

IV. ELEMENTS DE LA THERAPIE.

1. LE CONTEXTE DE LA THERAPIE

Reconnaître la méthodologie du patient
Utiliser le contexte apporté par le patient

2. LE THERAPEUTE

Motivation
Formation spécifique
Formation générale
Reconnaître ses limites

3. LE PATIENT

1. Quelle est la finalité de la thérapie ? « Qu'attendez de vous de moi ? »
2. Quel sera pour le patient, le premier changement significatif ?
3. Quels sont les moyens que s'est déjà donné le patient pour résoudre le problème posé ?
4. Comment le patient pense-t-il pouvoir aider le thérapeute ?
5. Combien de temps le patient accorde-t-il au thérapeute pour obtenir le résultat qu'il en attend ?

Demande explicite et implicite

4. LE PROBLEME

Définir un symptôme-cible
Le symptôme, « porte-parole » du patient
Symptômes névrotiques
Troubles psychosomatiques
La douleur
Les troubles psychotiques

IV. Eléments de la thérapie.

5. LE CONTEXTE DE LA THERAPIE

Une thérapie, pour se mettre en place doit réunir au moins deux individus dont les rôles sont différents et sont préalablement définis (pas toujours clairement) : un patient et un thérapeute. Le patient est un individu en souffrance qui, ne pouvant trouver seul les ressources pour se soulager, formule une demande d'aide auprès d'un autre individu, le thérapeute, connoté comme spécialiste de la relation, susceptible d'empathie, et dépositaire de connaissances en communication humaine. Ceci étant posé, la demande de l'un comme la participation de l'autre peuvent prendre des formes très variables.



Il nous semble que le facteur essentiel de réussite dans cette rencontre est la pertinence de la réponse du thérapeute par rapport à la demande du patient. Dans cette optique, la coexistence de différentes formes de thérapies est non seulement possible mais indispensable.

Reconnaître la méthodologie du patient

Le patient arrive toujours avec une certaine méthodologie concernant ce que doit être un psychothérapeute, dans les techniques et les buts poursuivis ; Erickson considère que cette dimension est des plus respectable et qu'il n'est pas dans les attributions du thérapeute de la contester et plus encore qu'il serait malhonnête de sa part d'accepter un contrat ambigu qu'il ne peut pas remplir, au détriment du demandeur. Un Ericksonien pourra répondre à cette demande : « Aidez moi à aller mieux » mais pas à celle-ci : « Aidez moi à comprendre pourquoi je vais mal ». La démarche Ericksonienne ne repose pas sur la recherche de l'origine des troubles mais sur la création d'un contexte dans lequel un changement peut prendre place. Ceci va bien au-delà d'une pratique différente, il s'agit d'un saut épistémologique d'une conception intrapsychique, descriptive et explicative à une conception contextuelle, communicationnelle et dynamique du trouble psychique et de l'intervention thérapeutique.

Cette notion de contexte prend une grande importance dans une optique stratégique, dépassant sa simple et indispensable reconnaissance, puisqu'il va pouvoir devenir un élément utilisé par le thérapeute.

Le contexte initial dépend pour beaucoup des attentes et des cadres de références du patient, qui contiennent des définitions des rôles et positions que chacun doit avoir dans une thérapie. Ce contexte existe implicitement dans toute thérapie et détermine, non seulement l'attitude du patient mais aussi celle du thérapeute, qui se retrouve très vite lié par un contrat dont il ne connaît pas les termes et qu'il découvre peu à peu d'après les réactions du patient. Il participe à un « jeu » dont il ne connaît pas les règles, ce qui lui impose de faire le moins d'écarts possibles pour ne pas être « hors la loi ». Un moyen habituel pour sortir de cette impasse, ou ne pas y entrer, est d'imposer son propre règlement, un autre contrat implicite qui régit l'attitude du thérapeute d'après ses théories et ses définitions des rôles et fonctions de chacun. Ces deux contextes vont générer des zones de lutte et de malentendus d'autant plus difficiles à lever que chacun aura la certitude d'avoir respecté les règles.

Utiliser le contexte apporté par le patient

C'est en partie pour éviter de telles ambiguïtés qui portent le ferment de l'échec d'une relation qu'Erickson pense qu'il est souhaitable d'accepter le patient avec tout ce qu'il apporte : ses difficultés, ses symptômes mais aussi ses conceptions de la thérapie.

Le thérapeute entre donc dans le « jeu » du patient, et va tenter d'en découvrir les règles essentielles. Maintenant, le thérapeute n'est plus prisonnier de l'inconnu ; il a alors le choix entre plusieurs attitudes : intervenir en respectant les lois, en les évitant, en les affrontant ou en recherchant un compromis avec le patient. Il sera parfois pertinent de négocier un contrat avec lui en tenant compte de ses possibilités.



En acceptant ainsi le patient dans sa totalité et en le reconnaissant comme partenaire, le thérapeute se préserve aussi du sentiment de toute-puissance et d'omnipotence qui peut naître du pouvoir que lui prête le patient, le pouvoir d'alléger les souffrances, de guérir.

Il faut en effet regarder la situation en face, dans une thérapie nous en faisons peu et le patient beaucoup, c'est lui qui travaille à son problème, qui en supporte les éventuelles difficultés supplémentaires dans sa vie (et que nous espérons temporaires), lui qui nous choisit, qui choisit de continuer ou d'arrêter, lui qui nous emploie ; c'est donc lui le personnage central de l'aventure, nous ne sommes là que pour le servir avec notre personnalité et nos techniques de communication qui justifient notre présence. Le thérapeute moderne reste probablement dans l'esprit des patients un peu sorcier et un peu magicien mais ceci est et doit rester dans l'esprit du patient, le thérapeute doit quant à lui faire son deuil de cette prétention.

Watzlawick dit très justement : « *Les limites d'une psychothérapie responsable et humaine sont bien plus étroites qu'on ne le pense généralement. 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.* » (57 p.77)



6. LE THERAPEUTE

Motivation

C'est l'attitude du thérapeute envers le patient qui détermine ce qu'il va obtenir. Erickson (21) a mené l'expérience suivante avec trois groupes d'étudiants en hypnose et une femme capable de développer tous les phénomènes subjectifs de la transe, en particulier l'anesthésie et les hallucinations avec un praticien expérimenté. Les trois groupes devaient induire tous les phénomènes possibles ; séparément il dit : au groupe A, qu'elle ne développait jamais d'anesthésie – au groupe B qu'elle ne développait pas d'hallucinations visuelles – au groupe C qu'elle ne développait pas d'hallucinations auditives. Chaque groupe devait essayer quand même. Le sujet devait effectuer tous ce qu'ils pensaient vraiment, sans savoir qui était A, B ou C.

Ils ont tous été surpris. Le groupe A avait tout réussi sauf l'induction de l'anesthésie ; le groupe B s'est récrié en disant que c'était très facile d'induire une anesthésie, par contre ils avaient échoué pour les hallucinations visuelles... Le groupe C, bien sûr, n'était d'accord avec aucun des deux premiers...

Le sujet a ensuite expliqué qu'un des groupes avait proposé une anesthésie mais sans attendre vraiment qu'elle le ferait, et elle n'a pas développé d'anesthésie dans la transe. Les deux autres avaient bien évoqués des hallucinations, mais là encore, plus par principe que par assurance du résultat.

Tout étudiant en hypnose a vécu ce genre d'expérience, comme « thérapeute », mais aussi comme sujet, expérience qui illustre, au moins pour l'hypnose, que la conviction du thérapeute est essentielle pour entraîner l'adhésion du patient. Ceci explique peut-être les résultats très variables des prescriptions médicamenteuses selon les thérapeutes. Ceci confirme aussi l'idée qu'un thérapeute ne doit employer que des méthodes pour lesquelles il est bien entraîné et en lesquelles il place toute sa confiance quant à l'efficacité thérapeutique. Une expérience « pour voir » n'aura jamais la même efficacité qu'une prise en charge avec conviction.

Lorsqu'un thérapeute veut obtenir n'importe quel résultat hypnotique avec ses patients, il vaut mieux qu'il le pense réellement comme cette expérience le montre. Mais comment être soi-même convaincu de ses possibilités ? Il faut que le thérapeute se penche sur sa propre histoire personnelle en tant qu'être humain, pour reconnaître qu'il a lui aussi, à diverses occasions, expérimenté des phénomènes spécifiques comme la dépotentialisation du conscient ou une anesthésie. Il doit aussi reconnaître qu'il n'est pas différent des autres êtres humains. Il s'apercevra alors que ce qu'il propose à ses patients ne dépasse pas leurs propres capacités.

Formation spécifique

Evidemment, ceci sera renforcé par l'expérimentation de trances hypnotiques personnelles pendant lesquelles chacun peut avoir un aperçu de possibilités jusque là ignorées mais aussi vivre ce qui se cache derrière des termes comme focalisation de l'attention, dépotentialisation du conscient ou encore dissociation. Il est tout à fait surprenant de se vivre à la fois comme acteur et observateur d'une catalepsie par exemple. Il nous semble que ce type d'expérience est indispensable avant de prétendre à une utilisation clinique, pour mieux ressentir le vécu



des futurs patients et aussi pour être bien convaincu que celui-ci garde en permanence le contrôle de la transe et le choix de n'accepter que les suggestions pertinentes.

Cette étape est la première, elle n'est pas suffisante ; s'il est en effet relativement facile d'induire une transe hypnotique, il faut apprendre comment faire de cette transe un outil thérapeutique, et comment l'intégrer dans une démarche stratégique.

Formation générale

Au-delà de cet apprentissage à l'hypnose et à la stratégie, il faut être capable de discerner quand et comment l'utiliser, c'est à dire reconnaître les indications mais aussi les limites du thérapeute. Pour Malarewicz, la thérapie peut commencer avec la demande du patient mais doit s'arrêter avec la compétence du thérapeute.

Ces remarques introduisent la notion qu'une psychothérapie et en particulier l'utilisation de l'hypnose ne peut être confiée qu'à des thérapeutes connaissant les multiples facettes de la nature humaine et parfaitement entraînés à sa technique.

L'hypnose demande en plus de bonnes connaissances de la physiologie et de la pathologie médicale pour savoir reconnaître un trouble organique d'un trouble fonctionnel. C'est pourquoi tous les instituts Milton Erickson s'engagent à ne dispenser l'enseignement de l'hypnose qu'à des médecins et des psychologues cliniciens.

Reconnaître ses limites

Nous terminerons par la position d'Erickson à ce sujet, elle témoigne de sa sagesse et contient probablement les clés de ses nombreux succès. (21 p.147)

« Vous devez vraiment apprendre à évaluer chaque petit morceau de la personnalité humaine et à évaluer chaque type de comportement disponible. Puis vous devez adapter votre propre comportement aux besoins du patient sur la base de votre propre évaluation. Si vous ne pouvez pas vous adapter aux besoins d'un patient particulier, envoyez le ailleurs avec votre bénédiction. Il est inévitable de rencontrer des patients auxquels simplement vous ne pouvez pas vous adapter. »



7. LE PATIENT

Ce chapitre va traiter essentiellement de la demande du patient qui est pour Erikson, comme pour tous les psychothérapeutes, un critère fondamental. Mais dans une thérapie Ericksonnienne cette demande et son évaluation prennent une dimension capitale puisque le thérapeute va en tenir compte pour adapter une stratégie, tant dans son attitude que dans la prise en charge qu'il peut proposer (ou non).

La demande ne peut pas être immédiatement évaluée par le thérapeute, et pourtant il ne peut éviter de s'en faire une idée dès le premier contact ; il est très difficile de revenir sur ces premières impressions. Avant de commencer la thérapie, il est intéressant de débroussailler un peu le terrain afin de voir où le thérapeute met les pieds. Nous prendrons comme modèle de référence le contrat d'hospitalisation décrit par Malarewicz (49) en l'adaptant à une prise en charge individuelle en ambulatoire (le principe reste le même pour un couple ou une famille). En abordant ces différents points, le thérapeute essaye d'apprécier le contexte apporté par le patient.

6. Quelle est la finalité de la thérapie ? « Qu'attendez de vous de moi ? »

Il s'agit ici de la demande « officielle » formulée, souvent en termes de disparition de symptômes et qui représente, a priori, pour le patient le but de la thérapie. Nous verrons que cette demande en cache souvent une autre dont il est impossible ou difficile de parler ; ce sera le but du thérapeute d'apprécier cette demande implicite ; nous en reparlerons.

Cette finalité exprimée pourra parfois être acceptée par la thérapeute mais parfois il sera nécessaire de la « recadrer » car elle contient un but utopique du genre : « Je voudrais être comme avant » ou « Si j'avais du travail, je ne serais pas déprimé (sous-entendu : aidez moi à en trouver) », mais aussi lorsque la formulation est trop vague : « Je n'arrive pas à avoir des relations satisfaisantes avec mon entourage ». Il est indispensable de redéfinir ces demandes, les accepter ne peut que préparer l'échec, à travers une thérapie sans fin.

7. Quel sera pour le patient, le premier changement significatif ?

En d'autres termes, quel sera le premier fait, objectivable, qui prouvera au patient que quelque chose a changé dans sa réalité, qui rendra caduc le caractère inéluctable de la souffrance ? C'est au patient de proposer ce changement minimum.

Par ce biais, il se met déjà au travail et participe à la thérapie, mais c'est aussi un moyen de diviser la souffrance, et de mettre en route une dynamique positive. Cet élément devient un médiateur entre le patient et le thérapeute et un enjeu minimum qui évoluera au cours de la thérapie. Il met en place un feed-back permettant à l'un et à l'autre d'évaluer régulièrement ce qui se passe dans la thérapie.



8. Quels sont les moyens que s'est déjà donné le patient pour résoudre le problème posé ?

En général, différents moyens ont déjà été essayés, soit seul soit avec de l'aide. La revue des tentatives personnelles qui ont échoué permet au thérapeute d'aborder la compréhension, par le patient, de son symptôme, la signification ou l'origine qu'il lui attribue. Ceci engage aussi le patient dans une recherche intérieure, qui avec l'aide du thérapeute peut enclencher une dissociation et un processus, inconscient cette fois, de changement.

Par ailleurs le thérapeute doit se garder des disqualifications des interventions précédentes dans lequel le patient, cherchant une alliance, tente d'entraîner le thérapeute ; il risquerait ainsi de se retrouver rapidement sur la liste des thérapeutes incompetents. Il doit, tout au contraire, faire l'inventaire des points positifs dans les expériences précédentes qui pourraient être repris.

9. Comment le patient pense-t-il pouvoir aider le thérapeute ?

Cette question induit immédiatement l'idée que le patient est partie prenante de la thérapie, qu'il a un rôle actif et surtout place le thérapeute dans une position basse dans laquelle il refuse la toute-puissance que pourrait lui prêter le patient. Un moment de confusion suit généralement cette question car les patients sont habitués à se voir imposer les conditions de prise en charge. Le thérapeute peut aussi demander des idées sur la manière dont la thérapie devrait se dérouler, quelle attitude serait la meilleure... Par exemple, il est ainsi possible de savoir si le patient considère comme acceptable d'avoir des tâches, de suivre des prescriptions.

10. Combien de temps le patient accorde-t-il au thérapeute pour obtenir le résultat qu'il en attend ?

Les patients ont en général une idée assez précise d'un délai considéré comme suffisant pour atteindre le but qu'ils se sont fixés. Ce délai dépend des connaissances qu'ils ont sur les thérapies acquises auprès de l'entourage ou par des lectures, mais aussi c'est un indice indirect de leur évaluation de la gravité de leur état, de l'importance qu'ils attribuent à leur souffrance. C'est ici encore une notion subjective qui demandera à être corrigée pendant la thérapie, en fonction de l'évolution.

A partir des réponses à ces différents points, le thérapeute va imaginer une stratégie qui pourra tenir compte des capacités et des attentes du patient.

Demande explicite et implicite

Tout thérapeute doit savoir que certaines demandes ne sont pas des demandes de changement et que certains symptômes sont un signe d'alerte qui, en aucun cas, ne doit être supprimé pour ne pas entraîner le patient dans une illusion de guérison. Il est parfois mis en avant mais la



thérapie doit porter sur les conditions d'apparition de ce symptôme, qui disparaîtra « spontanément » s'il n'a plus de raison d'être.

C'est ainsi que, au-delà de la formulation d'une demande « officielle » de changement et de son appréciation par le patient, le thérapeute expérimenté reconnaîtra parfois une autre demande implicite, car, comme le dit Erickson :

« Il est assez risqué et impressionnant pour des patients de faire des déclarations décisives sur leur situation. Ils souhaitent désespérément que les choses tournent bien et, naturellement, ils ne veulent pas immédiatement prendre position sur quelque chose qui est si terriblement difficile. » (21 p.62)

Le thérapeute a à travailler avec différents types de patients. Dans le meilleur de cas, les patients sont disposés à se prendre en charge et capables d'accepter le changement. En fait, ils ont déjà mis en place les conditions du changement. Un bon indice est l'aide qu'ils sont disposés à apporter au thérapeute, en se déclarant prêts à suivre les prescriptions que la thérapeute jugera utiles. Le système est prêt à changer, le patient vient, d'une certaine manière demander « la permission » pour ce changement. Face à ce genre de patient, le plus difficile pour le thérapeute est de suivre son patient et ne pas lui imposer une mauvaise direction. Il faut cependant rester prudent et se rappeler que « l'hyper-coopération » est une forme de résistance, ceci est bien connu des hypnothérapeutes.

En fait, la plupart des patients formulent deux demandes simultanées. La première est une demande de changement visant à faire disparaître une souffrance réelle. La deuxième est une demande implicite que rien ne change car le changement est synonyme d'inconnu et, en fait le symptôme est déjà une tentative d'aménagement à un contexte difficile. L'idéal en général serait que la souffrance s'améliore sans que rien ne change. Il est indispensable de prévenir le patient qu'il aura des efforts à fournir, que cela lui coûtera quelque chose.

Nous avons vu comment la stratégie va essayer de tenir compte de cette ambivalence mais il est également souhaitable de s'adapter aux capacités évolutives des patients ; par exemple, Erickson tente en général de définir un changement mineur, relativement facile à atteindre, car ce premier changement va positiver la thérapie et rassurer le patient.



8. LE PROBLEME

Définir un symptôme-cible

L'hypnose et les thérapies stratégiques définissent comme premier champ d'intervention le symptôme, pris dans son acceptation la plus large car c'est le niveau le plus immédiat que montre le patient, et il constitue la base de la demande.

Dans une conception interactionniste, le symptôme est considéré comme un élément de communication dans le contexte habituel du patient mais aussi dans la thérapie dont il va devenir le fil conducteur. Souvent il cache une autre demande difficilement exprimable mais Erickson pense qu'il faut travailler avec ce que propose le patient et qui définit la thérapie.

Le symptôme, « porte-parole » du patient

Paradoxalement, cette conception s'oppose au réductionnisme de la nosographie et du diagnostic qui ne parlent plus d'un individu mais d'un obsessionnel, d'un déprimé ou d'un anxieux confondant le tout (l'individu) et la partie (les symptômes) et se trouvant fort démunis lorsqu'un symptôme ne « rentre » pas dans le tableau théorique qui veut que chaque structure s'exprime par tel symptôme et non par tel autre. La clinique infirme tous les jours cette conception linéaire, et pourtant...

En effet, lorsqu'Erickson dit que Mme X a une phobie, il ne dit pas qu'elle est phobique, dans sa totalité ; au contraire, il constate qu'à coté de cette phobie, Mme X est parfaitement adaptée à sa vie et à la réalité. Cette phobie, ce symptôme est le reflet d'un dysfonctionnement partiel, d'une inadéquation localisée entre sa réalité interne consciente et inconsciente et la réalité externe. Son inconscient, avec ses capacités, a « choisi » ce comportement comme réponse à une situation inacceptable, que celle-ci soit vraie ou imaginaire.

C'est en gardant tout cela à l'esprit que **le thérapeute travaille, non plus sur, mais avec le symptôme**.

En pratique, le plus important, au-delà des troubles présentés est la compréhension que le thérapeute peut percevoir du patient et du symptôme. Car, en premier lieu, ce n'est pas l'hypnose qui est thérapeutique, c'est le thérapeute et sa stratégie.

Donc, s'il existe quelques indications –ou contre-indications générales de l'hypnose, chaque thérapeute se fait une « grille » personnelle par rapport à sa personnalité, à son expérience et à sa conviction. Ici encore, ce n'est pas une théorie qui détermine ce que peut faire le thérapeute, mais le thérapeute lui-même.

Erickson ne propose pas de liste des indications de l'hypnose, il ne se réfère pas à la nosographie traditionnelle mais considère chaque problème comme unique, demandant une réponse adaptée. Il a laissé de très nombreux récits de thérapie parmi lesquels nous retrouvons des situations extrêmement variées, comme les quelques exemples repris dans ce travail le montrent. Il n'est donc pas souhaitable pour lui de s'enfermer dans des classifications qui répondent à une théorie tendant à généraliser les difficultés rencontrées et les réponses thérapeutiques.



Ce n'est que lorsque le thérapeute rencontre le patient qu'il peut décider de l'intérêt ou non d'utiliser l'hypnose formelle, ou d'utiliser des techniques dérivées. L'indication repose sur la personnalité et les attentes du patient, sur celles du thérapeute et sur le type de relation qui s'installe entre eux.

Ces réserves essentielles faites, nous pouvons proposer quelques grandes lignes représentant les troubles les plus fréquents pour lesquels l'hypnose est utilisée ; nous en profiterons pour préciser ses limites et les domaines qui doivent faire préférer d'autres méthodes.

Symptômes névrotiques

- Les troubles anxieux, à type d'angoisse flottante, somatisée ou non.
- Les peurs incontrôlables à type de phobie.
- Les idées obsédantes et les comportements ritualisés.
- Les situations d'échecs répétés, scolaires ou professionnels.
- Les difficultés de concentration.
- Les situations de dépendance : alcool, drogue, tabac ?
- Les troubles sexuels.
- Les troubles du sommeil.
- Les troubles de l'alimentation.
- L'énurésie, chez l'enfant et l'adulte.

Il est bien évident que la plupart des patients présentent simultanément plusieurs de ces symptômes (dont la liste n'est pas exhaustive) lorsqu'ils formulent une demande d'aide. Par exemple, pour un patient déprimé : manifestations anxieuses, difficultés de concentration, sentiment d'échec, ou d'inutilité, un ralentissement de l'activité, des troubles du sommeil, de l'alimentation. Le thérapeute qui se donne comme axe de travail le symptôme ne peut pas disperser ses efforts dans toutes les directions. Sa première intervention consiste, avec l'aide du patient, à hiérarchiser les difficultés, à diviser les dépressions dans ses composantes puis à choisir un symptôme, celui qui sera considéré par le patient comme le plus gênant, mais surtout un symptôme qu'il va être possible d'objectiver et d'isoler très clairement de la totalité. Pour prolonger notre exemple, le choix peut se porter sur l'insomnie ; il faut alors en étudier les paramètres : heure du coucher, heure d'endormissement, nombre et durée des réveils nocturnes, dose d'hypnotiques... Il est probable que le patient ne saura pas répondre de manière précise à cette évaluation, la première prescription thérapeutique pourra consister dans l'observation de ces paramètres dans l'intervalle jusqu'à la prochaine séance. Il devient alors possible, au thérapeute comme au patient d'avoir un élément d'évaluation de la thérapie. Il est beaucoup plus facile de viser à un gain d'une heure de sommeil par nuit que d'utiliser un critère éminemment subjectif comme le sentiment d'inutilité ou la tristesse. L'orientation vers un symptôme est donc un artifice technique qui résulte d'un compromis acceptable par le patient et le thérapeute.

Pour rester cohérent, le thérapeute ne se satisfera pas d'une formulation subjective du résultat de la thérapie sous cette forme : « Je ne suis plus déprimé », mais orientera le patient vers une formulation symptomatique : « J'ai retrouvé mon sommeil habituel, je peux me concentrer sur mon travail, je n'ai plus besoin d'anxiolytiques, j'ai repris mon poids de forme... »

Il nous semble important de préciser que des difficultés de cet ordre survenant chez un patient présentant une personnalité hystérique répondent en général assez mal à une approche hypnotique et stratégique. Contrairement à l'idée reçue, ces patients ne sont pas de meilleurs



sujets à la transe hypnotique que les autres, quoique leur grande suggestibilité ait pu le faire penser ; cette attitude nous semble en fait plus proche d'un comportement de résistance par hyper-coopération. Il est d'autre part difficile de bâtir une thérapie sur un symptôme compte tenu de leur grande labilité et plasticité. Enfin, ces patients s'accommodent mal d'une démarche qui d'emblée discute de la durée et des conditions de la fin, ce qui tend à s'opposer trop directement à la dépendance relationnelle qui leur est nécessaire.

Troubles psychosomatiques

Conformément aux indications classiques l'hypnose reste très pertinente pour ces patients, peut-être en raison du double impact, sur le corps et le psychisme, permettant des interventions aussi bien sur la manifestation symptomatique que sur les conditions inconscientes et contextuelles qui président à son apparition et sa persistance.

Mais, il convient dans ce registre d'être prudent afin de ne pas qualifier hâtivement de psychosomatiques des troubles qui demandent une prise en charge spécifiquement somatique. Le thérapeute doit donc avoir de bonnes connaissances dans les deux domaines mais aussi s'en remettre à des praticiens plus compétents que lui pour le diagnostic différentiel.

En effet, les conséquences pourraient être graves, s'il est licite de travailler sur la douleur d'une gastrite, conséquence d'une situation relationnelle « stressante », il faut être sûr qu'il ne s'agit pas d'une douleur de même localisation qui est parfois le premier signe clinique d'une pathologie tumorale, par exemple, et respecter ce qui est alors un signe d'alerte.

La douleur

Sous réserve des précautions que nous venons d'évoquer, la douleur est une excellente indication de l'hypnose. Erickson a beaucoup travaillé sur ce sujet, depuis les douleurs les plus banales jusqu'aux douleurs terminales des cancers, qui ne peuvent plus être soulagées par la pharmacopée habituelle. Nous avons dit que les expériences personnelles d'Erickson face à ses douleurs ne sont pas étrangères dans la grande pertinence de ses approches spécifiques. Par exemple, « le vieux Joe » dont nous avons parlé plus haut a poursuivi sa vie pendant quatre mois, pratiquement sans douleurs et sans traitements.

De nombreuses techniques ont été proposées, leur emploi résulte, là encore, plus d'un choix du thérapeute que du type des douleurs, ceci apparaît très bien dans les récits d'Erickson, en particulier dans la quatrième conférence de « l'hypnose thérapeutique » (21), ou dans les comptes rendus de S. Rosen et de J. Lodéon (43, 44). Il faut également citer J. Barber, élève d'Erickson (4) qui se consacre à l'étude et au traitement des phénomènes douloureux.

Les troubles psychotiques

Nous n'avons pas retrouvé de description de prise en charge hypnotique par Erickson chez des patients présentant des troubles considérés comme psychotiques. Nous pensons qu'il convient d'être très prudent avec ces patients qui sont susceptibles de vivre de manière très angoissante une transe hypnotique, tant par les sensations physiques qui l'accompagnent que par la dissociation psychique qui, en fait, réactiverait leur vécu de morcellement. Il est parfois difficile de porter le diagnostic, c'est pourquoi tout thérapeute utilisant l'hypnose se devra d'être attentif pour déceler rapidement l'apparition d'une angoisse déstructurante et interrompre la séance.



Par contre, les techniques stratégiques sont tout à fait indiquées, en particulier lorsqu'il s'agit de travailler avec ces familles qui sont remarquablement organisées pour résister à tout changement.

