

III. QUELQUES NOTIONS FONDAMENTALES POUR ERICKSON.

1. L'INDIVIDU DANS SON CONTEXTE

Chaque individu est unique
Le thérapeute fait partie de l'image qu'il voit du patient
La souffrance, élément de communication
Effet « Janus »
Accepter la réalité du patient
Des réserves insoupçonnables

2. L'INCONSCIENT

Non-conscient
Inventaire
Positif
Actif
Interactif
Fiable
Langage spécifique
Utiliser ce langage dans l'hypnose
Logique spécifique

3. L'APPRENTISSAGE

Apprendre pour vivre
Apprendre ou souffrir
Apprendre à apprendre
Apprendre à utiliser ses apprentissages

4. LA METAPHORE

Des images pour l'inconscient
La métaphore vient du thérapeute
Un rêve à l'envers
Diagnostic
Thérapeutique
Simplicité
Souplesse du thérapeute
Le symptôme : une métaphore ?

5. LANGAGE NON-VERBAL

Un langage commun
Un langage courant
Un langage inconscient
Un langage vrai
Amant
Vous aussi, vous entendez ?
De bons imitateurs



La pantomime au secours du thérapeute

6. LA REPONSE MULTI-CONTEXTUELLE

Réponse inconsciente
Qu'entend-t-on par réponse ?
La réponse hypnotique est multi-contextuelle
Des contextes inconscients

7. LA MANIPULATION

La manipulation partagée
Un abus de pouvoir ?

III. Quelques notions fondamentales pour Erickson.

8. L'INDIVIDU DANS SON CONTEXTE

Chaque individu est unique

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

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

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

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

La relation thérapeutique demande que nous acceptions le patient dans sa totalité. Il ne s'agit pas de prétendre à connaître et à maîtriser cette totalité : le thérapeute ne peut pas construire une image mentale exacte de la vision du monde du patient, de sa réalité interne et externe ; il connaît en fait très peu de cet individu qui lui fait face et pourtant il ne peut pas faire autrement que de se construire une certaine image de cette réalité : c'est une disposition



fondamentale de notre esprit, c'est aussi une disposition indispensable dans un projet d'intervention thérapeutique. Ce que nous pensons être la réalité du patient n'est, en fait, qu'une partie de la réalité totale du patient, une image que nous avons construite à partir de notre observation et dans laquelle nous sommes inclus. Cette notion exposée par Von Foerster et l'école de la philosophie constructiviste de Vienne (24, 25) doit être intégrée par tout thérapeute qui veut éviter d'imposer sa propre vision des choses et s'enfermer, sans espoir d'en sortir, dans ce qui n'est qu'une hypothèse.

La souffrance, élément de communication

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

Effet « Janus »

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

L'individu est engagé dans plusieurs contextes, individuels, familiaux, sociaux... qui apportent autant de niveaux de communication ; la thérapie ajoute un contexte et donc un niveau de communication supplémentaire qui va lui-même entrer en interaction avec les précédents. C'est ainsi que le thérapeute établit une relation privilégiée avec son patient mais aussi, indirectement avec d'autres éléments qui font partie de son contexte vital.

Accepter la réalité du patient

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

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



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

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

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

Est-il pertinent de commencer une thérapie en demandant au patient de s'adapter au thérapeute, d'apprendre et de comprendre une terminologie dont il n'aura que faire par la suite ? Dans le meilleur des cas ce sont quelques mois de perdus, le plus souvent c'est un échec de plus pour le patient qui vient voir un thérapeute parce que, justement, il n'arrive plus à s'adapter.

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

Des réserves insoupçonnables

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

Je l'interrogeais sur son métier.

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

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

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

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



Elle rétorqua : "Quiconque envoie un alcoolique visiter un jardin botanique pour apprendre à se passer d'alcool, et qui réussit, est le genre de personnage que j'ai envie de voir ! Mon père et ma mère sont restés sobres après que vous ayez envoyé mon père au jardin botanique."

"Que fait maintenant votre père ?"

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

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



9. L'INCONSCIENT

Non-conscient

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

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

Inventaire

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

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

« Prenez la personne qui apprend à conduire une voiture : "Maintenant voyons... Je mets mon pied gauche sur la pédale d'embrayage... Je mets mon pied droit que la pédale d'accélérateur... Je tiens le volant de cette façon... Oh, il vaudrait mieux que je mette la main droite un peu plus bas que la gauche – ou c'est le contraire ! Et maintenant, je peux démarrer la voiture." Et cette personne parcourt les étapes de cette laborieuse et consciente procédure d'analyse de son comportement jusqu'à ce qu'un jour elle prenne sa voiture et traverse toute la ville en pleine circulation, tout en parlant avec une charmante amie. Et il est tellement surpris de se retrouver devant le bon garage parce qu'il ne savait même pas qu'il était de l'autre côté de la ville. Apparemment, il a conduit avec prudence sans recevoir de contraventions ; pourtant, il ne pouvait pas se souvenir d'avoir traversé cette partie de la ville, parce qu'il était tellement absorbé. D'une certaine façon, il était en train de conduire sa voiture à un niveau inconscient, tout en dirigeant son attention consciente vers la conversation. » (21 p.21)

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

Ce n'est pas une définition théorique qui s'intégrerait dans un schéma général du fonctionnement psychique. Il n'est ici question que de poser une limite entre ce qu'un



individu sait faire et sait comment il le fait, et ce qu'il sait faire sans savoir comment il le fait, voire même ce qu'il ne sait pas qu'il sait faire. Il s'agit d'un principe explicatif.

Positif

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

Actif

Il protège toujours la personne, activement : « *Je pense qu'il faut que vous vous rendiez compte que l'inconscient de l'être humain est quelque chose d'assez compréhensif... L'histoire biologique de la race humaine nous révèle qu'un grand nombre de comportements ne viennent jamais à la conscience, pourtant ils sont largement utilisés pour gouverner les personnes.* » (21 p.21) C'est pourquoi, en état d'hypnose, c'est une réponse inconsciente qui est recherchée car pertinente pour le sujet dans sa totalité.

Interactif

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

Fiable

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

Langage spécifique

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



Utiliser ce langage dans l'hypnose

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

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

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

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

Logique spécifique

Si l'inconscient a son langage, il a aussi une logique interne différente de la logique rationnelle consciente. Elle apparaît, par exemple, dans sa capacité à percevoir simultanément plusieurs sens possibles dans une communication, en fonction des différents contextes dont il dispose, et à choisir ensuite une réponse dite multi-contextuelle car elle pourra avoir plusieurs sens, chacun étant pertinent avec un contexte. Face à une situation, deux réponses opposées peuvent ainsi se trouver en compétition. Elle apparaît aussi dans sa capacité à généraliser une compréhension ou un changement par contamination.

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



10. L'APPRENTISSAGE

Apprendre pour vivre

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

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

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

Apprendre ou souffrir

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

Apprendre à apprendre

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

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



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

Apprendre à utiliser ses apprentissages

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

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

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

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

Pour nous résumer, nous citerons Godin et Malarewicz (47 p.24) : « *Erickson concevait son rôle de thérapeute comme celui d'un créateur, créateur de contexte, contexte qui peut permettre à une personne, avec son histoire, ses demandes, d'utiliser les ressources dont elle a jusque là appris à ne pas se servir. Ces notions d'apprentissage et de réapprentissage sont fondamentales chez lui. Elles se réfèrent à un processus universel dont les résultats sont propres à chaque individu et dont il importe surtout, dans l'esprit d'Erickson, que chaque individu puisse décider de l'issue ; ainsi le processus de la thérapie sera celui que pourra choisir le patient* ».

11. LA METAPHORE

Deux Citations introduisent cette notion :

- La première est la définition du Larousse

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

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

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

Des images pour l'inconscient

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

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

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

La métaphore vient du thérapeute

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



Un rêve à l'envers

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

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

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

Diagnostic

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

Thérapeutique

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

Simplicité

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

Souplesse du thérapeute



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

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

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

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

- Absence de méfiance à leur encontre
- Encouragement à l'indépendance du sujet en ce sens qu'il est amené à réfléchir seul sur ce qu'on lui propose
- Contournement des résistances / contrôle de la relation
- Aspect séduisant
- Mise en jeu de la créativité
- Facilité de mémorisation
- Création d'une confusion propre à l'induction des réponses hypnotiques

Le symptôme : une métaphore ?

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



12. LANGAGE NON-VERBAL

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

Un langage commun

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

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

Un langage courant

Pourtant chacun se sert de ce mode d'expression, de façon volontaire, de manière limitée : dire oui ou non avec un geste de la main ou de la tête, avec une mimique appropriée, utiliser les odeurs (parfums), se coiffer et s'habiller selon un style qui veut dire quelque chose, mettre des distances différentes selon les situations et les interlocuteurs. Nous sommes perfectibles dans ce domaine. Cependant, la gamme est infinie et, surtout l'essentiel de ce langage reste complètement involontaire et incontrôlable. Il n'en existe pas moins.

Voici une histoire que raconte Erickson :

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

Je m'étais installé à un endroit d'où je pouvais voir des jeunes femmes passaient devant un cabinet médical. Quand je voyais leur allure changer, qu'elles ralentissaient, que les mouvements de leurs bras se modifiaient et qu'une grande douceur envahissait leur physionomie au moment où elles passaient devant la porte, je traversais pour leur demander :



" Est-ce que le test précoce a été positif ? " Sans réfléchir elles me répondaient : " il l'a été ou j'espère qu'il le sera. "

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

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

Un langage inconscient

Il est très important de se rendre compte qu'une partie importante et parfois essentielle de nos messages échappe à toute intentionnalité. Habituellement nos différents niveaux de communication sont congruents, nous faisons passer un seul message, que ce soit par les canaux volontaires du verbal, et par les canaux peu contrôlables volontairement du non-verbal. Ce que nous exprimons consciemment, nous le pensons aussi inconsciemment. Ceci n'est pas, loin s'en faut, toujours le cas. Soit que nous essayons de masquer une partie de nos pensées, soit que nous n'ayons pas conscience de certaines pensées. Dans ces situations nous communiquons généralement, simultanément, les deux idées par ces deux canaux distincts, le verbal pour les pensées conscientes, le non-verbal pour les pensées inconscientes.

Voici un exemple de conflit verbal / non-verbal :

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

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

Un langage vrai

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

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



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

Amant

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

Elle répondit :

"J'ai une phobie des avions.

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

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

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

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

— Très bien

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

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

— Vous le dites avec votre corps."

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

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

Vous aussi, vous entendez ?

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

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

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

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

Je soulevais alors la question : "Est-ce qu'il y a un ou deux violonistes dans l'orchestre ?" Il y en avait deux, elle remarqua même le saxophoniste. Nous avons ainsi passé un bon moment. Je demandai si l'orchestre était arrivé à la fin du morceau et si les musiciens ouvraient leurs partitions pour jouer un autre genre de musique. Elle entendit jouer tous ses airs préférés. »



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

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

De bons imitateurs

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

La pantomime au secours du thérapeute

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

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

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



13. LA REPONSE MULTI-CONTEXTUELLE

Réponse inconsciente

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

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

Qu'entend-t-on par réponse ?

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

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

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

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

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



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

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

La réponse hypnotique est multi-contextuelle

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

Des contextes inconscients

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



14. LA MANIPULATION

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

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

La manipulation partagée

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

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

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

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

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

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

Un abus de pouvoir ?

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



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

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

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

