

## V. ASPECTS PRATIQUES DE L'HYPNOSE THERAPEUTIQUE.

### 1. PRELIMINAIRES

Qu'est-ce que l'hypnose pour vous ?  
Présentation de hypnose par le thérapeute.  
Précautions oratoires

### 2. TEMPS DE LA SEANCE

Induction  
Transe  
Retour au conscient

### 3. CONDUITE D'UNE SEANCE

Etablir le contact  
Ouvrir la parenthèse  
Proposer un état de relaxation  
Dépotentialiser le conscient  
Mise en route de processus inconscients  
Suivre les réponses inconscientes  
Fermer la parenthèse

---

## V. Aspects pratiques de l'hypnose thérapeutique.

### 4. PRELIMINAIRES

Nous allons maintenant évoquer comment une séance d'hypnose peut se mettre en place. Cette phase de préliminaire est très importante avant de commencer la première séance et d'engager la thérapie dans les meilleures conditions.

#### **Qu'est-ce que l'hypnose pour vous ?**

Cette question est importante car, nous l'avons déjà dit, les patients arrivent avec une idée relativement précise de ce que peut être la thérapie. Cette question se posera si le patient fait la demande d'hypnose mais aussi si c'est le thérapeute qui fait la proposition. Il s'agit à travers cette question de rencontrer les attentes, les craintes et généralement les idées erronées que le sujet peut avoir de l'hypnose. L'hypnose Ericksonienne est très différente des représentations habituelles et il est souhaitable de lui expliquer en quoi cela va consister.

#### **Présentation de hypnose par le thérapeute.**

L'hypnose est un état banal, des phénomènes de transe peuvent survenir dans la vie de tous les jours lorsque l'attention volontaire se porte vers l'intérieur du sujet plutôt que vers ce qui l'entoure. L'exemple le plus classique est le voyageur en train ; il peut très bien arriver à



destination sans garder de souvenir très précis des péripéties du voyage, tout simplement il a pensé à autre chose de plus important pour lui.

L'hypnose est un état d'hypervigilance « focalisée », en l'occurrence sur des idées et des sensations internes. Pendant ce temps là le sujet est parfaitement vigilant, il reste en alerte et est capable de réagir aux sollicitations externes si elles lui semblent importantes ; il n'est donc pas question de sommeil, même si la présentation extérieure peut rappeler cet état. Cet état de relaxation n'est pas indispensable, nous verrons dans le cas clinique que le sujet peut être dans un état d'hypnose même lorsqu'il parle et qu'il présente d'une manière qui n'évoque en rien le sommeil.

La transe peut se dérouler de beaucoup de manières différentes, c'est le patient qui détermine ce qui lui semble le plus satisfaisant y compris la profondeur de la transe. Cette profondeur est d'ailleurs, en général, très fluctuante.

La transe est un état actif dans lequel le sujet contrôle ce qui se passe et accepte ou refuse ce qu'il veut. Ce n'est pas le thérapeute qui va imprimer dans l'esprit « blanc » du sujet les suggestions et solutions à ses difficultés. Au contraire le patient va effectuer un travail intense, consciemment et inconsciemment, travail qui pourra l'aider dans la résolution de ses difficultés.

Il est important pour le thérapeute de tenir compte des idées que le patient lui apporte au sujet de l'hypnose avec ses mots et ses compréhensions à lui. Si le patient pense qu'il s'agit de quelque chose comme la relaxation, on l'acceptera ; s'il pense qu'il ne faut pas relâcher la vigilance et qu'il craint d'être sous la domination du thérapeute, on lui dira encore qu'il a raison et on pourra lui conseiller de rester le plus vigilant possible...

### **Précautions oratoires**

Il faut prévenir le patient qu'il va probablement être surpris ; il va pouvoir ressentir des sensations nouvelles, probablement agréables, mais il se peut aussi qu'il éprouve des sensations désagréables ou inquiétantes. Il doit savoir que le thérapeute surveille en permanence et enregistre des petits phénomènes externes dont il n'a pas forcément conscience mais qui préviennent le thérapeute (il n'est pas nécessaire de nommer ces phénomènes ; à titre indicatif, il peut s'agir d'une accélération de la respiration, de petits mouvements d'agitation dans les doigts, d'une contraction des maxillaires...). Souvent le thérapeute établira d'ailleurs avec le patient un code non-verbal pour prévenir si il se sent bien ou non ; par exemple bouger un doigt de la main droite pour dire oui, un doigt de la main gauche pour dire non. Il suffit alors au thérapeute de poser des questions et de lire les réponses. Cependant, le patient doit savoir qu'il garde en permanence, le droit de sortir de la transe, pour quelque raison que ce soit.

Cette précaution est importante car certaines suggestions peuvent faire revenir à la conscience des souvenirs très désagréables ; ce n'est pas le but de l'hypnose qui s'efforce au contraire de faire travailler le patient à un niveau inconscient. Une bonne maîtrise technique doit éviter de genre d'inconvénients qui parasite la séance d'hypnose et n'apporte rien de positif par cette approche.



Il arrive qu'à l'issue de cette phase préliminaire le patient soit déjà dans une transe légère ; en effet il a fixé son attention sur ce qu'il imagine, sur ce qu'il va pouvoir ressentir c'est-à-dire qu'il présente une attention focalisée sur des phénomènes internes.

Le dernier point que nous évoquons, peut chronologiquement se passer avant cette discussion sur l'hypnose : il s'agit de l'anamnèse du sujet. Au-delà de l'anamnèse classique et indispensable concernant les difficultés, leur histoire, le contexte, les autres démarches thérapeutiques..., il faut rechercher des données spécifiques dont le thérapeute doit tenir compte pour éviter des avatars techniques. S'est-il passé dans un passé récent ou plus ancien des faits traumatisants (décès d'un proche, accident, maladie, intervention chirurgicale, ...) ? Existe-t-il chez le patient une localisation douloureuse actuelle ou ancienne (si ce n'est pas le motif de la demande) ? L'intérêt pour le thérapeute est de lui éviter d'évoquer involontairement ces difficultés qui n'ont peut-être rien à voir avec la situation présente. Ceci dit, il pourra aussi lui sembler pertinent d'utiliser activement ces données mais il le fera alors en connaissance de cause.

Nous concluons par cette réponse d'Erickson (21 p.169) à propos des dangers de l'hypnose.

*« Il y a un patient qui arrive en disant : "Je viens ici parce que le Dr Untel m'a envoyé mais il dit que l'hypnose est dangereuse."*

*Maintenant, ce patient s'attend vraiment à ce que je discute ce qu'il vient d'annoncer. Il s'attend vraiment à ce que je défende l'hypnose. Bien, je ne vais pas faire ce que le patient s'attend que je fasse. A la place, je déclarerai : "Oui, vous savez, c'est comme de conduire une voiture. Il y a au moins cent façons de conduire une voiture dangereusement, peut-être plus de cent. Je ne me suis jamais embêté à trouver toutes les façons de conduire dangereusement une voiture parce que je préfère simplement conduire avec prudence. Et je considère l'hypnose de la même façon. J'aime utiliser l'hypnose avec prudence, avec précaution et doucement." ».*



## 5. TEMPS DE LA SEANCE

Les différents temps d'une séance d'hypnose sont, quelques soient les techniques utilisées, fondamentalement les mêmes depuis que l'hypnose existe. La transe est encadrée par une phase dite d'induction et par une phase de retour au conscient (le terme de réveil ne devrait plus être employé puisqu'il n'y a pas de sommeil). Mais ces trois termes cachent des réalités bien différentes : la transe est un état de dissociation, l'induction est la phase d'apparition de cet état, le retour au conscient en est l'annulation. Seul l'état de dissociation est propice au processus thérapeutique et recherché spécifiquement par le thérapeute.

Ces trois phases sont présentes, mais elles ne sont pas clairement distinctes comme la présentation le suggère. Il n'y a pas de rupture dans la séance, les différentes phases s'enchaînent naturellement et se superposent. Dès le début de l'induction, on peut dire qu'il y a déjà un peu d'hypnose, un peu de transe ; lorsque l'on pense que la transe est installée, de nouvelles inductions sont faites pour modifier la profondeur par exemple. Pendant le retour au conscient, le patient se « ré-associe », mais son attention reste encore figée sur l'expérience qu'il vient de vivre ; cette transe légère permet, si nécessaire, une nouvelle induction très rapide.

### **Induction**

Il s'agit pour le thérapeute d'aider le patient à développer l'état de transe hypnotique, c'est-à-dire un état de conscience modifiée dans lequel l'attention se porte essentiellement sur des sensations internes. L'essentiel consiste dans la fixation de l'attention volontaire sur un objet externe ou interne (idée, image, sensation) ce qui entraîne une dépotentialisation du conscient.

Le thérapeute a recours à des suggestions verbales, mais aussi non-verbales. Il adopte une position symétrique à celle du patient, modifie le rythme et le ton de sa voix, suit le rythme respiratoire...

C'est en observant très attentivement que le thérapeute va apprécier l'efficacité de ses suggestions ; de nombreux critères signent l'apparition d'une transe chez le patient : fixité du regard, aplatissement du visage, mouvements plus rares, moins amples, réponse verbales différées et brèves. Le plus simple consiste, à partir d'un point de départ quelconque, d'accompagner le patient c'est-à-dire d'amplifier ses sensations, de l'aider à préciser les idées ou images qui lui viennent à l'esprit.

Ainsi le thérapeute s'efforce de faire des suggestions qui vont dans la direction que le patient a choisi de prendre.

### **Transe**

La transe hypnotique est donc un état dans lequel le conscient est dépotentialisé, libérant ainsi des processus inconscients. Il n'y a pas de parallélisme entre la profondeur de la transe et l'efficacité thérapeutique. Erickson nous dit que certains patients, par exemple, préfèrent un état de transe légère et il faut le respecter :



*« Mon obligation – mon devoir - est de ne pas essayer d'approfondir ces transe, parce qu'aussi sûrement que j'essaie d'approfondir ces transe – et les patients s'aperçoivent que j'essaie - je viole leur compréhension personnelle de ce qui est correct et bon. » (21 p.77)*

Nous trouvons ici un exemple du respect de la définition de la thérapie par les patients, définition qu'ils ont en arrivant :

*« Les patients viennent vers vous à propos d'une aide médicale ou dentaire. Ils ne viennent pas vers vous à la recherche d'un enseignement scientifique sur les niveaux de transe. Les patients ne sont pas le moins du monde intéressés par une approche philosophique de l'hypnose. Ils veulent certains résultats personnels, mais leur connaissance du langage est telle qu'ils sont handicapés. C'est pourquoi il vaut mieux être prêt à utiliser le langage que les patients comprennent : s'ils comprennent qu'une transe légère est la bonne chose, vous continuez en appelant transe légère une transe très profonde, et dans cette transe très profonde vous avez intérêt à ce qu'ils y voient quelque part des preuves qu'ils sont dans une transe très légère. » (Id)*

Le thérapeute ne remet donc pas en question ce que le patient a consciemment décidé c'est-à-dire une transe légère, tout en respectant le choix de l'inconscient de développer une transe profonde. Pour Erickson, c'est l'inconscient, « le plus grand réservoir de sagesse en comparaison avec l'esprit conscient » qui doit diriger la transe hypnotique.

*« Le patient peut être en même temps dans une transe très légère et dans une transe très profonde – dans une transe légère en relation avec une certaine partie de la réalité et dans une transe profonde avec une autre partie de la réalité. » (21 p.59)*

Habituellement la transe est associée à une déconnection de toutes les perceptions externes ; en fait il est très possible, en particulier pour des patients inquiets par une perte totale de contrôle de la réalité externe, de suggérer une vigilance pour ce qu'il se passe et donc la persistance de mécanismes conscients. Mais, cette hyperattention ne peut être que localisée entraînant ainsi la dépotentialisation de tous les autres mécanismes et un état d'hypnose très satisfaisant même s'il ne recouvre pas tout le champ de la conscience.

La transe, l'état de dissociation dans lequel le processus thérapeutique se met en place, n'est pas toujours reconnue par le patient ; il est parfois souhaitable de la ratifier. C'est dans ce but que sont induits des phénomènes spécifiques de la transe, par exemple, la catalepsie. Elle n'a pas, en elle-même, valeur thérapeutique mais permet au patient de savoir qu'une partie de lui peut faire tenir son bras en l'air, sans aucun effort conscient. Il peut alors reconnaître qu'il existe en lui des capacités qu'il ne connaissait pas et que son inconscient possède des ressources insoupçonnées. La découverte de son bras en l'air et de toutes les implications est vécue avec surprise, la dissociation n'est pas ressentie comme angoissante.

Dans cet état de transe, les associations d'idées peuvent se faire de manière particulière, par exemple par contamination. Ceci va nous montrer que nous avons quitté la logique rationnelle du conscient et que de nouveaux mécanismes sont alors activés. Une sensation peut ainsi se transmettre d'une partie du corps à une autre, sans suivre les lois physiologiques ou anatomiques, selon une suggestion du thérapeute ou un souhait du sujet. Une sensation de chaleur peut ainsi passer d'une main dans l'autre, ou dans un pied. De la même manière une idée acceptée dans un contexte va pouvoir se transférer dans un autre contexte par simple juxtaposition, par simple mise en relation. Il en est de même pour un nouvel apprentissage ou



une nouvelle compréhension qui, une fois acquis, peuvent s'intégrer dans des mécanismes préexistants.

Les mots et les phrases employées doivent être très précis car le patient ne tient plus compte du contexte externe pour interpréter les paroles du thérapeute mais seulement de ses propres références internes ; de nombreux mots et expressions ayant deux ou plusieurs sens possibles risquent ainsi d'être entendus avec un sens très différent du sens imaginé par la thérapeute. C'est aussi ce qui explique l'intérêt des métaphores ou encore la survenue de réponses « multi-contextuelles ».

*« En d'autres termes, ce n'est pas ce que vous dites à un moment donné qui est important, c'est la signification de ce que vous communiquez. Ainsi, il est extrêmement important pour vous d'être conscient des significations de ce que vous voulez communiquer. Vous devez étudier vos mots ; vous devez apprendre à en reconnaître toutes les significations possibles. »*  
(21 p. 44)

### **Retour au conscient**

C'est l'étape inverse de l'induction ; elle consiste à aider le conscient à reprendre le contact avec la réalité externe en retrouvant les points de repères habituels. La procédure en est relativement simple, il suffit d'amener l'attention du patient sur les sensations extérieures. Le thérapeute reprend alors une voix habituelle, ce qui est en général entendu comme un signal de sortie de la transe. Il est important de laisser le patient se « ré-associer » à son rythme pour qu'il conserve le confort qu'il a pu ressentir.

Erickson a eu un jour une patiente qui ne sortait pas de l'état hypnotique ; il a parfaitement admis cette décision mais a prévenu cette dame qu'elle devrait payer pour le temps supplémentaire qu'elle passerait dans le cabinet... Elle s'est arrangée pour ne rien devoir.

## 6. CONDUITE D'UNE SEANCE

Dans ce chapitre, nous allons entrer dans une séance d'hypnose en évoquant les principales étapes et leur intérêt.

Nous ne ferons qu'évoquer quelques techniques, le chapitre suivant consacré à l'exposé et aux commentaires d'une séance complète permettra de mieux percevoir ce qu'est l'hypnose Ericksonienne.

Nous avons choisi de ne pas nous étendre sur les techniques qui demandent un enseignement pratique et une mise en situation ; un exposé très complet a été réalisé par J. Godin et J.A. Malarewicz dans leur ouvrage : « *De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique* » (47) ; il met particulièrement en évidence l'extraordinaire richesse des interventions d'Erickson.

### **Etablir le contact**

Une bonne thérapie doit reposer sur une bonne relation entre le thérapeute et son patient. Si cette relation peut se construire et évoluer avec le temps, le premier contact reste déterminant. Erickson a toujours fait très attention à ces premiers instants et avait des manières très personnelles de les négocier. Il est certain que chacun, avec sa propre personnalité, négocie au mieux cette phase mais, il n'est pas inutile d'observer comment pratiquait Erickson. R. Bandler et J. Grinder se sont penchés attentivement sur cet aspect pour dégager quelques critères qui sont intégrés dans une approche qu'ils ont appelé programmation-neuro-linguistique. (3)

Nous retiendrons qu'en fait, le principe de base est relativement simple puisqu'il s'agit d'observer très attentivement le patient, tant sur le plan verbal que non-verbal, et d'utiliser immédiatement ces informations. Ceci demande une grande souplesse pour s'y adapter, pour reprendre son langage et son niveau de communication.

De cette observation le thérapeute retient les propos et comportements qui le renseignent sur le type d'orientation du patient à la réalité ; quatre types sont décrits : visuel, auditif, kinesthésique et olfactif. C'est ainsi qu'avec un patient « visuel », le thérapeute aura les meilleures chances de rentrer dans le monde du patient en utilisant des formulations imagées.

Au-delà, pour établir un bon contact et une bonne relation, il est indispensable d'accepter la réalité du patient ici et maintenant ; il n'est pas opportun, à ce stade, de contester ou d'essayer de modifier cette réalité pour ne pas mettre « la charrue avant les bœufs » en demandant au patient de définir la thérapie comme terminée avant même qu'elle ne soit commencée !!

*« Je pense à un homme que j'ai vu il y a peu de temps. Son cardiologue m'avait téléphoné pour me dire : "Je vous envoie un patient. L'électrocardiogramme est normal. L'homme a une névrose cardiaque. Il vaut mieux que vous le preniez en main, je ne peux pas."*

*Quand j'ai vu l'homme entrer dans mon bureau, il sanglotait et il hurlait : "J'ai peur ! J'ai peur ! Quelque chose va arriver. Je suis effrayé, je vais mourir d'un arrêt cardiaque ! "*



*Il était effrayé, il tremblait de partout. Chez lui, il a eu des attaques hystériques comparables à des attaques d'épilepsie.*

*Dès qu'il est arrivé dans mon bureau, je lui ai dit : "Lorsque vous irez vous asseoir, j'aimerais que vous vous asseyez de travers dans le siège ; de cette façon, lorsque vous vous évanouirez ou lorsque vous aurez une attaque, vous pouvez tomber dans cette direction, parce que je ne veux pas que votre tête se cogne contre cette bibliothèque par ici."*

*Maintenant, me voilà plein de bonnes attentions, le patient avait extrêmement peur. Pourquoi devrais-je lui dire qu'il ne s'évanouirait pas ? Pourquoi devrais-je lui dire qu'il n'aurait pas d'attaque ? Pourquoi n'aurais-je pas admis, par principe, qu'il ferait toutes ces choses ? C'est alors seulement que le patient saura que je comprends sincèrement sa réalité. Le cardiologue a essayé de dire à ce patient des choses qui étaient contraire aux expériences du patient. C'est pourquoi il n'a pas eu de résultat*

*Le patient s'est assis de travers dans le siège comme j'avais demandé. Je lui ai fait remarqué qu'une heure était une assez courte période de temps et que sa respiration était raisonnablement détendue. Il commença ainsi à porter attention à sa respiration et elle était raisonnablement détendue.*

*Je remarquais alors : "En même temps qu'une respiration détendue, bien sûr, vous savez que vous avez un rythme cardiaque plus lent."*

*Je n'ai pas dit un rythme cardiaque lent. J'ai dit plus lent. Il pouvait accepter cela et il commença à porter intérêt à la réalité de ses battements cardiaques. Bien, il n'a pas fallu longtemps pour obtenir de ce patient qu'il arrive à conclure que je comprenais vraiment son cas. » (21 p.61)*

Cet exemple illustre bien comment, en quelques phrases, Erickson établit le contact et pose les bases d'une relation de confiance. Nous n'avons ici que les mots, nous l'imaginons aisément avec un comportement emprunt de bienveillance et de sollicitude, très chaleureux. Il ne ressent à l'évidence ni angoisse, ni agacement devant ce patient particulièrement agité et démonstratif. Cette tranquillité, il la trouve dans son expérience qui lui a appris qu'en montrant d'emblée au patient qu'il a bien compris ce qu'il lui signifiait par ce comportement, il lui permet de l'abandonner.

## **Ouvrir la parenthèse**

La séance, comme la thérapie en général, est composée d'un début, d'un milieu et d'une fin. Dans l'hypnose classique, le moment essentiel est le milieu c'est-à-dire le moment où la transe est installée. Erickson considère, au contraire que chaque moment est important et que chacun participe à l'ensemble, de la même manière que pour une thérapie, les premiers instants sont essentiels pour la mise en place de la thérapie et les derniers pour le prolongation, dans la réalité, de ses effets.

L'ordre présenté ici est arbitraire et ne correspond pas toujours à la réalité du déroulement d'une séance ; c'est un ordre possible mais non obligatoire compte tenu du principe de souplesse. Nous avons déjà vu que si induction, transe et réveil se succédaient par définition, ces phases ne sont pas rigoureusement séparées, elles s'enchevêtrent les unes dans les autres.



L'ouverture de la parenthèse correspond aux premières suggestions, qu'elles soient à but inducteur ou thérapeutique. Ce sont les premiers jalons de la séance, ces interventions serviront de fil conducteur c'est-à-dire que, souvent elles seront reprises plus tard alors que l'orientation du patient est différente, pendant ou après la transe.

Une technique intéressante, appelée la pose d'ancre, peut être initiée dès ce moment. Elle a pour but de faciliter l'amnésie de tout ou partie de la séance en la circonscrivant entre deux séquences de communication identiques quant au sujet.

*« Lorsqu'un patient entre dans mon bureau pour un rendez-vous prévu, j'ai habituellement une idée assez claire de ce que je veux faire. Si je pense que ce serait une bonne chose pour mon patient de quitter mon bureau avec une amnésie de tout ce qui se passe pendant l'heure – s'il s'agit là de mon jugement clinique - qu'est ce que je fais ?*

*Lorsque mon patient entre dans le bureau, je dis : "Y a-t-il beaucoup de circulation sur les routes ? Est ce qu'il y avait beaucoup de circulation sur North Central Avenue ? Est-ce qu'il fait chaud, je n'ai pas eu l'occasion de sortir aujourd'hui ?" Et je pose plusieurs autres questions sur ce qu'il a vu ou remarqué sur le chemin de mon bureau.*

*Le patient répond à toutes ces questions. Il s'assoit ; la séance se déroule ; il se lève pour partir et je dis : "North Central Avenue n'était pas vraiment occupé aujourd'hui."*

*Je réoriente le patient de nouveau sur le même sujet que celui dont j'ai parlé au début de la séance, comme si rien du tout n'était intervenu entre temps. En d'autres termes, je suis revenu en arrière sur la conversation initiale, de façon à ce que le patient sorte en pensant à North Central Avenue, en pensant à la température, à l'importance de la circulation, aux oiseaux moqueurs dans les arbres et non pas à ce qui s'est passé dans le bureau. Ainsi le patient peut très souvent quitter la séance sans en avoir le souvenir. » (21 p.72)*

Nous trouvons ici une méthode très indirecte de suggérer une amnésie, méthode qui peut être utilisée en absence d'hypnose, mais avec une efficacité moindre. De plus il est tout à fait possible de poser d'autres ancres à l'intérieur des premières ce qui a pour effet d'accroître l'amnésie localement, mais aussi d'appliquer la même méthode pour une partie seulement de la séance. La difficulté dans la pose successive de plusieurs ancres est de se souvenir de leur contenu et de leur ordre afin de refermer les parenthèses dans la séquence inverse de leur ouverture.

Ce principe repris par S.R et C.H Lankton (42) sous forme de métaphores imbriquées et par Malarewicz (49) dans « les contrats multiples » : la suggestion ou la tâche qui vise à mobiliser les ressources inconscientes est précédée de deux ou trois autres tâches (prescription de symptôme, tâche banale, tâche relationnelle) et suivie d'autres suggestions du même genre et en même nombre.

### **Proposer un état de relaxation**

C'est une orientation habituelle proposée par le thérapeute car c'est déjà une chose importante pour un patient d'apprendre qu'il peut vivre, au moins par moments, sans cet état permanent de tension physique. Il a déjà essayé de se relaxer, sans résultat notable et là, il va pouvoir expérimenter un agréable sentiment de confort.



Mais. « *Est-ce que ça veut dire que les patients doivent se coucher sur un canapé et relâcher tous les muscles de leur corps, ou est-ce que ça veut dire qu'ils peuvent avoir une attitude relaxée en général ?* » (21 p.87)

Ici encore la souplesse est une règle. Comment proposer d'emblée un état de relaxation à un patient qui souffre, qui est agité ? Il faut alors, par étapes successives porter son attention sur un peu de confort, tout en gardant beaucoup de tension. Puis un peu plus d'attention au confort et à la détente...

Le thérapeute doit proposer au patient de rechercher un souvenir agréable puis l'aider à fixer son attention sur ce souvenir en retrouvant l'ambiance de moment, une journée de soleil, le bord de la mer, la montagne ; les sons et les voix des autres personnes présentes ; les odeurs ; l'éprouvé corporel, cette sensation agréable de détente. Habituellement le thérapeute oriente les pensées du patient d'abord vers ce qui est extérieur puis vers des sensations intérieures ; il tient compte aussi du type d'orientation du patient, selon qu'il est plutôt kinesthésique ou visuel. En pendant qu'il accompagne son patient dans ce voyage, il parsème son discours de termes de confort, de détente, il se laisse relaxer lui aussi, ralentissant sa respiration, sa voix pour que le patient suive ses suggestions non-verbales.

Mais cette relaxation n'est pas indispensable pour l'hypnose ; avec certains patients très tendus, il est préférable de suggérer encore plus de tension, encore plus d'inconfort pour respecter leurs possibilités actuelles. Ce qui compte c'est que le patient puisse suivre les suggestions que le thérapeute propose en suivant lui-même l'attitude du patient.

### **Dépotentialiser le conscient**

Si l'état de relaxation s'accompagne déjà d'une dépotentialisation du conscient dans la mesure où l'attention du patient se porte seulement sur des sensations internes, il est souvent complété par d'autres techniques.

C'est ici que la confusion prend toute sa valeur, quel que soit le procédé utilisé pour la créer. Plus l'attention volontaire porte sur des éléments accessoires et plus la transe hypnotique peut s'installer ; de plus, le sujet confus a tendance à investir la première information concrète et compréhensible d'un degré inaccoutumé de valeur et d'importance.

### **Mise en route de processus inconscients**

Compte tenu de la dépotentialisation du conscient, une partie de ce que va dire le thérapeute sera maintenant directement intégrée au niveau inconscient.

C'est le stade où les métaphores seront le plus pertinentes car entendues à différents niveaux en même temps, c'est aussi le moment que choisira le thérapeute pour faire des suggestions post-hypnotiques.

### **Suivre les réponses inconscientes**

Lorsque le patient est dans une bonne transe hypnotique, il donne des informations au thérapeute, en général par le canal non-verbal, par des signes de la tête, des mouvements du corps... Ces informations permettent d'évaluer comment sont entendues les suggestions et d'adapter le déroulement de la séance. Le patient ne se rend pas compte de cette



communication qui peut être spontanée ou avoir été préparée par le thérapeute selon un code établi avec le patient.

### **Fermer la parenthèse**

Nous avons déjà dit que la phase de retour au conscient ne doit pas être négligée car d'elle va dépendre l'impression générale laissée par la séance. Si un ancrage a été fait en début de séance, il sera repris à cet instant ce qui va la clore immédiatement.

