1, pages 376 à 416, et qu'il ne m'est pas possible de reproduire dans ce livre.

Le deuxième stade de la communication avec l'inconscient consiste en l'utilisation de deux signaux, de préférence deux mouvements bien visibles par le thérapeute. Là aussi, il est possible soit d'imposer les signaux soit de laisser choisir l'inconscient (le thérapeute impose un doigt de la main droite pour dire oui et un doigt de la main gauche pour dire non, l'inconscient choisit un doigt pour dire oui et un doigt pour dire non, le thérapeute laisse l'inconscient complètement libre, un signal pour dire oui et un signal pour dire non).

La démarche doit être progressive, jusqu'à ce que la communication fonctionne. Tous les patients ne régissent pas de la même manière. Certains auront des mouvements des doigts rapidement, d'autres non, mais ils pourront ressentir des sensations quand on leur aura suggéré. Il faut donc être très attentif, surveiller le visage et les mains essentiellement, mais aussi le reste du corps globalement, car parfois c'est le pied qui bouge.

De plus, les signaux peuvent changer en cours de séance. Tout d'un coup, on perçoit un mouvement jamais vu depuis le début de la séance, on ne connaît

alors pas sa signification. Il faut donc demander ce que le signe veut dire. Il peut aussi arriver que le doigt ne bouge plus, mais qu'il y ait une contraction dans la main, on voit alors le tendon qui se tend, mais le doigt en lui-même ne bouge pas.

A ce stade de communication, il est déjà possible de poser des questions fermées, dont la réponse est soit oui soit non. Il est important de bien réfléchir à ses questions avant de les poser. Un exemple de question simple à poser pour tester la communication est de demander à l'inconscient s'il est d'accord pour travailler ensemble à améliorer la vie du patient. Il ne peut que répondre « oui », ce qui permet d'avoir une confirmation et d'en profiter pour vérifier que le geste est bien inconscient (s'il répond « non », on a un gros problème de résistance!).

A partir de là, il est possible de commencer à cerner le problème. Par exemple au moyen de questions comme: *est-ce que ça a commencé avant 20 ans ? Est-ce que c'était au primaire ? Est-ce que c'était au collège ? Est-ce que c'était au lycée ? Avant 15 ans ? Avant 10 ans ? Est-ce que c'est entre 5 et 10 ? Est-ce que c'est entre 8 et 10 ?* il est possible de savoir quand le problème a commencé à se manifester chez le patient. A partir de quelques oui et non, on peut essayer de trouver les événements qui ont fait que la personne s'est mise à penser de telle manière, à ressentir de telle manière.

Les images et les rêves éveillés

Pour avoir d'autres informations, il est possible d'aller plus loin dans la communication, et d'avoir l'image et le son, c'est-à-dire les rêves éveillés. Erickson utilisait la technique de la boule de cristal, il demandait à ses patients de visualiser (halluciner) une boule de cristal et de voir dans cette boule des scènes de sa vie. A notre époque, on peut remplacer la boule de cristal par un écran cinéma ou un écran de télévision.

Il existe différentes manières de procéder : demander directement à l'inconscient qu'il donne des images qui représentent ou donnent des indications sur la cause, l'origine ; qu'il retrouve des souvenirs et les montre sous la forme d'images.

La métaphore du cinéma

Pour ce faire, on peut utiliser les métaphores, du cinéma ou de la télévision, pour mettre le patient en condition. Exemple :

« C'est comme si vous étiez au cinéma, vous vous imaginez au cinéma, confortablement assis, avec un grand écran devant vous et pour l'instant il n'y a rien sur cet écran, mais la séance va bientôt commencer et petit à petit vous allez voir des images apparaître, des images vont venir, elles vont devenir de plus en plus nettes, même si au début elles sont un peu floues, elles vont vous

apparaître et vous allez voir des choses », ou bien « *Vous êtes installé chez vous devant un écran de télé, vous êtes bien confortable, vous avez une télécommande à la main, si jamais il y a quelque chose qui ne vous plaît pas, vous pouvez zapper, vous pouvez éteindre* ». Cette dernière phrase rassure les gens, surtout s'ils sont angoissés, anxieux, ou stressés.

On demande au patient d'attendre patiemment que les images apparaissent, de bien les enregistrer sans les juger, et de nous faire un signe lorsque c'est fini. On attend un peu et quand on voit que le patient réagit par un changement d'expression, un mouvement des yeux, ou d'autres changements corporels, on sait qu'il se passe quelque chose. Lorsque c'est fini, soit on réveille le patient, soit on le laisse dans l'état d'hypnose, et on lui demande de nous décrire très rapidement ce qu'il a vu. On lui demande de le faire vite pour qu'il n'ait pas le temps de filtrer des informations en les jugeant inintéressantes et aussi pour éviter qu'il oublie des détails qui peuvent être importants.

Une variante consiste à demander au patient de se voir lui-même dans le cinéma en train de regarder des images de sa vie. Cette double dissociation est très intéressante puisqu'elle permet au patient de mieux se distancier de ses émotions en se voyant lui-même assis dans le cinéma et donc hors de danger.

Le Guide intérieur

Une autre métaphore possible à utiliser pour initier une communication avec l'inconscient est celle du « guide intérieur » : on demande au patient de se représenter son inconscient comme étant une personne à la fois sage et bienveillante. Sage parce qu'elle connaît tout sur la personne et fait toujours ce qu'il y a de mieux pour elle, en fonction de ce qu'elle sait faire, et bienveillante parce que, comme elle fait partie de la personne, elle ne lui veut que du bien.

Après que le patient se soit fait une image de cette personne, on demande au patient de communiquer avec ce guide et de voir de quelle manière il veut communiquer (gestes, paroles, expressions, ...). Ce sont évidemment des gestes de l'image, le patient voit donc le guide bouger, prendre telle position ou telle expression, mais le patient lui-même ne bouge pas.

Une fois la communication en place, on peut alors poser des questions, dont les réponses permettent d'obtenir énormément d'informations, autres que oui ou non. Les images sont parfois symboliques (il faut alors les décoder), parfois métaphoriques (ce sont alors des analogies qui se rapportent à la vie du patient, sous la forme de souvenirs transformés, recréés sous une autre forme). Il faut revenir au souvenir originel et demander des précisions, afin de voir si cela a un rapport avec un souvenir, un événement de la vie du patient.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours ramener à quelque chose de plus concret. Lorsqu'elle fonctionne, cette métaphore du guide intérieur est particulièrement

puissante, le patient ayant la possibilité d'évoquer cette image à nouveau et de lui poser des questions, même lorsqu'il se trouve chez lui (autohypnose).

Rêveries

Certains patients ont spontanément des rêves qui s'imposent à leur esprit quand ils rentrent dans l'état d'hypnose. Comme pour les abréactions, c'est une occasion en or d'obtenir des informations de l'inconscient. Dans ce cas, on demande au patient de nous décrire ce qu'il voit, ce qu'il ressent, ce qu'il vit dans ce rêve. On en profite pour lui demander de faire des changements, d'intervenir sur le rêve pour le rendre meilleur.

Par exemple, un patient faisait le rêve éveillé qu'il était dans une cave avec des fantômes, ce qui lui faisait très peur, mais il y avait un peu de lumière vers le haut comme s'il y avait une trappe de sortie. Je lui ai suggéré d'ouvrir cette trappe, et il m'a décrit avec une grande émotion la sortie des fantômes qui sont montés au ciel et ont été ainsi libérés de leur prison. Il en a profité pour sortir lui-même de cette cave et de se sentir libéré lui aussi. Par la suite il a pu me parler du décès de ses grands-parents et de l'impact que cela avait eu sur lui, ainsi que la peur des fantômes qu'il avait quand il était enfant.

TECHNIQUES DE CHANGEMENT

Les techniques et stratégies présentées dans ce chapitre et le suivant ne sont pas les seules façons de faire. Après les avoir acquises, le thérapeute qui souhaite se perfectionner aura tout intérêt à lire dans les ouvrages cités dans la bibliographie, d'autres manières de réaliser ces techniques, des variantes, et des techniques différentes que je n'utilise pas, mais qui ont certainement leur intérêt.

Le changement en thérapie

Dans le premier chapitre, nous avons parlé de ce que nous pouvons espérer changer chez les patients, du point de vue externe, c'est-à-dire du point de vue des symptômes. Nous allons maintenant nous intéresser à ce que l'on peut changer chez les patients, du point de vue interne, ce que l'on peut modifier dans leur fonctionnement psychique et de quelle manière, pour obtenir les changements désirés.

Cela implique de comprendre autant que possible comment le patient fonctionne dans son état actuel de façon à agir sur ce fonctionnement pour le modifier. Nous allons donc nous intéresser à la question du « comment » plutôt que du « pourquoi » le patient en est arrivé là où il en est.

La première partie du travail sous hypnose va donc souvent consister à comprendre ce qui se passe dans l'inconscient du patient. Même si l'anamnèse, lors de la première séance, nous a permis de nous faire une idée de ce fonctionnement, il ne s'agira que d'hypothèses. Parfois, il nous sera possible de les vérifier avant de réaliser les changements. Parfois, il ne nous sera pas possible d'accéder à cette connaissance des processus internes du patient, ou bien nos investigations ne nous donneront que des résultats partiels ou imprécis, et dans ce cas, nous pourrons nous appuyer sur la sagesse naturelle de l'inconscient pour lui proposer des outils qu'il pourra appliquer lui-même. Finalement, ce sera le résultat final - est-ce qu'on a obtenu l'effet désiré ? - qui nous permettra de valider nos hypothèses.

Intention positive

Notre démarche se fonde sur l'idée que des processus psychiques inconscients sont à l'origine de l'état du patient et que même si cet état est ressenti comme étant désagréable, invivable, pénible, insupportable, l'esprit inconscient ne cherche pas à faire du mal au patient. La souffrance est une

conséquence secondaire des processus, qui cherchent à atteindre un but plus important. C'est le principe de « l'intention positive » de Grinder et Bandler.

On peut dire aux patients que leur esprit fait partie d'eux au même titre que les muscles, le cœur, l'estomac, les poumons, les reins, Lorsqu'ils ressentent une douleur dans une de ces parties de leur corps, cela ne veut pas dire que cette partie leur veut du mal, mais plutôt qu'il s'agit du signal d'un dysfonctionnement. On comprend cela facilement pour une partie physique de notre personne, on peut comprendre que cela peut être pareil pour une partie psychique.

Par exemple, on peut imaginer que dans les cas de phobies et d'angoisses, puisque la peur est une réaction inconsciente face à un danger, l'intention positive est de protéger la personne d'un danger. Le dysfonctionnement provient, d'une part de l'intensité trop élevée de la réaction, comme dans les allergies au niveau physique, et d'autre part du fait que généralement le danger n'est pas réel. Néanmoins, l'intention est louable : préparer l'individu à réagir en présence d'un danger. Dans les cas d'angoisse, ce sont des pensées inconscientes qui génèrent la peur, le danger n'est pas plus réel que lorsque l'on fait un cauchemar. Cela n'empêche pas les gens qui en font de se réveiller avec tous les symptômes de la peur. A un certain niveau, notre esprit ne fait pas la différence entre le réel et l'imaginaire. Dans ce cas, notre objectif va être de modifier cet imaginaire.

Les questions que doit se poser le thérapeute sont entre autres celles-ci: qu'est-ce qui, dans ce qui se passe actuellement, fait persister le problème, et que peut-on faire ici maintenant pour provoquer un changement.

Outils d'investigation

Puisque le problème que l'on veut traiter à sa source dans l'inconscient, c'est à ce niveau qu'il faut investiguer. Le plus simple est encore de demander directement à l'inconscient qu'il explique ce qu'il se passe. Bien entendu, demander à l'inconscient ne se fait pas comme demander au conscient, il faut utiliser le langage de l'inconscient et ses méthodes de fonctionnements, d'où les différentes techniques qui vont être étudiées maintenant.

Pont des affects

Cette technique peut se faire de plusieurs manières, soit uniquement avec l'inconscient, soit en partie avec la conscience du patient. On peut rechercher des souvenirs dans l'histoire du patient, ou d'autre chose suivant les cas.

Dans un premier temps, on demande au patient - sous hypnose bien sûr - de retrouver un moment où il a ressenti le symptôme à partir duquel on va commencer les recherches. Lorsque le patient est bien dans la situation et qu'il ressent le symptôme - pas trop fort, juste un peu ça suffit, il est inutile de faire souffrir le patient - on pose une ancre kinesthésique de façon à établir une

relation entre l'ancre et le symptôme. Les articulations des doigts sont de bonnes ancres kinesthésiques, car visibles, bien nettes, accessibles, mais l'épaule, le genou, l'avant-bras, ... peuvent également être utilisées. On pose le doigt et on le maintient. Le patient est, en général, tellement préoccupé par ce qu'il est en train de vivre qu'il n'y prête pas attention. Par contre, au niveau inconscient, une association se crée entre ce contact et l'émotion. En maintenant l'ancre pendant tout le reste de la durée de la technique, on transmet à l'inconscient le message que c'est sur ce symptôme-là que l'on travaille.

Quand l'ancre est placée, on demande à l'inconscient, en lui parlant directement, de rechercher dans l'esprit du patient tout ce qui peut avoir un rapport avec ce symptôme, ce ressenti, cette émotion. Cela peut être des souvenirs, des images, des sons, des paroles, etc. Et on lui demande de rechercher ce qu'il y a de plus ancien, ce qui est à l'origine du symptôme, de rechercher dans le temps les plus anciens souvenirs. Pendant que l'inconscient fait cette recherche, on garde l'ancre kinesthésique. On demande au patient ou à l'inconscient de faire un signal quand il a terminé sa recherche et qu'il ne trouve rien de plus ancien. On peut lâcher l'ancre à ce moment et demander au patient ce que son inconscient lui a transmis. Ces souvenirs sont ensuite transmis à la conscience, en fonction du niveau de communication obtenu.

Si l'inconscient refuse cette transmission, on essaiera d'obtenir des informations sur le souvenir sans qu'il ne soit transmis directement. Par exemple, à quelle époque cela se passait, quel genre d'évènement a pu se passer, dans quel contexte, à quel endroit, avec qui, etc. Lorsque l'évènement est mieux cerné, il est plus facile de le faire venir ensuite à la conscience.

Si l'évènement s'est passé dans l'enfance, on peut préparer l'inconscient en lui indiquant que, maintenant, en tant qu'adulte, il est capable de mieux supporter. L'inconscient préparé de cette manière transmettra généralement l'information à la conscience. Soit la personne révèle l'information alors qu'elle est encore en transe, soit après avoir été réveillée, une fois que l'on est certain que l'information a été transmise. Parfois, cela provoque une certaine prise de conscience du patient, qui permet déjà de relativiser les choses, de mieux comprendre ce qui se passe en lui.

Abréaction

Parfois il n'est pas nécessaire de faire quoique ce soit pour que l'inconscient transmette des informations. Cela peut se faire spontanément dès que le patient rentre dans l'état d'hypnose, c'est l'abréaction dont nous avons déjà parlé lors de l'étude des inductions.

Ce n'est donc pas à proprement parler une technique, mais c'est une occasion en or d'obtenir des informations de l'inconscient, et il est important d'en profiter au maximum en aidant le patient à verbaliser ce qui se passe en lui à ce moment-là. Bien sûr, il faut rassurer le patient qui se demande souvent ce qu'il se passe,

lui expliquer que c'est une réaction normale de trop-plein émotionnel et que ça ira mieux dans quelques instants. On demande donc au patient ce qu'il ressent, physiquement dans son corps, quelle émotion il peut ressentir, quelles images il peut avoir, quelles pensées lui traversent l'esprit. On essaye de chercher ce qui est derrière cette réaction, derrière chaque émotion, derrière chaque image, jusqu'à arriver à quelque chose de concret, comme un souvenir d'un épisode de la vie du patient par exemple, ou une pensée concernant un événement passé ou à venir.

Dans un tel cas, on ne laisse pas partir le patient en larmes, on peut faire une réempreinte par exemple, on lui demande d'imaginer que la situation était différente. Par exemple, une patiente qui a eu une abréaction violente en se souvenant de son enfance, a imaginé que sa maman était beaucoup plus disponible, que son papa était resté amoureux de sa mère, n'avait pas divorcé, qu'ils avaient eu plein d'amour pour elle et s'étaient occupé d'elle comme elle aurait vraiment aimé. La patiente a imaginé des scènes, les a vécu et a ressenti quelque chose de très fort et de très positif, qui a été renforcé lors des séances suivantes.

Signaling et questionnement

La mise en place d'un signaling oui-non permet de poser des questions à l'inconscient et d'avoir ses réponses. Il faut bien s'assurer que ce sont les réponses de l'inconscient et que le patient n'intervient pas consciemment dans les signaux. Lorsque le signaling se fait par le mouvement des doigts, c'est évident, les mouvements inconscients sont très différents des mouvements conscients. Les mouvements inconscients sont hésitants, lents et perdurent longtemps à tel point que parfois il faut faire des pauses entre chaque question pour attendre que les mouvements s'arrêtent. Quand le signaling est fait d'une autre manière, c'est variable, même si on n'est pas complètement sûr qu'il s'agit bien des réponses de l'inconscient, on peut néanmoins tenter la technique et obtenir des informations importantes.

A partir du moment où le signaling est en place on peut demander à l'inconscient de nous transmettre des informations sur le problème que le patient souhaite régler. Il vaut mieux procéder par petites étapes, si on est trop direct on risque de se heurter à un blocage involontaire du patient. C'est d'autant plus vrai que le problème est douloureux pour le patient. Il faut faire attention à poser des questions fermées dont la réponse est soit oui, soit non.

Par exemple, on peut demander à l'inconscient s'il connaît la cause du problème, s'il connaît les origines du problème, s'il est d'accord pour aider le patient à le régler, s'il est d'accord pour transmettre des indications sur les causes ou sur l'origine du problème, s'il veut bien le faire maintenant par tout moyen à sa convenance : pensées, rêves, paroles, images, ...

Comme dans la technique du Pont des affects il peut être bon de commencer par mettre le patient dans une situation où le problème se manifeste un peu avant de commencer la série des questions et des réponses. Parfois les réponses viennent très vite, parfois même avant qu'on ait fini de les verbaliser, parfois elles sont longues à venir et il faut les attendre patiemment quitte à répéter la question ou même à la rephraser, l'inconscient pouvant ne pas avoir bien compris ce que l'on désirait, parfois on n'a plus de réponse à partir d'un certain moment. Dans ce dernier cas, on peut réveiller le patient et recommencer quelques minutes plus tard, ou bien passer à une autre technique.

Autres techniques

Parfois, on ne peut se référer à un événement précis, mais uniquement à une période, ou bien à un contexte. On peut utiliser le principe de l'association libre en faisant parler le patient de sa vie à cette époque particulière, ou bien de ses parents, ou de son conjoint, ou de quoi que ce soit que l'on soupçonne être impliqué dans l'état du patient.

Par exemple, une patiente se souvient qu'à une certaine époque, elle était triste, quand elle était petite fille, mais elle ne sait pas pourquoi. La question « *imaginez ce qu'il aurait fallu pour ne plus être triste* » a entraîné un torrent de larmes: « *j'aurai tellement voulu qu'on s'occupe de moi, qu'on joue avec moi, qu'on m'embrasse, qu'on me fasse des câlins,...* ». La patiente avait donc la réponse, mais enfouie dans son inconscient, il a simplement suffi de lui faire penser à ce qui lui avait manqué pour que cela sorte.

Une telle recherche ne donne pas nécessairement directement le résultat, l'origine du problème, mais permet d'obtenir des informations que l'on peut, ensuite, exploiter afin d'aider la personne.

Le Recadrage

Une fois que l'on a retrouvé le souvenir d'un événement associé au symptôme, il ne faut pas en rester là évidemment. Il n'est apparemment pas possible d'effacer un souvenir, mais on peut en changer les associations émotionnelles. C'est le principe du recadrage.

On va alors mettre, par-dessus le souvenir du patient, une construction créée par l'imagination sous hypnose. En pratique on demande à la personne d'imaginer ce qu'il aurait aimé à la place de ce qui s'est réellement passé. Il faut imaginer que les conditions, les personnes aient été différentes. Cela nécessite parfois de remonter les générations. Se dire, par exemple, que la maman était triste parce que sa propre maman était très sévère avec elle et imaginer, alors, que la grand-mère ait été moins sévère, que la mère ait été gaie et voir comment cela se serait passé avec cette mère heureuse et pleine de vie.

Le patient imagine et construit, dans son esprit, des choses positives, une sorte de rêverie qui va opérer un recadrage. Celui-ci, sous hypnose, a un impact extrêmement fort et aura l'impression d'avoir vécu une autre vie.

Ce nouveau souvenir va cacher l'ancien. Il faut bien sûr insister, le répéter plusieurs fois afin que cela soit bien en place, de façon à ce que la personne, y repensant inconsciemment, tombe sur ce nouveau souvenir, débouchant sur une émotion positive, créant parfois une nouvelle croyance qui va venir prendre la place de l'ancienne. Ce changement n'est pas instantané, mais peut être très rapide pour certains.

On demandera à certains d'imaginer une nouvelle scène et cela suffira. A d'autres, plus difficiles, on dira qu'il s'agit d'une pièce de théâtre, dont le scénario et les répliques sont à modifier. Le patient verra cette nouvelle scène de l'extérieur, en se dissociant d'elle. Une fois la scène retravaillée de l'extérieur, on demande au patient de la vivre de l'intérieur : « *Maintenant, ce n'est plus un acteur, c'est vous-même, vous êtes dans la scène, face à l'autre ou aux autres, et vous vivez cette scène modifiée* ».

Certains patients diront qu'ils ne peuvent imaginer que leur mère, ou leur père, ou qui que ce soit dans la scène, ait été différent. Dans ce cas, il y a lieu d'expliquer, dans un premier temps, qu'il s'agit, dans la scène, de quelqu'un d'autre, d'un acteur ou d'une actrice, qui ressemble à la personne de la scène originelle, mais qui ne l'est pas. On leur fait, ensuite, recommencer avec quelqu'un qui ressemble tellement à la personne qu'ils peuvent se demander si ce n'est pas elle. Puis, en se disant que c'est peut-être elle, enfin, avec la certitude que c'est bien elle. On joue sur un glissement progressif de l'image, étape par étape.

L'un des avantages de l'hypnose est de pouvoir vivre des scènes imaginaires qui vont masquer des souvenirs réels dans l'esprit du patient. Les recherches au niveau de l'inconscient, afin de comprendre ce qui se passe, et la mise en place de nouvelles structures dans l'esprit, grâce à l'hypnose, constituent le noyau de la thérapie.

L'hypnose permet de mettre en place certaines choses, presque comme s'il s'agissait de la réalité, permettant au patient de se sentir beaucoup plus en confiance et de l'inciter à accepter de le faire réellement. Erickson faisait beaucoup de prescriptions, il demandait aux gens de faire les choses concrètement. Cette méthode de changement est la plus puissante. Par exemple, pour quelqu'un qui est timide, faire un discours devant une assemblée est insupportable. La préparation hypnotique va lui permettre de dépasser cette peur, de se rendre compte qu'il en est capable et de lui donner la force de le faire réellement. Mettre en place des structures nouvelles permet de régler le problème, l'important toutefois étant d'inciter la personne à agir concrètement. Pour les phobies par exemple, il est nécessaire que la personne se mette dans la situation et se rende compte qu'il n'y a plus rien à craindre. Car même si au niveau inconscient tout a été fait, au niveau conscient, reste la peur d'avoir peur.

Au niveau de la mise en situation, les techniques de Thérapie Comportementales et Cognitives (TCC) sont très utiles. Mais il y a toute la préparation, en amont, qui permet que cela soit réalisable. Il existe notamment des techniques spécifiques pour les phobies. Généralement, les patients se font des films, qu'il faut leur apprendre à combattre et à remplacer par d'autres. Certaines techniques permettent de travailler sur les images mentales pour supprimer ces films, ruminations, pensées noires, saboteurs internes, qui sont dans l'esprit du patient et le bloquent. Ce sont ces choses qui empêchent la résolution du problème, et qui l'entretiennent. Il est important de les mettre à jour, ce que permet la recherche inconsciente. L'hypnose permet, en effet, non seulement de rechercher les causes premières, mais également ce qui entretient le problème.

Travail sur les parties

Le concept de partie a été introduit, à ma connaissance, par Grinder et Bandler. Cela consiste à considérer l'esprit humain comme composé de parties séparées qui ont chacune une fonction spécifique. Attention, il ne s'agit pas de personnalité multiple, mais d'un fonctionnement normal de l'esprit, qui n'est pas considéré comme un monolithe, mais plus comme une collection de processus ou de programmes, comme en informatique. Ce concept est un outil intéressant dans bien des cas.

Exploration

Après avoir expliqué au patient que son symptôme, ou son comportement, ou ses pensées perturbantes sont produits par une partie de son esprit, on lui demande de visualiser cette partie comme si elle était sortie de sa tête et s'était placée devant lui. La partie peut prendre n'importe quelle forme, ce n'est pas au patient de choisir consciemment cette forme, elle s'impose d'elle-même de façon inconsciente. Parfois cela peut être le patient lui-même, éventuellement quand il était enfant, ou bien cela peut être un animal, une forme abstraite, un personnage particulier de la vie du patient, etc. Lorsque le patient visualise bien la partie, on lui demande d'établir une communication avec celle-ci avec des signaux oui et non. Lorsque c'est fait, on peut poser des questions à cette partie. On peut chercher à comprendre de quelle expérience elle provient, on peut lui demander quel est son rôle, l'intention positive derrière le comportement ou le symptôme, etc. En fonction des réponses obtenues, on pourra ensuite faire un travail de changement, comme un recadrage de moyens par exemple.

Fusion des parties

Il arrive que des patients aient des conflits intérieurs qui les gênent terriblement. Ils sont à la fois tirés d'un côté et tirés de l'autre, ce qui les empêche d'avancer.

On demande au patient de prendre contact avec la première partie, de la ressentir en lui, de ressentir ses façons de penser et d'agir, puis on lui demande d'imaginer que cette partie vient se loger dans une de ses mains, disons pour l'exemple la droite. On lui demande de visualiser cette partie dans sa main, de voir sa forme, ses couleurs, de sentir son poids, sa texture. Ensuite on lui demande de faire la même chose avec l'autre partie qui va se loger dans l'autre main, la main gauche dans notre exemple.

Quand les deux parties sont dans les mains, on demande au patient de se concentrer sur la première, et on commence un dialogue pour trouver quel est l'objectif final qui se trouve derrière ses agissements. Il faut arriver à ce que les Andreas appellent un « état essentiel », c'est à dire un état d'être, indépendant des autres, qui n'est pas une émotion et qui est indispensable. Cela peut être : le bien-être, la santé, la sécurité, l'amour, etc. A chaque objectif intermédiaire X, on demande à la partie ce que ce X apporte au patient, ou bien ce que la partie désire obtenir de plus profond pour le patient en faisant X. En quelque sorte on remonte une chaîne d'objectifs intermédiaires jusqu'à arriver à l'état essentiel, l'objectif final. Ensuite on fait la même chose avec l'autre partie. Généralement on obtient le même état essentiel, ou si ce n'est pas exactement le cas, on fait un recadrage pour trouver ce qui est commun. Dans tous les cas, les parties agissent pour le bien du patient, donc cette partie commune existe.

Ensuite, on demande à chaque partie, l'une après l'autre, si elle est d'accord pour aider l'autre partie à atteindre ce but commun. Généralement la réponse est « oui ». Si ce n'est pas le cas, on peut expliquer à la partie que c'est son intérêt de le faire puisque cela permet au patient d'atteindre son propre objectif. Lorsque les deux parties sont d'accord, on demande au patient de lever les bras de façon à ce que les paumes de ses deux mains soient face à face à 20 ou 30 cm d'écart, les coudes levés de façon à pouvoir bouger facilement les mains.

On dit alors aux parties de commencer à échanger leurs ressources propres pour aider l'autre partie à s'améliorer, à être plus efficace pour atteindre le but commun. En même temps on suggère que les deux parties s'attirent l'une vers l'autre, que des liens se créent entre elles, qu'en échangeant des ressources elles deviennent de plus en plus proches, de plus en plus semblables, et que le patient peut ressentir cette attirance dans ses mains qui se rapprochent l'une de l'autre. On continue comme cela jusqu'à ce que les deux mains se touchent, et on dit alors que les deux parties fusionnent et ne font plus qu'un, que les deux anciennes parties ont disparu pour faire place à une nouvelle partie qui a repris le but commun et qui va agir d'une manière plus efficace puisque maintenant elle va tirer le patient dans une seule direction. On peut terminer la technique par

une futurisation dans laquelle le patient va se voir agir avec les nouveaux comportements qui découlent de la fusion des parties.

L'image du monde, les croyances, les souvenirs

Lorsque des croyances viennent limiter les comportements possibles du patient et sont la cause de ses problèmes ou d'une partie de ses problèmes, on peut utiliser la technique du recadrage. Il ne s'agit pas d'imposer d'autres croyances au patient, comme pourrait le faire une secte ou une religion, mais d'aider le patient à se créer de nouvelles croyances par lui-même. Il s'agit donc d'élargir et d'enrichir sa vision du monde en lui permettant d'accéder à de nouveaux points de vue.

Généralement les croyances sont créées par des événements que le patient a vécus dans un passé parfois lointain. Il est parfois possible de retrouver cet événement et dans ce cas on travaillera sur le souvenir que le patient en a de façon à ce qu'il puisse le revivre d'une autre manière pour un déduire une autre croyance. Il s'agit d'un recadrage par une expérience de vie sous hypnose.

Pour les considérations théoriques sur le recadrage, je vous renvoie à l'ouvrage de Watzlawick, Weakland et Fisch : « Changement, paradoxe et psychothérapie ».

Une grande partie du travail de recadrage peut être fait au niveau conscient, simplement en discutant avec le patient et en lui posant des questions qui seront autant de suggestions pour percevoir une situation autrement (voir le Recadrage verbal dans le chapitre sur les croyances). On peut alors avoir des dialogues du genre:

Thérapeute: *Quand vous dites X, est-ce que vous voulez dire X1, ou X2 ?*

Patient: *Ha ! Je n'avais pas pensé à ça. C'est une bonne question.*

(Suit un moment de réflexion du patient qui examine les options proposées et fait son propre choix.)

Le travail du recadrage sous hypnose est très différent, et produits des résultats parfois spectaculaires. Il existe différentes façons de faire, nous allons en étudier quelques-unes.

Ré-empreinte

La Ré-empreinte consiste à partir du souvenir de l'évènement, qui a permis au patient de se créer la croyance que l'on souhaite modifier, à lui superposer une autre scène qui va avoir une conclusion différente et qui surtout est associée à une émotion différente. L'idée sous-jacente est d'utiliser la mémoire corticale, accessible consciemment, pour modifier le contenu de la mémoire émotionnelle

qui elle est inconsciente. Il s'agit d'une technique fondamentale de changement que tout bon hypnothérapeute doit parfaitement maîtriser.

En pratique on commence par demander au patient de revoir la scène initiale en dissocié. Cette distanciation permet de ne pas être surchargé par l'aspect émotionnel de la scène et donc de pouvoir mieux réfléchir. Ensuite, on demande au patient de chercher comment la scène aurait pu être mieux pour lui. Lorsque le patient a du mal à envisager un changement on peut lui suggérer qu'il est un metteur en scène et qu'il dirige des acteurs. On peut aussi lui dire que les personnages de la scène, quand il y en a, ont été changés par un moyen ou par un autre (baguette magique, intervention divine, psychothérapie, ...) ou bien que ce ne sont pas les vrais personnages, mais des acteurs qui leur ressemblent. Lorsque la nouvelle scène est au point, on demande au patient de la vivre de l'intérieur, en associé, plusieurs fois de préférence, et de bien ressentir tous les effets que cela donne, toutes les émotions que cela lui procure. On peut éventuellement lui demander quelle nouvelle croyance il peut tirer de cette scène modifiée.

Certains patients diront que cela n'est pas vrai, que ça ne s'est pas passé comme ça. On peut leur répondre que cela n'a pas d'importance que ce soit vrai ou pas. On peut utiliser plusieurs métaphores, par exemple celle d'une vieille maison que l'on restaure : les murs sont sales et abîmés, et donc on met par dessus un nouvel enduit ou des plaques de placoplâtre, et ensuite on repeint, on obtient une maison agréable à vivre, même si derrière la peinture les murs sont toujours sales et abîmés, on s'en moque puisque qu'on ne les voit plus, et c'est ça qui compte. Il s'agit pour le patient de faire en sorte que son monde intérieur soit agréable à vivre. On peut aussi faire remarquer que lorsqu'il va au cinéma, il sait que ce qu'il voit n'est pas vrai, il sait que ce sont des acteurs qui jouent, mais cela ne l'empêche pas d'avoir du plaisir ou de ressentir des émotions fortes. Il n'est pas nécessaire que cela soit vrai pour que ça agisse. Il s'agit pour le patient de se faire son propre cinéma intérieur qui soit agréable à vivre pour remplacer celui qui a été créé inconsciemment par les événements qu'il a vécus.

L'enfant en soi – le double

Lorsque le problème du patient a trouvé son origine dans son enfance, on peut lui demander de visualiser l'enfant qu'il a été à ce moment de sa vie. On lui demande alors de communiquer avec cet enfant pour l'aider à résoudre le problème.

Par exemple, dans le cas d'un événement traumatisant, on peut demander au patient de parler à l'enfant avant l'évènement en question et de lui expliquer ce qu'il va se passer, de le préparer à ce qu'il va vivre. Lorsque l'enfant est prêt, on demande au patient de redevenir cet enfant, d'écouter cet adulte qui vient lui parler de son avenir et ensuite de vivre l'évènement d'une façon différente puisque cette fois il a été préparé. L'évènement peut être quelque chose de très

banal pour un adulte, mais peut avoir été très mal ressenti par un enfant qui ne l'a pas compris. Cela peut être une opération de chirurgie, ou un divorce, ou un déménagement, etc.

Une autre façon de faire, est de simplement parler à l'enfant, de le rassurer en lui expliquant ce que va être sa vie, qu'il n'a pas à s'en faire, que tout va bien se passer, etc. Le patient peut d'autant plus le rassurer qu'il connaît le déroulement de sa vie et qu'il peut évoquer des souvenirs agréables qu'il a connus par la suite.

Bien entendu, cette technique peut être utilisée avec des événements qui n'ont pas eu lieu dans l'enfance, mais qui n'ont pas été compris sur le coup. Dans ce cas, le patient se retrouve lui-même, ou plutôt son double dans le temps, et le reste de la technique est similaire. Cela peut être utile pour les gens qui ont eu un malaise et qui ont cru qu'ils allaient mourir. Le patient du présent explique à l'autre du passé que ce qu'il va vivre est certes désagréable mais absolument sans danger, lorsqu'il en est convaincu, il peut revivre le souvenir du malaise sans ressentir de peur panique. L'association entre la peur et le souvenir est coupé.

Les sous-modalités

Les techniques qui utilisent les sous-modalité sont expliquées en détail dans le chapitre correspondant. Elles permettent de travailler sur la forme sans toucher au contenu.

Futurisation

Nous avons tendance à nous projeter dans le futur. Nous imaginons avec plaisir un événement heureux à venir (naissance, mariage, vacances,...), nous avons peur à l'idée que quelque chose de désagréable va arriver (examen, licenciement, hospitalisation, ...). Nous faisons des projets, des plans d'avenir, nous préparons nos actions pour qu'elles soient plus efficaces. Nous sommes constamment en train de nous projeter dans l'avenir.

Nous pouvons utiliser cette propriété de l'esprit humain pour renforcer les changements mis en place chez nos patients en leur demandant de se projeter dans le futur avec les résultats positifs qu'ils souhaitent de la thérapie, avec la nouvelle confiance qu'ils viennent de développer, avec les nouvelles croyances qu'ils viennent de se faire, etc. Se visualiser dans le futur renforce les changements en les rendant familiers.

On peut utiliser cela dès qu'un progrès a été fait, dès qu'une technique a produit des résultats pour qu'ils s'ancrent bien dans l'esprit du patient.

On peut aussi utiliser le principe de la futurisation dès le début de la thérapie en demandant au patient de s'imaginer après la réussite de la thérapie et en lui demandant ensuite ce que cela a changé dans sa vie. C'est une bonne manière de

lui faire préciser ses objectifs réels lorsque ça lui est difficile. Cela peut apporter beaucoup d'informations pertinentes.

Les niveaux logiques

Il s'agit d'un outil conceptuel qui aide le thérapeute à bien cibler son intervention. Le terme « niveau logique » est issu des travaux de Bertrand Russel, au début du XXe siècle, sur la logique et les paradoxes qui apparaissent quand on mélange des concepts qui appartiennent à des classes différentes. Gregory Bateson, dans les années 60, a utilisé cette idée dans l'étude du comportement humain et de la communication interhumaine. Enfin, Robert Dilts, dans les années 80, a adapté les idées de Russell et Bateson pour structurer une hiérarchie de niveaux qui fonctionnent comme différents types logiques de processus.

	Niveau logique	
6	Spiritualité	est lié au fait que nous appartenons à un système plus grand que nous en tant qu'individu, comme notre famille, notre communauté, l'humanité, la vie, l'univers...
5	Identité	détermine les contours des croyances et des valeurs en fonction du sentiment de sa propre personne
4	Croyances et valeurs	donnent les motivations et les permissions qui permettent ou empêche l'expression des capacités
3	Capacités	guident et donnent la direction des comportements en fonction de cartes mentales, de plans ou de stratégies
2	Comportements	les actions et réactions de la personne dans son environnement
1	Environnement	détermine les facteurs et opportunités externes auxquels la personne doit réagir

Un changement à un niveau donné se répercute dans tous les niveaux inférieurs, mais peut n'avoir aucune influence sur les niveaux supérieurs. Par exemple, changer un comportement ne va pas forcément avoir de conséquence

sur les croyances, alors qu'un changement de croyance va impliquer fort probablement des changements de comportements. En suivant les idées de Dilts, on peut comprendre qu'il est important de faire des changements au bon niveau logique.

Les outils utilisés dépendent du niveau d'intervention souhaité. Les métaphores, les contes, et les rêves dirigés peuvent être utilisés pour les niveaux « Spiritualité et « Identité ». La Réempreinte peut être utilisée pour les niveaux « Identité », « Croyances et valeurs » et « Capacités ». Le Recadrage de moyens peut être utilisé pour les niveaux « Capacités » et « Comportements ».

STRATEGIES

Les stratégies thérapeutiques présentées dans ce chapitre sont des illustrations de la manière dont un hypnothérapeute peut utiliser les outils de l'hypnose ericksonienne pour aboutir aux changements demandés par le patient. Il ne s'agit aucunement de recette à appliquer telle quelle. Chaque patient est unique, et chaque thérapie l'est également.

Les dépressions

Que faire quand un patient arrive et que, manifestement, il possède tous les symptômes d'une dépression. La première chose est de se demander ce qu'est une dépression d'un point de vue psychologique. Le patient a un certain nombre de symptômes : sentiment de tristesse, d'échec, d'impuissance, manque d'intérêt, de plaisir, perte de poids, insomnies, fatigues, dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires éventuellement. Il peut également affirmer qu'il boit tout le temps, qu'il broie du noir, qu'il a des idées noires, qu'il est irritable, qu'il a des difficultés dans les relations sociales, des difficultés sexuelles, des préoccupations disproportionnées pour des petites choses qui prennent alors une importance démesurée.

Dans les cas de dépression, une émotion de base est en jeu, la tristesse, éventuellement accompagnée d'émotions secondaires autres, comme la honte ou la culpabilité, qui elles-mêmes, renforcent la tristesse.

Qu'est-ce qui génère cette émotion et pourquoi reste-t-elle là ? On peut distinguer un niveau cognitif plus ou moins conscient et un niveau inconscient.

Au niveau cognitif, il s'agit souvent de ruminations concernant l'estime de soi: « *je suis nul* », « *je suis incapable* », « *je n'arrive à rien* », « *tout ce que je fais rate* », « *je ne suis pas capable de ...* », etc. Ce sont des pensées dont la personne a conscience, même si elle n'a pas conscience de leur origine. Le langage utilisé dans les ruminations négatives et dévalorisantes est également particulier (cf. le Métamodèle, avec des généralisations extrêmes : « *c'est toujours comme ça* », « *personne ne m'aime* », « *je rate tout ce que je fais* »). Cette façon de parler généralise tellement les problèmes, qui sont réels au départ, mais limités, que plus rien ne semble possible, la personne se sentant coincée. (Voir le Pessimisme ci-après)

D'après Damasio, les pensées négatives arrivent après l'émotion de tristesse. D'après lui, c'est l'émotion qui modifie le fonctionnement de l'esprit et qui provoque ces pensées. Il se base sur une expérience extraordinaire réalisée en

stimulant par des électrodes certaines zones spécifiques du cerveau d'une personne qui devait être opérée pour une raison quelconque. Lorsqu'une zone précise a été stimulée, la personne a commencé par changer d'expression, signe que l'émotion était présente, et ensuite, après un certains temps, elle s'est mise à pleurer et à exprimer des pensées négatives du genre: « la vie ne vaut pas le coup d'être vécue », « je ne vaut rien, » ... Lorsque la stimulation électrique a été arrêté, elle a arrêté de pleurer, les pensées négatives ont disparues ainsi que l'émotion de tristesse, et la personne a retrouvé un état normal avec des pensées ordinaires. L'expérience a été faite une deuxième fois avec les même résultats.

Cette expérience laisse penser qu'il est vain de vouloir combattre les pensées négatives tant que l'émotion de tristesse est présente. La première chose à faire serait donc de supprimer les processus inconscients qui maintienne la tristesse. Ensuite, si nécessaire, on peut travailler sur le pessimisme.

Les sources inconscientes de l'émotion sont de plusieurs sortes, dont, notamment, les pensées refoulées. Par exemple lors d'un deuil, la perte de l'être cher n'a pas été résolue. Le deuil est quelque chose qui arrive à tout le monde, un jour ou l'autre, mais la tristesse, qui est une réaction naturelle, n'est pas faite pour durer indéfiniment. Généralement, ça prends un certain temps, mais on fini par sortir de cet état. Mais parfois le processus naturel reste bloqué, la personne ne parvient pas à sortir de cette phase de deuil, et la tristesse peut se maintenir pendant des années malgré tous les anti-dépresseurs du monde.

Parfois, ce sont des souvenirs d'évènements de l'enfance dans lesquels le patient a été dévalorisé, et dont il en garde des pensées négatives selon lesquelles il n'est pas capable, il est nul et ne vaut rien.

Enfin, il existe des croyances, intermédiaires, semi-conscientes, comme: « *je dois toujours réussir* », « *je dois être aimé par tout le monde* », « *s'occuper de soi c'est égoïste* » ... qui proviennent le plus souvent de l'éducation, de la culture, mais peuvent également être acquis par l'expérience. La personne se fixe des objectifs inatteignables en raison de ses croyances personnelles. La personne est alors toujours en échec.

Alors que faire dans ces cas là ? On peut commencer par analyser le langage de la personne, pour faire le tri entre les pensées qui résultent de son état dépressif et les événement réels de sa vie. On cherche si elle utilise des quantificateurs universels: toujours, personne, jamais, tout le monde, tout le temps, à chaque fois, bref, si elle fait des généralisations abusives. On peut, ensuite, creuser en faisant des challenges: « *Comment, il n'y a absolument personne qui vous aime ? Vous n'avez jamais reçu d'amour de toute votre vie ?* » ... On fait mettre à jour ce qui se cache derrière ces généralisations, de façon à ce que la personne dise, « *mais non, ce n'est pas tout le monde, c'est X, ma mère, mon patron,...qui ne m'aime pas* ». On peut également dire quelque chose comme: « *Comment savez-vous que X ?* » et là, la personne répond: « *Parce que ça m'est déjà arrivé. - Combien de fois ? - Une fois...* ». Ensuite, le patient est

amené à rephraser sa pensée afin qu'elle soit plus en conformité avec son expérience réelle.

Il est très intéressant de demander quand la dépression a commencé, et d'essayer d'être le plus précis possible. Le moment où la personne s'est sentie en dépression pour la première fois. Parfois des réponses claires sont données (au décès de mon père, ou de ma mère, après mon accouchement, ...), parfois c'est moins évident, cela a été progressif, parfois, c'est un tout petit événement (une petite altercation au bureau par exemple, le patron qui n'a pas donné de promotion ...). On peut alors se dire qu'un problème existe au niveau de l'estime de soi. Cela peut donc être intéressant de retrouver l'événement déclencheur, s'il y en a un (il n'y en a pas forcément un, ou parfois, il n'est pas forcément conscient). Il faut alors creuser à ce niveau, pour comprendre pourquoi l'événement a provoqué le résultat. Parfois, il s'agit d'une succession d'événements (par exemple, trois ruptures amoureuses, la dépression s'étant déclenchée après la troisième, l'accumulation jouant). Il s'agit donc de trouver le point de départ le plus précisément possible, car cela peut apporter des informations importantes pour comprendre ce qui se passe dans l'esprit du patient.

Ce premier travail, assez long, peut prendre plusieurs séances. Il faut être extrêmement rigoureux, ne rien laisser passer. Il est important de faire prendre conscience à la personne que sa façon de parler la handicape et de lui demander de continuer le travail fait en séance, c'est-à-dire d'étudier son discours intérieur et de faire attention à ces distorsions pour, ensuite, se demander ce qui la fait penser comme cela, quelles expériences réelles sont à l'origine de telles pensées. Il s'agit de voir quelles sont les évènements où cela n'a pas fonctionné, combien il y en a eu exactement, de faire une liste exhaustive, complète et réelle (en refusant systématiquement les quantificateurs et généralisations abusives). Les personnes intelligentes et qui sont très motivées pour évoluer vont se rendre rapidement compte que changer leur façon de verbaliser leurs pensées change beaucoup de choses. Ce n'est pas forcément suffisant, mais c'est une première partie.

Une autre partie, qui est à mi-chemin entre le conscient et l'inconscient, concerne les croyances. Elles peuvent être conscientes, mais agissent de façon inconsciente. C'est également en discutant avec la personne à l'état conscient que l'on peut mettre à jour ces croyances. Toujours en questionnant, en approfondissant, en cherchant à comprendre, en cherchant derrière chaque expression, chaque mot, ce qu'il y a précisément, ce que cela signifie pour la personne, en essayant de comprendre le modèle du monde de la personne et sur quoi il est basé. Une fois les croyances mises à jour, un travail de recherche des origines est à effectuer, qui peut être inconscient. En effet, une fois que les croyances sont installées, on ne sait plus forcément d'où elles proviennent.

Parfois les gens disent: « *c'est comme ça* », « *le monde est comme ça* », « *c'est la vie* ». Au psychologue de trouver des contre-exemples où la croyance est mise en défaut, pour montrer au patient que son modèle du monde

est quelque chose de personnel et pas d'universel, et donc le ramener à ses propres expériences de vie.

Enfin, la troisième partie, c'est une recherche purement inconsciente, qui part des croyances, des ruminations ou de l'émotion de tristesse. Une fois qu'on a fait l'induction, on part de ce que nous a donné le patient. On lui demande par exemple de retrouver un moment où il pleurait, où il ne se sentait pas bien, ou de laisser venir cette émotion pour voir ce qu'il y a derrière. On peut, à cet égard, utiliser la technique du Pont des affects: faire ressentir l'émotion, faire un ancrage kinesthésique et demander à l'inconscient de rechercher quelle en est l'origine, les souvenirs les plus anciens associés à cette émotion ou à ces pensées.

La suite dépend de ce qui a été trouvé au niveau inconscient. Il faut changer soit les pensées sur soi-même, soit les croyances. Par exemple, si le patient a souffert dans son enfance parce que ses parents ne s'occupaient pas de lui, et qu'il en a conclu qu'il n'était pas quelqu'un de bien, le thérapeute lui fera prendre conscience que les parents étaient occupés avec leurs propres problèmes et que le manque d'attention n'a rien à voir avec sa valeur propre. On fera au patient une ré-empreinte comme vu plus haut (« *Imaginez ce qui se serait passé si vos parents avaient été libérés de leurs problèmes et avaient pu s'occuper de vous comme vous l'auriez aimé* »). Ceci va modifier les croyances, l'estime de soi, et peut donc débloquer la situation.

Dans un cas comme celui-ci, il est important de prolonger ce travail par une Futurisation, demander à la personne de s'imaginer dans le futur avec ses nouvelles croyances, avec ses nouvelles pensées. L'ouverture vers le futur est très importante. Généralement, les gens sont bloqués dans une situation, un de leurs symptômes étant de n'avoir aucun futur. Dès lors où ils ont l'occasion d'en créer un, les obstacles ayant été supprimés, ils sortent de l'état de dépression. Il faut donc prendre du temps à leur demander de faire de belles images, d'amplifier les sentiments positifs qu'ils ressentent.

La technique de deuil

Le deuil est un cas particulier. Il s'agit de la perte d'une personne qui n'a pas été réglée, pour une raison quelconque, qui peut remonter loin, parfois jusqu'à 30 ans ou plus. Ceci a lieu, par exemple, si le patient se sent coupable de quelque chose par rapport à la personne disparue et de ne pas s'être fait pardonner...

Exemple: une patiente souffrait de dépression chronique depuis une vingtaine d'années. Tous les ans, au printemps et à l'automne, elle faisait une crise qui l'obligeait à se mettre en arrêt de travail pour un mois. La recherche sous hypnose a révélé qu'elle se sentait coupable d'avoir laissé sa mère à l'hôpital pendant qu'elle était en vacances avec son mari et ses enfants, sa mère étant décédée pendant qu'elle était

partie. Sous hypnose, elle a alors imaginé qu'elle était avec sa mère juste avant son décès, lui a parlé une dernière fois, se libérant de cette culpabilité en s'imaginant avec sa mère jusqu'au bout. Il s'agit d'une ré-empreinte.

Une fois que l'on a identifié ce qui s'est passé, et la raison pour laquelle le processus est resté bloqué, on peut commencer la technique de deuil proprement dite.

La première phase de la technique consiste pour le patient à retrouver la personne disparue, lui parler et vider son cœur, c'est-à-dire faire sortir l'émotion bloquée. Souvent, tout est réglé simplement en parlant avec la personne disparue, en lui disant qu'on l'aime, qu'il ou elle lui manque, etc. Par exemple, une patiente qui n'avait pas fait le deuil de son père, a imaginé le retrouver et lui a présenté son petit-fils qu'il n'avait jamais vu, alors âgé de huit ans. Elle a imaginé que son père parlait avec son petit fils, qu'il allait le voir jouer au foot et plein d'autres scènes. Le manque a pu ainsi être comblé grâce à l'hypnose.

La deuxième phase consiste à demander au patient de retrouver tous les bons souvenirs liés à cette personne. Il en existe nécessairement, sinon il n'y aurait pas de liens affectifs et le décès ne serait pas un problème (par exemple, pour une mère : vous accompagner à l'école étant petit, le goûter au retour, une chanson pour vous endormir, un sourire, une parole gentille ...). Le patient est donc amené à rechercher différents souvenirs agréables, comme s'il constituait un album de bons souvenirs. Le patient est laissé ainsi un certain temps, de manière à ce que, lorsque le patient pense à la personne disparue, tous les souvenirs réactivés lui reviennent à nouveau, et l'affect qui s'en dégage soit agréable. Certains patients pleurent à ce moment-là, craignant de ne plus retrouver cette sensation. Il faut alors les rassurer en expliquant qu'ils peuvent revivre ces moments agréables ancrés dans leur esprit. Le patient est alors soulagé et prêt pour la troisième phase.

Au cours de celle-ci, la personne décédée doit s'en aller. A ceux qui ne veulent pas qu'elle parte, il faut expliquer que ce départ est nécessaire, mais qu'ils peuvent la retrouver dans leur esprit quand ils le veulent. Le patient doit la voir ou la sentir s'éloigner, s'en aller. Visuellement le patient doit s'imaginer que l'autre devient de plus en plus petit parce qu'il est de plus en plus loin, jusqu'à disparaître complètement. Il est très important, pour l'inconscient, d'avoir cette image de la personne qui s'en va, afin d'accepter son absence. Certains patients freinent dans cette phase. Il est préférable de revenir alors à la première étape, car le patient a peut-être encore certaines choses à dire à la personne disparue. En général, la deuxième fois, ils franchissent l'étape.

Enfin, la quatrième étape consiste à dire au patient que maintenant la personne est partie, mais que tous les bons souvenirs restent dans la mémoire, et qu'il est possible de les revivre.

On oriente ensuite le patient vers le futur: « *Vous allez pouvoir continuer, vivre votre vie, vous occuper de vos enfants, de votre famille, de vos amis. Il y a plein de choses à vivre, des choses positives et agréables* ». On peut également ajouter que la personne disparue aurait aimé que le patient soit heureux et que la meilleure chose à faire pour faire plaisir à la personne disparue est que le patient soit lui-même heureux.

Le pessimisme

Le pessimisme est à ne pas confondre avec la dépression. La dépression est une pathologie alors que le pessimisme est uniquement une façon de penser et de percevoir le monde. Mais, lorsqu'on veut aider quelqu'un à sortir d'une dépression, il est important de l'aider à changer sa façon de penser. D'autre part, des patients qui sans être en dépression ont une tournure d'esprit pessimiste, auront du mal à envisager la réussite de la thérapie et seront plus enclins à abandonner avant d'avoir réussi. C'est la raison pour laquelle nous nous intéressons ci-après au pessimisme.

Le pessimisme est une façon d'appréhender les événements et de les interpréter, de manière négative. En général, les pessimistes sont pris dans un schéma cognitif: lorsqu'ils sont confrontés à une difficulté, une adversité comme il peut y en avoir dans la vie, leur interprétation des faits va en général définir les causes du problème comme étant permanentes, générales et personnelles. C'est à dire, c'est eux qui sont responsables (« *C'est ma faute...* »), c'est tout le temps comme ça (« *Ça ne changera jamais...* ») et c'est comme ça dans tous les cas (« *Ça se répercutera sur tous les aspects de ma vie...* »). Il s'agit donc de leur apprendre à changer ce schéma cognitif.

Le thérapeute peut détecter ce pessimisme dans la façon de parler du patient, grâce au vocabulaire utilisé, principalement les quantificateurs universels (toujours, jamais, personne, tout le monde, tout le temps ...). Les pessimistes appliquent une violation permanente du Métamodèle au niveau des quantificateurs par des généralisations abusives permanentes : toutes les causes, tous les objets et tout le temps, alors qu'en réalité, leur expérience est limitée à quelques cas. Si cela ne va pas, c'est en outre de leur faute.

La première chose est de faire prendre conscience au patient de ces généralisations excessives pour, ensuite, leur apprendre à changer ces façons de penser. Voici, d'après Seligman, quatre moyens pour réfuter la généralisation.

1 - Se ramener aux faits – Contre-exemples

Lorsqu'un patient exprime une pensée qui correspond à une généralisation, on peut lui demander de vérifier les faits. Dans les faits, est-ce vraiment comme ça ? N'y a-t-il pas des contre-exemples ? Le thérapeute peut se baser sur son expérience et sur celle des autres, pour lui proposer d'autres situations où sa généralisation n'est plus vraie. Le patient sera dès lors amené à restreindre sa

généralisation et à préciser dans quels cas son assertion se vérifie, ce qui va le ramener à son expérience, à son vécu.

2 - D'autres explications – Causes extérieures

Il est également possible de proposer au patient d'autres explications que la sienne. Le problème n'est pas dans les faits (licenciement, décès, rupture amoureuse ...) mais dans l'interprétation de ceux-ci. Par exemple, dans le cas d'un patient qui dit « *J'ai été licencié par ce que je suis nul, incapable de faire un boulot correctement* », ce n'est pas le fait, mais son explication qui pose problème. On peut donc mettre au jour le raisonnement implicite, la manière dont le patient est arrivé à cette conclusion, pour lui proposer ensuite d'autres explications possibles. Celle du patient n'est pas la seule ce n'est pas une vérité absolue. Le fait d'avoir d'autres explications possibles va amener le patient à réfléchir et se dire que, peut-être, il y a des solutions, coupant ainsi le cercle vicieux du « *je suis nul et responsable de tous mes malheurs* ».

3 - Quelle importance ?

Une réflexion sur l'importance du problème peut également être posée. « *Quelle importance cet événement a-t-il sur le cours de votre vie ?* » Il faut demander d'explicitier les conséquences et leur influence sur la vie du patient. Le patient peut, en effet, se rendre compte que, finalement, les conséquences sont bénignes, voire nulles. On peut recadrer cette importance en fonctions des valeurs fondamentales du patient.

4 - Est-ce utile ?

Enfin, le quatrième aspect est de demander au patient s'il est utile de penser ainsi. Est-ce que cela lui apporte quelque chose ?

Cet exercice peut être fait au cabinet, rendant le patient quelque peu désorienté de découvrir qu'il est possible de penser autrement. Ceci leur ouvre énormément de possibilités, qu'ils doivent ensuite continuer à mettre en application (par exemple, en prenant un carnet et en notant les pensées négatives et leur réfutation), de manière à être responsabilisés.

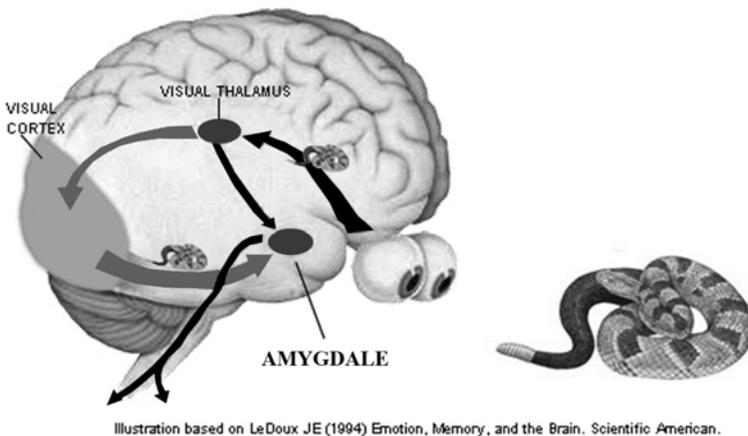
La réalisation de cet exercice peut changer la vie de certains patients qui, du jour au lendemain, se rendent compte qu'ils s'empêchaient d'agir en raison de certains schémas de pensée.

Ce travail, qui ne se fait pas sous hypnose, va aider les gens qui sont en dépression à ne pas y retomber au moindre problème. C'est un travail important, mais qui n'est pas suffisant en soi, il faut d'abord travailler sur les causes inconscientes.

Les troubles anxieux

Pour bien comprendre comment on peut travailler sur les problèmes qui sont liés à la peur, les troubles anxieux, il est intéressant de comprendre comment fonctionne cette émotion particulière. D'autant plus que d'après le ministère de la Santé des USA, 50% des troubles psychologiques reportés, autres que ceux liés à la consommation de drogue, sont des troubles anxieux. Cela correspond à mon expérience personnelle: j'ai constaté au fils des ans que les consultations pour les troubles anxieux sont bien plus nombreuses que pour les autres cas.

Les circuits de la peur ont été identifiés assez récemment, dans les années 70 à 80, notamment par les travaux de Joseph Ledoux, professeur à l'Université de New York.



Les deux circuits de la peur

La perception est aiguillée au niveau du thalamus d'une part vers l'amygdale et d'autre part vers le cortex visuel. L'amygdale génère la réponse physique émotionnelle avant même que le cortex visuel ait pu traiter l'information. Le traitement par le cortex permet de moduler la réponse émotionnelle dans un deuxième temps. Ce mécanisme élaboré par des millions d'années d'évolution permet une réponse rapide face à un danger tout en évitant les excès que l'on retrouve dans l'agoraphobie. L'amygdale joue le rôle de mémoire émotionnelle inconsciente, indépendante du cortex et de la cognition.

La peur a un intérêt évolutif évident. Il est primordial pour un être vivant de se souvenir de ce qui peut constituer un danger pour lui et d'y répondre le plus rapidement possible. On a identifié deux circuits neuronaux de la peur, un court et un long. Le premier circuit court permet une réponse immédiate avant même que le cortex visuel ait traité l'information. C'est quasiment un réflexe acquis. Le

deuxième plus long passe par le cortex visuel et viens ensuite moduler la réponse du premier circuit. La mémorisation d'un danger est immédiate, instantanée et durable. Les signes physiques de la peur : tremblements, mains moites, suées, tachycardie, boule dans l'estomac ou la gorge, sensation d'oppression, d'étouffement, mal au ventre, diarrhées, vomissements, etc., sont les manifestations de la préparation du corps à réagir face à un danger. Il se retrouvent pratiquement identiques chez les autres mammifères. La première réaction peut être une immobilisation, et simultanément, le corps se prépare soit à combattre soit à fuir, c'est-à-dire dans tous les cas à fournir un effort physique intense.

La peur est une émotion qui est traitée par des zones spécifiques du cerveau, et en premier lieu l'amygdale, qui agit comme une véritable mémoire émotionnelle inconsciente, différente de la mémoire cognitive. La plupart de nos peurs sont acquises - il existe bien quelques peurs innées, comme la peur du vide, la peur des serpents ou des araignées, mais elles sont très limitées. Cette mémorisation est faite dans l'amygdale, et semble être réalisée par la création de connexions entre neurones qui sont apparemment définitives, au moins dans certains cas. Cela signifie qu'une peur acquise peut le rester indéfiniment. Sauf qu'heureusement la nature a prévu un mécanisme d'inhibition – l'extinction - qui permet que ces circuits créés ne soient plus activés. Cela permet le déconditionnement comme l'a montré Pavlov dans les années 20.

Malheureusement, comme ces circuits restent, ils peuvent aussi être réactivé, parfois de nombreuses années plus tard, à l'occasion d'un nouveau stimulus, ce que Pavlov avait aussi remarqué. Cette réactivation des peurs anciennes, qui semblaient être oubliées, est très souvent décrite par les patients. La conséquence de ceci est que si on peut effectivement aider un patient à se débarrasser d'un trouble anxieux, grâce à l'extinction, il peut être intéressant de lui apprendre à faire de l'autohypnose pour qu'il puisse recommencer le processus si jamais sa peur venait à être réactivée plus tard. Une autre conséquence de cela, c'est que les peurs ne peuvent que s'additionner au fil du temps. Plus nous vieillissons et plus nous pouvons, potentiellement, avoir des peurs mémorisées.

Lorsqu'une réaction de peur est déclenchée, l'amygdale en plus de provoquer toutes les manifestations physiques par l'intermédiaire des glandes hypophyse et pituitaire, transmet des informations vers le cortex et vers les zones qui semblent contrôler la mémoire explicite, celle qui est mise en jeu quand nous retrouvons un souvenir consciemment. Cela signifie, comme on le sait bien, que les peurs sont mémorisées aussi à un niveau conscient. En sens inverse, l'extinction d'une peur semble être commandée par le cortex, c'est à dire par des fonctions supérieures de l'esprit. Les liaisons entre le cortex et l'amygdale sont beaucoup moins efficaces que celles en sens inverse ce qui explique qu'il faille de nombreuses répétitions pour éteindre une peur alors qu'une seule occurrence suffit pour la mémoriser.

Le stimulus qui provoque le déclenchement de la peur est traité par le thalamus, une zone plus primitive que le cortex et bien moins développée, et où le traitement de l'information est sommaire, ce qui fait que des stimulus semblables, mais non identiques au stimulus originel peuvent aussi déclencher la peur. Ceci explique par exemple que dans les cas de syndrome de stress post-traumatique, les patients ont des crises de panique déclenchées par des stimulus qui peuvent sembler banals. Par exemple, une porte qui claque peut déclencher une crise alors que le traumatisme a été provoqué par une explosion lors d'un conflit armé. Dans les deux cas, il s'agit d'un bruit fort et soudain et le thalamus ne fait pas la différence. Le cortex peut le faire, mais il le fait après que la peur ait été déclenchée.

La mémorisation consciente ou explicite semble être liée à l'hippocampe qui mémorise non seulement le stimulus qui a déclenché l'émotion, mais aussi tout le contexte. Cette mémorisation du contexte explique comment une peur peut se généraliser progressivement. L'hippocampe est une région du cerveau qui munit plus tard que l'amygdale, aux environs de deux à trois ans. Cela pourrait expliquer que de très jeunes enfants peuvent mémoriser des peurs au niveau émotionnel, dans l'amygdale, sans en avoir de souvenir conscient, parce qu'à l'époque l'hippocampe n'était pas assez mûr pour stocker l'information.

Cette mémorisation n'est pas toujours réalisée, car dans des situations de stress particulièrement fort, l'hippocampe et la mémoire associée peuvent être inhibés par les hormones sécrétées lors du stress. Si le stress se prolonge trop longtemps, les dégâts peuvent être irréversibles, des neurones de l'hippocampe peuvent être détruits. Par exemple chez des vétérans de la guerre du Vietnam qui souffrent de syndrome de stress post-traumatique, l'hippocampe est rétréci et ces personnes souffrent de troubles de la mémoire, mais leur QI est resté intact.

La peur comme les autres émotions se transmet, par les expressions du visage, par le ton de la voix, par les comportements. Un enfant même très petit peut ressentir la peur transmise par sa mère, ou de façon plus générale son entourage, sans savoir de quoi il s'agit. Il ressentira de la peur, il mémorisera que le monde peut être dangereux, sans savoir pourquoi et sans en être conscient.

La peur, comme les autres émotions, peut être déclenchée par l'imagination, par des constructions mentales, par des rêves, par des processus inconscients. Il existe aussi des cas, où le danger est réel, mais la réponse émotionnelle disproportionnée au danger. Par exemple, une patiente ne pouvait pas monter sur un tabouret ou une chaise pour faire ses vitres, elle avait trop peur de tomber. La peur du vide fait partie des peurs innées, elle nous est utile, mais dans ce cas, c'était excessif.

Dans des situations identiques, tout le monde ne développe pas un trouble anxieux. Il semblerait que certaines personnes aient une sensibilité particulière qui se manifeste soit par un déclenchement particulièrement facile de la peur, soit par des réactions particulièrement intenses. Comme on retrouve souvent des symptômes semblables chez d'autres membres de la famille du patient atteint de

trouble anxieux, on peut se demander s'il n'existe pas une prédisposition génétique. Comme on ne peut rien faire pour changer cela, il peut être intéressant pour le patient d'apprendre à se soigner lui-même par l'autohypnose. D'un autre côté, comme les peurs sont apprises, il est aussi possible que la peur soit transmise aux enfants par le comportement des parents ou de l'entourage, ce qui serait une transmission non génétique, mais purement sociale.

Les patients qui souffrent de troubles anxieux développent tout un arsenal de comportements et de stratégie d'évitement. Ils essayent au maximum de ne plus être confrontés à ce qu'ils pensent être des déclencheurs de leur peur. Au fil du temps, ces évitements peuvent devenir des habitudes et être complètement automatiques, inconscients. Cette façon de faire, tout à fait compréhensible a un inconvénient majeur: cela les empêche de se rendre compte que le déclencheur n'a plus d'effet après que la peur ait été inhibée par le processus naturel de l'extinction. C'est pourquoi après avoir traité la peur mémorisée, il faut pousser les patients à se confronter progressivement aux anciens déclencheurs pour qu'ils se rendent compte qu'ils n'ont plus à en avoir peur et modifier leurs comportements d'évitement qui en général les handicapent, comme par exemple de monter dix étages à pieds tous les jours pour éviter de prendre l'ascenseur.

Cas général

La première chose à faire est donc de chercher s'il existe un processus inconscient qui entretient la peur, ou s'il s'agit seulement d'une peur mémorisée. Lorsqu'un processus inconscient est identifié, on fait ce qu'il faut pour l'arrêter: recadrage, ré-empainte, sous-modalités, etc. Ensuite, on s'occupe de la mémoire émotionnelle.

Pour redonner confiance aux patients qui ont un trouble anxieux, on peut utiliser la métaphore du Chemin de vie, afin qu'ils voient tout le chemin qu'ils vont parcourir, leur futur, et qu'ils se voient eux-mêmes très âgés. Se voir très âgé leur permet de comprendre inconsciemment qu'ils ne vont pas mourir de ces crises, et d'en avoir déjà moins peur. Cela permet de diminuer la peur de la peur.

Pour supprimer progressivement la mémoire émotionnelle, on peut utiliser la visualisation avec dissociation. On demande au patient de se voir en train d'avoir une crise, de l'extérieur, comme dans un film. La dissociation lui permet de prendre de la distance par rapport à ce qu'il a vécu et de diminuer l'importance qu'il accorde à cette crise. La voir de l'extérieur, comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre lui permet de relativiser à un niveau conscient l'importance de la crise. Ensuite on demande au patient de revenir en arrière dans le temps, avant la crise, et de parler à son double, à lui-même dans le temps, et de lui expliquer ce qu'il va vivre, de lui expliquer que cela n'aura pas de conséquence, qu'il ne va pas mourir, que ça va se terminer rapidement, que c'est juste un petit moment désagréable à passer, et tout ce qu'il faut pour préparer son double à passer cette

expérience de façon la moins pénible et la moins traumatisante possible. Quand c'est fait, on demande au patient de voir son double avoir la crise, mais avec beaucoup plus de calme puisqu'il sait comment ça va se terminer. Quand c'est fait, on demande au patient de revivre en associé ce qu'il vient de voir, d'entendre son double du futur venir lui expliquer la suite des événements, et vivre la crise en sachant tout ce qui va se passer. On demande enfin au patient de revivre plusieurs fois cette crise dans cet état d'esprit de calme de plus en plus profond. Il s'agit d'un déconditionnement, ou extinction. Le patient gardera le souvenir conscient de ses crises, mais il n'y aura plus d'émotion violente associée.

Les angoisses, les attaques de panique

Il existe différentes définitions de l'angoisse. Nous appellerons angoisses tout ce qui est peur d'origine inconsciente et qui n'est pas associée à un objet ou à une situation particulière, contrairement aux phobies.

Les symptômes sont ceux de la peur sans qu'il y ait de déclencheur identifié. L'angoisse peut se manifester de différentes manières, avec des intensités différentes. Tous les symptômes ne sont pas nécessairement présents en même temps, cela varie en fonction des individus.

Dans l'angoisse, la peur se manifeste de façon aléatoire, en apparence du moins, car elle relève de l'inconscient. Un processus inconscient s'est déclenché qui n'a pas de relation apparente avec l'évènement ou le lieu présent. L'angoisse peut aller jusqu'à l'attaque de panique, c'est une question d'intensité. Ce processus inconscient qui déclenche la peur de façon intense, au niveau de l'inconscient, est le même, seule l'intensité des symptômes varie.

S'agissant d'un processus inconscient, les gens ne comprennent pas ce qui se passe, ont peur de perdre le contrôle d'eux-mêmes et de devenir fous, ce qui amplifie leur peur. Après une ou deux crises d'angoisse s'installe la peur que l'angoisse ne revienne (la peur de la peur).

Les angoisses peuvent se manifester durant le sommeil, entraînant des cauchemars et un réveil brutal. Cela peut être plus ou moins permanent, on parle alors d'anxiété généralisée (les gens ont tous les jours une boule dans la gorge), ou bien ponctuelle. Ces classifications ne nous semblent pas pertinentes pour faire de la thérapie. L'important, en hypnothérapie, étant de comprendre le mécanisme psychique qui les provoque.

La peur est une émotion de base, fondamentale, qui se retrouve chez tous les mammifères, et qui correspond à un mécanisme fondamental de survie face à un danger. La peur prépare l'organisme à réagir face, soit en luttant, soit en fuyant, soit en se cachant. Le corps se prépare donc soit à l'action (le cœur bat vite, les muscles et les nerfs sont sous tension) soit à se cacher (on est paralysé par la peur).

La particularité, dans les angoisses, est qu'on ne situe pas le danger. Il n'y a pas de danger réel, il existe uniquement dans l'esprit de la personne, à un niveau inconscient. Le travail, en tant que thérapeute, va donc consister à trouver quel est ce processus inconscient, et à le mettre à jour afin d'agir sur ce processus pour l'arrêter.

Face à ce genre de problème, on met le patient sous hypnose et on fait une recherche des causes inconscientes. Le point de départ est constitué des symptômes des différentes crises. On demande donc au patient de se souvenir d'un moment où il a ressenti l'angoisse. S'il fait une crise dans le cabinet, on lui demande de se concentrer sur son ressenti physique, ses symptômes et de laisser son inconscient chercher ce qui est derrière. Il faut bien sûr que la personne soit en état d'hypnose sinon le conscient risque de bloquer.

Tout dépend alors de ce que l'on va trouver. Par exemple, une patiente faisait des attaques de panique. L'hypnose a permis de retrouver l'origine de ses peurs: lorsqu'elle était âgée de 13 ans environ, elle était tombée dans un canal d'irrigation à fort courant, et s'est fait emporter par le courant. Elle a réussi à s'en sortir seule, mais a été confrontée à la peur de la mort. C'est très fréquent parmi les gens qui ont des angoisses. Cette patiente est un cas particulier, car, vers l'âge de vingt ans, elle a fait une expérience au LSD qui a mal tourné, elle s'est sentie très mal et a cru qu'elle allait mourir. Sous acide, c'est la vivification de la première histoire qui a provoqué la peur, entraînant une agoraphobie, en se disant: « *à chaque fois que je m'éloigne de chez moi, il m'arrive quelque chose, je suis en danger* ».

Les angoisses peuvent concerner les gens qui ont eu un malaise et ont cru qu'ils allaient mourir, croyant à une crise cardiaque. A partir du moment où les personnes ont la sensation qu'ils vont mourir, cela crée une peur phénoménale qui les marque durablement. A partir de ce moment, le moindre signe physique qui sort un peu de l'ordinaire, essoufflement, tachycardie, vertige, nausée, etc., peut être interprété comme le début d'une crise, ce qui leur fait très peur et déclenche effectivement une crise. Ces personnes repensant inconsciemment à cet événement et à l'idée qu'ils auraient pu mourir à ce moment-là, ils gardent en eux l'idée qu'ils peuvent mourir n'importe quand, à n'importe quel moment sans prévenir. Dans ce cas, bien sûr, il est important de faire un recadrage, en expliquant que la sensation de mort imminente qu'ils ont ressentie est uniquement due à une erreur d'interprétation de leur part, sans aucun danger réel. Ces seules paroles ne vont pas les rassurer. Ils devront d'abord reprendre confiance dans leur corps, dans ses manifestations, dans leurs sensations internes, car, pour eux, toute sensation inhabituelle dans leur corps est une catastrophe menant à la mort.

Il y a ensuite des mécanismes de contamination, c'est à dire que comme les crises se déclenchent inconsciemment, cela peut être n'importe où, or le contexte de déclenchement de chaque crise est mémorisé., donc chaque endroit où une crise s'est déclenchée pourra être perçue comme étant potentiellement un

déclencheur d'une crise et sera à éviter. Par exemple si une crise s'est déclenchée une fois dans un restaurant, tous les restaurants deviendront des lieux angoissants et le patient n'y retournera pas, ou bien s'il y retourne, il se mettra le plus près possible d'une issue pour pouvoir fuir si une crise se déclençait. Chaque lieu de déclenchement d'une crise s'ajoute à la liste des lieux angoissants, liste qui peut devenir tellement longue que le patient n'ose plus sortir de chez lui.

Les phobies

Dans les phobies, le patient est également confronté à la peur, très intense, mais, contrairement aux angoisses, les phobies partent d'un déclencheur connu du patient. La peur, très intense, n'est pas du tout en relation avec le danger réel, minime ou même inexistant.

Le déclencheur peut être plus ou moins spécifique suivant les cas. A un moment ou à un autre, dans la vie du patient, une association s'est faite entre le déclencheur et une peur intense. Cette peur est réactivée à chaque fois que le déclencheur est repéré par le patient. Le thérapeute doit donc essayer de trouver cette association originelle pour pouvoir utiliser le mécanisme naturel de l'extinction. Pour faciliter cette recherche, il peut être intéressant de savoir quand la phobie a commencé.

Pour ce faire, le patient est mis sous hypnose et une recherche inconsciente est effectuée à partir du déclencheur de la phobie. Lorsque le thérapeute fait une recherche inconsciente, il ne déclenche pas une crise de panique, mais demande au patient de ressentir juste un petit peu de peur (soit en s'imaginant assez loin du déclencheur ; soit en s'imaginant dans une bulle de protection qui lui permet de voir ce déclencheur, tout en restant à l'abri ; soit en dissociant et imaginant qu'il voit un film dans lequel il se voit avoir peur en présence du déclencheur, tout en étant pendant ce temps bien à l'abri).

Par exemple, un patient avait une phobie de l'autoroute, cette phobie était d'autant plus gênante qu'il était commercial et devait aller visiter des clients un peu partout dans le pays. L'hypnose a révélé l'origine de la peur : un matin, alors qu'il était en tournée, il s'était levé très tôt, avait mal dormi, mal digéré, car il avait un peu trop bu la veille au soir, il s'était endormi au volant et s'était réveillé tout d'un coup alors qu'il était en train de conduire sur l'autoroute. Ceci a déclenché une peur terrible, qui, depuis, est associée aux autoroutes. L'autoroute est associée, pour lui, à la possibilité d'assoupissement donc d'accident et de mort, ce qui déclenche aussitôt la peur. De comprendre l'origine de la phobie a permis de faire un recadrage: ce ne sont pas les autoroutes qui sont dangereuses, mais c'est le fait de conduire alors qu'on est fatigué ou que l'on a mal dormi, ou que l'on est mal réveillé. Dans ce cas, on ne va pas supprimer complètement la peur puisqu'il s'agit d'un mécanisme de protection vital (éviter de s'endormir au volant), par contre on peut diminuer l'intensité de la réaction émotionnelle. On

fait alors dans un premier temps une désensibilisation, comme expliqué plus haut, pour, et dans un deuxième temps, on demande à la personne d'affronter sa peur en réel, sur une petite portion d'autoroute, puis ensuite sur une portion plus grande, puis une autre encore plus grande, et ainsi de suite. Au fur et à mesure, en étant confronté à son déclencheur, le patient va se rendre compte qu'il n'a plus peur.

Un autre exemple concerne un patient qui avait la phobie des trains. Le travail a été effectué sous hypnose sur les images mentales qui déclenchaient sa peur, où il se voyait sauter du train en marche ou bien devenir fou et agresser les gens dans le wagon. Mais pour l'amener à prendre le train réellement, un travail progressif a été réalisé. J'ai accompagné ce patient à la gare et nous sommes restés sur le quai un certain temps à regarder passer les trains de banlieue, ensuite nous avons pris un train ensemble sur une station, puis sur deux, puis sur trois, et enfin sur dix stations. Petit à petit, le patient s'est rendu compte qu'il n'avait plus peur et que donc il pouvait prendre le train sans craindre d'avoir peur. Depuis, il a prit sa Carte Orange et ne se déplace plus en Région Parisienne qu'en train et en métro, alors que pendant des années il s'est senti contraint d'utiliser sa voiture malgré les embouteillages dont il avait horreur.

Aucun évènement déclencheur n'avait été identifié. Dans un cas comme celui-ci, ce sont surtout des pensées ou de l'imagination ayant un point commun : la mort rapide et brutale qu'ils peuvent imaginer. Quand les patients se font des images qui les terrifient, il faut leur apprendre à se débarrasser de ces images et à les remplacer par d'autres, plus viables. Si c'est un film, on part du début du film et on le modifie. Par exemple, si quelqu'un s' imagine qu'il va se jeter sous le train lorsqu'il arrive à la gare où lorsqu'il attend sur le quai, on modifie le film afin qu'il voie le train arriver sur le quai, qu'il monte dans le train, s'assoie à une place et trouve, là, une valise remplie de billets, la femme de sa vie, un vieil ami qu'il n'avait pas vu depuis longtemps, son grand-père adoré, etc.

D'autres techniques peuvent être utilisées, comme celle de passer le film à l'envers (méthode de Bandler et Grinder). Une personne qui s' imagine être sur un balcon en hauteur, enjamber la rambarde et sauter dans le vide, il remonte sur le balcon et revient à l'endroit initial. On peut aussi utiliser les sous-modalités: on assombrit l'image, on la rend plus petite, on la remplace par une autre, comme on a vu précédemment.

On peut distinguer plusieurs mécanismes de phobies : un évènement précis, l'imaginaire de la personne, un lien avec des crises d'angoisse ou de panique qui sont associées au contexte dans lequel la crise s'est déclenchée... Quand on retrouve les évènements précis qui sont à l'origine de la phobie, le travail est beaucoup plus facile et rapide. Quand il s'agit des constructions de la personne, c'est plus difficile, non seulement à identifier, mais également pour lutter contre cette partie de l'esprit du patient qui a créé cette construction.

Une patiente avait la phobie des autoroutes. L'origine de cette phobie était un évènement précis. Un jour, alors qu'elle roulait sur l'autoroute à bonne allure, elle a été confrontée à un bouchon et a juste eu le temps de freiner, elle a eu très peur de percuter les voitures arrêtées devant elle et de se tuer. Sous hypnose, le souvenir est venu rapidement. Après une ré-empreinte, elle a imaginé qu'elle roulait et s'arrêtait tranquillement. Elle a pu reprendre l'autoroute sans plus de problème.

Un autre patient avait également la phobie de l'autoroute. L'évènement était un accident qui avait eu lieu en moto, sans blessure, mais avec, encore une fois, la peur de mourir. En travaillant sur le souvenir de l'accident, il a pu reprendre l'autoroute.

L'agoraphobie

Il s'agit d'un autre trouble anxieux. On le traite comme les angoisses, mais dans le cas de l'agoraphobie, le patient fait des associations involontaires entre ses crises d'angoisses et le contexte dans lequel elles se sont déroulées (voir plus haut le mécanisme de contamination).

Ainsi, si le patient fait une crise d'angoisse dans un ascenseur / restaurant, il ne va plus dans les ascenseurs / restaurants. Il y a donc une généralisation entre le moment et le contexte où la peur est survenue. Il s'agit d'un mécanisme normal généralisé d'une façon complètement excessive. Petit à petit, tous les contextes finissent par être touchés, empêchant finalement la personne de sortir de chez elle.

Au départ, comme pour les angoisses, on fait une recherche inconsciente afin d'identifier le processus qui déclenche les crises et on le traite. Ensuite reste la peur de la peur, liée à la généralisation qui a été faite. Il faut, là aussi, faire une désensibilisation progressive sur un certain nombre de contextes jusqu'à ce que la personne se rende compte qu'effectivement il ne se passe plus rien dans ces contextes. Ce travail peut être long, car il peut y avoir beaucoup de contextes (ascenseurs, restaurants, théâtres, cinémas, supermarchés, centres commerciaux, trains, bus, embouteillages, autoroutes,...). Vu le nombre de contextes, il est nécessaire de donner au patient les moyens de le faire lui-même, par l'autohypnose.

Erickson faisait beaucoup de prescriptions dans ces cas là notamment, mais elles demandent beaucoup de savoir-faire et de doigté. Erickson utilisait sa renommée pour pousser les patients à dépasser leur peur. La TCC est d'ailleurs issue des techniques d'Erickson, mais elle est maintenant appliquée de façon machinale par des personnes qui ne sont ni psychologues ni psychothérapeutes.

La peur de la peur est difficile à traiter, car il n'existe pas réellement de support pour travailler dessus. Le résultat dépendra donc beaucoup de l'état dans lequel se trouve le patient. Il est nécessaire que le patient se sente bien, et de

travailler progressivement, par étapes. Ils peuvent également se faire accompagner. Mais rappelons qu'il est impératif de résoudre d'abord le problème inconscient.

Les changements de comportement

Nos comportements sont gérés par notre inconscient, la plupart sont automatiques et involontaires. Nos comportement ont toujours leur raison d'être, mais il peut arriver que certaines de leurs conséquences soient indésirables. On peut avoir envie de s'en débarrasser, mais ne pas y arriver malgré toute la bonne volonté que l'on puisse y mettre. Les forces inconscientes qui nous pousse à agir sont plus puissantes et plus constantes que la volonté consciente. Un travail sur ces forces inconscientes permet de réaliser le changement.

Le recadrage des moyens

Le recadrage de moyens remplace un comportement par un autre, ou par plusieurs autres, tout en préservant la réalisation des objectifs du comportement initial. Pour changer ce comportement, il faut trouver d'autres moyens de satisfaire ces besoins, sinon le patient sera en permanence à lutter contre cette insatisfaction et risque de finir par revenir au comportement ancien qui finalement est plus facile à vivre dans ces conditions, ou bien par trouver une compensation qui ne lui est pas forcément plus favorable, comme de se mettre à manger trop et à grossir. dans le cas de l'arrêt du tabac Par contre, si les besoins sont satisfaits, l'ancien comportement devient inutile et le patient peut s'en débarrasser facilement.

On commence par installer une communication directe avec l'inconscient, le signaling. Quand c'est fait, on demande à la partie de l'esprit du patient qui provoque le comportement à changer, d'utiliser ce signaling pour communiquer pour valider chaque étape. Si nécessaire on reviendra en arrière dans la procédure pour refaire une étape qui n'aurait pas apporté les résultats souhaités.

On demande à la partie inconsciente de réfléchir aux différents objectifs qu'elle cherche à atteindre avec ce comportement. Il peut n'y avoir qu'un seul objectif comme il peut y en avoir plusieurs suivant les cas. Ensuite, pour chacun des objectifs qui ont été identifiés, on demande à la partie de chercher d'autres moyens d'atteindre cet objectif, sans forcément juger de sa pertinence. On peut expliquer à ce moment-là que c'est comme de changer de route pour arriver à un même endroit. On ne change pas le but, on change la façon de l'atteindre.

Quand de nouveaux comportements ont été trouvés, on demande à la partie de choisir, pour chaque objectif identifié, un nouveau comportement à utiliser à la place de l'ancien qui permet de satisfaire un besoin précédemment identifié. Le nouveau comportement doit être facile à faire, meilleur pour le patient et compatible avec son environnement.

Quand c'est fait, on demande à l'inconscient de donner un rêve au patient pour qu'il puisse se voir dans sa vie quotidienne avec ces nouveaux comportements et pour vérifier que tout va bien. S'il y a des choses qui ne vont pas, si une autre partie de l'esprit a des objections, on revient à l'étape de recherche de nouveaux comportements pour remplacer ceux qui ne conviennent pas.

Quand tout va bien, on explique à la partie qu'elle pourra tester ces nouveaux comportements pendant un certain temps, et que si l'un d'entre eux ne convenait pas, elle pourrait recommencer d'elle-même ce processus de changement et trouvé un autre comportement adapté pour satisfaire ses besoins.

Le modèle ou générateur de comportements

Une personne qui ne sait pas comment agir dans une situation donnée (face à son patron ou lors d'une rencontre amoureuse, par exemple) constitue un cas différent. En effet, on veut, non pas modifier un comportement, mais créer un nouveau comportement.

On demande au patient de choisir un modèle, une personne réelle ou imaginaire, un personnage de film ou de roman, peu importe, et on lui demande de l'imaginer dans la situation qui le gêne et d'observer comment ce personnage agit et réagit. En général, ayant le modèle en tête, les patients créent le comportement qu'ils voient et qu'ils apprécient. Une fois qu'ils l'ont vu, en dissocié, on leur demande de prendre la place du modèle et d'agir comme lui. Ils peuvent adapter ce comportement, adopter des variantes, afin que ce comportement leur plaise réellement. Toujours sous hypnose, on leur demande de répéter ce comportement, dans diverses situations, de façon à bien se l'approprier. Enfin, on leur demande de mettre cela en pratique. Cette technique est très efficace, dans les cas de timidité par exemple, ou pour certains problèmes sexuels lorsque les gens n'osent pas faire certaines choses. Et il faut bien comprendre que l'hypnose est un outil, mais qui n'est pas forcément suffisant seul, la mise en pratique est évidemment une phase indispensable. Le thérapeute peut aider le patient en lui faisant des prescriptions de comportement qui seront progressives et permettront au patient de progresser par étapes faciles à faire.

Arrêt du tabac

Il s'agit d'un cas très courant de changement de comportement. D'un côté le patient à la volonté consciente d'arrêter de fumer et de l'autre, des forces inconscientes le pousse à continuer. Souvent la difficulté pour le patient ce n'est pas d'arrêter - la plupart de ceux qui viennent pour cela l'ont déjà fait plusieurs fois - mais de ne pas reprendre. La dépendance physique à la nicotine est assez faible et facile à surmonter, ce n'est pas là que se trouve la difficulté, et tous ceux

qui ont essayé les patchs à la nicotine le savent bien. Le fait de fumer permet de satisfaire plusieurs besoins: besoin d'être actif, besoin de faire une pause, besoin d'arrêter des pensées négatives, besoin d'appartenir à un groupe, besoin d'avoir une contenance en public, besoin de se calmer, ... et c'est l'ensemble de tous ces besoins qui constituent la vraie difficulté.

De plus, il arrive parfois que chez les fumeurs on trouve un état dépressif important. Le tabac permet de cacher cet état par le plaisir qu'il procure ainsi que les autres effets qu'il produit dans le fonctionnement du cerveau, avec pour conséquence de supprimer temporairement les pensées négatives qui y sont associées. Dans ce cas il peut être difficile de trouver d'autres moyens de compenser cet état négatif, et il peut être préférable de commencer par traiter la dépression avant de faire quoi que ce soit pour changer le comportement tabagique. La dépression n'est pas causée par l'arrêt du tabac, elle a d'autres causes plus profondes, mais elle est révélée lorsque le fumeur arrête le tabac, et elle est souvent confondue avec un symptôme de manque.

La méthode que j'utilise la plupart du temps, c'est-à-dire quand la cigarette n'est pas un moyen de cacher un problème plus profond comme une dépression, est la suivante.

Je commence par interroger le patient sur sa manière de fumer. Quand allume-t-il la première cigarette ? Cela va permettre d'évaluer l'intensité de sa dépendance physique et psychologique. certaines personnes allument leur première cigarette dès leur réveil, d'autres le font après le petit-déjeuner, d'autres le font plus tard. A quels moments fume-t-il ? En général on retrouve les moments clés des fumeurs: après les repas, pendant les pauses, dans les moments de tension ou de stress, en montant en voiture, au téléphone, dans les soirées,... Cela permet de lui faire prendre conscience de pourquoi il fume à ces moments là, par exemple: pour compenser la sensation d'endormissement créée par le début de la digestion, pour avoir l'impression que son esprit est bien éveillé, pour se faire plaisir en supprimant la sensation de manque, pour avoir la sensation que son esprit est plus clair et performant, pour faire comme les autres et se sentir appartenir à un groupe, pour avoir un prétexte pour faire une pause,.... Je lui fais remarquer à ce moment-là que les non-fumeurs arrivent à faire les mêmes choses sans utiliser de tabac, ce qui sous-entend qu'il existe d'autres manières de faire ces mêmes choses.

Ensuite, je le mets sous hypnose et je fais principalement deux choses, d'abord un swish d'image en remplaçant l'image d'une cigarette par quelque chose de très négatif, en fonction du patient, comme l'image du patient dans lit d'hôpital, ou l'image de son enterrement avec tous ses proches qui le pleurent, ou l'image de sa ruine financière si sa motivation principale est l'argent. Le but est de créer une association émotionnelle négative avec la cigarette, parce qu'au départ la volonté d'arrêter est purement consciente, en créant cette association, on introduit un rejet inconscient, éventuellement un dégoût qui va aider le patient à être totalement congruent dans sa démarche et favoriser sa réussite.

Quand ceci est fait, j'utilise la méthode du recadrage de moyens (voir plus haut) pour que l'inconscient mette en place de nouveaux comportements. C'est la partie principale et la plus longue. Je termine la séance par une futurisation dans laquelle le patient se voit dans sa nouvelle vie de non-fumeur avec tous les avantages que cela lui procure: santé, bien-être physique, économies pour faire des choses intéressantes, longue vie avec ses enfants et ses petits-enfants.

L'estime de soi, la confiance en soi

Le manque de confiance en soi se retrouve dans beaucoup de pathologies, et constitue également un facteur aggravant favorisant d'autres pathologies.

Dans ce domaine, tout le monde n'est pas identique à la naissance. Déjà tous petits, certains enfants sont pleins de confiance en eux alors que d'autres sont plutôt timorés, réservés et n'osent pas. Par-dessus cette base innée, tout le développement qui est fait jusqu'à l'âge adulte peut complètement changer les choses.

En général, la confiance en soi est basée sur l'appréciation que l'on se fait de ses propres actions, au travers de ce que nous renvoie les autres, et particulièrement, au départ, les parents, la famille proche, les instituteurs, les enseignants, les voisins,... Même à l'âge adulte, une série d'évènements peut entraîner un doute sur ses capacités et une perte de la confiance en soi. Il s'agit d'une construction qui peut ne pas avoir été bien faite. Il faut donc rechercher tout ce qui a pu contribuer à ce manque de confiance et d'estime, l'origine inconsciente des peurs (peur des réactions des autres, peur de leurs opinions, de leurs jugements, peur de ne pas être apprécié) dans l'histoire du patient.

Si les causes sont identifiées, on peut travailler dessus. En général, il s'agit d'une succession d'évènements qui ont provoqués une accumulation de croyances négatives. On reprend alors chaque événement pour faire une ré-empainte, de façon à mettre en place un nouveau souvenir, masquant l'ancien, ce qui va empêcher le redéclenchement de l'affect négatif et permettre la construction d'une image de soi plus acceptable.

Lorsque les relations avec les parents sont en cause, le manque de confiance en soi ne découle pas nécessairement d'évènements ponctuels précis, mais d'un contexte. Par exemple la mère ou le père qui n'a jamais dit un mot gentil, « *c'est bien* » ou « *tu fais bien* », mais plutôt « *c'est nul ce que tu fais* », « *tu es incapable* », ou simplement rien. Ce peut être simplement l'absence de retour positif qui a marqué l'enfant. Dans ce cas, on applique une technique un peu différente de la ré-empainte, que nous appellerons « ré-empainte totale ». Elle consiste à demander au patient de ré-imaginer complètement une autre enfance avec des parents différents. Parfois, on peut remonter jusqu'à des grands-parents différents qui en ayant élevé autrement les parents leur auront permis d'être différents. On peut aussi, avec certains patients, suggérer qu'une fée ou un

magicien est intervenu pour changer les parents. Le patient est amené à imaginer ce que sa vie entière aurait été avec des parents différents. Sous hypnose, cette opération ne prend souvent que quelques minutes. A l'état de veille, par contre, le récit du patient de ce qu'il a fait pendant ces quelques minutes peut durer une heure. C'est la différence entre le temps que l'on vit sous hypnose et le temps réel.

Comme dans la ré-empreinte, ceci va générer de nouvelles structures mentales qui vont masquer les anciens traumatismes. Ces nouveaux « souvenirs » pourront être consolidés par la technique du modèle afin de générer de nouveaux comportements. Progressivement, l'estime de soi va grandir et être solide, comme dans la métaphore de la graine et de l'arbre (cf. *supra*). Le patient est ensuite amené à imaginer sa vie future avec cette confiance en soi épanouie et développée (futurisation). Il se visualise, dans le futur, avec les comportements qu'il a imaginé auparavant.

Le Géant

On demande au patient d'imaginer que lui-même se sent de taille normale, mais que tous les autres sont devenus tout petits, comme s'ils étaient des Schtroumpfs (© Peyo) ou comme s'il était Gulliver chez les Lilliputiens. Tous les gens autour de lui sont minuscules, le patient doit faire attention à ne pas les écraser en marchant dessus (ce qui est une suggestion qu'il a un pouvoir total sur eux, un pouvoir de vie ou de mort).

Quand le patient est bien installé dans le rêve éveillé, on lui suggère qu'il peut prendre une personne dans sa main, en faisant attention à ne pas l'écraser en serrant trop fort (nouvelle suggestion de pouvoir), que cette personne est complètement à sa merci, qu'il peut lui dire ce qu'il veut et que l'autre ne peut que l'écouter. Ensuite on lui suggère de faire cela avec une personne qui lui faisait peur dans sa vie réelle, et que là, contrairement à la réalité, l'autre ne peut rien faire et donc le patient peut enfin lui dire tout ce qu'il pense, se vider de tout ce qu'il s'est retenu de dire.

Lorsque le patient a vidé toute son émotion, sa colère, sa frustration, etc., on lui dit qu'il peut disposer de la personne comme il le souhaite, et qu'ensuite il peut recommencer avec une autre personne. Certains patients vont simplement reposer la personne, et d'autres vont lui faire subir un traitement plus ou moins violent. Chacun fait comme il le désire, le thérapeute ne fait que suggérer que tout est possible.

Cette technique procure beaucoup de soulagement aux patients, elle leur permet d'exprimer des émotions généralement refoulées, et leur procure une issue imaginaire qui dégage leur inconscient de processus qui n'avaient pas trouvé de moyens de s'arrêter de manière satisfaisante.



Le Géant

La Cérémonie

Parfois le patient a juste besoin d'avoir la permission d'agir comme il le souhaite, mais ne se sent pas autorisé à le faire. On peut alors utiliser la technique de la Cérémonie.

Cette technique utilise le fait que, dans toutes les sociétés humaines, à toutes les époques, lorsque l'on veut marquer les esprits et se souvenir d'un événement, on organise une cérémonie (mariage, enterrement, baptême, remise de prix, Oscar, Nobel, couronnement, remise de diplôme, commémorations diverses, promotions...). Lors de cette cérémonie, il y a plus ou moins de décors, suivant l'effet que l'on désire obtenir (musique, mise en scène, ...) pour provoquer de l'émotion et pour que ça s'enregistre dans les mémoires.

On demande au patient d'imaginer une cérémonie magnifique avec tous les décors les plus sublimes, de la musique, une mise en scène, etc., tout ce qu'il faut pour qu'il se sente très ému. On lui demande de bien construire cette cérémonie, d'avoir de belles images, des sons puissants, des émotions fortes.

Et cette cérémonie est en son honneur, elle est destinée à lui donner, de façon très officielle, la permission dont il a besoin. Cela peut être fait par des personnes particulières, qu'il choisit lui-même pour que ça ait le plus d'impact sur lui. Ce sont souvent les parents qui jouent ce rôle, mais pas toujours, parfois ce sont des enseignants que le patient admirait, ou des amis intimes par exemple. On demande alors au patient ce que cela va lui permettre de faire maintenant

qu'il a cette permission. On peut aussi lui demander d'imaginer comment cela aurait changé toute sa vie s'il avait eu cette permission dès le début. Ensuite on demande au patient d'imaginer ce que cette permission va changer dans sa vie, et de se visualiser en train de faire ces actions nouvelles dans son futur proche et lointain.

La cérémonie peut être destinée à différentes choses : à les autoriser à être heureux par exemple, mais aussi pour les féliciter de leur réussite, pour leur dire qu'on les aime, ou simplement pour renforcer leur ego d'une façon ou d'une autre, afin qu'ils se sentent valorisés.

Comment faire pour se protéger des patients ?

Le problème vient du fait que l'on a tendance à se mettre à la place de l'autre. Or, c'est une grosse erreur parce que dans ce cas on ressent la souffrance, les problèmes, la tristesse du patient.

Pour le thérapeute, il est très important de ne pas se mettre à la place du patient. Certaines personnes vont pleurer, crier, souffrir. Il ne faut pas se mettre à leur place, au risque d'être complètement lessivé, gravement déprimé au bout de quelques années. Ce sont eux qui souffrent et ont des problèmes, le thérapeute est là pour les aider, d'où la nécessité de faire une dissociation entre le patient et le thérapeute. L'idéal est d'être très proche du patient émotionnellement, en restant empathique, mais sans souffrir avec lui.

Comme il s'agit d'une empathie naturelle et spontanée que l'on a tous, à divers degrés, les uns pour les autres, il faut, volontairement, imposer un nouveau comportement à l'inconscient.

Ce bon comportement sera, non pas de s'imaginer à la place de l'autre, mais d'imaginer l'autre dans la situation qu'il nous décrit. On va créer un film, on ne va pas se voir soi-même, mais on imagine l'autre dans sa situation et on compatit avec lui, en se disant que : « *IL / ELLE a des problèmes* » et que l'on va l'aider. Il s'agit un exercice cognitif, mental, un effort à faire, principalement au début, mais qui devient ensuite automatique. Ceci est essentiel afin de se protéger.

Néanmoins, il ne faut pas pousser le trait. Face à un dépressif suicidaire, penser que la vie est magnifique et qu'on est très heureux ne va pas l'aider. Il faut donc comme vu précédemment, se mettre en synchronisation avec le patient. Il s'agit d'une comédie, d'un rôle, car ce n'est pas réel, mais destiné à aider le patient. La conscience doit donc contrôler cela.

Ce n'est évidemment pas pareil si votre enfant se fait mal et pleure. Être empathique est normal et même indispensable pour le bon fonctionnement de la société, de la famille, du clan, mais il faut trouver un équilibre entre donner de la chaleur humaine et ne pas se brûler soi-même.

Face à un patient dépressif, l'on prendra donc une mine triste comme lui afin d'être en synchronisation, et que le patient se sente compris et soutenu. Mais cela doit rester un comportement professionnel, le rôle du thérapeute n'étant pas de souffrir avec son patient, mais de l'aider à faire cesser la souffrance. Un bon psychothérapeute doit donc être suffisamment comédien pour que le patient se sente compris et accepté, pour qu'il soit capable ensuite de se livrer et de s'ouvrir.

ETUDE DE CAS

Cas n°1:

Une jeune femme de 35 ans dit qu'elle a un mal-être ancien, qu'elle a vu un psychanalyste pendant 2 ans et fait du Rebirth, et que cela n'a rien donné. Elle dit « *ça se passe là* », en montrant son estomac. Il s'agit d'angoisse, d'une peur de l'abandon. C'est un discours typique de patient: très vague, inconsistant, incompréhensible. Après l'avoir interrogée un peu plus sur cette angoisse, je la fais parler. Elle dit qu'elle vit avec quelqu'un, mais séparément, qu'ils se voient régulièrement, mais n'arrivent pas à vivre ensemble. Elle dit qu'elle l'aime, qu'ils se sont séparés plusieurs fois et se sont remis ensemble. C'est le père de son fils qui a deux ans. Ils se voient le week-end et pendant les vacances. Et quand il part de chez elle, elle ressent quelque chose dans le ventre. S'il n'appelle pas un week-end, elle se dit qu'il ne l'aime plus.

On essaie alors de préciser des objectifs, elle dit d'abord « *apprendre à gérer ça* », « *arrêter de faire des films* », mais ce n'est pas possible.

Ensuite, elle me raconte sa vie, ses parents se sont séparés quand elle était petite. Son père s'absentait souvent parce qu'il travaillait sur des chantiers partout en France. Il rentrait environ un week-end sur deux. Et quand il rentrait, il se disputait avec la mère qui a fini par « tomber » dans l'alcool. Lorsque le père était à la maison, il les dénigrait, les critiquait, les rabaissait sans arrêt. Quand elle parle de sa mère, c'est avec beaucoup d'émotion, surtout quand elle dit que sa mère est alcoolique. Elle me parle de tout le reste de sa vie, de sa carrière professionnelle, comment elle est arrivée là. Je lui demande de parler des hommes qui ont compté dans sa vie, il y en a eu un certain nombre.

Elle me parle de son compagnon actuel, elle me parle des séparations, des incompréhensions, des disputes. En réalité, c'est l'absence de manifestation d'amour qui la fait souffrir. Pourtant, il y a certainement des manifestations d'amour, sinon ils ne seraient pas ensemble.

Elle me dit qu'une petite voix en elle lui dit « *tu n'es pas aimable, tu n'es pas intéressante* ». Elle est tout le temps en train de se juger et craint qu'on ne la juge tout le temps, elle a besoin de plaire, elle manque de spontanéité.

Elle a dit tout cela parce qu'elle a été questionnée, ce n'est pas venu spontanément. Certains patients ont tellement de mal à exprimer ce qu'ils ressentent qu'ils ont vraiment besoin qu'on les aide simplement pour dire ce qui ne va pas.

Lors de la première séance, tout fonctionne parfaitement : transe, catalepsie, lévitation, voyage imaginaire. Je lui demande d'imaginer des choses qui n'existent pas afin qu'elle comprenne que, dans son monde intérieur, tout est possible. Elle imagine un chat à trois têtes, qui danse, qui fait des galipettes et qui chante. Elle sait donc qu'elle peut imaginer des choses qui n'existent pas.

A la deuxième séance, je lui fais préciser les critères de fin de thérapie. Elle dit : « avoir des outils pour gérer mon angoisse », « pouvoir franchir les obstacles intérieurs », « avoir une sensation de paix intérieure ». C'est trop vague. Je lui demande alors de trouver une situation pour tester ses nouvelles réactions. Elle aboutit à finalement à « arriver à supporter ma mère sans la rejeter ». Voir sa mère sous l'emprise de la boisson est, en effet, insupportable pour elle, entraînant un rejet.

Lors d'une nouvelle induction, j'utilise le signal post-hypnotique que j'avais placé la première fois. Elle a un problème avec les hommes, c'est manifeste. Elle a expliqué que son père n'était pas affectueux, qu'il n'était jamais là, qu'il a rendu sa mère malheureuse. Je lui ai alors demandé d'imaginer son père affectueux avec elle et de penser à son enfant, à la relation qu'elle a avec lui et à l'affection qu'elle lui donne.

Elle peut ainsi imaginer la relation entre elle et son enfant de l'extérieur pour imaginer, ensuite, que c'est elle l'enfant avec son père ou sa mère. Plusieurs étapes ont été nécessaires : un papa affectueux avec sa fille, ensuite son papa et elle vus de l'extérieur en dissocié, puis son papa et elle vus de l'intérieur en associé. Il y a de l'émotion, elle pleure.

Lorsque je lui ai demandé d'imaginer un autre homme avec sa fille, elle a imaginé un acteur d'une série de télé ressemblant un peu à son père, sans toutefois que je ne lui parle de celui-ci. Je lui ai ensuite demandé que, dans la même scène, elle remplace cet homme par son père et la petite fille par elle-même quand elle était petite, et qu'elle voie cette scène de l'extérieur, en dissocié. Ce n'est qu'ensuite qu'elle est associée à la scène, en tant que petite fille voyant son père affectueux avec elle.

Elle a imaginé d'autres scènes similaires, à d'autres époques de sa vie. A six ans, à douze ans, à dix-huit ans, à vingt ans... Elle s'est vue au primaire, mais aussi adulte et tout bébé : « Assis sur un canapé il me caresse la tête », « on fait des balades, il me tient la main », « il m'explique des choses », « on fait la cuisine ensemble », « il a des mots affectueux : ma chérie », « il s'intéresse à moi », « il m'aide à faire mes devoirs », « il me fait réciter », « on chante ensemble 'Une souris verte' », « on va à un spectacle », « au spectacle de fin d'année, il est ému et il dit : 'oh, c'est ma fille' », « on fait du vélo ensemble », etc.

Tout ceci a pris 18 minutes. Je l'ai laissé faire et lui ai dit d'arrêter quand elle serait fatiguée. Dans la même séance, je lui ai fait une deuxième induction et lui ai demandé d'imaginer le visage de son père la regardant avec un regard plein

d'affection et ayant des paroles d'amour pour sa fille. Encore beaucoup d'émotion, encore des larmes.

Elle a répété cela jusqu'à ce qu'elle ait la conviction que cela reste pour toujours dans son esprit. Elle m'a indiqué que cela n'avait pas très bien fonctionné parce que, à la fin, son visage s'efface. Les paroles étaient là, mais c'était elle qu'elle entendait.

A la troisième séance, nous avons recommencé la même chose après induction et préparation. Elle m'a indiqué avoir un petit peu travaillé entre les séances, spontanément.

Elle me parle, ensuite, de la peur de l'abandon et me fait part d'un événement qui s'est passé avec son compagnon. Ils se sont vus ensemble lors d'une soirée, mais ne se sont presque pas parlé. Elle s'est alors sentie abandonnée, a ressenti une grosse angoisse et de la colère.

Après une nouvelle induction, j'ai utilisé la technique du Pont des affects sur cette sensation d'abandon : « *Vous repartez dans cette situation, c'était il y a quelques jours, donc vous pouvez vous en souvenir facilement, ressentez cet abandon* ». Je lui ai mis une ancre et ai demandé à son inconscient de rechercher tous les souvenirs liés à ce ressenti physique et psychologique. Elle explique s'être vue sur le balcon avec son frère, à pleurer, à la fois contente de voir partir son père, mais également triste. C'était un épisode douloureux, alors qu'elle devait avoir douze ans.

Lors d'une autre induction, je lui ai demandé d'imaginer sa mère heureuse. Beaucoup de larmes, beaucoup d'émotion, une fois de plus. Je lui ai ensuite demandé d'imaginer ses parents amoureux l'un de l'autre. Elle ne les a jamais vus ainsi, mais elle peut l'imaginer. Ensuite elle a imaginé ce qu'aurait été sa vie avec ces parents-là, amoureux, qui l'aiment et le lui disent.

Lors de la quatrième séance, elle m'a parlé de ses problèmes professionnels et du fait qu'elle se sent nulle. Elle s'est mise à pleurer. A sa demande, je suis sorti du cabinet jusqu'à ce qu'elle me dise de rentrer pour qu'elle puisse pleurer tout son soul, elle avait honte de pleurer devant quelqu'un. Elle avait déjà pleuré avant, mais sous hypnose.

Sous hypnose, je lui expliqué que les pleurs sont naturels et sont une expression des émotions. Celles-ci sont fondamentales dans les relations avec les uns et les autres, afin d'établir un contact, de transmettre un message. Il ne faut donc pas les inhiber.

Je lui ai ensuite demandé d'imaginer à nouveau une enfance heureuse avec une mère qui la félicite et la complimente. Puis, la même chose avec son père, et la même chose avec ses deux parents en même temps. Nous avons ensuite travaillé sur les sous-modalités de ses paroles « *je suis nulle, je suis nulle* », en lui faisant déformer le son, changer la voix et en imaginant un magnétophone qui diffuse ces sons et en l'incitant à mettre le magnétophone à la poubelle.

La cinquième séance démarre sur un sourire, mais elle ajoute que, ce qui la préoccupe en ce moment c'est son fils. Elle me parle de son compagnon, des difficultés de fonctionnement entre eux, des choses banales de la vie, de choses normales. Elle s'est en fait débarrassée de toute la partie affect et parle de problèmes concrets.

Elle précise qu'elle n'a pas eu d'angoisse depuis la dernière fois, elle précise « pas de grosse angoisse », mais ne se souvient pas avoir eu de petites angoisses.

Il semble donc qu'au niveau inconscient, ce soit nettoyé. Elle peut maintenant s'occuper de sa relation avec son compagnon. Nous avons terminé la séance par une induction, je reparle de ses parents et entame la métaphore du Chemin de vie.

Ce fut la fin de la thérapie, elle n'a pas repris rendez-vous. Je l'ai recontactée un an après, elle allait bien et n'avait plus d'angoisse.

Cas n°2

Une jeune femme de 20 ans, étudiante, vient consulter pour un important manque de confiance en elle : elle est mal à l'aise en présence d'inconnus, a un trémolo dans la voix quand elle doit prendre la parole en cours, en tête à tête également. Elle se sent inférieure, comme si elle avait quelque chose à prouver.

A la question de son avenir après la thérapie, elle répond qu'elle pourra être heureuse et n'aura plus de gêne dans les relations amoureuses, qu'elle pourra rencontrer des gens, ce qui est important dans son travail (l'agrodéveloppement international). Ses critères sont donc de pouvoir prendre la parole en public sans ressentir un grand stress, sans perdre ses moyens ainsi que pouvoir prendre la parole en cours de langue.

A ma demande, elle me raconte sa vie, elle est la dernière d'une famille de quatre enfants, ses frères et sœurs ont 7, 10 et 12 ans de plus qu'elle. Elle est donc complètement isolée dans la fratrie. Si elle est à l'aise avec son père, elle n'arrive pas à discuter avec sa maman. Le fait de parler de sa mère provoque d'ailleurs un trémolo dans la voix. C'est une bonne élève qui a passé un bac scientifique, elle est maintenant dans une grande école.

Elle fait une heure de transport pour venir consulter, à l'aller et au retour, elle est assez motivée.

Lors de la première induction, tout fonctionne (catalepsie, imagination, ressenti des sensations, signaling ...). Son inconscient a recherché des souvenirs oubliés de l'enfance: la première fois qu'elle a fait du ski avec son papa, elle était très fière d'aller sur le grand tire-fesse ; le monde imaginaire: des personnes s'enlaçant avec des draps, un petit train, des stands.

Au cours de la deuxième séance, nous mettons en place le signaling et recherchons les causes du mal-être par la technique du Pont des affects. Après réveil, elle me raconte ses souvenirs: à l'école en maternelle, elle ne voulait pas aller à l'école, mais sa mère l'obligeait à y aller quand même.

Ensuite, ré-induction et ré-empreinte sur ses souvenirs d'école, puis métaphore de la Graine et l'arbre, je lui apprend la technique du temps ralenti afin qu'elle apprenne à gérer ses émotions, puis une futurisation.

Lors de la troisième séance, elle dit qu'elle va bien et qu'elle a discuté avec sa mère, ce qui lui a permis de ressortir tout ce qu'elle avait vis-à-vis de sa mère, qui était apparu lors de la séance précédente. Sa mère a programmé un week-end pour venir la voir avec son père.

La séance suivante porte sur la place dans le monde, la métaphore de la Cérémonie, la métaphore du Géant et une futurisation. Après son réveil, elle me dit: « *hier en cours d'anglais, il y avait un jeu de rôle, j'ai trouvé ça intéressant, mais je n'ai pas osé m'investir* ».

Nous reprenons ce souvenir récent lors de l'induction, et je lui demande de se remettre dans cette situation, de la revivre encore, je pose une ancre et demande à son inconscient de rechercher les souvenirs les plus anciens en rapport avec ce ressenti.

Elle raconte alors qu'au primaire, sa meilleure amie de l'époque, lui disait constamment que ce qu'elle faisait était nul et ajoutait que si les autres l'appréciaient c'est parce que cette copine était avec elle. Elle l'avait laissé faire sans réagir.

Nous avons donc entrepris une ré-induction avec une ré-empreinte: remettre son amie à sa place et imaginer, ensuite, ce que sentir cette assurance et cette force aurait changé dans sa vie.

Au cours de la séance suivante, elle indique qu'il n'y a pas trop d'évolution, qu'elle a réussi un oral filmé sur la communication, mais parce qu'elle s'y était préparée. Ce genre de discours est fréquent : le patient parvient à faire ce qui lui était impossible, mais indique néanmoins que rien n'est modifié.

Pour cette dernière séance, nous avons refait la métaphore du Géant, celle de la Graine, la technique de l'Image des parents : il s'agit d'imaginer les parents, frères, sœurs et amis, comme dans la cérémonie, mais sans le décor, qui félicitent, encouragent et sont fiers.

Au réveil, elle me dit: « *ça m'a fait bizarre, Maman ne m'avait jamais dit je t'aime* ». Ré-induction, je lui demande de s'imaginer en classe et en même temps d'imaginer que ses parents sont dans sa tête et l'encouragent.

Ce fut la fin de la thérapie. La patiente est partie à l'étranger pour réaliser un projet d'agrodéveloppement.

Cas n°3

Une patiente avait la phobie d'aller chez le médecin, mais en ignorait la raison.

Après une exploration sous hypnose, elle a retrouvé des souvenirs de petite fille où elle avait subi une intervention chirurgicale et elle avait eu très peur, personne ne lui ayant expliqué ce qui se passait. Mais cette phobie s'est déclenchée plus tard, au décès de son père.

Celui-ci avait eu un cancer, mais l'avait laissé trainer sans se soigner. Il est décédé deux mois après s'être finalement décidé à aller chez le médecin. Inconsciemment, elle a fait l'association entre aller chez le médecin et mourir.

Nous avons fait une ré-empreinte, imaginant que sa mère la rassure et lui explique le déroulement de l'opération, tout se passant ensuite très bien pendant l'opération.

Elle a ensuite imaginé ce que qui se serait passé si son père avait consulté un médecin dès le début de sa maladie: il aurait pu vivre beaucoup plus longtemps. La thérapie s'est ensuite arrêtée, au bout de trois séances.

Deux mois après, elle m'a envoyé un mail me remerciant, car elle avait pu aller voir le médecin.

Cas n°4

Une femme de 36 ans, responsable scientifique dans un laboratoire pharmaceutique vient consulter pour trois choses: arrêter de fumer ; avoir un enfant par une procédure de fécondation in vitro ; régler son problème d'hyperémotivité, car elle pleure pour un rien, ce problème s'étant d'ailleurs exacerbé ces deux derniers mois avec les stimulations hormonales.

Parmi ces trois problèmes, le plus important est d'avoir des enfants. Elle me dit que c'est en partie psychologique, en raison d'une longue histoire de sept ans avec un homme marié ayant lui-même des enfants. Elle a eu deux grossesses, dont une accidentelle, qui se sont toutes deux soldées par une IVG, car son compagnon n'en voulait plus.

Avec son nouveau compagnon, elle a fait une fausse couche. Depuis lors, elle se dit qu'elle ne va pas y arriver, qu'elle ne peut pas avoir d'enfant.

Elle me parle de sa vie: une mère absente de la maison parce qu'elle avait un travail important, un papa beaucoup plus présent. Elle a été boulimique vomitive, à 19 ans, a fait une psychothérapie pendant trois ans et a eu des relations amoureuses tardives. Elle se disait que quand elle aurait des enfants, elle s'en occuperait. Elle a d'ailleurs choisi la pharmacie pour avoir une vie tranquille et régulière.

Lors d'un stage en hôpital, elle a rencontré un kiné, marié. Elle s'est dit qu'il n'était pas pour elle, mais il a quitté sa femme pour emménager avec elle, ils sont restés ensemble trois ans puis il est parti. Elle me raconte tous ses échecs amoureux.

Après une induction, transe, catalepsie et lévitation impeccables, je lui fais un discours en Milton-modelé sur l'apprentissage et l'inconscient. Pour Erickson, une psychothérapie est, en effet, essentiellement un réapprentissage. Il est donc important, particulièrement pour quelqu'un qui a fait des études supérieures, d'expliquer au patient qu'il va continuer à apprendre des choses.

Je réalise tout d'abord une technique de deuil des enfants qu'elle n'a pas eus. Grosse émotion, larmes. Elle leur dit au revoir afin qu'il y ait de la place pour le suivant. Je lui fais imaginer l'arrivée du bébé, qu'elle va sentir grandir dans son ventre, prendre dans ses bras et nourrir avec son lait.

Lors de la deuxième séance, elle m'annonce qu'elle est enceinte. Son objectif est donc d'arrêter le tabac : induction, technique classique du tabac, futurisation avec le bébé qui arrive, ensuite, technique du Swish entre la cigarette et le bébé: la cigarette s'en va pour que le bébé puisse venir.

Après la mise en place du signal, je demande à son inconscient s'il y a un obstacle à ce qu'elle arrête de fumer, il répond que oui, car elle a le sentiment de ne pas mériter d'être aimée.

Via la technique du Pont des affects, nous avons retrouvé les vraies causes : elle a deux ans et demi, sa mère est malade, hospitalisée longtemps (pour une salpingite puis une embolie pulmonaire), elle est avec son papa et pense être responsable de la maladie de sa mère, qui croyait ne plus pouvoir avoir d'enfant. Elle a finalement eu une fille deux ans plus tard.

Je lui ai demandé de s'imaginer elle-même à deux ans et demi et de parler à cette petite fille, d'essayer de lui faire comprendre qu'elle n'était absolument pas responsable de la maladie de sa mère.

Elle s'est ensuite mise à la place de cette petite fille et a imaginé l'adulte lui expliquant qu'elle n'est pas responsable de la maladie de sa mère et que, d'ailleurs, cela n'a pas d'importance puisque sa mère a eu d'autres enfants, que sa maman est très contente, qu'elle lui fait des câlins et qu'elle grandit avec l'amour de sa maman.

L'inconscient ne rencontrant plus d'autre obstacle, j'ai utilisé une technique de recadrage sous hypnose pour la cigarette avec une futurisation (s'imaginer sans la cigarette et avec le bébé).

Cas n°5

Un homme de 43 ans, cadre bancaire, divorcé, deux enfants de 15 et 12 ans, me dit qu'il est en cours de séparation, parce qu'il est homosexuel depuis toujours. Adolescent, il se sentait attiré par les garçons, mais, compte tenu de la pression sociale, il s'est marié, a fait des enfants, mais, au bout d'un moment, n'a plus supporté. Sa femme l'a très mal pris.

Mais ce n'est pas en raison de son homosexualité qu'il consulte, mais parce qu'à 37 ans, il a appris que son père n'était pas son vrai père. Il est allé à la DDASS pendant environ 6 mois, a ensuite été placé dans une famille. Sa mère l'a récupéré alors qu'il avait 4 ans. Elle était avec ce monsieur. Il a essayé de retrouver son vrai père, a fini par retrouver sa trace en Espagne, puis une tante lui a appris que son père venait de mourir.

Son problème est qu'il a une répulsion physique vis-à-vis de son beau-père, il n'accepte même pas une bise et se demande s'il n'y a pas eu des attouchements, voire plus, quand il était petit. Il dit se voir dans le lit de son beau-père avec lui et veut savoir s'il s'est ou non passé quelque chose. Et s'il ne s'est rien passé, il voudrait savoir pourquoi il ne se sent pas bien et a tant de haine vis-à-vis de son beau-père.

Il faut savoir qu'il n'y a rien de réel dans notre esprit, ce ne sont que des souvenirs, des créations. En tant qu'hypnothérapeute, on crée des souvenirs utiles aux patients. Malheureusement, certains pseudo-thérapeutes créent des souvenirs nuisibles en faisant croire à leurs patients qu'ils constituent la vérité (par exemple, qu'ils se sont fait violer quand ils étaient petits et qu'ils doivent donc porter plainte contre leur père, leur mère, leur frère, etc.). En réalité, on ne peut pas savoir si un souvenir correspond à un événement réellement vécu ou à une construction de l'imaginaire. Mais ce patient a besoin de sa vérité à lui, quelle qu'elle soit. Son problème ne concerne pas les hommes en général, mais son beau-père.

Il a du mal à se mettre en transe; la première induction ne fonctionne pas, lors de la deuxième induction, il y a du mieux.

Lors de la deuxième séance, comme il a du mal à rentrer en transe, je lui demande de laisser ses pensées inconscientes arriver, d'être attentif et de me dire tout ce qui lui passe par la tête, sans penser ni réfléchir.

Il n'est pas vraiment en transe, mais il est dans un monde intérieur, à l'écoute de son inconscient. Il me parle de choses diverses, du présent, des choses anciennes, il repense à la cave où il allait avec d'autres garçons lorsqu'il était petit pour leur faire des fellations. Il dit qu'il aimait bien ça. Un souvenir à l'école primaire lui revient, où il s'était retrouvé tout nu devant des petites filles qui l'avaient déculotté, la montagne, son beau-père qu'il a envie de taper.

Il me dit qu'il se met en colère, qu'il pleure, qu'il veut le faire souffrir, sa mère intervient. Il me parle de son beau-père, de sa mère, de ses enfants, de son ex-femme, de son homosexualité, qu'il est toujours à la recherche d'un père, de quelqu'un de plus âgé que lui. Il me dit, à nouveau, qu'il a un souvenir dans le lit avec son beau-père, qu'il lui léchait l'oreille et que ça le faisait rire. J'essaie d'approfondir la transe.

Lors de la troisième séance, il commence à faire de la catalepsie, mais cela ne dure pas très longtemps (lorsque le patient a du mal à entrer en transe, on peut le rassurer en lui expliquant que cela ira de mieux en mieux au fur et à mesure des séances). Remontent des souvenirs de son enfance, avec sa mère. Je lui demande de faire des ré-empreintes en imaginant une mère différente.

Il entre un peu plus facilement en transe lors de la quatrième séance. Pour le reste, elle est à peu près identique et comporte toujours des souvenirs avec sa mère, son beau-père, la cave, les enfants, les garçons. Il a parfois des sursauts, il se passe des choses bizarres. Il me parle de coup de martinet, de sa chambre où il fait noir et cela sent mauvais. Ces choses ne lui plaisent pas, mais il ne sait pas ce que c'est vraiment.

Au cours de la cinquième séance, j'indique à son inconscient qu'il peut l'aider à retrouver des souvenirs, même désagréables. En effet, le patient n'est plus un enfant et peut donc les supporter, en les revoyant en dissocié.

Je lui demande donc de s'imaginer se voir lui-même petit garçon en face de lui. Il a beaucoup d'émotion, il joue avec lui comme si c'était son fils. Cette technique permet de faire parler l'inconscient. Je lui demande de demander au petit garçon s'il y a des choses qui lui font peur, il répond: le noir, les caves.

Le blocage vis-à-vis de son beau-père est toujours présent, mais n'arrive pas à s'exprimer. Je lui demande alors de faire un dessin, mais il n'arrive pas à dessiner. Il me dit qu'il a peur que son père vienne le taper, il a l'impression de vivre dans un autre monde que ses parents. Il a peur de se faire disputer, il peur de son père. Il ne veut pas retourner voir la cave. Il m'explique qu'il s'agit de la cave de la famille où il avait été placé quelques années après la DDASS. Parfois il était enfermé dans la cave, et il en a peur. Je lui demande d'imaginer ce qu'il a envie de faire de cette maison, alors il la casse, laissant un gros trou, qu'il remplit de terre et de fleurs. Il n'y a plus de cave. Cela a maintenant la forme d'une tombe. Et il emmène le petit garçon ailleurs, dans une fête foraine, pour s'amuser. Le petit garçon n'a pas envie de rentrer parce que ses parents vont se disputer comme d'habitude, ils se disputent toujours. Le patient a envie d'emmener le petit garçon avec lui.

A la sixième séance, après lui avoir rappelé ce qui s'est passé lors de la séance précédente, je lui demande d'imaginer un père idéal et une mère idéale. Ce patient était très bavard, même en transe, ce qui le faisait ressortir assez vite.

A la septième séance: il imagine une bulle qui le protège et le met à l'abri, toujours avec le petit garçon. Il va voir le beau-père, je lui demande de faire parler le petit garçon, mais il ne veut pas parler, il a peur d'être puni, il a peur parce qu'il est grand. On ne parvient pas à retrouver quoi que ce soit de net.

Je lui ai donc indiqué que, d'après tout ce qu'il avait dit lors des séances, rien de sexuel n'apparaissait. Apparemment, au fond de lui, les reproches à son beau-père ne concernaient pas des attouchements, mais un manque d'affection et une certaine brutalité. En tant que petit garçon, il avait eu besoin d'avoir un père et qu'il ne pouvait pas comprendre à l'époque pourquoi celui qu'il croyait être son père ne lui donnait pas d'affection et ne s'occupait pas de lui. Puisqu'il ne pouvait pas l'aimer, il a transformé cela en haine, en dégoût. A la fin de la thérapie, il m'a annoncé qu'il se sentait calmé vis-à-vis de son beau-père.

Cette thérapie fut très besogneuse et pénible. La demande initiale était particulière, car orientée dès le départ vers la recherche d'une vérité. C'est ennuyeux, car il n'est pas possible de connaître la vérité. Si l'on peut essayer de savoir ce qu'il y a dans les souvenirs inconscients, il faut néanmoins faire attention à ne pas construire de faux souvenirs en orientant la recherche.

J'ai donc essayé de trouver les vraies causes sans faire d'hypothèse à priori. Mais il a fallu plusieurs séances pour que le patient se convainque lui-même que tout ce qui remontait de son inconscient n'avait rien de sexuel, mais était affectif. Quand il a été capable de l'entendre, il en a été convaincu. Il ne l'aurait pas accepté immédiatement, mais a d'abord dû revivre tous ces affects pour s'en convaincre.

Cas n°6

Un homme de 34 ans, marié, exploitant de plateforme informatique, consulte pour un problème d'érotophobie (la phobie de rougir). Il rougit très facilement, ce qui le gêne énormément. Depuis toujours, cela se manifeste lorsqu'il doit s'exprimer en public, et notamment lorsque son professeur de sport de combat japonais le reprend devant tout le monde. Il n'a pas ce problème avec sa femme. A l'école et à l'armée, on se moquait de lui à chaque fois qu'il rougissait.

Lors de la première induction, la catalepsie ne fonctionne pas, je lui demande d'imaginer des choses impossibles, je lui suggère un lapin rose de deux mètres de haut, il y arrive et imagine ensuite de lui-même une voiture à réaction, un arbre dont les feuilles sont des billets de 500 euros. Je lui fais imaginer son père et sa mère pleins d'amour, ça a très bien marché, il a eu de beaux sourires, apparemment il n'a pas de problème avec ses parents.

Au cours de la deuxième séance, il apprend à se relaxer et je fais un ancrage afin qu'il puisse facilement retrouver un état de détente. Le passage de grade dans son sport le gêne beaucoup, car il est tout seul sur le tatami et tout le monde le regarde et le juge. Je lui demande alors d'imaginer tout ce qu'il doit faire pour

ce passage de grade, comme s'il était seul dans le dojo. Il n'a aucun problème et je lui fais un ancrage.

Je lui demande de se concentrer sur ses gestes et d'oublier tout le reste, tout le décor. Il le refait plusieurs fois. Une fois qu'il a fini, il se rend compte que certaines personnes le regardaient. Lors de cette séance, la catalepsie a bien fonctionné. J'en ai donc profité pour poser un signal post-hypnotique afin de faciliter les inductions suivantes.

Au cours d'une deuxième induction, après lui avoir demandé d'imaginer à nouveau que sa famille l'aime, il s'est mis à rougir. Quelque chose semblait donc lié à la famille. Un premier souvenir est revenu: lorsqu'il avait 5 ou 6 ans, il avait volé des chewing-gums dans un magasin et sa mère l'a grondé, il s'est alors senti bête et honteux.

J'ai donc réalisé une ré-empreinte : sa mère au lieu de le gronder lui explique, avant qu'ils ne rentrent dans le magasin, que ce n'est pas bien de voler. Comme c'est un bon garçon, il ne le fait pas, et il se sent fier.

Lors de la troisième séance, on recommence la technique du Pont des affects à partir de ce sentiment de gêne face aux gens. Un autre souvenir revient: à la maternelle, sa maîtresse lui fait une remontrance devant les autres élèves. Il ne se souvient pas exactement de ce qu'elle lui a dit, mais il se souvient qu'il avait un pull blanc avec un col en V. Le souvenir est très flou.

Je lui demande alors d'imaginer le petit garçon qu'il était à cet âge-là, en face de lui, de parler avec lui et de le mettre à l'aise. Le patient demande au petit garçon s'il veut jouer avec lui, et, comme ils jouent ensemble, il oublie de rougir et c'est fini ! C'est textuellement ce qu'il m'a dit. Je lui demande de recommencer et de se mettre à la place du petit garçon, mais en associé.

A la séance suivante, il m'indique qu'il y a des améliorations, notamment au travail. Sous hypnose, je lui demande de s'imaginer pendant son passage de grade, celui-ci étant un combat contre un tigre, puis un combat contre d'autres samouraïs. Je suggère à son inconscient de rechercher d'autres solutions pour d'autres situations. Après la métaphore du Géant, je mets en place un signaling oui/non avec les doigts et je demande à son inconscient s'il a trouvé des solutions. Il me dit oui et répond qu'il va les appliquer et qu'il peut continuer seul.

Au cours de la cinquième séance, il me raconte qu'il a fait une petite erreur au travail, remarquée par la personne avec laquelle il travaille. Ayant craint de rougir, il s'est mis à rougir. Il s'agit de la peur de la peur, la peur que ça arrive.

Après un discours sur les réactions émotionnelles, je lui indique qu'il ne faut pas les supprimer complètement, puisqu'elles servent à communiquer, mais faire en sorte qu'elles dérangent moins. Je lui suggère alors, au lieu d'une rougeur dans le visage, que le visage reste froid, mais que les mains s'échauffent. Je lui

demande donc de ressentir ces sensations de froid dans le visage et de chaleur dans les mains et de s'entraîner tous les jours à refaire cet exercice.

A la sixième séance, il me dit que tout va bien, qu'il a beaucoup moins de rougeurs, tant au travail qu'au sport. Considérant que ses objectifs sont atteints, il veut que cela continue ainsi. Il ajoute qu'il fait de l'autohypnose une fois par jour, le soir. Si au début c'était très dur, au bout d'une semaine, cela lui est devenu facile. Je lui apprends encore différentes techniques d'autohypnose et lui fais faire l'exercice de froid dans le visage et de chaleur dans la main.

Cas n°7

Une jeune femme de 32 ans, célibataire, me dit qu'elle vient consulter pour différentes choses. Elle me parle notamment d'un manque de confiance et de difficultés dans les relations amoureuses. Elle doit constamment être rassurée sur son intérêt et sa beauté, mais elle ne se trouve pas belle.

Elle parle de sa vie, elle a un frère plus grand et un frère plus petit, mais ils sont trois enfants de trois pères différents. Sa mère est jalouse malade et alcoolique. La patiente s'est battue pour que sa mère arrête de boire. A l'âge de 7 ans, elle a subi des attouchements sexuels de la part d'un de ses beaux-pères pendant quelques mois. Elle l'a dit à sa tante qui ne l'a pas cru. Lorsque sa mère l'a appris, elle lui a dit qu'il ne fallait pas en parler. Les attouchements se sont tout de même arrêtés. Un autre de ses beaux-pères s'est suicidé, dans la chambre de la patiente, alors qu'elle avait environ 7 ans. Son père s'est manifesté lorsqu'elle avait 8 ou 9 ans, puis il a disparu de sa vie. Elle l'a revu une fois vers ses 20 ans, mais son attitude avec elle fut ambiguë, elle a donc préféré rompre le contact.

A 13 ans, elle s'est mise en couple pendant sept ans avec un garçon de 19 ans, mais il la trompait. Elle est ensuite restée un an avec un autre garçon qui l'a trompée aussi. Elle a rencontré un homme avec qui elle est restée cinq ans, mais elle faisait de grosses crises de jalousie, de peur qu'il la quitte, ce qui a fini par arriver. Elle dit qu'elle s'attache aux gens qui ne sont pas gentils, elle ne sait pas pourquoi.

Lors de la deuxième séance, un signal post-hypnotique est mis en place. Le signaling ne fonctionne pas bien. S'agissant de l'imagination, elle parvient à faire certaines choses, mais pas certaines autres et l'on ne sait pas pourquoi. Elle s' imagine finalement dans un monde de dessins animés. Son inconscient arrive à créer des images quand on lui demande, et c'est ce qui compte.

Nous avons fait le deuil du chien dont elle avait parlé, elle a pleuré. Je lui ai demandé d'imaginer sa mère heureuse et de s'en faire une belle image, elle s'est mise à pleurer, disant que c'était difficile, mais elle a réussi.

Lors de la troisième séance, nous avons retravaillé sur l'image de sa mère qui sourit et qui est heureuse.

Nous avons ensuite travaillé sur les attouchements, principalement le fait que sa mère ne l'ai pas cru. C'est ce qui lui a fait le plus de mal. Elle a imaginé en parler à sa mère, celle-ci la défendant immédiatement. Cela lui a permis de se débarrasser de la culpabilité liée à cet évènement. Malgré tout, elle ne se sentait pas bien, mais ne savait pas pourquoi.

Lors d'une ré-induction, je lui ai demandé de ressentir à nouveau ce sentiment de sécurité que lui a donné sa mère tout en l'amplifiant. L'inconscient a ensuite été amené à rechercher d'autres évènements liés au manque d'estime d'elle-même. A son réveil, elle m'explique qu'avant le suicide de son beau-père, elle s'était disputée avec lui. Il avait bu et avait bousculé son grand frère. Elle a alors dit à sa mère « *viens, on s'en va* ». Il a menacé de se tuer, mais ils sont partis quand même, chez la tante à côté. Quand ils ont voulu revenir, il ne voulait pas ouvrir, ils ont passé la nuit chez la tante. Le lendemain, ils sont revenus et le beau-père était mort. Sa mère lui en a voulu.

Je l'ai remise en transe en lui demandant d'imaginer qu'elle, adulte de 30 ans, aille voir la jeune fille de 7-8 ans, juste avant le suicide, pour lui expliquer que le beau-père est malade, alcoolique et suicidaire, et que la petite fille n'y est pour rien. Lorsque je lui ai demandé de chercher ce qu'elle aurait pu faire pour changer la situation, elle n'a pas trouvé. Elle ne se sentait plus coupable.

Au cours de la quatrième séance, nous avons travaillé sur la peur de ne pas plaire lors des rencontres. De la technique du Pont des affects, il est ressorti le souvenir que son père ne s'était jamais intéressé à elle, et que son dernier copain l'avait abandonné. Elle ajoute que sa mère, comme sa grand-mère, était alcoolique et que son père l'a quittée à cause de cela.

Elle a alors imaginé que ses grands-parents n'étaient pas alcooliques, que sa mère avait une vie normale, heureuse et que son père soit resté pour s'occuper de sa fille, lui donner de l'amour et de la tendresse. Elle imagine son père fier, qui l'encourage et lui dit qu'il veut qu'elle soit heureuse.

Notons que ce qui perturbe l'inconscient n'est pas forcément connu de celui-ci. L'on peut commencer par travailler sur ce que donne le patient consciemment, et chercher ensuite dans l'inconscient ce qui est source de problème, d'où l'importance de la technique du Pont des affects. Les explications conscientes du patient ne sont, en effet, pas forcément les bonnes (cf. *supra*, le « Hareng rouge »).

Après cette séance, elle se sentait légèrement mieux, nous avons dès lors continué à travailler sur les relations amoureuses, à discuter de ses expériences, de ce qu'elle a vu autour d'elle (sa mère alcoolique, ses grands-parents alcooliques, son oncle alcoolique n'ont pas une vie normale). Elle n'a jamais connu de modèle de relation amoureuse réussi. Je lui ai fait quelques métaphores telles la Place dans le monde et le Géant.

Je lui ai ensuite demandé d'imaginer un amoureux, comme elle le désire au plus profond d'elle-même et lui ai appris à faire de l'autohypnose afin qu'elle puisse s'entraîner chez elle.

Lors de la sixième séance, elle me dit qu'elle se sent très bien, a confiance en elle, et a passé une soirée avec un collègue. Je lui ai appris d'autres techniques d'autohypnose ainsi qu'à contrôler son émotivité. En effet, elle crie beaucoup en couple. Je lui demande donc d'imaginer des situations provoquant sa colère (en principe, quand son homme ne fait pas comme elle voudrait) et que sa mère est là, lui disant que ce n'est pas grave, car ce qui compte c'est d'être ensemble et d'être heureux.

Après deux séances, elle m'a dit qu'elle était tellement bien qu'elle avait peur que cela parte. Elle s'était remise à fumer. Je lui ai alors fait rêver de son futur, de son mari, de son enfant, de sa vie, qu'elle était bien, calme, détendue et n'avait pas besoin de s'inquiéter.

Lors de la séance suivante, j'ai réalisé un Swish entre la cigarette et la mort, avec des images très négatives associées à la cigarette, et ensuite une technique de recadrage sous hypnose, afin de retrouver les objectifs, les besoins, d'autres manières de faire et s'imaginer sa vie future sans cigarette, avec le bonheur, le bien-être, la tranquillité, un homme qui ne fait pas forcément ce qu'elle veut, mais avec lequel elle est heureuse.

Souvent, après avoir fait le travail de fond, et alors qu'ils se sentent bien, les patients demandent à continuer la thérapie de peur que leur bien-être ne reste pas. Dans ce cas, on peut leur faire une séance simplement pour leur dire qu'ils sont sur la bonne route, via la métaphore du Chemin de vie. Il est utile également de leur apprendre à faire de l'autohypnose afin qu'ils continuent seuls.

Cette patiente avait vraiment cumulé les problèmes. La métaphore du sac à dos que l'on transporte avec soi sur son chemin de vie permet souvent de libérer le patient. Lorsque le sac est plein de gros cailloux, cela vaut le coup de s'arrêter et de le vider, on avance beaucoup mieux quand il est plus léger.

Cas n°8

Un jeune homme de 26 ans, cadre commercial, a des problèmes sur les autoroutes et les voies rapides. Il a peur de perdre le contrôle, d'avoir un malaise et de se tuer. De même lorsqu'il nage, ce qui déclenche des crises de panique. Il dit en outre être hypocondriaque. C'est une personne angoissée, qui a peur de mourir.

Il est bien parti sous hypnose, la catalepsie et la lévitation sont impeccables, le signaling est correct. La technique du Pont des affects est utilisée pour la peur de l'autoroute. Il s'imaginer sur l'autoroute, attendant que la peur arrive, l'inconscient m'indique qu'il connaît l'origine de la peur, que le conscient, lui, ne la connaît pas, mais qu'il veut bien la lui transmettre. Le patient me raconte qu'une image lui est revenue : alors qu'il avait 12 ans, il était avec sa sœur sur une attraction dans une fête foraine, il avait le sentiment de ne pas être bien, qu'il

allait vomir, s'évanouir. Il est rentré chez lui, mais n'a pas réussi à vomir. Était-ce un problème d'oreille interne?

J'ai réalisé une technique de désensibilisation, le faisant aller dans le souvenir jusqu'au moment où il commence à ne pas aller bien. Il s'agit d'une technique de Bandler et Grinder dont le principe est de mettre en place un chemin de retour automatique entre le souvenir et le bien-être. On ancre une situation de bien-être, ensuite on efface tout, on imagine la situation qui provoque le mal-être et dès que celui-ci commence à arriver, on déroule le souvenir en marche arrière pour revenir au bien-être.

Il s'est donc vu sortir du manège en marche arrière et s'est retrouvé à un moment où il se sentait bien. Quand il commence à penser à ce souvenir, il revient automatiquement à une situation où il se sent bien. Ainsi, l'association entre le souvenir et le mal-être est cassée. Il réalise ceci une vingtaine de fois afin que cela soit bien ancré.

Je demande à l'inconscient qu'il retrouve d'autres moments de perte de contrôle. Un certain nombre de souvenirs sont revenus: à la mer, on l'a tiré par les pieds et il est tombé, croyant qu'il était en train de se noyer; à la piscine, alors qu'il jouait avec des copains, il s'est retrouvé bloqué sous une bouée, il a paniqué; il est tombé en vélo ou en mobylette; on l'a poussé dans un escalier, et son menton a dû être recousu; il s'est retrouvé bloqué sur un rocher, en faisant de l'escalade.

Il n'avait pourtant jamais eu de perte de connaissance, mais il avait eu une opération et avait eu le sentiment d'étouffer avec le masque. Nous avons donc fait une technique de réempreinte sur ce dernier souvenir en le prévenant, avant l'opération, qu'on allait lui mettre un masque, que c'était un peu désagréable, mais tout à fait normal.

Lors de la deuxième séance, il m'indique qu'il a été à la piscine et a nagé, serein. Il a également roulé 30 kilomètres sur l'autoroute et cela s'est bien passé. Il se sent plus fort.

Pourtant, nous avons juste fait ressortir les souvenirs. Peut-être a-t-il compris les relations entre son mal-être et ces peurs. Sous hypnose, je lui fais imaginer qu'il est en train de conduire sur l'autoroute, je lui demande s'il a peur, il me dit que non. Je lui demande d'imaginer qu'il conduit sur une grande distance, de faire tout le trajet et de me prévenir lorsqu'il a peur. Aucune peur ne s'est manifestée. On s'est arrêté là. Il n'a plus eu de problème sur les autoroutes.

Ce patient a réalisé le travail tout seul. Je lui ai expliqué la ré-empreinte et il a ensuite travaillé tout seul avec ses souvenirs. Mais ce n'est pas toujours aussi facile. En effet, la désensibilisation n'est pas toujours suffisante. Le conscient est toujours là et demande : et si cela revenait quand même ? Il faut alors utiliser les techniques d'Erickson, reprises par la TCC, et mettre le patient en situation afin qu'il se rende compte qu'effectivement, il n'y a plus rien. Il faut travailler et

désensibiliser progressivement la partie consciente afin qu'il n'y ait plus cette association entre l'autoroute, par exemple, et la peur. Le patient parcourt une petite distance, puis une plus grande et ainsi de suite. Mais pour que les acquis restent, il est nécessaire que l'imprégnation dure longtemps, une demi-journée, voire une journée entière. Le temps est important pour obtenir des résultats durables.

En ce qui concerne l'avion, c'est évidemment un peu plus difficile à mettre en œuvre, à moins de louer un avion avec un pilote dans un aéro-club. Cela étant, pour certaines personnes, une simple visualisation d'un voyage en avion qui se déroule bien sera suffisante pour qu'ils se décident à réellement faire le voyage.

La peur permet de mémoriser de façon très rapide et efficace une situation. Pour notre survie, il est, en effet, important de se souvenir de ce qui peut être un danger. Dès lors, lorsque quelque chose nous fait peur, cela nous marque. Il existe néanmoins un mécanisme d'effacement (l'extinction) qu'il est possible d'activer, long et répétitif. Pour activer ce processus d'effacement, il faut travailler au niveau conscient et inconscient, mettre le patient dans la situation assez longtemps pour que cette partie de la mémoire se restructure. La durée du traitement varie selon les personnes, selon leur sensibilité à la peur et l'intensité de la peur. Ainsi, une peur de l'autoroute qui commence à la suite d'un évènement précis et ponctuel (un accident de moto, par exemple) peut disparaître en une seule séance. Mais, pour d'autres patients, une dizaine de séances pourront être nécessaires.

Si la personne qui a eu un accident en garde des séquelles physiques, on ne peut travailler sur les séquelles puisqu'elles sont là, mais on peut travailler sur la peur que cela recommence, en lui faisant remarquer que ce n'est arrivé qu'une seule fois. Dans ce cas, il peut être utile d'indiquer au patient, via la métaphore du Chemin de vie, qu'à un endroit du chemin, il y a un gros point noir, mais que tout le reste du chemin est lumineux et clair, tout en le faisant se rencontrer lui-même très âgé. Il est également possible de travailler sur le souvenir de la douleur, grâce à la métaphore du sac à dos que l'on vide afin de se sentir plus léger et d'avancer. Ces patients doivent être réorientés vers le futur parce qu'ils ont tendance à être orientés vers le passé, ce qui les gêne pour avancer.

Conclusions

S'il existe des règles générales, chaque patient reste néanmoins particulier. Il est nécessaire de s'adapter à celui-ci, comprendre ce qui se passe dans son esprit et les raisons pour lesquelles il ne se sent pas bien, pour lui donner ce dont il a besoin, d'un point de vue psychique, par l'imagination, sous hypnose.

Ceci va dépendre de la personnalité du patient, de ce qu'il va dire, de la manière dont il va présenter les choses, des indices contenus dans son discours. C'est la raison pour laquelle il est important de le faire parler, car il va donner

des pistes de solutions sans s'en rendre compte. Si le discours ne révèle rien, on peut, sous hypnose, demander à son inconscient ce dont il a besoin.

Bien entendu, les choses peuvent être préparées par quelques petites métaphores comme le Chemin de vie : il s'est passé des choses dans le passé, mais maintenant on est au présent et il faut s'occuper du futur. On peut également demander à l'inconscient s'il a des solutions à proposer, mais avant, il faut lui avoir fait expérimenter quelques techniques de changement comme la ré-empreinte, ou la visualisation, de façon à lui faire comprendre par quels moyens il peut changer son fonctionnement. A partir du moment où on propose des exemples d'outils, des perspectives vont s'ouvrir. Faire imaginer un futur agréable va donner beaucoup d'indications. Que signifie pour le patient être heureux ? Pourquoi ne l'est-il pas aujourd'hui ?

A partir du moment où existent un vrai signaling et un dialogue avec l'inconscient, des voies pour changer peuvent être trouvées pour que les patients aient des vies plus satisfaisantes.

AUTOHYPNOSE

Après quelques séances en cabinet, certains patients arrivent à faire de l'autohypnose sans qu'il soit nécessaire de leur apprendre quoi que ce soit de plus. Le simple fait de faire l'expérience de l'hypnose leur permet de retrouver cet état par eux-mêmes. Pour les autres il peut être utile de leur apprendre des techniques pour leur permettre de réaliser les premières étapes de l'induction de transe. C'est-à-dire de focaliser leur attention sur eux-mêmes et de bloquer les processus conscients habituels.

Principes généraux

La relaxation progressive est une méthode de démarrage d'une séance d'autohypnose qui est appréciée par pas mal de patients et pas seulement les kinesthésiques. Cela leur permet de se détendre et en se concentrant sur leurs sensations internes, de se couper du monde extérieur et de bloquer les processus conscients qui pourraient les gêner.

La technique du Lieu merveilleux est une des favorites des patients visuels. Elle est facile et agréable. Une fois que les patients ont créé leurs lieux merveilleux, ils prennent plaisir à y retourner quand ils en ont envie.

Pour être sûr que l'induction est complète, et donc que le patient est bien dans l'état d'hypnose, il faut que l'inconscient se manifeste d'une façon claire. Cette manifestation peut être spontanée, cela arrive souvent, mais si ce n'est pas le cas, les patients peuvent demander à leur inconscient de produire un signal. Cela peut être par un signal moteur (un doigt qui bouge, un bras qui se lève, une contraction musculaire) ou par une sensation particulière. Un de mes patients me racontait que quand il faisait de l'autohypnose, il avait l'impression de partir en arrière, comme s'il tombait en arrière, un autre ressentait un certain fourmillement dans les membres, un troisième avait une image qui s'imposait à son esprit. On peut expliquer aux patients que ce signal est une assurance, mais s'il ne vient pas cela ne signifie pas forcément qu'il ne sont pas dans l'état d'hypnose. Le signal peut venir plus tard lorsque le patient acquiert une plus grande expérience de l'autohypnose. Il peut être présent certain jour et pas d'autres sans que cela ait une signification particulière.

A partir du moment où ils sont dans l'état d'hypnose, qu'ils aient eu ou non le signal de leur inconscient, les patients peuvent utiliser les techniques qu'ils ont appris lors des séances. Il est préférable de leur expliquer les différentes étapes des techniques que l'on souhaite qu'ils fassent et de leur faire pratiquer par eux-mêmes au moins une fois en cabinet de façon à ce qu'ils puissent poser des questions ou demander des précisions avant de le faire seul chez eux.

Des techniques spécifiques

Il arrive parfois que les patients aient du mal à se concentrer assez pour rentrer dans l'état d'hypnose. En plus de la relaxation progressive, les deux techniques ci-dessous permettent le démarrage du processus d'induction même quand l'esprit est trop excité et que les pensées se bousculent dans la conscience.

Arrêter les pensées

Lorsque l'on a des choses à faire et qu'il nous est difficile d'arrêter d'y penser, cela peut nous empêcher d'entrer en état d'hypnose. Cette technique peut également être utilisée pour dormir lorsque des pensées obsédantes l'empêchent.

La technique consiste à avoir une sorte de calepin mental (éventuellement un vrai calepin), ou un tableau et à attendre que les pensées arrivent. On ne les bloque pas, on les attend et on les note sur le calepin ou le tableau lorsqu'elles arrivent. Ainsi notées, il n'y a pas de risque de les oublier, mais on peut les remettre au moment opportun. On ne développe pas les pensées, on ne s'attaque pas au problème, on ne fait que noter son existence et se dire qu'on s'en occupera plus tard.

Au bout d'un moment, il n'y a plus de pensée, on peut alors rentrer dans l'état d'hypnose, car l'inconscient est rassuré, sachant que la pensée sera traitée à un moment donné. Bien entendu, il est important de s'en occuper réellement par la suite. Dans le cas contraire, l'inconscient se sentirait floué et cela ne fonctionnera plus.

Les pensées sans importance sont, quant à elles, mises à la poubelle. Par exemple, si l'on a une chanson en tête, on imagine éteindre un poste de radio, le jeter à la poubelle, jeter la poubelle au fond de la mer, l'écraser avec un rouleau compresseur ...

Dans le cas d'une petite voix qui résonne en faisant des reproches, il est possible d'imaginer cette voix sous une forme quelconque (tel Jiminy le criquet dans Pinocchio) et de lui répondre.

Par exemple :

La petite voix : « *Tu ne t'es pas bien occupé de ta mère !* »

Le patient : « *Mais ce n'est pas vrai, Dans la situation dans laquelle j'étais, avec les moyens que j'avais, avec les connaissances que j'avais, à l'époque où cela s'est passé, j'ai fait le maximum que je pouvais. Je ne dis pas que si c'était maintenant je ne ferais pas les choses différemment, mais à l'époque, j'ai fait tout ce que j'ai pu* ».

Le dialogue se poursuit jusqu'à ce que les arguments de l'un et de l'autre soient épuisés. Le patient dit ensuite à la voix que la discussion était

intéressante, mais qu'il est temps maintenant de le laisser (dormir ou faire la séance d'autohypnose). Il est beaucoup plus facile d'argumenter contre un tiers que contre soi-même. Il faut apprendre à discuter avec soi-même, avec les parties de soi, pour stopper les conflits et retrouver l'harmonie et la sérénité intérieure.

Cette technique est utile en cas de conflits intérieurs, lorsqu'un patient ressent de la culpabilité s'exprimant par une voix intérieure. Après s'être exprimée, celle-ci disparaît généralement. Faire ce travail sous hypnose donne, du point de vue émotionnel, un effet réel qui libère et aide énormément.

Parfois, il est nécessaire de créer les situations qui rendent le dialogue possible, par exemple avec la technique du Géant. Lorsqu'on a peur de quelqu'un, le voir petit permet de supprimer la peur et, par conséquent, de dire tout ce qui était resté bloqué. Outre parler, il est aussi possible d'agir en fonction de ses besoins : ignorer la personne, l'écraser, la jeter au loin ... Ce n'est pas au thérapeute de leur dire ce que le patient doit faire, il faut le laisser choisir en fonction de ce qu'il souhaite, tout en expliquant que tout est possible puisque ce n'est pas dans le monde réel. Lorsque les paroles où les actions bloquées ont pu être réalisées dans l'imaginaire, les pensées obsédantes ont tendances à s'arrêter.

La spirale sensorielle

Lorsque les pensées parasites ont disparu, mais que l'on est trop réveillé pour entrer en état d'hypnose, il est nécessaire de se recentrer sur soi. Il est possible de partir dans son imaginaire, dans son lieu merveilleux, de retrouver des souvenirs agréables, de se concentrer sur son corps et se relaxer, ou encore de se concentrer sur ses perceptions.

Cette technique, simple et efficace, consiste à se concentrer sur trois canaux de perception à tour de rôle : la vue, ensuite l'audition, puis toutes les sensations physiques, et de recommencer en boucle. Une autosuggestion est utilisée, suivant ce que l'on souhaite faire (« *et je rentre en transe* » si l'on veut faire de l'autohypnose ; « *et je m'endors* » si l'on veut dormir).

La première étape est de se concentrer sur la vue. Au départ, les yeux sont ouverts. On peut les fermer ensuite. On regarde quelque chose en face de soi, on en prend conscience en se disant : « *je vois ...* » la chose en question et l'on ajoute « *et je rentre en transe* ».

On se concentre ensuite sur l'audition. On écoute les sons, on se dit « *j'entends...* » le son en question, et l'on ajoute l'autosuggestion « *et je rentre en transe* ».

Enfin, on se concentre sur ses sensations physiques. Par exemple, « *je sens mon pied gauche qui me gratte* » ou « *je sens ma main sur mon ventre* » ... et on ajoute « *et je rentre en transe* ».

On recommence ceci en boucle.

Quand on commence à avoir envie de fermer les yeux, on les laisse se fermer. Les yeux fermés on continue avec ce que nous donne notre sens de la vue (des points de lumière ou de couleur, des images mentales ...). Si on ne voit rien, on dit « *je ne vois rien et je rentre en transe* ». Parfois, on peut être dans des environnements très calmes ou l'on n'entend aucun son, sauf le bruit de la respiration. On se dit alors « *j'entends ma respiration et je rentre en transe* ». De façon générale, on fait avec ce que nous donnent nos sens, perceptions ou constructions.

Au bout d'un moment, on se sera tellement concentré sur soi et sur ses sensations que l'on va partir en transe ou s'endormir, en fonction du but recherché. Si on veut faire une séance d'autohypnose, on demandera à l'inconscient de faire le signal quand il est prêt, et dès que l'on a reçu le signal, on passe au travail que l'on souhaite faire.

ANNEXES

ANNEXE 1 - LA DOULEUR

Nous aborderons différentes techniques, inspirées d'Erickson.

Il est important de comprendre que si nos nerfs envoient des signaux à notre cerveau, c'est néanmoins notre esprit qui décide si ce signal est à considérer comme agréable ou non, comme du plaisir ou de la douleur. Par exemple, en mettant la main au soleil, nous percevons une sensation de chaleur. Cette même sensation de chaleur sera agréable si l'on avait un peu froid avant, mais désagréable si l'on avait trop chaud.

Des systèmes dans notre esprit opèrent donc cette distinction, avec, en outre, une certaine notion d'intensité. Puisqu'elle se situe dans notre esprit, nous sommes en mesure de modifier cette perception douloureuse et en diminuer l'intensité, voire la réduire à zéro. Ceci est très utile dans les cas de douleur chronique, ou pour des individus très malades (cancers en phase terminale ...) qui demandent uniquement à pouvoir profiter de leurs derniers jours avec leur famille.

A cet égard, Erickson utilise la technique du saupoudrage. Mais elle est particulièrement sophistiquée et nécessite énormément d'entraînement et de pratique. Il existe heureusement d'autres techniques, plus simples et abordables.

La première chose est de préparer les patients à ce qu'aucun miracle instantané ne se produise, surtout s'il s'agit de douleurs chroniques, en leur expliquant que la douleur diminuera progressivement, petit à petit. Il s'agit d'ailleurs d'une stratégie générale en psychothérapie : sauf cas très particuliers, les changements sont progressifs.

En général, les patients qui ont besoin de ces techniques connaissent l'origine médicale de leur douleur. Car ils ont déjà vu de nombreux médecins, passé divers examens, radios, scanner, IRM,... et prennent différents médicaments. Ils ne parviennent néanmoins pas toujours à décrire leur mal en termes de ressenti.

Le signal d'alarme

La première technique est basée sur la métaphore du signal d'alarme, sur un discours pseudoscientifique selon lequel la douleur est biologique et existe, non seulement chez les humains, mais également chez les animaux, et a donc nécessairement une fonction qui est d'être un signal d'alarme : elle est là afin de nous prévenir que quelque chose ne va pas dans notre corps. Ce discours doit être agrémenté de divers exemples où la douleur permet d'éviter de pires désagréments.

Ensuite, le patient sera amené à penser aux systèmes d'alarme utilisés dans la vie courante (sirènes dans les maisons ou les voitures, gyrophares, flashes ...), qui sont destinés à attirer l'attention. La douleur, de même, est là pour attirer notre attention sur le fait qu'un problème existe et qu'il y a lieu d'en tenir compte. Après en avoir tenu compte, nous n'avons plus besoin du signal d'alarme, que l'on peut dès lors diminuer ou arrêter.

On demande donc au patient d'imaginer des boutons de réglage dans son alarme intérieure et d'agir sur ceux-ci, comme s'il diminuait le volume sonore de la sirène, et l'intensité lumineuse du gyrophare de façon à ce qu'il reste uniquement un petit voyant qui clignote et un petit bip tranquille. Il est impératif en effet que le patient n'occulte pas le problème à l'origine de sa douleur. Les médias ont récemment parlé d'une femme de 60 Kg, qui n'ayant pas tenu compte de sa douleur, est décédée trois semaines après avoir été écrasée par son mari de 130 Kg à cause de nombreuses fractures aux côtes qu'elle a voulu ignorer probablement par orgueil.

Le patient doit donc imaginer entendre une sirène à chaque fois qu'il ressent sa douleur, et agir sur ses boutons de réglage pour en diminuer l'intensité sonore, de même, dans le domaine visuel, avec des gyrophares ou des flashes. A chaque fois que la douleur revient, le patient recommence et diminue l'intensité du signal.

Métaphore personnelle

Cette fois, c'est le patient qui va trouver la métaphore.

Sous hypnose, le patient est amené à se concentrer sur la sensation douloureuse et à la décrire en des termes sensoriels. Est-ce lourd ? Pesant ? Brûlant ? De la torsion ? Piquant ? Froid ? Dur ?

Ensuite, en fonction de la façon dont la douleur est ressentie, on demande au patient d'imaginer un objet réel qui provoquerait cette sensation. Par exemple, si la douleur est décrite comme un coup de couteau, l'objet sera un couteau planté à l'endroit douloureux. S'il s'agit d'une brûlure, il peut imaginer un fer à repasser très chaud, un fer à friser ou à souder, une plaque de four, une casserole posée à l'endroit où cela fait mal. Si c'est pesant, il peut imaginer un poids qui l'écrase. Si c'est froid, il peut imaginer un gros bloc de glace...

Après avoir trouvé l'image, le patient enlève l'objet, créant une sensation de soulagement. Étant sous hypnose, ce soulagement sera réellement ressenti et atténuera la sensation douloureuse.

Enfin, on dit au patient de recommencer cette procédure à chaque fois que la douleur revient, si elle revient, plusieurs fois de suite si nécessaire, jusqu'à ressentir le soulagement.

L'état d'hypnose est fondamental pour la réussite de la technique. Il est donc impératif de s'assurer que le patient est bien dans cet état. Si le patient a du mal à parler sous hypnose, on le réveille après la première étape pour lui demander de décrire sa douleur. On le remet ensuite dans l'état d'hypnose et on lui suggère des moyens de supprimer la cause. Une vérification est effectuée avec des signaux oui-non ou en lui demandant simplement de trouver un objet qui corresponde à ce qu'il ressent. Un entraînement est nécessaire pour que la technique fonctionne rapidement sans avoir besoin de se faire une auto-induction longue. L'entraînement sous hypnose permet de créer rapidement un conditionnement qui va produire l'effet voulu.

Cette technique a donc la particularité d'amener le patient à créer lui-même son image mentale ainsi que le soulagement. Celui-ci peut provenir d'un objet que l'on enlève, mais pas seulement. Il est possible d'imaginer également poser un bloc de glace sur la brûlure ; éteindre celle-ci avec un extincteur ou de l'eau ; jeter la cause à la poubelle, la détruire...

Certaines personnes trouveront rapidement l'image qui leur convient, parfois ce sera plus long.

La dissociation

La dissociation permet d'apprendre aux gens à mettre de la distance entre eux et leurs sensations.

Au patient en transe, on demande de retrouver les souvenirs de l'endroit où il est (en général le cabinet au moment où on lui apprend la technique, mais ensuite ça sera là où il se trouve) ; de se faire des images de l'endroit, des murs, des meubles et d'imaginer, par exemple, qu'il regarde un film fait par quelqu'un d'autre et qu'il peut s'y voir lui-même, dans le fauteuil, avec les habits qu'il porte, dans la position dans laquelle il se trouve.

On demande ensuite au patient d'imaginer qu'il est à la place de la caméra et qu'il voit toute la scène avec lui-même dans le fauteuil, comme s'il s'était dédoublé ou sorti de son corps. L'important est que le patient se crée une belle image vue de l'extérieur. Il faut faire attention, les termes « sortir de son corps » peuvent être très mal perçus par certains à qui cela va faire peur, il faut bien choisir ses mots.

Ensuite, le patient laisse son corps dans le fauteuil et sort du cabinet se promener, faire des courses ou une autre activité qui lui plaît et on l'accompagne dans cette activité, en le faisant parler de ce qu'il fait et donner des détails afin qu'il se sente réellement dans la situation.

Le patient revient ensuite dans le cabinet, en prenant le chemin inverse de l'aller, et revoit son corps dans le fauteuil, toujours dans la même position. On

lui dit alors de retourner dans son corps et de ressentir à nouveau toutes les sensations du corps (pieds, jambes, bras, tête ...) de façon à ce que le patient sente la différence, entre le moment où il est parti (il ne sent plus rien) et le moment où il revient (il a des sensations). Le patient comprend alors que lorsqu'il se dissocie, les sensations disparaissent.

Cet apprentissage est plus fort si le patient comprend le mécanisme par l'expérience, il ne faut donc pas lui expliquer le phénomène entièrement, mais juste lui dire que lorsqu'il revient, il peut à nouveau ressentir son corps.

Bien entendu, un entraînement est nécessaire et l'exercice doit être renouvelé fréquemment. Il est néanmoins très efficace. Erickson avait appris à une femme qui avait des douleurs chroniques à se dissocier. Lorsqu'elle avait des crises de douleur, elle se mettait dans l'état d'hypnose et s'imaginait sortir de son lit, quitter la chambre et s'installer au salon pour regarder son émission favorite à la télé. Elle regardait l'émission jusqu'au bout pour ensuite revenir dans son corps, une fois la crise passée.

Cette technique n'est pas adaptée aux douleurs continues, mais est intéressante lorsque la douleur revient régulièrement, par crises aiguës, d'autant qu'il est plus facile d'apprendre quand on n'a pas mal et que l'attention peut être entièrement mobilisée sur l'apprentissage.

Localiser la douleur

Son principe est de localiser la douleur avec le plus de précision possible. En général, lorsqu'on souffre, on n'essaie pas de localiser précisément le mal pourvu que cela s'arrête. La douleur est perçue de manière plus ou moins diffuse et plus ou moins étendue.

Le but est de ramener la douleur à sa plus simple expression, donc de la localiser avec le plus de précision. Sous hypnose, de façon à ce que le patient puisse prendre un peu de distance par rapport à sa douleur, il lui est demandé de cerner la source de la douleur et d'essayer de définir sa localisation de la façon la plus précise possible.

Une fois cette première zone définie, le patient l'explore et se rend compte que, certains endroits ne sont pas douloureux. La zone va ainsi pouvoir être resserrée et rétrécie encore, jusqu'à l'endroit très précis qui est la source de la douleur. Le patient ne doit pas forcément décrire cette localisation, mais la ressentir. Lorsque la zone est bien rétrécie, elle devient beaucoup plus facile à gérer et moins effrayante, puisque moins envahissante.

Cette technique permet ainsi d'augmenter le confort et peut être combinée avec de la visualisation : le patient imagine qu'il a un feutre et trace un cercle de plus en plus petit autour de la douleur.

Déplacer la douleur

Après avoir bien localisé la douleur, il est possible de la déplacer. Après avoir bien cerné sa douleur, le patient est amené à la bouger légèrement, ne fût-ce qu'un tout petit peu (un millimètre ou un demi-millimètre).

S'il réussit, on lui demande de la pousser encore de plus en plus loin jusqu'à la faire sortir du corps, par l'extrémité la plus adaptée (pieds, mains). Elle peut passer dans le fauteuil et tomber, en imaginant le bruit qu'elle fait en tombant par terre ; elle peut également couler par terre et aller très loin dans les égouts.

Dissoudre la douleur

L'objectif de cette technique est de dissoudre la douleur. Une fois la douleur localisée précisément, la zone est divisée en deux parties et on demande au patient de se concentrer sur une seule d'entre elles, qui ne contient que la moitié de la douleur, et ensuite sur la deuxième partie qui contient l'autre moitié de la douleur.

Ensuite, toujours concentré sur une moitié de la zone, le patient la divise à nouveau en deux parties qui ne contiennent chacune que le quart de la douleur. Il recommence ensuite la division pour chacun de ces quarts et obtient des huitièmes de zone et des huitièmes de douleur. On continue ainsi jusqu'à obtenir une multitude de toutes petites parties ne contenant chacune que très peu de douleur.

Il est alors beaucoup plus facile de s'en débarrasser, de la bouger, de la jeter, de l'effacer.

Surprise

Il s'agit de la technique de la distraction. Erickson avait une patiente aux crises douloureuses qui ne parvenait pas à les oublier. Erickson lui a dit en substance: « *Si j'ouvre cette porte et que derrière cette porte vous voyez un tigre affamé qui vous regarde comme si vous étiez son prochain casse-croute, qu'est-ce que ça vous ferait ? Vous ne l'oublieriez pas votre douleur ?* ». Il y a des priorités et le corps sait les gérer

La patiente a dû en convenir. Et à chaque fois qu'elle avait mal, elle imaginait qu'il y avait un tigre sous son lit. Lorsqu'il y a un danger de cette importance, la douleur sait se faire oublier. On rapporte ainsi l'histoire de militaires, blessés au combat, parfois même très gravement, qui ne se rendent compte de leur douleur qu'une fois en sécurité. L'inhibition de la douleur par la peur est un mécanisme bien connu des scientifiques qui étudient le cerveau et l'esprit.

Une variante de la méthode d'Erickson pourrait être de dire au patient: « *Il fait beau, vous vous promenez dans un zoo, il y a des gens, pleins d'animaux de toutes sortes, vous marchez tranquillement et tout d'un coup, un tigre ! Là ! En face de vous ! Il est sorti de sa cage, il vous regarde d'un œil féroce, c'est une bête sauvage extrêmement dangereuse, il pourrait vous tuer d'un coup. Et il vous regarde comme s'il regardait son prochain déjeuner. Votre cœur bat vite et fort, vous transpirez, vous tremblez, tous vos nerfs et vos muscles sont sous tension, prêts pour la fuite, et vous réalisez alors que vous ne ressentez absolument plus votre douleur. La douleur est partie.*»

Le problème n'a pas disparu, mais le corps a bloqué tous les signaux douloureux afin de pouvoir s'occuper de quelque chose de plus important: la survie. C'est brutal, mais efficace et naturel, et peut être plus intéressant que d'avoir une crise douloureuse.

Il est nécessaire, bien entendu, de s'entraîner pour pouvoir le faire lorsque c'est utile. Une fois cette technique apprise au patient, c'est à ce dernier de décider s'il souhaite l'utiliser ou non.

Il est possible d'imaginer des variantes : par exemple, que le patient se promène et que, tout d'un coup, en sortant d'un buisson, il se trouve en haut d'une falaise de deux cents mètres ; ou bien qu'il traverse une rue tranquillement et que, tout d'un coup, il voit un autobus foncer sur lui. Il est possible également de remplacer la peur par la surprise. Par exemple, un patient est fan d'une star et imagine qu'il la rencontre au coin d'une rue ; ou bien sa femme lui apprend qu'il vient de gagner une grosse somme d'argent. Toute surprise assez intense peut faire l'affaire. Il faut néanmoins s'adapter en fonction du patient, selon qu'il est plus ou moins sensible.

Analgésie

Cette technique, l'analgésie, est plus directe que les précédentes, car elle porte directement sur la suppression de la douleur. Pour cela, on se ramène à des choses que la personne connaît déjà (on veillera néanmoins à s'en assurer en l'interrogeant auparavant), par l'utilisation du froid.

On vérifie que le patient se souvient d'avoir joué avec de la neige, d'avoir fait des boules de neige ou des bonshommes de neige, d'avoir dégivré son congélateur et d'avoir passé beaucoup de temps avec de la glace sur les mains, et de s'être rendu compte que les sensations s'en allaient. On lui demande ensuite d'imaginer que ses mains ou ses pieds s'engourdissent de plus en plus.

La première étape est donc de retrouver cet engourdissement à partir de souvenirs. Les sensations sont toujours présentes, mais plus diffuses et imprécises. Certaines personnes vont jusqu'à l'anesthésie complète, mais il ne s'agit généralement que d'une diminution de l'intensité, une analgésie.

La deuxième étape consiste à demander au patient d'augmenter cette sensation d'engourdissement, de l'amplifier de plus en plus, jusqu'au maximum possible.

Troisième étape, une fois que l'engourdissement a atteint un palier, on demande au patient de transférer cet engourdissement à l'endroit de la douleur (qui n'est pas nécessairement située à la main ou au pied). Si la main est engourdie, le patient la déplace et la pose là où il a mal, imaginant l'engourdissement qui se transfère sur la douleur. Si, par exemple, le patient a des migraines, il pose sa main engourdie sur le front ou sur le crâne.

Une fois que l'engourdissement a été transféré dans la zone douloureuse, on demande au patient de se souvenir de cette sensation pour apprendre à la produire directement en place.

Comme tout apprentissage, cet exercice devra être répété afin d'être efficace.

La contraction du temps

Cette technique, assez difficile, demande beaucoup d'entraînement, mais peut être très utile en cas de crises douloureuses.

La première étape est d'apprendre au patient à faire une contraction du temps. Sous hypnose, le temps ne défile pas de la même manière qu'à l'état de veille. Même à l'état de veille, le temps subjectif ne passe pas de la même manière suivant ce que l'on fait, selon que l'on s'ennuie ou non. Il existe donc deux temps, le temps absolu des horloges, constant, et le temps subjectif, très variable.

Il est possible d'agir sur le temps subjectif, en provoquant son ralentissement ou son accélération, en fonction de l'état d'esprit dans lequel on se situe. Le patient commence donc par retrouver une expérience vécue où le temps passait très vite (une séance de cinéma, le théâtre, une soirée avec des amis, des vacances ...). L'idée est en effet d'obtenir que les crises passent rapidement.

Le patient revit ce moment et retrouve la sensation que le temps passe vite. On peut alors s'imaginer qu'autour de soi, tout va très vite, les aiguilles des horloges tournent à toute vitesse, les gens se déplacent très vite...

Après s'être entraîné, le patient pourra, en cas de crise douloureuse, se remettre dans cet état de temps accéléré et retrouver ces sensations, ces images, ces perceptions du temps qui passe à toute vitesse. Une fois la crise passée, il revient au temps normal.

Erickson raconte avoir utilisé cette technique avec l'un de ses patients, qui avait des crises douloureuses particulièrement dures. Dans les moments de crise, ce patient s'arrêtait de parler pendant dix secondes, et reprenait ensuite sa phrase là où il l'avait laissée. Il se mettait en transe instantanément et ses crises ne duraient plus que dix secondes. Tout le monde peut arriver à ce niveau là, il faut simplement un bon entraînement, répété de nombreuses fois.

Il n'est pas nécessaire de connaître tout le panel des techniques, mais en connaître plusieurs pour avoir la liberté du choix et atteindre un certain degré d'efficacité. On ne sait pas a priori ce qui fonctionnera le mieux avec un patient donné. Ce n'est qu'après avoir essayé diverses techniques que l'on découvre ce qui convient le mieux au patient.

La contraction du temps peut être utilisée en thérapie. Il peut en effet être intéressant d'apprendre aux gens à voir le temps passer vite ou lentement, par exemple pour les hommes qui souffrent d'éjaculation précoce.

Mais la contraction ou la dilatation du temps peut également être utilisée au quotidien pour mieux profiter de la vie. On peut raccourcir ainsi les moments d'attente (à la Poste, à la caisse du supermarché, dans la salle d'attente du médecin, dans le fauteuil du dentiste ...) et allonger le temps agréable (au cinéma, au lit avec sa femme/son homme, en vacances ...). En fait, c'est ce qu'on réalise naturellement, mais en sens inverse. Il suffit d'apprendre à utiliser cette ressource naturelle, la contrôler suffisamment pour la déclencher à volonté quand c'est intéressant.

Conclusion

Nous avons étudié un certain nombre de techniques. La plupart des personnes rencontrées qui travaillent sur la douleur n'utilisent pas de technique particulière, mais mettent les gens en transe avant d'utiliser la dissociation spontanée. Ceci est très efficace lorsque le thérapeute reste avec le patient.

Mais les personnes qui souffrent de douleurs chroniques doivent néanmoins apprendre à travailler sur leur douleur.

A cet égard, les techniques où le patient est amené à se concentrer sur la douleur sont particulièrement intéressantes. En effet, elles permettent au patient, dès lors qu'il a la possibilité d'agir dessus, de ne plus en avoir peur. La peur joue effectivement un rôle déterminant dans ce genre de situations.

C'est également la raison pour laquelle la métaphore du signal d'alarme est bien utile : la douleur n'est pas un ennemi, juste un signal. Ceci permet de faire un recadrage et d'avoir moins peur. La métaphore du Coffre-fort ou de la Bibliothèque et son Enfer permettent « d'oublier » les précédentes crises douloureuses et donc d'avoir moins peur de celles qui peuvent venir.

Généralement, les gens ne savent pas qu'ils peuvent agir sur leur douleur, ils ne connaissent pas ces techniques et ne savent pas que ces possibilités existent. Or, à partir du moment où l'on agit, on est moins désespéré, on a moins peur, on se sent moins vulnérable, moins faible, et on peut, par conséquent, mieux appréhender le phénomène.

Ces techniques sont des trames, il est tout à fait possible d'en faire des variantes, et il en existe probablement d'autres à découvrir.

ANNEXE 2 - SCRIPTS

Les scripts ci-dessous sont donnés à titre d'exemple, comme points de départ pour votre apprentissage. Chacun peut les adapter en fonction de son style personnel. A partir du moment où il a compris les principes de l'induction et qu'il dispose d'un certain nombre d'outils, l'hypnothérapeute même débutant peut se créer ses propres inductions et ses propres scripts. Avec un peu d'entraînement, il improvisera chaque induction en toute confiance.

Chaque passage à la ligne correspond à une pause de quelques secondes, en synchronisation avec la respiration du patient. Les sauts de ligne correspondent à des pauses plus longues de 10 à 30 secondes à peu près.

Relaxation progressive

Introduction facultative

*Installez-vous confortablement,
mettez-vous bien à l'aise
Fermez-les yeux et écoutez moi,
concentrez-vous sur ma voix
et suivez mes instructions.*

La technique elle-même. L'ordre n'est pas important, on peut commencer par les pieds et remonter vers la tête, comme ci-dessous, ou bien on peut faire exactement le contraire.

*Commencez par vous concentrer sur votre pied droit,
sentez bien votre pied droit,
toutes les sensations qu'il y a dans votre pied droit,
sentez les doigts de pied, le talon, la plante du pied, le dessus,
l'intérieur,
et tout ce que vous pouvez sentir dans le pied.
Une fois que vous avez senti votre pieds,
vous le laissez se reposer pendant que vous remontez dans le mollet
droit,
concentrez vous sur le mollet droit,
sur les sensations à l'intérieur du mollet
sentez les muscles du mollet
quand vous les avez senti
vous les laissez devenir mous, se relâcher,
et vous remontez dans la cuisse droite,
concentrez-vous sur votre cuisse droite,*

*sur les sensations, sur les muscles,
 toutes les sensations à l'intérieur des muscles,
 faites le tour et puis
 laissez tous ces muscles se détendre
 se reposer, se relâcher,
 et toute votre jambe droite se détend et se relâche
 et elle va continuer à se détendre
 pendant que vous vous concentrez maintenant
 sur votre pieds gauche
 sur les sensations qu'il y a dans le pieds gauche,
 les doigts de pieds, le dessus, le dessous, le talon ,
 et ensuite vous laissez votre pieds se reposer
 pendant que vous remontez dans le mollet gauche
 concentrez-vous sur votre mollet gauche
 concentrez-vous sur les sensations
 à l'intérieur, dans les muscles,
 et ensuite vous relâchez ces muscles,
 et vous laissez votre mollet se détendre
 et il va continuer
 pendant que vous remontez dans la cuisse gauche,
 concentrez-vous sur votre cuisse gauche,
 sentez bien toutes les sensations qu'il peut y avoir,
 en surface, à l'intérieur dans les muscles
 et ensuite vous laissez votre cuisse gauche se détendre, se relâcher,
 et toute votre jambe gauche se relâche et se détend
 ce sont maintenant vos deux jambes qui se détendent et se relâchent
 et elles vont continuer à le faire
 pendant que vous remontez dans le bassin,
 les fesses, le ventre, les hanches,
 tout le bas de votre torse
 concentrez-vous sur cette partie de votre corps
 et essayez de sentir les sensations qu'il peut y avoir
 toutes les sensation dans le bas de votre torse
 et ensuite vous relâchez tout ça
 vous faites partir toutes les tensions, toutes les sensations,
 tous les muscles se relâchent, s'endorment, se détendent,
 et cela va continuer pendant que vous remontez dans le dos
 concentrez-vous sur votre dos,
 sur les muscles du dos,
 en haut en bas, à droite et à gauche de la colonne vertébrale,
 essayez de sentir tous ces petits muscles
 qui sont là et qui travaillent tout le temps
 et maintenant ils peuvent se reposer se relâcher
 alors vous allez les aider
 comme si votre esprit avez des mains*

*et pouvait faire un massage du dos
et étirer ces muscles
les réchauffer, les relâcher, les détendre,
et vous allez laisser votre dos continuer à se détendre,
pendant que vous vous concentrez sur votre épaule droite,
sentez votre épaule ,
puis allez dans le bras droit,
sentez les muscles du bras,
et relâchez les
descendez dans la main
sentez bien chaque doigts de votre main droite
chaque doigt séparément
pouce, index, majeur, annulaire, auriculaire,
sentez tous ces doigts les uns après les autres,
et quand vous les avez senti, vous les laissez se reposer,
se détendre, s'endormir,
ils n'ont rien à faire pour l'instant,
alors vous les laissez se reposer,
et toute la main et tout le bras,
remontez dans le bras
et allez dans l'épaule gauche,
sentez votre épaule gauche
et puis le bras gauche,
les muscles du bras
et relâchez les
allez dans la main gauche
sentez les doigts de la main gauche
sentez bien chaque doigts séparément
pouce, index, majeur, annulaire, auriculaire,
quand vous avez senti tous les doigts de votre main,
les laissez se reposer, se relâcher,
et toute la main et tout le bras
et vos deux bras
se détendent et se relâchent de plus en plus
remontez dans le cou et la nuque
sentez votre cou et votre nuque
concentrez-vous sur cette partie,
puis relâchez tous les muscles,
remontez dans la tête et les muscles du visage,
sentez les muscles des mâchoires,
à droite et à gauche,
et ensuite vous les laissez se détendre, se relâcher,
la mâchoire inférieure peut même descendre
et les dents peuvent se séparer légèrement
laissez les muscles devenir mous*

*concentrez-vous maintenant sur le menton,
 et ensuite sur les lèvres,
 la lèvre supérieure, la lèvre inférieure,
 tous les muscles autour de la bouche,
 c'est une zone très sensible,
 on peut bien sentir;
 une fois que vous avez senti vos lèvres,
 vous les laissez se reposer;
 se relâcher, devenir toutes molles,
 allez ensuite dans la joue droite,
 sentez votre joue droite,
 et vous la laissez se reposer;
 allez dans la joue gauche,
 sentez votre joue gauche,
 et vous la laissez se reposer;
 remontez dans les yeux,
 et les muscles autour des yeux,
 essayez de sentir tous ces muscles qui font bouger les yeux
 constamment,
 mais là ils n'ont rien à faire
 alors vous les laissez se détendre, devenir mous,
 puis remontez dans les sourcils,
 le front, les tempes, le crâne,
 et vous laissez tout ça se relâcher,
 tout votre visage,
 toute votre tête,
 et tout votre corps,
 de plus en plus détendu,
 de plus en plus relâché,
 et c'est agréable, n'est-ce pas ?
 c'est confortable,*

Cet ajout peut servir pour les patients qui sont stressés et se culpabilisent de prendre du repos.

*ceci est un exercice de relaxation,
 c'est confortable, c'est agréable et ça fait du bien,
 il est important de pouvoir se relâcher,
 de faire partir les tensions,
 de pouvoir se reposer;
 car pour bien agir il faut être en forme et bien se reposer,
 le repos est indispensable à l'action,
 il y a des moments pour agir et il y a des moments pour se reposer,
 et il faut savoir profiter de ces moments,
 pour bien se reposer,
 de façon à ensuite pouvoir bien agir;*

*avec plus de force, plus d'assurance,
plus de maîtrise,*

Relax rapide

Cette technique de relaxation peut être utilisée lorsque le patient a déjà un peu l'habitude de se détendre, après quelques séances pour certains, ou dès la première fois pour ceux qui pratiquent le yoga ou la méditation par exemple. Elle peut aussi être utilisée après la relaxation progressive pour installer un conditionnement entre l'état de relaxation qu'a atteint le patient et une création mentale visuelle, auditive et sensitive liée à sa respiration.

*J'aimerai que vous imaginiez
Qu'à chaque respiration,
Une vague de détente,
Part du sommet de votre tête,
Parcourt tout votre corps,
Comme s'il était creux,
Comme si une vague le traversait,
À chaque fois que vous soufflez,
Cette vague part de votre tête
Et va jusqu'au bout des mains, jusqu'au bout des pieds
Et partout où elle passe,
Vos muscles, vos organes, se détendent et se relâchent,
À chaque passage,
C'est comme une vague sur une plage,
Et qui petit à petit,
Efface toutes les traces sur le sable,
Et à force la plage redevient belle, lisse, propre,
Et c'est la même chose avec les muscles,
À chaque expiration,
À chaque passage de cette vague,
Tout votre corps se détend, se nettoie, reprend des forces,
Et ça fait beaucoup de bien,
Imaginez cette vague de détente
Qui passe dans votre corps
Et le détends sur son passage
De plus en plus
De plus en plus détendu à chaque passage
Sentez cette détente
Visualisez cette vague
Écoutez le son de votre souffle
Le son de l'air qui passe
Dans votre nez et dans votre gorge
C'est le bruit de l'eau
Qui déferle sur la plage*

*Puis qui se retire
 Pour revenir à nouveau
 Dans un mouvement perpétuel
 Et à chaque vague
 Vous êtes de plus en plus détendu
 Continuez comme cela
 Encore quelques instants*

Lévitacion du bras

Il existe une infinité de façons de produire la lévitation, celle ci-dessous n'est qu'un exemple.

*Peut-être quand vous étiez enfant
 Vous avez eu un ballon gonflé à l'hélium
 Un ballon tellement léger
 Qu'il faut bien le tenir, car il peut s'envoler
 Et il tire sur sa ficelle
 Il tire vers le haut
 Et il peut se coller au plafond
 Peut-être vous souvenez-vous de cette sensation
 Du ballon qui tire vers le haut
 De la sensation du bras qui est devenu léger
 Peut-être avez-vous participé à un concours de ballon
 Ou on attache une carte sur un ballon et on le lâche
 Et les ballons s'envolent dans le ciel
 Ils montent de plus en plus haut
 Tellement légers
 Ils sont emportés par le vent
 Peut-être avez-vous fait la planche dans une piscine ou à la mer
 Et vous avez laissé vos membres flotter
 À la surface de l'eau
 Vous les avez laissés aller à monter à la surface
 Jusqu'à ce que tout votre corps
 Flotte à la surface de l'eau
 Tellement léger
 Peut-être avez-vous connu d'autres expériences de légèreté*

*Ce que j'aimerai maintenant
 C'est que vous retrouviez ces expériences
 Que vous retrouviez cette sensation de légèreté
 Et que vous imaginiez
 Que vos bras sont devenus très légers
 Très légers
 Comme si vous teniez plein de ballons d'enfants
 Des ballons gonflés à l'hélium*

Des ballons qui montent dans le ciel
 Et il faut les tenir avec une ficelle
 Parce que ça tire, ça tire, vers le haut
 Et je voudrai que vous imaginiez que vos bras sont légers comme ça
 Et je voudrai que vous ressentiez cette légèreté dans les bras
 Que vous sentiez vos bras tellement légers, légers
 Et que vous sentiez cette traction vers le haut
 Que vous sentiez comme vos bras ont envie de monter
 Peut-être pouvez-vous sentir comme un frémissement dans les doigts
 Peut-être un doigt est-il plus léger que les autres
 Quel doigt peut être plus léger que les autres ?
 Peut-être pouvez-vous sentir le début d'un mouvement
 Et un autre va suivre
 Et les doigts se décolent petit à petit
 Le mouvement peut s'amplifier
 Le poignet peut se plier
 Et le bras commencer à se lever
 Tellement léger

Et vous laissez vos bras devenir de plus en plus légers
 Faire ce qu'ils ont à faire
 Laissez vos bras être de plus en plus légers
 Ressentez juste cette légèreté
 Et imaginez ce que peuvent faire des bras si légers
 Visualisez vos bras qui se lèvent petit à petit
 Imaginez qu'ils décollent doucement et se mettent à flotter
 À flotter doucement dans l'air
 Comme ils peuvent flotter dans l'eau
 Quand vous les laissez faire
 Imaginez que vos bras sont portés par l'eau
 Et qu'ils flottent doucement à la surface

Vous les laissez monter
 Et vous prenez plaisir à sentir vos bras
 Légers qui décollent doucement
 Petit à petit
 À chaque inspiration
 Ils montent doucement
 Tout doucement
 Tellement légers
 Tellement légers
 Et c'est une expérience agréable
 De sentir cette légèreté
 Et de laisser vos bras libres d'y répondre
 Laissez-les aller

*Jusqu'au bout
 Jusqu'où vont-ils aller ?
 Quels mouvements vont-ils bien pouvoir faire ensuite ?
 Soyez curieux de le découvrir
 Amusez-vous de cette expérience
 Pendant quelques instants encore
 Puis vous les laisserez reprendre leur poids
 Et venir se poser et se reposer*

Imaginer

Ce script est utilisé pour tester l'aptitude des patients à imaginer, à se créer des images mentales. Je l'utilise généralement lors de la première induction.

*Vous allez maintenant apprendre à utiliser une des ressources les plus puissantes de votre esprit
 Une ressource que vous connaissez depuis toujours, mais peut être ne savez vous pas encore à quel point elle peut vous être utile
 Cette ressource fait partir de l'esprit humain
 Tout le monde la possède, vous aussi vous la possédez
 Il s'agit d'une partie qui nous est aussi indispensable que le fait de respirer
 Mais souvent nous n'avons pas conscience à quel point elle peut nous rendre service
 Elle est bien plus puissante que la raison
 Il s'agit d'une partie bien plus puissante que la partie rationnelle de notre esprit
 Et pourtant elle est bien trop souvent négligée
 Tous les enfants la connaissent bien et savent l'utiliser
 Vous avez été enfant et vous pouvez retrouver la facilité avec laquelle vous avez utilisé votre imagination*

*Vous allez maintenant vous entraîner à laisser votre imagination vous guider
 Comme lorsque vous étiez un enfant plein de rêves colorés
 Vous allez imaginer plein de choses
 Commencez par imaginer que votre corps devient très léger
 Qu'il se met petit à petit à flotter
 À flotter dans l'air comme s'il était emporté par un nuage
 Qui l'emmène de plus en plus haut
 Vous êtes dans le ciel parmi les nuages et vous y êtes bien, très à l'aise, très confortable
 Peut-être un oiseau va-t-il voler à côté de vous pour vous faire la conversation
 Il va vous guider dans votre voyage fantastique*

Et vous commencez à voyager
 Et vous allez aller dans un pays merveilleux
 Un pays fantastique où tout est beau et agréable
 Et vous arrivez dans ce pays et vous allez y voir des choses incroyables
 Vous êtes maintenant dans une ville étrange et très belle
 Regardez autour de vous et voyez comme ces bâtiments sont curieux
 Prenez plaisir à admirer ces curiosités
 Ces formes bizarres, mais belles
 Vous marchez dans les rues et vous croisez des gens habillés
 bizarrement, des habits comme vous n'en avez jamais vu avec
 beaucoup de couleurs
 Les gens sont gentils et ils ont un beau sourire sur leur visage
 Vous vous promenez et vous découvrez constamment de nouvelles
 choses
 Des endroits étranges et beaux à la fois
 Vous voyez des monuments, peut-être des statues ou des fontaines
 Vous continuez votre promenade fantastique et bientôt
 Vous sortez de la ville et vous arrivez dans la campagne
 Vous y voyez des fleurs somptueuses, de toutes les couleurs
 Avec des parfums enivrants tellement agréables à respirer
 Des arbres magnifiques portent des fruits inconnus
 Vous en goûtez quelques-uns, ils sont succulents
 Riches d'arômes nouveaux
 Et il y a aussi des animaux
 Des animaux inconnus et charmants avec des pelages magnifiques
 Toutes sortes d'animaux paisibles se promènent avec vous
 Certains vous parlent et vous racontent des histoires drôles ou d'autres
 choses
 Vous prenez plaisir à leur compagnie
 Comme vous êtes un peu fatigué, vous montez sur le dos de l'un d'entre
 eux
 Un animal grand et solide qui vous transporte confortablement
 Et vous y êtes tellement bien que vous somnolez bercé par le rythme de
 sa marche tranquille
 Et bientôt vous vous endormez

 Et vous dormez paisiblement d'un bon sommeil réparateur
 Et quand vous vous réveillez
 Vous êtes dans un nouvel endroit très beau lui aussi, mais très différent
 Et vous allez prendre plaisir à le découvrir par vous-même
 Et peut-être allez vous continuer ainsi de découverte en découverte
 Jusqu'à ce que vous décidiez de vous arrêter

Induction Plage

Une induction très classique et assez efficace.

*Installez-vous confortablement
 Et fermez les yeux
 Et je vais vous demander de commencer par vous détendre un peu
 Comme vous avez appris à le faire en imaginant cette vague
 Qui part de votre tête et traverse votre corps
 À chaque respiration
 À chaque fois que vous soufflez, elle traverse votre corps
 Et vous vous détendez
 Et vous vous relâchez
 Et ça fait du bien
 À chaque passage votre corps se détend et se relâche
 Et vous allez laisser votre corps continuer à se détendre tout seul
 Pendant que maintenant vous imaginez
 Que vous êtes sur une plage
 Une belle plage de sable fin
 La mer est belle et il fait bon
 Le ciel est d'un bleu profond
 Une mer belle, magnifique, toute bleue
 Le soleil se reflète sur la mer
 En une myriade d'éclats éphémères
 Il fait beau, il fait bon
 C'est la bonne température, exactement comme vous aimez
 Vous êtes sur cette belle plage
 Et vous marchez pieds nus dans le sable
 Et vous sentez le sable glisser sous vos pieds
 Il est chaud, agréable
 Vous respirez l'air de la mer
 Un vent doux agréable
 Chargé de senteurs marines
 D'odeur d'algues, de sel
 Très vivifiant, très sain
 Un léger vent qui vient adoucir la caresse du soleil
 Et vous êtes bien, tranquille, il n'y a personne
 C'est une plage rien que pour vous
 Vous marchez tranquillement sur le sable
 Rapprochez-vous du bord de l'eau
 Marchez vers l'eau
 Vous marchez maintenant sur un sable un peu plus dur
 Puis un sable humide
 Et enfin vous marchez dans l'eau
 Et vous longez le rivage en marchant dans l'eau
 Une eau très agréable*

*À la bonne température
 Et vous sentez les petites vagues qui viennent
 Remonter le long de vos mollets
 Puis redescendre
 Il fait bon, vous êtes bien
 Vous marchez tranquillement les pieds dans l'eau
 Et c'est bien agréable
 Vous profitez de ce moment de bonheur tranquille
 Et puis un peu plus loin
 Sur le sable sec
 Il y a une chaise longue et un parasol
 qui sont là exprès pour vous
 Alors, vous quittez l'eau
 et vous vous dirigez vers cette chaise longue
 Installez-vous dans la chaise longue
 Confortablement
 Et regardez la mer
 Et laissez-vous bercer par le bruit des vagues
 Écoutez le bruit de l'eau qui monte sur la plage
 Et le bruit de l'eau qui redescend
 Le bruit des vagues qui déferlent
 Et le bruit de l'eau qui redescend
 Et ce sont des bruits très agréables, très reposants
 Cela ressemble à une respiration
 La respiration de la mer
 Vous l'écoutez et vous vous sentez bien*

Ici on peut introduire cette variante en fonction des relations que le patient a eues avec sa mère. Si elles n'ont pas été bonnes, si le patient a du ressentiment vis-à-vis de sa mère, il vaut mieux passer cette partie.

*Parce que cela ramène du plus profond de votre esprit
 Des souvenirs inconscients
 Des souvenirs de bien-être
 Des souvenirs d'un tout petit bébé
 Qui est dans le ventre de sa maman
 Et qui est bercé par le bruit de sa respiration
 Et le bruit de la mer ressemble à cette respiration
 Et c'était une époque spéciale
 Tout le monde a été dans le ventre de sa mère
 Vous aussi vous l'avez été
 Personne ne s'en souvient consciemment
 Mais votre inconscient a pu enregistrer tout cela
 Et vous pouvez imaginer ce que cela a été
 D'être bien au chaud, dans le ventre de votre mère*

Reprise du script principal.

*Vous êtes tranquille, confortable,
 Vous n'avez rien d'autre à faire que dormir
 Et prendre plaisir à vous sentir vivant
 Vous êtes totalement à l'abri de tout
 En dehors du monde, en dehors du temps
 Et vous vous sentez totalement en confiance
 Vous êtes dans une sorte de bulle de protection
 Qui vous met à l'abri de tout
 Et vous vous sentez en sécurité, protégé, à l'abri
 Et toutes ces bonnes sensations peuvent vous revenir
 Du plus profond de votre inconscient
 Et vous procurer du bien-être
 Des sensations de sécurité, de détente,
 De repos, de paix
 Et c'est agréable de retrouver cela
 C'est tellement bon de pouvoir s'endormir tranquillement
 Et se sentir totalement en sécurité*

*Maintenant j'aimerais que vous gardiez tout cela
 Précieusement dans votre esprit, dans un coin de votre mémoire
 Que vous vous en souveniez plus tard
 Pour retrouver toutes ces sensations agréables*

Induction Lieux Merveilleux

Une induction bien appréciée par la majorité des patients. Une technique qu'ils peuvent réutiliser lorsqu'ils font de l'autohypnose.

*J'aimerais maintenant que vous imaginez
 Que vous avancer sur un chemin
 Et je ne sais pas s'il monte, s'il descend ou s'il reste à plat
 Ce n'est pas important
 Ce qui est important
 C'est que vous allez bientôt arriver dans un endroit merveilleux
 Dans quelques instants
 Vous allez déboucher sur un endroit tellement beau
 Il est là devant vous, tout près
 C'est un endroit magnifique, vous y êtes presque
 Un endroit spécialement pour vous, encore un peu*

*Et à un moment ou un autre...
 Vous arrivez dans ce lieu merveilleux, magnifique
 Prenez le temps de bien regarder cet endroit*

*Je ne sais pas où vous êtes ni à quoi cela ressemble
 Peut-être êtes-vous dans la nature
 Peut-être êtes-vous au bord de la mer, sur une plage
 Ou bien en montagne, ou à la campagne ou dans un bois
 Ou bien dans un lieu clos comme un jardin ou une maison
 Ou bien tout à fait ailleurs
 Peu importe
 Ce qui compte c'est que vous êtes là
 Dans votre paradis personnel
 Et que vous vous y sentez bien
 N'essayez pas de le fabriquer
 Laissez votre inconscient vous le montrer
 Tel qu'il existe au fond de votre esprit*

*Cela peut-être un endroit complètement imaginaire
 Ou bien le souvenir d'un endroit existant
 Ou bien un mélange de plusieurs lieux
 Un mélange de plusieurs images
 Il peut même changer d'apparence avec le temps
 Car c'est un endroit magique où tous vos désirs sont possibles*

*Prenez le temps d'apprécier la beauté de l'endroit
 Comme c'est agréable à regarder
 Appréciez les différences de couleurs
 Les variations de teintes
 Tout n'est pas tout vert ou tout bleu ou tout blanc
 Il y a de subtiles variations
 Et c'est bien agréable de remarquer cela
 Laissez-vous aller à admirer la beauté du lieu
 Comme tout est magnifique, agréable
 Aussi bien l'ensemble que chaque détail*

*En même temps que vous voyez ces belles choses
 Peut-être pouvez-vous aussi entendre des sons agréables
 Des bruits agréables comme le vent dans les arbres ou le bruit de la mer
 Ou le chant des oiseaux
 Cela peut être une musique que vous aimez
 Ou bien un être aimé qui vous parle
 Ou autre chose ou rien du tout
 Soyez simplement attentif à l'ambiance sonore
 De ce lieu merveilleux*

*Il est possible qu'il y ait des odeurs aussi
 Des odeurs plaisantes qui vous rappellent de bons souvenirs*

*Comme l'odeur de la mer, ou de la campagne ou des bois
L'odeur de fleur ou un parfum que vous aimez
Il est possible qu'il n'y ait pas d'odeur
Soyez seulement attentif au parfum de cet endroit s'il y en a*

*C'est un endroit vraiment très beau
Un endroit où vous vous sentez bien
À l'aise, en sécurité
C'est un lieu qui n'appartient qu'à vous
Et où vous pouvez faire ce que vous voulez
En toute liberté
Vous en êtes le maître ou la maîtresse
Et vous faites ce que vous voulez
Uniquement ce que vous avez envie de faire
Vous y êtes vous-même*

*C'est un endroit où vous vous sentez tellement bien
Complètement en sécurité
Totalement libre
Prenez plaisir à sentir comme cet endroit
Magique, magnifique
Vous apporte du bien-être, de la paix
Comme vous pouvez vous y sentir à l'aise, en sécurité
Totalement en sécurité
Totalement à l'abri*

*C'est votre paradis personnel
Uniquement à vous
Un endroit en dehors du monde, en dehors du temps
Où vous pouvez vous relâcher, vous détendre totalement
Vous ressourcer, reprendre des forces, de l'énergie
C'est un endroit qui vous apporte tellement de bien-être
De repos, de paix, de sérénité
Resentez tout ce que ça peut vous apporter d'agréable
Sentez comme votre corps se détend et se relâche
Resentez toutes les sensations
De calme, de paix, de repos*

*Et vous pourrez retrouver cet endroit à chaque fois que vous en avez
envie
Envie de vous sentir bien
À l'aise, en sécurité, en liberté
À chaque fois que vous y retournerez
Vous pourrez retrouver toutes ces sensations agréables
Alors, vous allez l'observer attentivement*

*Regardez bien partout,
Sentez comme c'est agréable d'être là
Comme vous vous détendez
Comme vous vous reposez
Et en vous reposant comme vous reprenez de l'énergie
Et comme cela vous fait du bien
Enregistrez tout cela avec précision
Souvenez-vous de tous les détails
De toutes les sensations*

*Ce lieu magique est une porte d'accès
Vers votre monde intérieur
Pour retrouver ce bien-être
Vous ressourcer
Nettoyer votre corps et votre esprit
À chaque fois que vous y retournerez
Vous retrouverez tout ce bien-être
Toutes ces bonnes sensations*

*Alors, vous allez garder tout cela précieusement dans votre mémoire
Toutes ces images, tous ces sons,
Toutes ces odeurs, toutes ces sensations
Et vous pourrez les retrouver quand vous le voulez
Quand vous en aurez envie
C'est un lieu qui vous appartient
À vous, rien qu'à vous
Juste pour votre bien-être*

*Et si vous voulez vous en souvenir plus facilement
Si vous le souhaitez, vous pouvez lui donner un nom
Pour pouvoir y retourner plus rapidement*

La catalepsie du bras

L'hypnothérapeute s'assure que les mains du patient ne se touchent pas, puis il en soulève une délicatement en prenant le poignet. Il maintient le bras du patient dans cette position, et progressivement au fur et à mesure qu'il avance dans la technique il va relâcher la main jusqu'à la relâcher complètement lorsqu'il se rend compte qu'elle tient toute seule. Ce script utilise la distraction, en parlant d'apprentissage, de façon à ce que le patient ne pense plus à son bras en l'air. C'est une façon de faire parmi plein d'autres.

*Maintenant j'aimerais que vous imaginiez
Que ce bras qui est plié avec la main en l'air
Est le bras d'une statue
Une belle statue en marbre ou en bronze*

*Une belle statue dans un matériau très solide
 Très dur, très rigide
 Imaginez ce que cela peut faire d'avoir un bras aussi dur
 Concentrez-vous sur ce bras et ressentez la rigidité
 Créez cette rigidité dans votre bras
 Sentez votre bras dur, très dur,
 Imaginez ce bras de statue
 Et laissez votre bras devenir de plus en plus dur
 Pendant que vous détendez vos jambes
 Respirez profondément
 Et à chaque respiration
 Vos jambes deviennent de plus en plus souples et détendues
 Laissez vos jambes se détendre pendant que votre bras se durcit
 De plus en plus détendus
 Continuez comme cela
 Et écoutez-moi attentivement
 Vous êtes en train d'apprendre quelque chose
 Quelque chose d'important pour vous
 Et vous êtes en train de l'apprendre de façon inconsciente
 Et vous allez aussi l'apprendre consciemment
 Vous n'allez pas savoir tout de suite de quoi il s'agit
 Mais vous allez l'apprendre
 Et cela va vous être très utile
 Prenez plaisir à apprendre si facilement
 Prenez plaisir à savoir que votre inconscient apprend pour vous
 Pendant que vous vous concentrez sur ma voix
 Et votre inconscient a appris beaucoup de choses pour vous
 Depuis votre naissance
 Par exemple, vous avez appris à écrire
 Au début ce fut difficile
 Il vous a fallu apprendre à bien tenir votre stylo
 Puis à faire des traits bien dans les lignes
 Puis à tracer chaque lettre et à apprendre son nom
 Puis à assembler les lettres pour en faire des mots
 Et assembler les mots pour faire des phrases
 Ce fut un long apprentissage
 Et maintenant, vous n'avez plus besoin de réfléchir au tracé de chaque
 lettre
 C'est devenu automatique
 C'est votre inconscient qui s'en occupe
 Et il en va de même pour la plupart de vos apprentissages
 Vous avez probablement appris à nager, à faire du vélo, à conduire, etc.
 Et à chaque fois cela a été pareil
 Vous avez commencé par faire des efforts pour apprendre
 Puis avec le temps c'est devenu automatique*

*C'est votre inconscient qui gère vos apprentissages
 Et il est encore en train d'apprendre
 Toute notre vie nous pouvons apprendre
 De nouvelles façons de faire, de nouvelles façons d'être
 Des nouveaux comportements
 Et plein d'autres choses encore
 Et en ce moment même vous êtes en train d'apprendre
 Quelque chose qui va vous servir
 Vous êtes en train d'apprendre
 Que vous avez des ressources que vous ignorez
 Vous avez des possibilités que vous ne soupçonniez pas
 Vous venez d'ouvrir une porte
 Vers de nouveaux horizons
 De nouvelles possibilités s'offrent à vous
 Qui étaient en vous depuis toujours
 Et que vous êtes en train de découvrir
 Et vous allez continuer à en découvrir d'autres
 Au fil du temps de vos séances d'auto-hypnose
 Vous allez explorer votre monde intérieur
 Et y découvrir des trésors cachés
 Des trésors qui vous appartiennent
 Qui attendent que vous veniez les prendre
 Prenez le temps de laisser cette idée
 S'intégrer au plus profond de votre esprit
 Laissez-la germer, pousser, se développer
 Et quand vous aurez le sentiment
 Que c'est devenu une certitude
 Alors, laissez votre bras redevenir souple
 Et se poser confortablement
 A son rythme, sans forcer, naturellement*

Ressentir le froid

Cette technique peut être utilisée pour induire une analgésie de la main. C'est une des techniques utilisables pour le traitement de la douleur.

*Concentrez-vous un instant sur vos mains
 Sentez vos mains
 Toutes les parties des mains
 La paume, le dessus, les doigts
 Sentez chaque doigt séparément
 Pouce, index, majeur, annulaire, auriculaire
 Ce sont des zones sensibles, n'est-ce pas ?
 On peut avoir beaucoup de sensation dans les mains
 Par exemple, peut être que quand vous étiez enfant
 Vous avez joué avec de la neige*

Fait en bonhomme de neige
 Ou lancer des boules avec des amis
 Peut-être êtes-vous allé faire du ski plus récemment
 Peut-être avez-vous eu l'occasion de toucher de la neige
 Il n'y a pas si longtemps
 Ou bien avez-vous dégivré votre frigidaire
 Et vous avez touché de la glace à main nue
 C'est une sensation que beaucoup de gens connaissent
 Peut-être la connaissez-vous
 Probablement avez-vous senti
 Comment le froid engourdissait vos mains
 Souvenez-vous de ces sensations
 Imaginez que vous avez de la neige dans les mains
 Sentez vos mains et imaginez le froid de la neige
 Sentez cette neige, sentez son poids
 Sentez le froid qui entre dans vos mains
 Pas longtemps, jusque quelques instants
 Juste ressentir ce froid dans la main
 Au bout d'un moment dans le froid
 Les sensations diminuent
 Elles deviennent moins précises
 Et on ne sait plus très bien ce que l'on touche
 Et on ne sait plus très bien où sont les doigts
 Dans quelle position ils sont
 C'est comme si on avait de grosses moufles autour des mains
 On ne sent plus grand-chose
 Peut-être une sorte de picotement
 Ou bien rien du tout
 Les sensations s'en vont
 C'est l'engourdissement qui les fait partir
 On touche des choses, mais on ne sent pas très bien
 Les sensations ont diminué,
 Les mains s'engourdissent de plus en plus
 Elles sont engourdies par le froid
 L'engourdissement est de plus en plus fort

Imagine que vous touchez de la neige
 Depuis maintenant un bon moment
 Vous êtes resté longtemps avec les mains dans le froid
 Et vos mains se sont engourdies
 Et vous ne les sentez presque plus
 Les sensations sont parties
 Il n'y a presque plus de sensation dans les mains
 Vous ne sentez rien
 Elles sont devenues complètement endormies

*Toutes les sensations sont parties
 Vos mains sont complètement engourdies
 Cela fait des sensations bizarres
 Comme si vous aviez de grosses moufles
 Laissez ces sensations s'installer dans vos mains
 Juste quelques instants
 Vous savez que lorsque vos mains se réchauffent
 Les sensations redeviennent normales
 Laissez-vous le temps de sentir l'engourdissement
 Puis laissez vos mains se réchauffer
 Et les sensations revenir*

Ressentir le chaud

Cette technique est moins utile, mais faite juste après la précédente, elle permet au patient de comprendre qu'il peut agir sur des phénomènes très profonds comme les sensations. Il peut agir sur son ressenti, et cela peut lui faire comprendre qu'il n'est pas qu'un observateur, mais qu'il peut être acteur de ce qu'il se passe en lui.

*Tout le monde, un jour ou l'autre
 A ressenti la chaleur du soleil sur sa peau
 Ou bien le rayonnement d'un feu de bois
 Ou d'un radiateur électrique
 Tout le monde a ressenti la chaleur
 Rayonner sur sa peau
 Sur les mains ou le visage
 Tout le monde a fait cette expérience
 Vous aussi vous l'avez fait
 J'aimerais que vous vous en souveniez
 Prenez le temps de retrouver ces souvenirs
 Prenez le temps d'imaginer
 Que vous ressentez le rayonnement de la chaleur
 Sur une main ou sur le visage comme vous voulez
 Imaginez simplement une source de chaleur
 Le soleil, un feu de bois, un radiateur, peu importe
 Imaginez simplement que vous ressentez cette chaleur
 Concentrez-vous juste sur la sensation de chaleur
 Dans cette partie de votre corps
 Sentez comme c'est agréable
 Sentez comme cela vous fait du bien
 Laissez cette chaleur faire du bien à votre corps
 Sentez comme c'est bon
 Laissez cette partie de votre corps
 Devenir de plus en plus chaude
 Agréablement chaude*

*De plus en plus chaude et détendue
 C'est une chaleur agréable
 Et vous pouvez prendre plaisir à la ressentir
 Et cette chaleur peut se répandre
 Elle peut diffuser dans les autres parties de votre corps
 Progressivement
 Cela peut être tout votre corps qui se réchauffe
 La chaleur peut se répandre partout dans votre corps
 Les mains, le visage, les bras
 Le torse, les jambes, les pieds
 Une chaleur agréable
 Une douce chaleur
 Tout votre corps devient chaud et confortable
 De plus en plus chaud et agréable
 La chaleur augmente doucement toujours confortable
 Et vous êtes bien, tellement bien
 Et vous vous laissez aller à ressentir ce bien-être
 De plus en plus agréable et confortable
 Une douce chaleur rassurante, apaisante
 Qui donne envie de somnoler
 Qui donne envie de dormir
 C'est tellement agréable et reposant
 Profitez bien de ce plaisir simple
 Tellement facile à faire
 Et vous pouvez le refaire quand vous voulez
 Souvenez-vous comme c'est facile et agréable
 Souvenez-vous comme cela vous fait du bien
 Vous repose et vous détend*

Un signal de l'inconscient

Une première approche de la communication avec l'inconscient.

*Vous avez expérimenté dans les précédents exercices
 Un certain nombre de phénomènes
 Le bras qui devient dur ou qui se lève tout seul
 Des sensations de froid ou de chaud alors que la température n'a pas
 changé
 Tout cela est naturel
 Ce sont des phénomènes connus depuis longtemps
 Ils proviennent de vous-même
 D'une partie profonde de votre esprit
 De votre inconscient
 Votre inconscient est cette partie de votre esprit
 Qui fait l'intermédiaire avec votre corps
 Qui stocke tous vos souvenirs et vos apprentissages*

Qui gère toutes vos sensations, vos émotions, vos comportements
 automatiques
 Et bien d'autres choses encore
 Votre esprit inconscient n'a qu'un seul but
 Vous faire vivre du mieux possible
 Le plus longtemps possible
 L'hypnose et l'autohypnose sont des techniques
 Qui permettent d'accéder à l'inconscient
 Pour mieux le comprendre
 Pour mieux vous comprendre vous-même
 Et surtout pour le faire changer
 Pour changer ce que vous souhaitez changer
 Vous avez appris à rentrer dans l'état d'hypnose
 Vous allez maintenant apprendre à communiquer avec votre
 inconscient

L'hypnose se caractérise par une libération de l'inconscient
 Qui devient plus indépendant de votre esprit conscient
 Sous hypnose votre inconscient peut s'exprimer librement
 Il l'a fait lors des exercices précédemment
 Pas forcément dans tous, car il a ses préférences
 Mais il l'a fait

Alors maintenant vous allez lui demander
 De vous donner un signal
 Un signal pour vous avertir qu'il est suffisamment dégagé
 Qu'il est prêt à communiquer directement avec votre conscience

Quel genre de signal ?
 Votre inconscient peut faire contracter n'importe quel muscle de votre
 corps
 Il peut produire n'importe quel mouvement
 La plupart de nos mouvements sont inconscients
 Même si nous décidons consciemment d'un mouvement
 Nous n'avons pas conscience de la succession des contractions
 musculaires nécessaire à ce mouvement
 Nous pensons le geste et notre inconscient fait le reste
 Lorsque nous dormons nous bougeons et pourtant nous n'avons pas
 conscience
 Alors, votre inconscient peut décider de faire un geste
 Comme lever une main ou lever un doigt ou bouger un pied
 Ou n'importe quoi d'autre

L'inconscient peut aussi produire des sensations
 De chaud, de froid, de léger, de lourd, etc.

*Votre inconscient peut aussi bien décider de produire une sensation
comme signal*

*Il peut aussi produire des images ou des sons
Une image peut s'imposer à votre esprit conscient involontairement*

*Demandez à votre inconscient de choisir un signal
Celui qu'il veut
Un signal que vous pourrez reconnaître comme inconscient
Que ce soit un mouvement, une sensation ou une image*

*Pour lui demander, il vous suffit de le penser
Votre inconscient à accès à toutes vos pensées conscientes
Alors, demandez-lui en pensée
Comme si vous vous adressiez à quelqu'un d'autre dans votre tête
Et attendez patiemment que le signal arrive
S'il ne l'a pas déjà fait, patientez et soyez attentif
Soyez attentif à tout geste qui n'est pas volontaire
Soyez à l'écoute de vos pensées profondes
Soyez attentif à toute image qui pourrait venir
Ou à toute sensation ou toute autre manifestation physique ou
psychique*

*Et lorsque vous aurez reçu ce signal,
Remerciez votre inconscient pour sa collaboration
Prenez plaisir à savoir qu'il peut communiquer librement avec vous
Et demandez-lui de réutiliser ce même signal
À chaque fois que vous ferez de l'autohypnose
Pour savoir à quel moment vous pouvez commencer votre travail de
changement
En collaboration avec votre inconscient
Quelque soit la technique que vous allez utiliser demandez toujours à
votre inconscient qu'il vous fasse ce signal
Alors, vous saurez que vous êtes dans l'état d'hypnose
Et vous saurez que vous pouvez faire des changements au plus profond
de vous-même*

Signaling

Voici un exemple de mise en place d'une communication par signaux oui et non avec l'inconscient. Cette technique fondamentale est une clé d'accès à la communication avec l'inconscient et donc un gage de réussite d'une thérapie. Le script ci-dessous n'est pas utilisé tel quel lors des séances. Ici il est demandé de trouver trois signaux et c'est le patient qui est censé les découvrir. En séance je demande un signal à la fois et je demande des signaux que je puisse voir. C'est

seulement si cela ne marche pas que je demande d'autres signaux comme des sensations ou des images. Avoir des signaux visibles permet de laisser la conscience du patient en dehors du travail, sinon il est obligé de participer et de transmettre les réponses de son inconscient. Cela n'empêche pas la thérapie de réussir, mais les réponses transmises par le patient sont plus sujette à caution et le thérapeute doit se méfier des interprétations du patient.

*Maintenant que vous avez appris à libérer votre inconscient
 Vous allez pouvoir aller encore plus loin
 Vous allez apprendre à utiliser de nouvelles possibilités
 Que vous possédez sans savoir que vous les possédez
 L'état d'hypnose vous permet de communiquer avec votre inconscient
 Vous l'avez déjà expérimenté
 Vous avez demandé à votre inconscient
 De vous donner un signal
 Et il vous a répondu
 Peut-être vous demandez-vous si c'est bien lui qui l'a fait
 Peut-être vous vous dites que c'est vous-même qui avez fait ce signal
 Et vous avez raison, car votre inconscient c'est vous
 C'est une partie indissociable de vous-même
 C'est bien vous qui avez fait ce signal, mais pas consciemment
 C'est une partie plus profonde de vous
 Une partie habituellement cachée, en retrait
 Et vous avez appris à la mettre en avant
 Et cette partie profonde de votre esprit va vous aider
 À changer ce que vous souhaitez changer en vous
 À améliorer ce que vous souhaitez améliorer en vous
 Pour atteindre vos objectifs personnels
 Pour rendre votre vie plus satisfaisante
 Pour la rendre plus agréable
 Vous avez demandé quelque chose à votre inconscient et il vous a
 répondu
 Par un simple signal
 Maintenant vous allez améliorer la communication que vous avez
 établie avec votre inconscient
 Vous allez lui demander qu'il vous fasse trois signaux
 Un signal pour dire oui
 Un signal pour dire non
 Et un troisième signal pour répondre ni oui ni non
 Un troisième signal que votre inconscient utilisera pour dire qu'il ne
 sait pas répondre ou qu'il ne veut pas répondre
 Vous allez demander à votre inconscient qu'il choisisse trois signaux
 Le premier servira à vous répondre oui
 Vous allez demander à votre inconscient qu'il vous fasse un signal pour
 vous répondre oui
 Cela peut être un doigt qui se lève, ou une main qui se lève, ou une*

sensation dans une main, une image
Ou tout autre signal qu'il voudra bien choisir
Et vous allez attendre que votre inconscient vous donne son choix pour le oui
Puis vous lui demanderez un signal pour dire non
Le signal qu'il fera lorsqu'il voudra vous répondre non
Et cela peut être n'importe quel signal différent du premier
Un autre doigt qui se lève, l'autre main qui se lève, la même sensation dans un autre endroit du corps, une sensation différente dans la même partie du corps, une autre image, un autre changement dans l'image, ou n'importe quoi d'autre de différent
Vous allez attendre que votre inconscient vous donne le signal pour le non
Ensuite vous allez lui demander de vous faire le troisième signal
Le signal pour dire « je ne sais pas » ou « je ne veux pas répondre », ou n'importe quelle autre signification qui ne soit ni oui ni non
Un signal complètement différent des deux autres
Ou bien les deux autres signaux faits en même temps, deux doigts qui se lèvent ou deux mains qui se lèvent par exemple
Attendez seulement que votre inconscient choisisse ce troisième signal et qu'il vous le transmette
Lorsque vous aurez ces trois signaux, vous pourrez commencer à interroger votre inconscient
Vous pourrez lui poser des questions dont la réponse devra être soit oui soit non
Il faudra bien choisir les questions pour que les seules réponses possibles soient soit oui soit non
Après avoir posé votre question, il vous faudra attendre patiemment que votre inconscient vous réponde
Puis vous pourrez lui poser d'autres questions
Parfois, il vous faudra répéter votre question plusieurs fois avant d'avoir une réponse
Parfois la réponse vous surprendra et ne sera pas celle à laquelle vous vous attendiez
Parfois la réponse ne sera pas bien nette, il vous faudra reposer la question ou bien la changer légèrement
Parfois votre inconscient aura besoin de réfléchir plus longuement avant de vous répondre, vous poserez votre question un jour et vous aurez la réponse un autre jour, lors d'une autre séance
Parfois la réponse viendra avant que vous n'ayez eu le temps de finir de poser la question
Vous ne saurez pas à l'avance comment cela va se passer, il vous faudra patienter pour le découvrir
Votre inconscient peut utiliser les mêmes signaux d'une séance à l'autre, ou bien il peut en changer suivant son désir

*Il vous faudra être attentif à tout cela
 Et vous allez apprendre à comprendre votre inconscient
 À vous comprendre vous-même dans votre fonctionnement le plus
 profond
 Si ce n'est pas déjà fait, faites-le maintenant
 Demandez les trois signaux l'un après l'autre puis posez vos questions
 et attendez patiemment les réponses*

Guide intérieur

Une troisième technique de communication avec l'inconscient qui peut aussi être utilisé par le patient quand il fait de l'autohypnose. Avoir un guide intérieur est aussi une manière de se rassurer, de se pas se sentir seul face aux difficultés de la vie. C'est utilisable pour le travail sur la confiance en soi. Le script ci-dessous est destiné à l'autohypnose, le thérapeute n'aura aucun mal à l'adapter pour un travail en séance.

*Vous allez apprendre maintenant une autre technique de
 communication avec votre inconscient
 Une technique plus performante qui vous donnera des réponses plus
 riches
 Qui vous permettra de poser des questions plus larges
 Qui vous permettra d'obtenir plus d'information encore
 Et d'aller encore plus loin dans votre connaissance de votre esprit
 profond
 Votre esprit inconscient est une partie profonde de votre esprit
 Votre esprit est le résultat de milliard d'années d'évolution de la vie
 C'est ce qui se fait de mieux sur cette Terre
 Votre esprit et votre cerveau sont les objets les plus complexes que nous
 connaissons
 Aucun ordinateur n'est capable de faire tout ce que fait votre esprit
 Bien sûr certains ordinateurs jouent mieux aux échecs que vous, la
 plupart calculent bien plus vite que vous
 Mais aucun n'est capable de se débrouiller dans la vie comme vous le
 faites
 Même si vous estimez que d'autres font mieux que vous
 Vous avez dans votre boîte crânienne l'ordinateur le plus puissant de la
 création
 Vous avez juste besoin d'apprendre à mieux vous en servir
 Vous avez commencé à le faire et maintenant vous allez aller un pas
 plus loin encore
 Cette partie de votre esprit, votre inconscient
 N'existe que pour vous faire vivre du mieux possible, le plus longtemps
 possible
 Il fait tout ce qu'il peut pour que vous viviez bien
 Parfois il a simplement besoin d'apprendre à faire autrement pour*

améliorer les choses

Et il est en train d'apprendre

Et vous allez lui apprendre maintenant à mieux communiquer avec vous, avec votre esprit conscient

Votre inconscient connaît tout de vous, il a accès à toute votre mémoire, à tous vos souvenirs, à toutes vos émotions, même celles que vous cachez aux autres s'il vous arrive de le faire, même celle que vous pourriez vouloir vous cacher à vous-même

Votre esprit inconscient est sage et bienveillant

Il ne veut que votre bien-être et votre bonheur

Et il fait ce qu'il a appris à faire pour cela

Et si vous trouvez que ce n'est pas suffisant, vous pouvez lui apprendre à mieux faire encore

Vous allez maintenant lui demander deux choses

D'abord, vous allez lui demander qu'il se montre à vous

Vous allez lui demander qu'il choisisse une forme et qu'il vous la montre

Une forme qui va le représenter, lui votre inconscient sage et bienveillant

De façon à ce que vous le reconnaissiez et puissiez vous adresser à lui plus facilement

Demandez-lui qu'il se montre à vous sous la forme qu'il voudra

Cela peut être une personne, ou un animal, ou un objet, ou une forme abstraite, ou n'importe quelle autre image

Demandez-lui juste une image de lui-même

Regardez bien attentivement cette image et fixez-la dans votre mémoire

Regardez tous les détails, et prenez plaisir à voir votre inconscient en face de vous

Prenez le temps qu'il vous faut pour cela

Ensuite vous allez lui demander la deuxième chose

Vous allez lui demander qu'il communique avec vous

Il sait déjà le faire avec des signaux oui et non

Il peut faire mieux encore

Vous allez lui poser des questions, n'importe quelle question vous concernant

Ne lui demandez que des choses qu'il puisse savoir

Ce n'est pas un magicien, c'est juste votre esprit inconscient

Ses pouvoirs sont énormes, mais seulement sur vous

Il ne connaît pas l'avenir, il ne peut pas vous donner les chiffres du loto et tout ce genre de choses

Mais il vous connaît mieux que personne, il peut vous dire ce qui est bon pour vous et ce que vous pouvez faire pour améliorer votre vie

Il peut vous dire quoi faire pour changer les choses

Il peut vous expliquer quels sont les obstacles inconscients qui vous

freinent

Et il peut vous aider à les supprimer ou les contourner

Il peut vous aider à avoir un meilleur contrôle sur votre santé, sur vos comportements, sur vos émotions, sur vos réactions automatiques

C'est votre plus grand allié pour tout travail sur vous-même

Vous avez déjà commencé à communiquer avec lui par des signaux oui/non

Maintenant il peut vous donner des images pour vous transmettre plus d'informations

Cela peut être des images fixes comme des photos

Cela peut être des images animées comme des films, ou des rêves

Votre inconscient produit des rêves toutes les nuits même si vous ne vous en souvenez pas

Maintenant il peut vous donner des rêves alors que vous êtes dans l'état d'hypnose

Alors que vous êtes conscient

Des rêves dont vous allez vous souvenir

Et qui vont vous transmettre toute sorte d'informations sur vous-même

Il peut arriver que ces rêves soient faciles à comprendre, bien évidents

Il peut arriver qu'ils soient difficiles à interpréter

Mais vous pouvez demander à votre inconscient qu'il vous répète le message qu'il veut vous transmettre sous une autre forme

Le même contenu, mais avec une forme différente

Et il peut changer la forme du message plusieurs fois jusqu'à ce que vous compreniez ce qu'il veut vous dire

Et alors vous pouvez lui dire ce que vous avez compris pour vérifier que c'est bien cela qu'il voulait dire

Il vaut mieux vérifié, car les rêves sont parfois très symboliques et difficiles à comprendre

On peut croire avoir compris alors que la signification est toute autre

La vérification est souvent nécessaire, mais comme on ne sait quand elle est nécessaire il est préférable de la faire à chaque fois

Maintenant vous pouvez dialoguer avec votre inconscient

Plus tard vous apprendrez à lui faire faire des changements

Pour l'instant, apprenez à le connaître en lui posant des questions vous concernant et en lui demandant des informations sur vous-même

ANNEXES 3 – PROTOCOLES

Les quelques protocoles ci-dessous sont des aides pour le thérapeute qui débute en hypnose ericksonienne. Lorsqu'il a compris les principes sous-jacents, il peut se distancier de ces façons de faire et adapter ces méthodes à sa pratique personnelle. Si les formes peuvent être changées, le fond doit rester sensiblement le même.

Recadrage de moyens

Ce protocole est très utile pour changer toute sorte de comportements : arrêter de fumer, arrêter le grignotage, arrêter de rougir, etc.

1. Mettre en place une communication avec l'inconscient, avec des signaux oui et non.
2. Demander à l'inconscient de trouver les intentions positives, les objectifs, les besoins qu'il cherche à satisfaire par ce comportement. Si nécessaire, demandez-lui de penser à ce comportement lorsqu'il se manifeste à différents moments et qu'il réfléchisse aux buts qu'il cherche à atteindre dans les différents cas. Demandez qu'il fasse le signal « oui » quand il a identifié le ou les buts.
3. Demandez à l'inconscient de trouver d'autres moyens de satisfaire ces besoins qu'il vient d'identifier. Il garde les objectifs, mais il trouve d'autres méthodes pour les atteindre. Il ne s'agit pas de choisir, mais juste de trouver d'autres façons de faire. Demandez qu'il fasse le signal « oui » quand c'est fait.
4. Demandez lui d'évaluer ces nouvelles façons de faire et pour chaque objectif identifié, d'en sélectionner trois qui soient meilleurs pour le patient, et faciles à mettre en œuvre. Utilisez le signaling pour savoir s'il a trouvé assez de possibilités. Si oui, continuez, sinon revenez à l'étape précédente.
5. Demandez à l'inconscient de sélectionner un choix parmi les trois qu'il a gardés et qu'il fasse le signal « oui » quand c'est fait. Suggérez que l'inconscient peut tester ces nouveaux comportements pendant quelque temps, s'ils s'avèrent satisfaisants, ils pourront être conservés, sinon, l'inconscient pourra reprendre de processus de lui-même pour trouver de nouveaux comportements adaptés.

6. Demandez à l'inconscient de faire un rêve pour qu'il se voie avec les nouveaux comportements dans sa vie quotidienne, dans toutes les situations où l'ancien comportement se produisait, pour vérifier s'il n'y a pas d'objection à la mise en place de ces changements. S'il y a des objections, revenez à l'étape 3, en tenant compte des objections.

Mettre en place un nouveau comportement

Dans ce cas, il ne s'agit pas de changer un comportement existant, mais de mettre en place un comportement dans une situation où le patient ne sait pas quoi faire.

1. Demandez au patient choisir un modèle, personnage réel ou de fiction (cinéma, roman, ...) dont il voudrait acquérir un comportement particulier.
2. Demandez au patient d'imaginer ce modèle dans la ou les situations adéquates, et de bien observer ses gestes, ses attitudes, ses paroles, etc.
3. Demandez au patient de se voir lui-même dans les mêmes scènes avec les comportements qu'il vient d'observer (en dissocié donc).
4. Demandez au patient de revivre ces mêmes scènes, mais cette fois en associé. Il est dans la scène, il voit avec ses yeux, il sent les sensations, il ressent les émotions, etc.
5. Demandez au patient de s'imaginer dans le futur avec ses nouveaux comportements installés en lui.

Le Swish

Cette technique peut être utilisée dans de nombreux contextes à partir du moment où une image déclenchante a été identifiée.

1. Demandez au patient de visualiser l'image déclenchante, en partant du symptôme. Demandez-lui de tester les différentes sous-modalités pour savoir celles qui ont le plus d'impact.
2. Demandez au patient de créer une deuxième image pour remplacer la première. Demandez-lui d'utiliser les sous-modalités identifiées précédemment pour rendre cette image la plus attirante et agréable possible.
3. Demandez au patient de voir la première image et de commuter aussi tôt sur la seconde. La commutation peut se faire de différente manière :

- la première image peut partir à l'horizon et la seconde revient de l'horizon à sa place,
 - ou bien la première image devient de plus en plus sombre et la seconde part du noir pour s'éclaircir,
 - ou bien les deux images peuvent être présentes en même temps la première grande et la seconde petite puis la première image devient de plus en plus petite jusqu'à disparaître pendant que simultanément la seconde devient de plus en plus grande jusqu'à prendre tout le champ visuel.
 - etc.
4. Demandez au patient de prendre le temps de s'imprégner des effets de la nouvelle image, de bien ressentir toutes les sensations positives, puis dites-lui de tout effacer, de rendre « l'écran » tout blanc ou tout noir.
 5. Demandez au patient de recommencer les étapes 3 et 4 plusieurs fois de suite, en essayant de rendre la commutation la plus rapide possible et en respectant bien l'étape 4 qui est fondamentale dans la technique pour que l'association se fasse dans une seule direction.

La Ré-empreinte

Cette technique fondamentale peut être réalisée de nombreuses manières, le protocole ci-dessous en est un exemple.

1. Demandez au patient de se dissocier de l'expérience, du souvenir, de l'évènement, comme s'il le voyait de l'extérieur, comme si c'était un film ou une pièce de théâtre. Le patient se voit donc lui même dans une scène.
2. Demandez au patient de réfléchir à ce qu'il aurait fallu pour que les choses se passent mieux pour lui. Lui aurait-il fallu d'autres ressources, des personnages auraient pu être différents et réagir différemment, etc.
3. Demandez lui de visualiser, toujours en dissocié, une nouvelle scène avec les changements nécessaires pour que cela conduise à un résultat meilleur pour lui.
4. Lorsque la scène est au point, demandez-lui de la revivre en associé, d'être dans la scène et de ressentir tous les émotions et sentiments positifs que cela lui apporte. Demandez-lui de la revivre plusieurs fois pour qu'il s'en imprègne bien.

5. Demandez au patient d'imaginer tout ce que cela aurait changé dans sa vie passée et ce que cela va changer dans son futur.

Désensibilisation rapide

Cette technique est utilisée par Bandler pour le traitement des phobies. Elle peut être utilisée dans d'autres contextes anxieux à partir du moment où l'on s'est rendu compte que le patient se faisait un film mental qui génère de la peur et provoque un blocage, sans pour autant que cela soit une phobie au sens strict.

1. Demandez au patient de s'imaginer en face d'un écran, au cinéma ou chez lui devant sa télévision et son lecteur de DVD par exemple.
2. Demandez au patient de se voir sur cet écran, dans une image fixe, dans la situation problématique, juste avant d'avoir la réaction émotionnelle qui provoque le blocage.
3. Demandez au patient de se dédoubler et de se voir lui-même assis en train de regarder l'écran (double dissociation).
4. Demandez au patient de faire défiler le film jusqu'à dépasser la fin de l'expérience désagréable.
5. Demandez au patient de rentrer dans le film à ce moment-là et de le faire défiler à l'envers, comme s'il rembobinait le film - les gens vont marcher à reculons, les événements vont se passer en sens contraire - jusqu'à revenir à un moment antérieur où le patient se sentait bien.

Le Deuil

Ce premier protocole peut être utilisé aussi pour le deuil des relations amoureuses.

1. Demandez au patient de se faire une représentation de la personne disparue, et d'en décrire les sous-modalités.
2. Demandez au patient de se faire une représentation d'une personne qu'il connaît, avec qui il se sent bien, de se sentir réellement en présence de cette personne, et d'en décrire les sous-modalités.
3. Demandez au patient d'appliquer ces sous-modalité à la représentation de la personne disparue pour qu'il se sente en sa présence.
4. Demandez au patient de retrouver les expériences positives qu'il a connues avec la personne disparue et d'identifier ce que ces expériences lui ont apporté de positif.

5. Demandez au patient d'imaginer comment il pourrait retrouver ces mêmes apports positifs avec une autre personne.

Voici un deuxième protocole dont vous pourrez remarquer les similitudes et les différences avec le précédent. Ces deux protocoles peuvent d'ailleurs être combinés entre eux. Ceci illustre aussi l'infinie variété des actions possibles pour atteindre le même but.

1. Demandez au patient de s'imaginer avec la personne disparue.
2. Dites au patient de profiter de ce moment avec cette personne pour lui parler et exprimer tout ce qu'il a sur le cœur, tout ce qu'il a envie de dire et de faire ce qu'il a envie, comme la prendre dans ses bras par exemple.
3. Une fois que le patient a vidé toutes les émotions contenues, demandez-lui de repenser à tous les moments positifs passés avec la personne disparue, comme s'il regardait un album de souvenirs avec uniquement les bons moments.
4. Dites au patient que la personne disparue doit maintenant partir, mais qu'il pourra la retrouver dans son esprit à chaque fois qu'il en aura envie ou besoin. Dites au patient de voir l'autre personne s'éloigner et disparaître petit à petit.
5. Quand c'est fait, dites au patient qu'il lui reste tous les souvenirs de ces bons moments passés ensemble et qu'il peut les revoir à chaque fois qu'il pensera à la personne disparue.

Fusion des parties

1. Identifier les deux parties en conflit; les extérioriser en leur demandant de se placer chacune dans une main, les deux mains étant placées paumes en l'air pour les recevoir. Établir une communication avec les parties.
2. Demander à l'une des parties d'explicitier les objectifs qu'elle cherche à atteindre pour le patient. remonter la chaîne des objectifs jusqu'à arriver à un état essentiel: bien-être, amour, sécurité, santé, etc.
3. Faire la même chose avec l'autre partie et conclure que les deux parties veulent le bien du patient et donc ont un objectif en commun.
4. Faites lever les bras du patient de façon à ce que les paumes soient face à face et les coudes levés. Demander aux parties de commencer à échanger leurs ressources de façon à être plus efficace dans la réalisation de ce but commun. Suggérer que les mains vont se

rapprocher l'une de l'autre au fur et à mesure que les ressources sont échangées.

5. Lorsque les mains se touchent, suggérer que les deux parties ont fusionné en une nouvelle entité et que donc il y a maintenant une force unique qui poussera le patient vers l'objectif commun, l'état essentiel.
6. Faire réintégrer la partie dans le corps du patient

BIBLIOGRAPHIE

Milton Erickson

- Erickson Milton – L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose-
Tome 1 : De la nature de l'hypnose et de la suggestion –
SATAS – ISBN 2-87293-047-7
- Erickson Milton – L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose-
Tome 2 : Altération par l'hypnose des processus sensoriels,
perceptifs et psychophysiologiques– SATAS –
ISBN 2-87293-054-X
- Erickson Milton – L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose-
Tome 3 : Étude par l'hypnose des processus
psychodynamiques – SATAS – ISBN 2-87293-061-2
- Erickson Milton – L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose-
Tome 4 : Innovations en hypnothérapie– SATAS –
ISBN 2-87293-068-X
- Erickson Milton, Rosen Sydney – Ma voix t'accompagnera - Hommes &
Groupes Éditeurs – ISBN 2-86984-000-4
- Erickson Milton, Rossi Ernest, Rossi Sheila – Traité pratique de l'hypnose –
Grancher – ISBN 2-7339-0952-5
- Erickson Milton, Rossi Ernest – L'homme de février / Évolution de la
Conscience et de l'Identité en Hypnothérapie – SATAS –
ISBN 2-87293-070-1

Sur Erickson

- Bandler Richard, Grinder John – Patterns of the hypnotic technics of
Milton H. Erickson, M.D., Volume 1 – Meta
Publications – ISBN 0-916990-01-X
- Bandler Richard, Grinder John, Delozier Judith – Patterns of the
hypnotic technics of Milton H. Erickson, M.D.,
Volume 2 – Grinder & Associates –

ISBN 1-55552-053-7

O'Hanlon W. H., Hexum A. L. - Thérapies hors du commun : L'œuvre clinique complète du Docteur Milton H. Erickson – SATAS – ISBN 2-87293-041-8

Zeig Jeffrey – La technique d'Erickson – Hommes & Groupes Éditeurs – ISBN 2-86984-022-5

Zeig Jeffrey – Un séminaire avec Milton H. Erickson – SATAS – ISBN 2-87293-031-0

Les autres

Andreas Connirae et Tamara – Transformation Essentielle – La tempérance – ISBN 2-9505753-3-1

Andreas Connirae et Steve – Au cœur de l'esprit – La Tempérance – ISBN 2-9505753-2-5

Araoz Daniel – Hypnose et sexologie – Albin Michel – ISBN 2-226-07545-3

Araoz Daniel, Bleck Robert – L'épanouissement sexuel par l'autohypnose – SATAS – ISBN 2-87293-040-X

Bandler Richard, Grinder John – Transe-formations – InterEditions – ISBN 2-10-004736-1

Bandler Richard, Grinder John – Le Recadrage – InterEditions – ISBN 2-10-004294-7

Bandler Richard, Grinder John – Les secrets de la communication – Le Jour – ISBN 2-8904-4720-0

Bandler Richard, Grinder John – The structure of magic – Science and Behavior Books – ISBN 0-8314-0044-7

Bandler Richard, Grinder John – The structure of magic II – Science and Behavior Books – ISBN -8314-0049-8

Bandler Richard - Un cerveau pour changer – InterEditions – ISBN 2-10-004952-6

Bandler Richard – Le Temps du changement – La Tempérance – ISBN 2-9505753-5-8

- Bandler Richard – Peurs, phobies et Compulsions – La Tempérance –
ISBN 2-9505-7537-4
- de Waal Frans – Le singe en nous – Fayard – ISBN 978-2-21362799-1
- Dilts Robert – Sleight of Mouth : The Magic of Conversational Belief Change –
Meta Publication – ISBN 0-916990-43-5
- Dilts Robert – Visionary Leadership Skill : Creating a World to Wich People
Want to Belong – Meta Publication – ISBN 0-916990-39-9
- Dilts Robert – Modéliser avec la PNL – InterEditions – ISBN 2-10-008265-5
- Dilts Robert, Hallbom Tim, Smith Suzi – Croyance et santé – Desclée de
Brouwer – ISBN 2-220-03489-5
- Edgette John, Sasson Edgette Janet – Manuel des phénomènes hypnotiques en
psychothérapie – SATAS ISBN 2-87293-069-8
- Gordon David – Contes et métaphores thérapeutiques – InterEdition –
ISBN 2-10-004895-3
- Hall Edward T. - La dimension cachée – Édition du Seuil –
ISBN 978-2-02-004776-0
- Ledoux Joseph E. - The Emotional Brain: The Mysterious underpinning
of Emotional Life – Phoenix – ISBN 0753806703
- Power Mick – Mood Disorders: A Handbook of Science and practice – John
Wiley & Sons Ltd – ISBN 0-470-84390-X
- Rossi Ernest, Cheek David – Mind-body therapy / Methods of Ideodynamic
Healing in Hypnosis – W. W. Norton & Company –
ISBN 0-393-31247-X
- Satir Virginia – Thérapie du couple et de la famille – Desclée de
Brouwer – ISBN 2-220-05256-7
- Seligman Martin – La force de l'optimisme – InterEditions –
ISBN 978-2-72-960937-5
- Seligman Martin – What You Can Change ... and What You Can't –
Vintage Books – ISBN 978-1-4000-7840-0
- Tenenbaum Sylvie – L'hypnose éricksonienne : Un sommeil qui éveille –
InterEditions – ISBN 2-7296-0585-1

Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson Don D. - Une logique de la communication – Édition du Seuil – ISBN 2-02-005220-2

Watzlawick P. - L'invention de la réalité – Édition du Seuil – ISBN 2-02-029452-4

Watzlawick P. - Le langage du changement – Édition du Seuil – ISBN 2-02-009387-1

Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. – Changements, paradoxes et psychothérapie – Édition du Seuil – ISBN 2-02-005871-5

Watzlawick Paul – La réalité de la réalité – Édition du Seuil – ISBN 2-02-004841-8

Index lexical

abréaction.....	159, 202, 205
accouchement.....	218
affect	220, 235, 243
alcool	22, 77, 84, 93, 95, 98, 110, 240, 251, 252
ambigüité.....	29, 35
amnésie.....	103, 105, 113, 124, 187
amour	51, 83, 96, 98, 179, 186, 206, 210, 217, 218, 222, 233, 240, 242, 243, 245, 246, 249, 250, 251, 252, 300, 301
amygdale.....	16, 224, 225
analgésie.....	60, 106, 114, 119, 267, 286
ancre	53, 197, 204, 205, 213, 242, 244, 254
anesthésie.....	14, 60, 106, 119, 267
angoisse....	21, 24, 77, 82, 83, 85, 95, 98, 179, 204, 227, 228, 229, 230, 231, 240, 241, 242, 243
anxiété.....	20, 21, 151, 227
anxieux.....	19, 96, 201, 223, 224, 225, 226, 231, 300
auditif	40, 41, 46, 62, 63, 141, 171, 172, 175, 196
autohypnose.....	126, 127, 202, 224, 226, 231, 251, 252, 253, 257, 259, 260, 281, 290, 291, 294, 304
Bandler.....	63, 108, 176, 204, 209, 254, 300, 303, 304, 305
boulimie.....	95
canal préféré.....	41, 42, 43
cancer	17, 66, 95, 245, 262
cataplexie.....	53, 104, 105, 106, 107, 114, 115, 116, 123, 152, 198, 241, 243, 246, 248, 249, 250, 253, 284
cauchemar.....	183, 204, 227
Chemin de vie.....	183, 226, 243, 253, 255, 256
cinéma.....	102, 157, 200, 201, 212, 231, 268, 269, 298, 300
colère	36, 45, 46, 111, 236, 242, 248, 253
communication....	23, 28, 36, 37, 39, 44, 50, 61, 62, 74, 104, 181, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 205, 209, 214, 232, 244, 289, 291, 292, 294, 297, 301, 304, 306
comportement...	17, 21, 25, 39, 45, 46, 58, 59, 68, 78, 89, 98, 116, 122, 125, 128, 148, 162, 165, 194, 209, 211, 214, 215, 225, 226, 232, 233, 235, 236, 238, 239, 286, 290, 296, 297, 298

confiance.....	14, 20, 40, 50, 51, 53, 62, 63, 64, 83, 94, 95, 96, 97, 98, 109, 154, 167, 169, 178, 185, 193, 196, 208, 213, 226, 228, 235, 236, 243, 251, 253, 270, 281, 294
conflit	37, 46, 94, 95, 167, 179, 210, 225, 259, 301
confusion.....	30, 88, 89, 100, 113, 114, 117, 121, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 138, 139, 148, 149, 150, 151, 152, 156, 157, 160, 198
contre-exemple.....	32, 72, 218, 221
cortex	3, 223, 224, 225
crise 1.....	6, 66, 82, 83, 85, 91, 94, 159, 219, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 251, 253, 265, 266, 267, 268, 269
crise,	226
critère	30, 45, 62, 72, 80, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 162, 241, 243
Croyance...68, 69, 70, 71, 72, 91, 92, 97, 104, 109, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 176, 193, 208, 211, 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 305	
Hareng rouge.....	92, 167, 252
culpabilité.....	21, 81, 111, 169, 216, 219, 220, 252, 259
culture.....	17, 24, 44, 53, 179, 197, 217
culture de chacun.....	178
Darwin.....	45
décès	20, 202, 218, 220, 222, 245
déclencheur.....	218, 226, 227, 229, 230
dépression.....	19, 38, 75, 76, 86, 93, 94, 96, 110, 163, 166, 216, 218, 219, 221, 222, 234
deuil	97, 217, 219, 220, 246, 251, 300
deuil	217
dévalorisation.....	216
dissociation..	43, 61, 102, 106, 113, 123, 124, 125, 126, 129, 133, 134, 137, 138, 139, 140, 148, 149, 150, 154, 156, 157, 191, 201, 226, 238, 264, 269, 300
distorsion.....	28, 30, 34, 35, 64, 218
double dissociation.....	201, 300
doubles liens.....	56, 58, 64, 114, 118, 122
douleur.....	17, 34, 43, 66, 100, 101, 106, 174, 188, 192, 204, 255, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 286
drogue.....	22, 223
éducation.....	24, 37, 44, 53, 178, 192, 197, 217
Ekman.....	44, 45
engourdissement.....	153, 267, 268, 287, 288

engourdie.....	268, 287, 288
évitement.....	226
Évolution.....	34, 45, 70, 95, 101, 132, 244, 294, 303
extinction.....	224, 226, 227, 229, 255
fée	179, 180, 182, 186, 188, 235
film	43, 102, 123, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 196, 209, 226, 229, 230, 233, 238, 240, 244, 264, 296, 299, 300
froid	49, 116, 119, 151, 171, 196, 250, 251, 262, 263, 267, 286, 287, 289, 290
futurisation.....	211, 213, 219, 235, 236, 244, 246
généralisation.....	30, 31, 32, 33, 34, 37, 64, 70, 72, 76, 79, 80, 89, 92, 93, 162, 216, 217, 218, 221, 222, 231
génération.....	207
Grinder.....	63, 176, 204, 209, 254, 303, 304
guide	135, 182, 201, 294
guide intérieur.....	201, 294
Harvard.....	108, 165
hippocampe.....	16, 225
honte	77, 181, 216, 242, 250
hypermnésie.....	104, 105
hypnose légère.....	102, 103, 107, 109, 189
hypnose profonde.....	102, 103, 107, 109, 155, 173
Hypnothérapie.....	14, 15, 16, 18, 19, 21, 57, 100, 102, 103, 104, 105, 110, 157, 158, 177, 178, 195, 227, 303
hypnotisabilité.....	108, 109
hypophyse.....	224
imaginaire.....	102, 106, 111, 164, 179, 204, 208, 230, 233, 236, 241, 243, 247, 259, 282
Implication.....	58, 64, 69, 92, 114, 120, 132, 145, 146
impuissance.....	216
incongruent.....	44, 45, 46, 48, 50
index de référence.....	29, 32, 33, 64
insomnie.....	21, 97, 216
IRM	100
Jung	186, 197
kinesthésique.....	40, 41, 42, 43, 53, 62, 63, 105, 108, 109, 112, 113, 141, 153, 171, 172, 174, 181, 196, 197, 204, 205, 219, 257

Kosslyn.....	100
langage.....	14, 16, 18, 24, 28, 38, 40, 41, 51, 52, 54, 62, 63, 68, 70, 88, 90, 178, 197, 204, 216, 217, 306
lecture de pensée.....	36, 37, 64, 84, 89
Ledoux.....	3, 44, 223, 305
lévitation.....	59, 105, 106, 107, 108, 114, 116, 121, 146, 152, 198, 241, 246, 253, 275
Linguistique.....	14, 28, 29, 63, 171
opérateurs modaux.....	31, 78
maigrir.....	22, 110
malaise.....	213, 228, 253
manque.....	20, 30, 31, 34, 37, 76, 81, 92, 94, 95, 96, 98, 141, 216, 219, 220, 234, 235, 240, 243, 249, 251, 252
merveilleux.....	113, 131, 187, 257, 259, 278, 281, 282
métaphore.....	75, 78, 81, 82, 114, 131, 132, 133, 152, 157, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 197, 200, 201, 212, 215, 226, 236, 243, 244, 250, 252, 253, 255, 256, 262, 263, 269, 305
modèle.....	22, 25, 26, 28, 30, 37, 39, 59, 62, 63, 64, 71, 87, 90, 91, 93, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 128, 129, 130, 132, 133, 144, 178, 216, 218, 221, 233, 236, 252, 298
mort	75, 166, 181, 188, 228, 229, 230, 236, 252, 253
mourir.....	22, 76, 86, 166, 213, 226, 228, 231, 245, 247, 253
mythe	14, 103, 109, 110
nominalisation.....	34, 64, 79, 80
non-verbal.....	39, 51
objectif.....	15, 16, 18, 23, 25, 26, 62, 67, 68, 70, 71, 79, 82, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 153, 181, 182, 184, 191, 204, 210, 214, 232, 240, 246, 251, 253, 266, 292, 297, 301, 302
objectifs.....	217
omission.....	30, 31, 33, 34, 64
origine.....	14, 18, 20, 32, 33, 83, 91, 169, 200, 201, 203, 205, 206, 207, 212, 216, 218, 219, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 235, 253, 262, 263
panique.....	16, 82, 83, 85, 159, 213, 225, 227, 228, 229, 230, 253
parent	22, 31, 55, 58, 77, 79, 83, 84, 85, 87, 88, 91, 93, 95, 96, 175, 177, 180, 186, 187, 189, 197, 202, 219, 226, 227, 235, 236, 237, 240, 242, 243, 244, 248, 249, 252
Pavlov.....	19, 224
pessimisme.....	216, 221

PetScan.....	100
Peur	3, 16, 19, 24, 30, 35, 45, 77, 84, 94, 95, 97, 98, 102, 109, 115, 155, 174, 175, 176, 177, 179, 189, 202, 204, 208, 213, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 235, 236, 240, 242, 245, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 259, 264, 266, 267, 269, 300, 305
phobie	16, 19, 94, 97, 144, 174, 175, 176, 177, 180, 204, 208, 209, 227, 228, 229, 230, 231, 245, 249, 300, 305
Pinocchio.....	179, 258
plage	43, 75, 113, 142, 143, 144, 171, 187, 196, 274, 279, 280, 282
Pont des affects.....	204, 207, 219, 242, 243, 246, 250, 252, 253
posture.....	44, 46, 51, 52
prescription.....	25, 208, 231
Présupposition.....	30, 35, 64
psychothérapeute.....	22, 28, 45, 85, 91, 106, 162, 166, 167, 177, 218, 231, 239
quantificateur.....	32, 75, 78, 162, 217, 218, 221
Rainville.....	100
Raz	100
Ré-empreinte.....	169, 177, 211, 220, 226, 231, 235, 236, 244, 245, 248, 250, 254, 256, 299
Recadrage.....	67, 68, 69, 72, 169, 174, 180, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 226, 228, 232, 235, 246, 253, 269, 297, 304
réflexe de déglutition.....	116
relaxation.....	43, 113, 118, 134, 136, 137, 144, 153, 154, 257, 258, 270, 273, 274
représentation.....	28, 30, 31, 32, 34, 39, 40, 41, 43, 44, 62, 63, 74, 162, 176, 178, 181, 300
résistance.....	61, 67, 103, 105, 111, 113, 116, 124, 128, 134, 139, 140, 155, 156
rêve	55, 56, 57, 65, 102, 114, 117, 118, 124, 125, 127, 141, 142, 143, 144, 145, 152, 166, 168, 179, 190, 191, 195, 196, 197, 200, 202, 206, 208, 215, 225, 233, 236, 253, 277, 296, 298
rêverie.....	102, 127, 141, 142, 143, 144, 145, 152, 196, 202, 208
Rossi	51, 54, 57, 63, 87, 102, 112, 113, 115, 303, 305
rumination.....	209, 216, 219
Russel.....	30, 214
Schtroumpf.....	179, 236
sémantique.....	28, 29, 30, 35, 37, 64
sexuel	20, 44, 95, 97, 110, 168, 186, 216, 233, 247, 249, 251, 304
signal	53, 107, 198, 199, 204, 205, 241, 246, 250, 251, 257, 260, 262, 263, 269, 289, 290, 291, 292, 293, 297

signal post-hypnotique.....	107, 241, 250, 251
signaling.....	114, 152, 158, 195, 198, 206, 232, 243, 250, 251, 253, 256, 291, 297
sous-modalité.....	171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 213, 226, 230, 242, 298, 300
Stanford.....	108
surcharge.....	61, 114, 116, 117, 151, 157
surprise.....	45, 64, 113, 127, 130, 159, 160, 184, 198, 266, 267
symbole.....	88, 197, 201, 296
symptôme.....	16, 18, 19, 20, 21, 25, 45, 76, 77, 82, 85, 86, 95, 98, 203, 204, 205, 207, 209, 216, 219, 225, 227, 228, 298
synchronisation.....	50, 51, 52, 65, 128, 238, 239, 270
tabac	21, 93, 233, 234, 246
Tabagisme.....	21
TCC	209, 231, 254
télépathe.....	36, 86
thalamus.....	225
tigre	250, 266, 267
timidité.....	233
transe légère.....	103, 106, 129, 158
transe moyenne.....	103
tristesse.....	21, 45, 216, 217, 238
VAKO.....	39, 40
valeur	37, 48, 68, 72, 78, 92, 162, 176, 214, 215, 219
vision du monde.....	23, 24, 37, 79, 81, 163, 211
visualise.....	43, 113, 179, 182, 187, 200, 209, 210, 212, 213, 236, 238, 274, 276, 298, 299
visuel	39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 62, 63, 105, 106, 108, 109, 112, 113, 116, 141, 145, 153, 171, 174, 175, 181, 196, 223, 257, 263, 274, 299
Watzlawick.....	3, 25, 32, 63, 90, 211, 306
zoo	267

FORMATION A L'HYPNOTHERAPIE

Vous souhaitez acquérir les compétences pour devenir à votre tour hypnothérapeute ?

Vous avez envie d'aider les autres à se sortir de troubles psychologiques avec des outils performants ?

Vous avez envie d'en savoir un peu plus sur le fonctionnement de l'esprit humain, votre esprit ?

Vous avez envie de changer d'orientation de vie ?

Retrouvez l'auteur de ce livre dans des sessions de formation dynamiques et enrichissantes:

<http://www.formation-hypnotherapie.com/>

