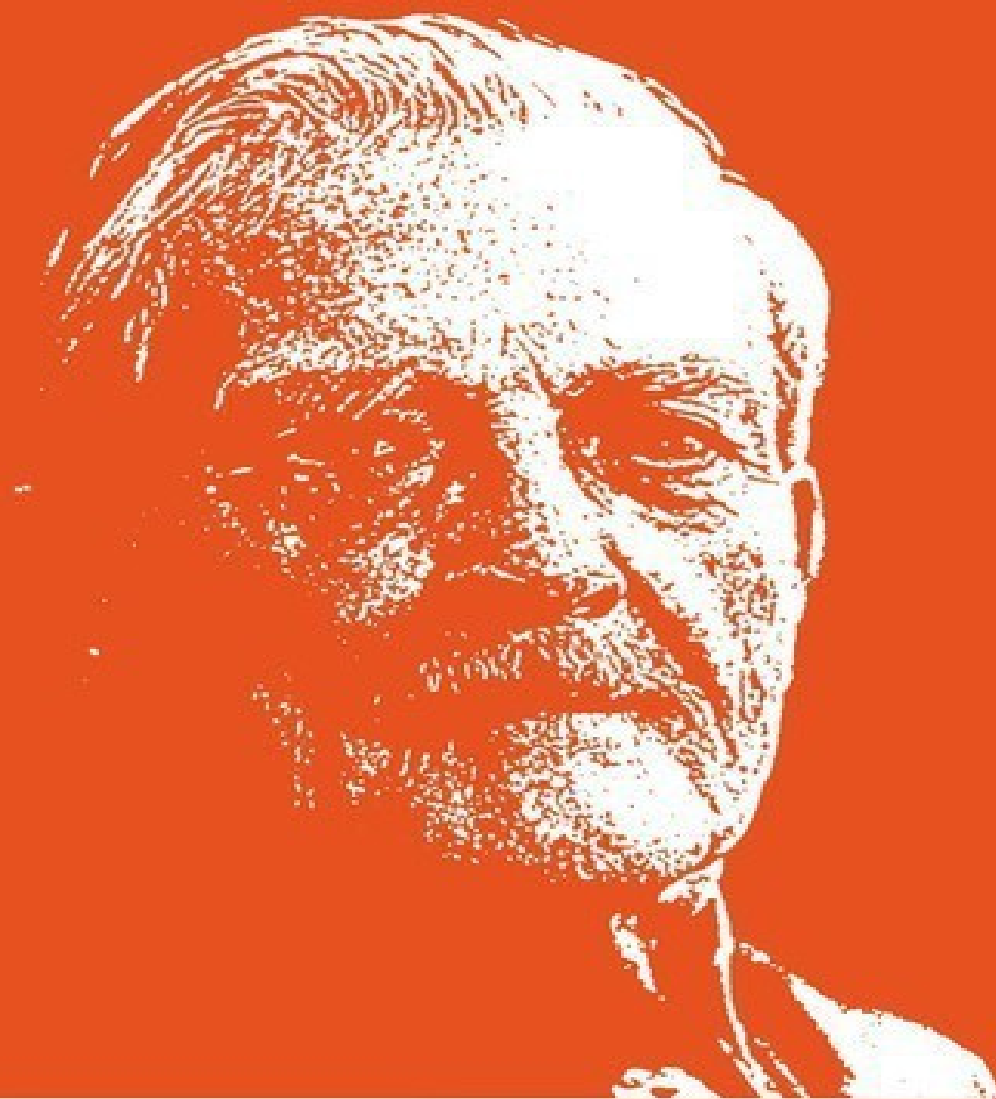


MILTON H. ERICKSON

L'hypnose thérapeutique

Quatre conférences



esf
EDITEUR

L'HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE

L'ART DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Collection dirigée par le Docteur Philippe Caillé

Milton H. Erickson

L'HYPNOSE THÉRAPEUTIQUE

Quatre conférences

Textes présentés par
Jacques-Antoine MALAREWICZ

Traduit de l'anglais par
Jacques-Antoine MALAREWICZ et Judith FLEISS



Cet ouvrage a été publié en anglais sous le titre
HEALING IN HYPNOSIS
en 1983 par Irwington Publishers, Inc, New York

Direction éditoriale : Sophie Courault
Édition : Sylvie Lejour
Coordination éditoriale : Maud Taïeb
Relecture – correction : Carole Fossati
Composition : Myriam Dutheil

© 1983, Irwington Publishers, Inc, New York
© 1986, ESF éditeur pour la traduction française
SAS Cognitia
20, rue d'Athènes
75009 Paris

8^e édition 2015
www.esf-scienceshumaines.fr
ISBN 978-2-7101-3221-9
ISSN 1269-8105

SOMMAIRE

Présentation

Note concernant la traduction

Première conférence : L'utilisation des processus inconscients dans l'hypnose

Deuxième conférence : La modification par l'hypnose de l'orientation à la réalité, son utilisation thérapeutique

Troisième conférence : Techniques d'induction

Quatrième conférence : Une introduction à l'étude et à l'application de l'hypnose dans le contrôle de la douleur

Bibliographie

Index



Milton H. Erickson et Gregory Bateson, 1977
Cliché provenant de la Fondation Milton H. Erickson,
Phoenix, Arizona, États-Unis

PRÉSENTATION

Il est difficile de pouvoir prétendre transmettre une pratique aussi riche que celle qu'Erickson a développée, élaborée et purifiée lui-même au cours de près de cinquante ans de travail. Aussi, très rapidement, est-il apparu nécessaire de lui donner directement « la parole » malgré le peu de souci qu'il avait de voir légitimer son apport et le peu d'intérêt qu'il portait à une cristallisation théorique de sa pratique quotidienne.

Cette démarche s'est réalisée dans deux directions. Il a d'abord fallu regrouper plus de cent cinquante articles, soit publiés jusque-là dans plusieurs revues sur trois ou quatre décennies, soit précédemment inédits. Ces textes ont été édités en quatre volumes sous le titre *The Collected Papers...*⁽¹⁾.

Il s'est en même temps avéré tout aussi nécessaire de permettre au lecteur d'accéder aux textes des conférences, séminaires et ateliers qu'Erickson a conduits et animés. Au cours des années soixante, une première équipe a commencé à en rassembler le matériel : notes, enregistrements et transcriptions. Ernest Rossi et Margaret O. Ryan ont mené ce projet à terme après en avoir assoupli les modalités.

Parmi plusieurs versions d'un même texte, la meilleure présentation a été retenue. Pour chaque période de cinq ans, des années cinquante aux années soixante-dix, quatre ou cinq textes ont été ainsi sélectionnés pour constituer un ensemble cohérent et

présentable sous la forme d'un volume dont celui-ci est le premier. Il est en effet apparu préférable d'abandonner une présentation strictement thématique du travail d'Erickson dans la mesure où il improvisait la majeure partie de ses exposés. Ainsi ce regroupement dans le temps reflète mieux l'évolution de ses préoccupations et de ses techniques.

LA COHÉRENCE DANS L'IMPROVISATION

Ce volume intègre quatre conférences datant du début des années soixante. Erickson est alors dans la phase la plus active et la plus inventive de sa pratique. À cette époque, ses exposés s'adressaient à un double auditoire. D'abord aux médecins et aux dentistes qui utilisaient ou souhaitaient utiliser l'hypnose dans ses applications au contrôle de la douleur et aux troubles qualifiés de psychosomatiques. Mais les psychiatres et les psychologues commençaient alors à s'intéresser également à son travail car sa pratique de l'hypnose différait considérablement, on le verra, de celle de la fin du XIX^e siècle.

Dans la première conférence, Erickson développe l'idée qu'il se fait de la notion d'inconscient. Cette approche est intimement liée à sa technique dont une des définitions pourrait être le constant aménagement d'un dialogue avec l'inconscient du sujet.

Le deuxième texte est construit autour de deux idées. Celle toute simple d'abord que chaque patient, que chaque sujet, ordonne son rapport au monde environnant selon des critères qui définissent sa propre orientation à la réalité. Erickson explique la manière dont le thérapeute se doit de respecter cette orientation, c'est ce qui permet de qualifier sa technique de permissive et *d'utilisationnelle*(2). La seconde idée redéfinie en quelque sorte l'hypnose et la transe hypnotique comme correspondant à une modification de cette orientation à la réalité que le thérapeute induit et accompagne afin de permettre le recadrage du symptôme.

Les troisième et quatrième conférences ont été données l'une à la suite de l'autre à Seattle en 1965. Elles illustrent de façon plus immédiate les possibles applications cliniques de l'hypnose. Dans un

premier temps, Erickson passe en revue un certain nombre de techniques d'induction et surtout jette les bases du travail que peut développer chaque thérapeute face à la résistance du patient. Dans la seconde partie, on trouvera une analyse précise des différents modes d'approche de la douleur.

Ces textes comprennent également la retranscription de démonstrations d'hypnose ainsi que les réponses d'Erickson aux questions de l'auditoire. Ernest Rossi, responsable de la parution de ces conférences, a adjoint à la retranscription de ces démonstrations ses propres commentaires, lesquels ont été approuvés par Erickson.

L'ensemble, on en jugera, prend sa cohésion aussi bien dans la manière avec laquelle Erickson tente de répondre à la souffrance de ceux qui venaient le voir que dans les solutions qui se dégagent ainsi, apparemment, d'elles-mêmes.

Lui donner « la parole » quelques heures, avoir à imaginer ses gestes, ses intonations, mettre à plat le plaisir qu'il a pu éprouver à étonner, voire à choquer, c'est aussi prendre le risque de donner une image tronquée et imparfaite de Milton Erickson. Mais il paraît bien difficile d'en parler sans tomber dans l'hagiographie ou la tentation de le copier grossièrement. Ainsi, ces conférences ont en grande partie les mérites que peut leur prêter le lecteur, face à une pensée en constant mouvement, face à une personnalité fascinante, face, enfin, à un travail qui ne peut recevoir de meilleur hommage que de la part de celui qui renonce à s'en satisfaire.

ESQUISSE D'UNE BIOGRAPHIE

Erickson naquit en 1901, dans le Nevada, en pleine conquête de l'Ouest. Son père, originaire du Nord de l'Europe, avait quitté Chicago à l'âge de seize ans pour se lancer dans l'aventure. Il épousa en 1891 une jeune femme qui avait un peu de sang indien.

Quelques années plus tard, la famille Erickson se déplaça vers l'est, dans le Wisconsin, et s'y installa après avoir acheté une ferme. C'est là que le jeune Milton passe son adolescence. Il prend rapidement conscience de ses handicaps, sans que des réponses appropriées puissent y être apportées. Erickson était daltonien,

incapable de reconnaître ou de reproduire un rythme musical et, surtout, dyslexique. Toutes choses qu'il a dû affronter seul, dans un constant apprentissage, grâce à ses capacités d'invention dont il se servira toute sa vie, ainsi que grâce à l'obstination qui lui permettait, par exemple, de lire et de relire un dictionnaire entier pour trouver le mot qu'il cherchait.

Mais c'est surtout une première attaque de poliomyélite dont il fut victime à l'âge de dix-sept ans qui détermina chez Erickson la découverte et l'utilisation de ce qu'il a appelé ultérieurement l'auto-hypnose. Cloué dans un fauteuil à bascule par sa paraplégie, il raconte qu'un jour, seul à la maison, il éprouva le très vif désir de se rapprocher de la fenêtre pour observer ce qui se passait dans la cour de la ferme. En prenant conscience qu'un léger mouvement du fauteuil allait s'amplifiant, il comprit que cette volonté farouche avait réussi à mobiliser certains faisceaux musculaires jusque-là paralysés.

En se remémorant ses gestes antérieurs, ainsi que par l'observation précise des mouvements de sa jeune sœur qui apprenait à marcher à ce moment-là, il réapprit à coordonner sa motricité et recouvra, en moins d'un an d'efforts acharnés, pratiquement l'ensemble de ses capacités musculaires.

C'est au cours de ses études universitaires, en 1923, qu'Erickson entendit parler pour la première fois de l'hypnose. Un de ses professeurs, le Dr Clark L. Hull, s'y intéressait particulièrement. Mais, très vite, les deux hommes s'opposèrent sur la conception qu'ils avaient de ce phénomène. Autant Hull s'attachait à définir des procédures d'induction universelles, autant Erickson, tirant les leçons des luttes qu'il avait dû mener, considérait l'hypnose comme une expérience à la fois éminemment personnelle et à la fois unique dans la mise en œuvre de capacités jusque-là inexploitées.

Commence alors pour lui une longue et fructueuse période d'expérimentations où il trouvera les fondements de ses prises de position ultérieures. Celles-ci s'ordonneront toujours autour d'une conception de l'hypnose en tant que phénomène naturel et d'un abord permissif et indirect de l'induction hypnotique.

À vingt-trois ans, il se marie pour la première fois avant de divorcer dix ans plus tard en ayant la charge de ses trois enfants. Il se remarie en 1934 avec une psychologue, Elisabeth Moore, qui deviendra et restera sa plus proche collaboratrice et aussi la mère de cinq autres enfants.

Erickson a exercé des responsabilités cliniques et universitaires jusqu'en 1949, d'abord dans le Massachusetts puis à Eloïse dans le Michigan, pour enfin s'installer en Arizona, à Phoenix, essentiellement pour des raisons de santé et à la recherche d'un climat moins humide. Assez rapidement, il y fait le choix d'une pratique privée. Ceci correspondait sûrement mieux au caractère inventif de sa pratique, laquelle a pu ainsi plus facilement s'affranchir des contraintes institutionnelles. Surtout il a pu ainsi mieux supporter les multiples épisodes douloureux dont il souffrait d'autant qu'il a connu une seconde attaque de poliomyélite en 1950. Les treize dernières années de sa vie, il s'est déplacé en fauteuil roulant.

Malgré cela et, en partie, grâce à cela, sa renommée s'est rapidement étendue. Parmi ses nombreuses activités d'auteur, d'éditeur, de formateur et, bien sûr, de thérapeute, il a pu, par exemple, mener un travail de recherche avec A. Huxley ou fréquemment rencontrer M. Mead qu'il connaît depuis 1940. Le mari de cette dernière, G. Bateson, a donc été très rapidement en contact avec la personnalité et les idées de Milton Erickson. Ceci s'est concrétisé par une collaboration régulière de certains membres de ce qu'on a appelé plus tard l'École de Palo Alto, notamment J. Weakland et J. Haley. Ce dernier a d'ailleurs été le premier à faire connaître Erickson à un plus vaste public que celui de ses conférences par la parution d'un ouvrage qu'il lui a consacré en 1973. À la suite des nombreux contacts qu'il a donc eus, dans les années cinquante et soixante, avec Bateson et son entourage, on peut mieux mesurer l'influence qu'a eue Erickson sur les théories de la communication et l'abord systémique. Ses techniques d'hypnose ont pris la valeur d'un paradigme, l'exemple le plus élaboré et le plus fécond de ce que peut être une relation thérapeutique, même si la plupart de ceux qu'il a influencés n'ont jamais utilisé l'hypnose.

En effet, en ce qui concerne plus directement l'hypnose, celle-ci était peu utilisée aux États-Unis, ou, alors, essentiellement dans un contexte expérimental et très rarement dans un but clinique. L'originalité de sa démarche et les vastes horizons thérapeutiques qu'elle ouvrait ont amené Erickson à devoir répondre à une demande de plus en plus fréquente de formation. La première génération de ses élèves est restée relativement en retrait. Par contre, ceux qui l'ont rencontré au début des années soixante-dix ont plus radicalement propagé ses idées. Ceci est notamment le cas pour E. Rossi qui a écrit quatre livres en collaboration avec lui et pour J. Zeig dont la lourde tâche est, en quelque sorte, de gérer actuellement son héritage.

Lorsqu'il meurt en mars 1980, quelques mois avant G. Bateson, Erickson assiste aux préparatifs du premier congrès international qui lui ait été consacré et qui s'est déroulé à Phoenix en décembre 1980.

ERICKSON ET LES AUTRES

Une des manières que peut avoir un thérapeute de considérer avec humour sa propre pratique, ou, peut-être, celle des autres, est de poser la question suivante : « Vous avez une ampoule à changer au plafond, comment allez-vous faire ? »

Selon l'appartenance à telle ou telle école, la réponse sera évidemment différente. Un analyste transactionnel poserait d'abord la question à l'ampoule, un disciple de Freud se demanderait pourquoi cette ampoule pose un tel problème..., mais un ericksonien ?

Eh bien, il lui suffit de trouver comment Erickson aurait fait.

Dr J.-A. MALAREWICZ
Société française de thérapie et d'hypnose éricksonienne
(11, rue du Pr. Leroux, 92290 Chatenay-Malabry)

NOTE CONCERNANT LA TRADUCTION

Le texte des conférences et des séminaires d'Erickson est directement issu d'une transcription faite à partir d'enregistrements.

Erickson n'avait pas l'habitude de lire un texte, il improvisait autour d'un titre généralement assez vague, en se focalisant sur certains points sans épuiser, et de loin, le sujet.

Il en résulte, bien sûr, un style parlé mais également l'apparition d'habitudes de langage, d'où le caractère redondant de certains termes et de certaines expressions. Il est des phrases, enfin, dont la construction prend un aspect parfois acrobatique. Toutes choses que nous avons voulu respecter, ce qui a d'ailleurs été également le souci de l'éditeur américain.

La technique ericksonienne est avant tout une technique de communication, ce qui rend d'autant plus nécessaire le respect de ce discours et sa trahison plus facile et plus grave.

Dans l'esprit d'Erickson, les démonstrations d'hypnose étaient préparées par l'exposé qui les précédait et enrichies par les commentaires et la suite qu'il pouvait en donner.

Ainsi, aussi bien dans le récit de certaines thérapies que dans la transcription des démonstrations, il nous a paru encore plus nécessaire de veiller à une fidélité qui transmette au mieux à la fois l'esprit et la lettre. On comprendra donc que la concordance des

temps des verbes répond souvent à une autre logique que celle de la grammaire, que l'emploi ou non de la négation n'est pas anodin, et qu'à l'inverse, toutes les connotations de certaines expressions ne peuvent souvent être qu'imparfaitement évoquées dans la traduction.

Lorsque, pour des raisons techniques, certaines parties de l'enregistrement ont été perdues, le texte qu'on a pu y substituer a été placé entre crochets ainsi que les commentaires qui peuvent aider à la compréhension des exposés.

Les notes en bas de page, sauf indications contraires, ont été rédigées par E. Rossi.

Ajoutons enfin qu'Erickson, bien que s'adressant à des publics de professionnels, utilisait des termes courants et simples ; ceux-ci prennent cependant dans ce contexte certaines colorations qui n'exigent pas nécessairement d'être définies plus avant, mais dont nous pensons que le lecteur prendra toute la mesure au fur et à mesure qu'il pénétrera dans ces textes.

J.A.M. & J.F.

Première conférence

L'UTILISATION DES PROCESSUS INCONSCIENTS DANS L'HYPNOSE

Conférence donnée à San Francisco, Californie, en 1961.

DES SUPERSTITIONS ABSURDES AUX FAITS CONCRETS

Les sujets dont je vais vous entretenir concernent l'hypnose en général, mais je veux d'abord faire quelques remarques préliminaires. Il y a bien longtemps dans l'histoire de la médecine, un homme qui s'appelait Edward Jenner avait observé certaines choses. Parmi ses observations, il avait découvert qu'une laitière ayant contracté la vaccine était alors protégée contre la variole. Et Jenner a promulgué cette horrible idée de rendre impur le sang humain en le contaminant avec la vaccine. Et si vous parcourez quelques articles très anciens sur la vaccination, vous découvrirez que, lorsque cet art affreux était pratiqué, les jeunes gens et les jeunes filles, par ailleurs agréables à regarder, se verraient pousser des sabots et des cornes et mugiraient comme du bétail ! Il s'agit là d'une des découvertes scientifiques de la médecine par quelques-uns des propagateurs de ces idées impétueuses.

Alors, dans les premiers temps de la transfusion sanguine, des articles scientifiques ont été écrits contre ces idées par diverses personnes très instruites ; elles mettaient en garde contre le fait que si vous ne faisiez pas attention, que si vous ne compreniez vraiment pas bien, que si vous transfusiez le sang d'une femme à un homme – bien, faisons-le de l'autre façon : si vous donniez le sang d'un homme à une femme, elle – bien, revenons à la première façon ! Je pense que vous commencez à saisir l'idée que les jeunes gens verraient leur poitrine pousser, et bien qu'il n'ait jamais été réellement prouvé qu'une jeune fille pouvait être enceinte du sang d'un homme, on insinuait que les jeunes filles auraient des barbes qui se développeraient, et que leurs voix deviendraient plus basses, et toutes sortes d'absurdités. Mais ces articles étaient écrits par des auteurs qui croyaient absolument à la valeur scientifique des idées qu'ils exprimaient ainsi. Et alors qu'on peut être assuré de l'intégrité des auteurs de ces articles, on peut se poser des questions sur l'état de leurs connaissances scientifiques à cette époque.

Et l'une des idées les plus charmantes que j'aie jamais lues était exprimée dans une série d'articles par un médecin du Massachusetts. Il voulait faire comprendre que si jamais quelqu'un, simplement *quelqu'un*, était assez bête pour voyager dans ce nouveau truc incroyable appelé chemin de fer, et que si le train roulait plus rapidement qu'à l'horrible vitesse de 25 km/h, il en résulterait alors que la personne suffoquerait à devoir affronter cet horrible vent. Ainsi chercha-t-il à obliger l'administration des chemins de fer à mettre des protections au-dessus des sièges et à placer l'arrière de tous les sièges dans le sens de la marche afin d'éviter la suffocation des voyageurs. J'ai lu toute une série d'articles rédigés par ce médecin – et je me demande où il se trouvait quand le vent soufflait dans le Massachusetts. Il n'a pas ajouté cela en bas de page, mais je me posais la question !

Alors il n'y a pas très longtemps il y avait pas mal de gens – intelligents, compétents, capables – qui expliquaient de bon cœur à Henry Ford que le cheval était là pour durer. Et Henry Ford était tellement stupide qu'il a refusé de les écouter, il refusait tout simplement d'écouter. « Mais le cheval est là pour durer », criaient-ils tous. Et l'on a beaucoup parlé de cela.

Et puis les frères Wright auraient dû réellement aller se faire examiner la tête parce qu'ils pensaient qu'une machine plus lourde que l'air pouvait voler et l'on a trouvé d'innombrables formules mathématiques afin de prouver sans aucun doute possible que des machines plus lourdes que l'air ne pourraient pas voler.

Lorsque la chirurgie cardiaque s'est primitivement développée, le même genre d'idées absurdes a précédé son acceptation. Alors, il y a pas mal de temps, il y avait cette personne plutôt indésirable dans le Wisconsin qui a plaidé en faveur de l'ouverture de cliniques privées pour le traitement de maladies vénériennes. Pour cette raison, elle a rapidement été exclue de toutes les sociétés médicales, car la logique voulait que si vous installez des cliniques privées pour le traitement de maladies vénériennes vous allez en fait en promouvoir la dissémination, car personne n'irait dans une telle clinique sauf en vue d'un profit purement personnel.

Et je pense que c'était en 1929 que le chirurgien général(3) Thomas Parran osa accorder une interview aux journaux dans laquelle il mentionna les noms de deux types de maladies vénériennes. Et il y a eu beaucoup de remue-ménage et de nombreuses condamnations du chirurgien général Parran pour avoir osé donner ces termes à un journal où ils seraient imposés aux yeux d'innocents jeunes lecteurs. Et pourtant, grâce à son action, l'incidence de la syphilis cérébrale dans les hôpitaux psychiatriques a considérablement diminué. Mais le chirurgien général Parran a été promptement condamné, et ces condamnations sont venues de la côte Ouest à la côte Est, des églises, des sociétés médicales, de partout.

Alors cet homme du Wisconsin qui a plaidé pour l'ouverture de ces cliniques privées consacrées au traitement de maladies vénériennes, a été exclu de la société médicale de son Comté, de la société médicale de son État, et on lui a refusé la qualité de membre de l'*American Medical Association*(4). En 1956, il y a été admis comme membre honoraire, mais après tant d'années il n'y accordait vraiment plus aucune importance.

Quand la psychanalyse a été introduite aux États-Unis pour la première fois, il y avait seulement deux directions ouvertes pour l'analyste et pour l'analysant. L'analysant tomberait dans la promiscuité – il n'y avait vraiment aucun doute là-dessus ; et l'analyste lui-même aboutissait à l'hôpital psychiatrique, parce que c'était ce que la psychanalyse faisait aux gens. Et j'ai entendu beaucoup de critiques sur l'analyse aux alentours des années vingt, et je peux me souvenir du président de l'*American Neurological Association*, dont la plus grande prétention était de n'être jamais allé plus à l'ouest que la rivière Hudson ; et il avait énormément et énormément de choses à dire pour dénoncer la psychanalyse.

Il n'y a pas si longtemps, j'ai lu des articles, très, très érudits qui expliquaient qu'une vitesse supersonique entraînerait la désintégration moléculaire de l'avion et du pilote. Et j'ai pensé que cela serait une expérience fascinante pour n'importe quel pilote et n'importe quel avion ! Et je me suis demandé à quel moment cela

s'est produit, et je me suis demandé comment l'auteur de l'article pouvait vraiment savoir cela.

Maintenant, j'ai mentionné toutes ces histoires, car l'évolution de la compréhension humaine, l'évolution de la science médicale, ont été jalonnées par ce genre de choses. Et, maintenant, ferons-nous une pause en l'honneur d'Harold Rosen ?⁽⁵⁾

LA GESTION DES PARENTS PAR LES ENFANTS : UNE ENFANT DE DEUX ANS ET SA TECHNIQUE INDIRECTE D'HYPNOSE

Maintenant, ce dont je voudrais vous parler concerne la question de la communication interpersonnelle, laquelle constitue ce qu'est vraiment l'hypnose. Et j'aimerais que vous reteniez l'importance de cette question de l'intercommunication humaine. Et je vais vous rapporter un cas pour illustrer ce point.

J'attendais, il y a quelque temps, un avion à l'aéroport de Midway à Chicago lorsqu'une jeune mère, qui devait avoir selon moi environ vingt-huit ans, arriva avec sa petite fille de deux ans, laquelle faisait ses premiers pas. Elles se sont assises sur le banc près de moi – ce banc était assez long. La petite fille était un peu énervée. La mère était fatiguée et elle avait un journal ; elle l'a étalé et a commencé à le lire. Et la petite fille s'est levée et a marché le long du banc. Quant à moi, je n'avais rien d'autre à faire, sinon attendre mon avion. J'observais la petite fille. Lorsqu'elle est arrivée au bout du banc, elle a regardé un étal de jouets qui se trouvait là, s'est retournée et a regardé sa mère, a vu qu'elle lisait, elle s'est retournée et a regardé de nouveau les jouets ; elle n'a fait que regarder et regarder, et, après ce qui paraissait une longue réflexion et de longues pensées, elle est revenue près de sa mère et a commencé à sauter. La mère lui a dit : « Reste tranquille ! » L'enfant est alors descendue pour courir aux alentours. La mère a ramené l'enfant sur le banc et a dit : « Assieds-toi tranquillement ! » La petite s'est levée et a fait de rapides allers et retours, regarda l'étal de jouets, regarda sa mère et a fait de rapides allers et retours. Sa mère lui a dit : « Arrête !

Assieds-toi ! Couche-toi ! Endors-toi ! Repose-toi ! Arrête de m'énervé ! » (Vous savez, les mères font cela quelquefois.)

Bon, l'enfant a accepté de se coucher pour quelques secondes, avant de faire un bond, de descendre pour voir si les jouets étaient toujours là, de regarder la mère avant de recommencer à courir. Finalement, la mère lui a dit : « Si tu veux bouger, je vais t'en donner l'occasion ! » Alors l'enfant a pris sa mère par la main, l'a amenée tout près de ce côté-là, et comme par hasard elles se sont arrêtées au comptoir des jouets. La mère a regardé et a dit : « Peut-être y a-t-il quelque chose ici qui va te rendre sage ! » Je pense qu'il s'agissait là d'un des plus beaux exemples de technique hypnotique indirecte auquel j'ai jamais pu assister.

Maintenant, qui a appris ce genre de technique à cette enfant ? Comment est-ce que l'enfant a fait pour savoir ? L'enfant est plutôt un être primitif, il réagit assez facilement à ce que lui font les adultes. Ainsi cette enfant de deux ans, avec toute la sagesse de sa petite enfance, sans la complexité des faux apprentissages imposés par la société et les conventions, réagit selon sa propre compréhension : « Je veux ce jouet ; maman dit souvent non, peut-être la meilleure chose à faire est de l'énervé et de lui donner la possibilité de me calmer. » Je ne pense pas que l'enfant réfléchit clairement à tout cela, mais j'ai observé toute cette séquence en me demandant comment l'enfant ferait exactement pour obtenir le jouet. J'ai pensé – mais alors en tant qu'adulte – que l'enfant prendrait simplement la mère pour l'y emmener. Mais l'enfant était beaucoup plus intelligente que moi – elle connaissait la bonne technique !

L'INCONSCIENT DANS L'HYPNOSE :

L'UTILISATION D'UN VASTE RÉSERVOIR D'APPRENTISSAGE

Vous pensez tous que, lorsque vous travaillez avec l'hypnose, vous avez besoin de l'inventer et de travailler avec elle comme une façon de communiquer telle ou telle idée au patient. Je pense qu'il faut que vous vous rendiez compte que l'inconscient de l'être humain est quelque chose d'assez compréhensif. Il y a toute une histoire biologique derrière la séparation de l'esprit inconscient – un

concept pratique, parce qu'il décrit un certain genre de comportement. L'histoire biologique de la race humaine nous révèle qu'un grand nombre de comportements humains ne viennent jamais à la conscience, pourtant ils sont largement utilisés pour gouverner les personnes. Je ne crois pas que la petite fille de deux ans ait jamais exprimé en termes conscients la façon de diriger sa mère, mais cette enfant savait sûrement comment diriger sa mère.

Je pense que chacun de nous doit reconnaître qu'il y a un très grand nombre de choses que nous apprenons d'abord à un niveau conscient de façon à les réaliser de manière plus efficace et sans efforts. Maintenant, ceux d'entre vous qui m'ont entendu mentionner tout à l'heure cet exemple me pardonneront de me répéter. 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 sur l'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.

Chacun sait comment nouer un nœud de lacet jusqu'à ce que vous demandiez à une personne comment elle l'a fait ; et, à ce moment-là, cette personne ne semble pas en savoir beaucoup sur ce sujet. Et pratiquement tout homme sait nouer son nœud papillon sur lui-même jusqu'à ce que vous lui demandiez : « Maintenant, laquelle des deux mains se déplace la première ? » Et, bien sûr, vous connaissez ce délicieux poème d'Ogden Nash que j'aime citer en le déformant : il y a un mille-pattes qui se porte sans problème

jusqu'à ce que quelqu'un lui demande : « Quel pied vient après l'autre ? », et maintenant ce pauvre mille-pattes est couché dans le fossé !

Je discutais l'autre jour avec un étudiant au sujet des mots et de la sémantique ; il disait : « Vous savez, si vous répétez un mot une demi-douzaine de fois, vous commencez à vous demander comment cela se fait que ce mot signifie quoi que ce soit ; vous commencez à vous demander pourquoi ce mot est si approprié à son objet. » Et c'est vrai, parce que inconsciemment nous retirons des expériences de toute notre vie, les choses que nous gardons comme des compréhensions conscientes, et nous mettons alors dans notre inconscient un très grand nombre d'autres compréhensions. Je pense que, lorsque vous utilisez l'hypnose dans la prise en charge des patients et dans le traitement de différents problèmes, vous devez faire confiance à ce grand réservoir d'apprentissage que possède l'inconscient. Nous savons tous que nous pouvons aller voir un film de suspense et perdre un mal de tête sans recevoir aucune injection intraveineuse, sans avaler un médicament, sans modifier d'une façon ou d'une autre les nerfs sensoriels. Et comment un film de suspense arrive-t-il à contrecarrer un mal de tête ? — mais c'est ce qui se passe. Par quel genre de processus ?, par l'établissement d'un train de pensées, d'une série d'associations et par la stimulation d'autres formes d'activité. Et pourquoi utiliser l'hypnose si ce n'est pour atteindre le même genre de but ?

LE GARÇON SANS ÉDUCATION

Je peux penser au cas d'un garçon de quinze ans qui venait d'une communauté rurale, il avait eu très peu de contacts avec le monde extérieur, il est allé à l'école seulement jusqu'à l'âge de onze ans et il travaillait dans la ferme de son père. Lorsqu'il a été admis dans l'hôpital psychiatrique, ma tâche a été de l'examiner et de discuter avec lui. Lorsque je lui ai demandé de dessiner un homme, j'ai été complètement fasciné. Il a dessiné une très belle image d'homme et je l'ai montrée à deux psychologues de l'hôpital de même qu'à plusieurs psychiatres. L'un des psychologues est allé dans son bureau et ramena le livre de Princehorn. Princehorn était un auteur

allemand qui avait rassemblé des dessins de psychotiques. Nous avons mis l'un en face de l'autre le dessin de mon patient avec celui que Princehorn a reproduit dans son livre ; nous avons trouvé que les proportions étaient avant tout identiques. Il y avait une certaine similitude entre le dessin étrange du patient psychotique de Princehorn et celui de mon patient. On aurait presque pu penser que le dessin de mon patient était une copie de l'autre. Et je sais que c'était là le seul exemplaire du livre de Princehorn qui existait, à notre connaissance, à ce moment-là, dans l'État du Massachusetts – car c'est un livre très rare.

En prenant connaissance alors de l'histoire mentale de ce jeune homme, j'ai découvert une des élaborations psychopathologiques – délirante, hallucinatoire et symbolique – la plus affreusement complexe que j'aie jamais vue. Pour la débrouiller, il aurait fallu, pour n'importe quel psychiatre bien entraîné, des années et des années. Maintenant, comment un garçon, sans éducation, âgé de quinze ans, a-t-il fait pour construire un système délirant aussi élaboré ? Je parle de cette histoire car vous devez avoir à l'esprit ce genre de choses lorsque vous travaillez avec un patient : *vous devez vous attendre à ce que votre patient soit prêt à inventer des choses élaborées aussi bien sous un aspect positif que négatif*. Et vous pouvez utiliser l'hypnose afin de motiver les gens pour un travail qui leur profite et leur soit bénéfique(6).

TRAITEMENT RAPIDE D'UN CAS AIGU DE NÉVROSE PHOBO-OBSESSIONNELLE

J'aimerais maintenant vous citer un autre cas. Je pense à un homme, dont l'anniversaire était le 3 août de cette année, date à laquelle il est arrivé à l'âge de quarante ans. J'ai recueilli auprès de lui une histoire assez complète. Il semble que, pendant son adolescence, il avait tendance à considérer l'âge de quarante ans comme le moment où il deviendrait un vieil homme ; un moment où il aurait la tête penchée en avant, les épaules tombantes et le dos voûté, un moment où il se désintéresserait complètement de toutes les délicieuses choses de la vie. Et à une occasion particulière, autour de l'âge de vingt ans, il s'est avéré qu'il a eu pitié d'une

pauvre épave de quarante ans – Mon Dieu, comme on peut vieillir ! Et plus tard encore, peu avant trente ans, il a eu une autre occasion de s'apitoyer pour un pauvre vieux de quarante ans. Puis il n'y a plus du tout pensé. Il avait une profession libérale, non pas dans le domaine de la santé, mais dans une autre branche. Il prenait plaisir à son travail, il avait plaisir à travailler avec ses associés et à se livrer à ses passe-temps ; il avait plaisir à être élu président de ceci, président de cela, directeur de ce comité-ci et de celui-là. Il avait cependant une déception cruelle dans sa vie : lui et sa femme n'avaient pas d'enfants.

Et alors le 17 juillet de cette année, il assista à une fête où tout s'est très, très bien déroulé. Il y avait un repas très agréable avec du poulet et de la salade, qu'il mangea. À la suite de cela, vers 3 heures du matin, il contracta une douleur d'estomac terrible. Il eut horriblement peur, et, avec quelques difficultés il arriva à s'échapper de cette partie assez isolée du pays pour retourner à la civilisation. Et le premier médecin qu'il appela pour le consulter était en vacances, il fut alors emmené d'urgence dans un autre hôpital et fut immédiatement admis.

Le médecin arriva et dit à mon patient : « Vous transpirez trop ; votre respiration est mauvaise ; je vais rapidement pratiquer sur vous un examen cardiaque (un ECG). » Il y avait à peu près six tracés – c'est un tracé à peu près de cette taille ; la machine est alors tombée en panne et le docteur a dit : « Bien, il y a juste ici suffisamment de choses pour indiquer qu'il faut agir avec précaution. Mais je vais vous adresser au Dr X., car je pars en vacances demain. »

Ainsi le Dr X. examina le cas et dit : « Nous aurons à faire un ECG. Il faut vraiment surveiller cela. Mais je ne peux vraiment pas me charger de votre cas, car je pars en vacances. J'ai un assistant très gentil qui va venir et je suis sûr qu'il sera tout à fait capable de prendre soin de vous. » Ainsi mon patient alla voir le jeune assistant qui a dit : « Maintenant, débrouillons vraiment ce cas. » Et ils débrouillèrent son cas. Ils comptèrent ses orteils et ses ongles d'orteil, ses doigts et ses ongles de doigt, simplement pour s'assurer qu'il était pourvu de tout. Ils ont vraiment fait un examen complet. Et

l'homme restait couché, haletant, se demandant : « Qu'est-ce qui ne va pas ! » Il ne savait pas qu'ils étaient en train de faire un examen complet. Après que l'assistant eut débrouillé le cas de cet homme, sa mère a développé une maladie de cœur et il (l'assistant) s'est envolé vers la côte Est. Mon patient a alors été adressé à quelqu'un d'autre. Il lui a fallu quatre longs mois pour finalement recevoir un diagnostic : « Il n'y a absolument aucun problème avec votre cœur, vos poumons, votre foie. Tout ce que vous avez eu était un spasme colique aigu – rien de plus. Vous n'avez aucune raison de vous inquiéter. »

Mais l'homme est venu me voir et m'a dit : « Mais j'ai une raison de m'inquiéter. Chaque fois que j'entends un bruit, je me demande si je deviens fou. Je suis passé par toute cette anxiété et toutes ces difficultés. Je pense que je souffre d'une psychose iatrogénique causée par le médecin ! »

Maintenant, qu'a fait cet homme ? Il ne pouvait pas tolérer l'idée que quelque chose allait mal dans son corps ; il ne pouvait pas tolérer l'idée d'une maladie cardiaque ; il a donc traduit sa peur de la maladie physique en une multitude de peurs et d'anxiétés. Dans mon bureau, il m'a dit : « J'ai peur que vous essayiez de me rassurer. Je voudrais que vous me mettiez en transe ; j'aimerais que vous corrigiez mes idées ; j'ai déjà vu trois hommes avec l'espoir d'être mis en transe – parce que j'ai vraiment envie qu'on me dise d'oublier ce genre d'idées : " Est-ce une voix que j'entends ici ? ou est-ce une voix que j'entends là ? " Je veux oublier le genre de peur aiguë et obsessionnelle que j'ai. »

Mais lorsque j'ai essayé d'induire une transe chez cet homme – parce qu'il avait demandé que j'essaye – il s'est juste redressé et m'a regardé pour dire : « J'espère que je pourrais coopérer avec vous, mais chaque fois que vous dites quelque chose je deviens de plus en plus vigilant. » Et c'est la raison pour laquelle je veux mentionner cette histoire particulière : vous devez reconnaître que tout ce que votre patient vous apporte constitue une part légitime de son état. De la même façon que le patient peut être allergique à l'aspirine, le patient peut être allergique à un médicament, et vous devez respecter cela. Certains patients ne peuvent mettre du papier

adhésif sur leur peau ; d'autres ne peuvent tolérer l'iode sans qu'il en résulte une grave éruption ou une grave brûlure. De la même façon, vous devez respecter toutes les intolérances que les patients ont vis-à-vis de certaines idées.

INDUCTION D'UNE TRANSE HYPER-VIGILANTE PAR FIXATION DE L'ATTENTION

Pour revenir au cas, j'ai demandé à mon patient d'avoir l'amabilité de me laisser prendre en main son problème comme un psychiatre. Peu importe le fait que j'avais quelque expérience en hypnose, laissez-moi le prendre en main comme un psychiatre. Et aurait-il l'amabilité de regarder l'horloge là-bas et de remarquer son bord ; aurait-il l'amabilité d'écouter le tic-tac de l'horloge et de l'entendre clairement. Et garder à l'esprit qu'il pouvait rester éveillé, et que sa conscience de la vue de l'horloge, du tic-tac de l'horloge, du fait qu'il avait sa femme assise à côté de lui, pouvait lui prouver qu'il était tout à fait éveillé, qu'il n'entrait pas en transe ; que je n'allais pas, d'une certaine façon, le vaincre et le forcer à développer l'amnésie qu'il demandait tout en y résistant – parce qu'il *voulait* une amnésie et il *ne voulait pas* une amnésie.

Maintenant, en fixant son regard sur la vue de l'horloge, en fixant son écoute sur le tic-tac de l'horloge, en fixant sa conscience sur sa position dans le bureau par la présence de sa femme assise à côté de lui, j'étais alors capable de recueillir de sa part une histoire complète. Il était capable de me parler de son passé et il était capable d'en discuter facilement. Il pouvait comprendre à quel point il avait été affecté par une idée, particulière et circonscrite. Il comprenait qu'il a eu une peur énorme de son propre anniversaire survenant le 3 août ; et c'est le 17 juillet au cours de la fête, et le 3 août il aurait quarante ans – clairement sur l'autre versant avec plus jamais rien à attendre de la vie. Il avait la vision de l'adolescent, la vision de l'enfant, la vision infantile de cette époque éloignée de la quarantaine.

Maintenant, j'ai pris en main sa situation particulière, non pas en lui disant de se relaxer, non pas en lui disant d'entrer en transe, non

pas en lui disant de se sentir confortable et à l'aise. À la place de cela, j'ai fixé sa vision et son audition sur l'horloge, et je l'ai fixé dans une relation interpersonnelle grâce à sa position par rapport à sa femme près de lui. Et dans cette position extrêmement sécurisante – où il pouvait bien voir l'horloge, où il pouvait bien entendre l'horloge, où il pouvait bien voir sa femme dans le champ de sa vision périphérique – dans cette position, il pouvait être pleinement attentif à un discours méthodique et à une réflexion concernant son problème.

Maintenant, avant l'apparition de ce spasme colique, cet homme était très heureux et bien équilibré. La maladie peut survenir soudainement, on peut avoir d'un seul coup une réponse massive à une chose particulière. Je ne pense pas que nous devrions admettre que dans chaque circonstance de ce genre nous avons besoin de présupposer ou de proposer une causalité longue et élaborée ainsi qu'un processus thérapeutique long et élaboré. Vous voyez, *si la maladie peut survenir soudainement, la thérapie peut alors survenir tout aussi soudainement.*

J'ai vu ce patient en tout six heures – trois entretiens de deux heures chacun. L'homme est retourné à son travail libre de ses idées de peur obsessionnelle. Et il peut parler de toutes ces anxiétés et de toutes ces hallucinations – de toutes les hallucinations auditives, visuelles, tactiles, gustatives et olfactives. Il avait une telle abondance d'éléments psychopathologiques qui ne s'ajustaient pas bien réellement ensemble. Il va revenir me voir le mois prochain, et il a l'intention d'écrire une lettre chaque semaine parce qu'il pense simplement que je suis quelqu'un à qui on a envie d'écrire. Je n'ai pas de peurs ou de craintes particulières à son sujet parce que j'ai le sentiment qu'il va se débrouiller de façon très très satisfaisante.

LA GUÉRISON PEUT ÊTRE AUSSI RAPIDE QUE LA MALADIE

J'ai vu un grand nombre de faits se produire au cours de ma carrière. Je peux penser à cet homme de vingt-cinq ans qui a été en prison, qui était régulièrement ivre, qui a commis tous les délits imaginables, qui était un citoyen tout à fait indésirable. J'ai vu cet

homme condamné sans cesse par des membres compétents de la société, lesquels étaient absolument désespérés à son sujet ; et j'ai vu également ce jeune homme descendre une rue, d'une façon inattendue, rencontrer une charmante épave, et en moins d'un an devenir un homme marié, heureux, solide, un citoyen respecté. Et ce charmant petit morceau de peluche n'avait pas une seule miette de cervelle, sauf le genre qui a donné envie à cet homme de faire tout ce qu'il y a de mieux au monde.

Je peux penser à une patiente que j'ai rencontrée à Phoenix. Elle était dans sa vingt-cinquième année et elle était du métier depuis environ dix ans. Elle m'a parlé avec beaucoup de détails de certains endroits à Detroit ; elle connaissait tous les ragots au sujet de cette ville ; et elle donnait le nom de toutes les rues sans se tromper ; elle avait été à Chicago et à New York ; elle m'a donné le nom exact de l'hôtel ; elle connaissait le nom du gardien. Je n'avais aucun doute sur la validité de son histoire. Elle m'a alors raconté comment elle était sortie un jour d'une épicerie avec une tarte, parce qu'elle avait son propre appartement – elle gagnait sa vie dans son appartement – et elle rencontra un jeune homme. Pour une raison quelconque, il lui sembla qu'il avait l'air d'un homme honnête et elle décida, sur le coup, de l'épouser. C'était absolument charmant de l'écouter raconter cette décision prise sur le coup. Rapidement, elle déménagea dans un autre quartier et changea de nom. Elle avait noté le numéro de la plaque d'immatriculation de la voiture du jeune homme ; elle avait trouvé à quelle église il se rendait ; elle s'était arrangée pour le suivre. Et maintenant, mariée avec lui depuis cinq ans, elle est heureuse. Elle est venue me voir pour me demander ce qu'une belle-mère devrait faire pour favoriser l'histoire d'amour du beau-fils reçu lors de son mariage avec le jeune veuf.

Maintenant, quel est exactement le processus thérapeutique qui s'est mis en route chez cette jeune femme, dans cette situation particulière ? Est-ce que c'était une midinette ? Je ne crois pas. Elle a été directe et franche avec moi ; elle m'a raconté son histoire parce qu'elle a pensé que peut-être ma compréhension de son histoire me donnerait une compréhension d'elle-même en tant que personne humaine. Et elle était précisément très préoccupée par le fait de « donner à mon fils la conduite appropriée ». Vous voyez, elle

préférerait l'appeler « mon fils », bien qu'elle ait fait en sorte que je comprenne qu'il était en fait son beau-fils. Elle était soucieuse, intéressée et ravie d'avoir la chance d'être une femme normale, ayant une vie normale, libre de toutes les tensions et de toutes les pressions inhérentes à dix ans de métier à Chicago, Detroit, New York et en d'autres lieux.

Maintenant, lorsque ces banales et accidentelles influences et occasions de la vie – absolument pas programmées et calculées – réussissent à transformer une personne de façon tellement, tellement radicale et de façon tellement, tellement soudaine, cela signifie qu'il y avait une certaine disponibilité au changement pour cette personne. Mais que se passe-t-il pour le patient qui vient vous voir et qui souhaite une thérapie ? Quel genre de traitement veut-il vraiment de vous ? Veut-il une compréhension totale de lui-même, ou veut-il se servir de vous pour réaliser certains buts ou certaines finalités qu'il ne reconnaît pas ?

LE CAS DÉSESPÉRANT DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE

J'ai un patient extrêmement charmant qui est venu me voir au mois de mai dernier pour me parler de ses futurs projets universitaires, de ses souhaits et de ses désirs. Et alors que je l'écoutais en ce mois de mai, j'ai voulu lui expliquer (et finalement je l'ai fait) que la meilleure chose pour lui serait de faire savoir à l'école de médecine son refus de s'inscrire en première année(7). Pourquoi être accepté en tant qu'étudiant, et puis ensuite à l'ouverture des cours de l'école de médecine, et ne pas y aller ? Et il m'a assuré à plusieurs reprises qu'il allait s'inscrire en première année. Je savais qu'il n'allait pas y assister, parce qu'il lui manquait une UV pour obtenir son diplôme universitaire. Il a été accepté à l'école de médecine à condition qu'il obtienne son diplôme avant de s'inscrire pour le premier semestre.

Maintenant, il lui manquait seulement une UV ; il n'avait rien à faire pendant tout le mois de juin ; rien à faire pendant le mois de juillet ; et c'était un garçon tout à fait brillant, capable et charmant. Et je lui ai fait remarquer : « Vous savez, vous devriez prévoir de

terminer votre UV avant samedi. Disons que vous me parlerez de la fin de ce travail lundi. » Lundi, le travail n'était pas terminé mais il a dit qu'il l'aurait terminé le samedi suivant. Ma réponse fut : « Disons que vous m'en parlerez dans une semaine, lundi prochain, disons que vous m'en parlerez le dernier jour de juin... le 7 juillet... le 15 juillet... le 31 juillet... le 1^{er} août... le 23 août... le 1^{er} septembre. »

La veille du jour où il pouvait encore passer son UV, et recevoir son diplôme, il a terminé ce travail. Puis lorsqu'il est allé à l'administration, il est arrivé une heure après la fermeture du bureau ! C'était le dernier jour possible pour rendre ce travail. Ainsi aura-t-il son diplôme en janvier prochain. L'entrée à l'école de médecine dépend de ce diplôme. Pourquoi ferait-il ce genre de chose ? Lorsqu'il est venu me voir, je savais ce qu'il allait faire, mais il n'y avait pas moyen de l'influencer par l'hypnose ou autrement. Il voulait agir ainsi. Il me présenta à la fille qu'il voulait épouser. J'ai regardé la fille – elle était très gentille – et je savais qu'il allait rompre ses fiançailles ; mais il ne le savait pas. Il s'est converti à une autre religion ; il est maintenant en train de découvrir qu'il va abandonner cette conversion. La semaine dernière, il a posé sa demande pour une autre école de médecine ; il était déjà inscrit pour d'autres études, et il semble qu'il ira dans cette école de médecine avec des notes insuffisantes pour les études entamées !

Maintenant, est-ce que l'hypnose peut l'aider ? Est-ce que la psychiatrie peut l'aider ? Est-ce que la psychothérapie peut l'aider ? Il a besoin d'une aide intense. Il est intelligent, il est capable. En tant que thérapeute, vous devriez être prêt à lui suggérer l'importance de faire face aux choses, l'importance de comprendre les choses, mais sans essayer de l'oppresser. Vous devriez utiliser l'hypnose, doucement, soigneusement et indirectement. Vous ne pourriez pas faire beaucoup pour ce patient, mais gardez à l'esprit que cette enfant de deux ans a fait en sorte que sa mère se rapproche de l'étalage de jouets d'une fort belle manière. Je pense que vous devez considérer de la même façon la prise en charge des patients adultes. J'aurais bien aimé avoir autant d'habileté avec cet étudiant que cette fille de deux ans avec sa mère. Mais je ne l'ai pas !

UTILISATION DE L'INCONSCIENT DANS L'HYPNOSE POUR COMMUNIQUER DES IDÉES ET ACTIVER LES POTENTIALITÉS LATENTES

Je vous ai rapporté ces différents cas car je veux que vous reteniez que l'inconscient sait énormément de choses. Cela ne demande pas beaucoup d'explications ni beaucoup d'arguments ; il vous faut reconnaître les forces de la personnalité en jeu et il vous faut reconnaître la douceur et l'efficacité avec laquelle vous pouvez apporter des idées, ce qui va permettre au patient de les incorporer. Ce que je peux faire de mieux pour ce jeune homme est de lui faire accepter l'idée que peut-être il était préférable qu'il me voit environ toutes les trois semaines. Je voulais le voir plus souvent, mais en observant comme il serrait la mâchoire, comme il fronçait les sourcils, je suis descendu à deux semaines, je suis descendu à trois semaines. Il pense que je suis une personne assez intelligente et capable parce qu'il avait, en partant, une expression très agréable sur le visage. Et ainsi, je le vois à peu près toutes les trois semaines. Peut-être, tôt ou tard, je peux lui faire accepter l'idée que nous devons aborder d'autres facteurs qui perturbent le succès de son évolution en tant que personnalité harmonieuse. Vous voyez, vous avez à respecter le patient, il vous faut garder à l'esprit que son inconscient prend certaines positions vis-à-vis de la personnalité entière ; vous devez compter avec cela et vous devez réaliser que votre but, en vous servant de l'hypnose, n'est pas de faire de la magie. *Votre but, en vous servant de l'hypnose, est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologique.*

Mon patient, celui qui avait cette histoire de spasme colique, a maintenant l'attitude suivante : « J'espère simplement obtenir un autre spasme colique et je vais m'allonger et je vais dire à mon côlon qu'il est tout à fait agréable de le posséder et que je ne pourrais pas m'en passer. » En d'autres termes, il a une perspective tout à fait différente de la première, laquelle correspondait à la peur et à l'anxiété. Sa nouvelle attitude a quelque chose de méchant – comme l'enfant. Vous avez vu un petit enfant tellement content d'être lui-

même et de le faire si bien comprendre aux autres. Et je pense que ce patient va connaître une grande satisfaction simple et enfantine, avec soi, sur le plan physique : « Je suis moi-même et je suis heureux d'être moi-même ; et maintenant que puis-je faire avec ce moi-même que je possède ? » Et lorsque vous pouvez convaincre un patient de ce genre de compréhension, vous pourrez alors obtenir aussi bien sa coopération psychologique que physiologique. Mais je pense que j'ai parlé assez longtemps et je vous remercie beaucoup d'avoir écouté. Si vous avez des questions, je serais heureux d'essayer d'y répondre.

Démonstration :
La transe en thérapie et la transe commune
DISPONIBILITÉ À LA RÉPONSE ET CHOIX DES SUJETS POUR
UNE DÉMONSTRATION HYPNOTIQUE

E. — Bien, voyons. Qui vais-je choisir comme sujet ? J'ai vu quelques visages très intéressants ici ce soir. J'ai vu quelques visages, alors que je faisais le tour de la salle avec la main levée, que cette pensée traversait : « Je me demande s'il va me prendre. » Maintenant, pourquoi ne le ferais-je pas ? C'étaient des visages agréables que j'ai vus, traversés par cette pensée !

Rossi (R). — Bien qu'Erickson semble très détendu à propos de la sélection des sujets dans l'auditoire à ce moment-là, il a, en fait, déjà développé un bon rapport hypnotique – aussi bien avec l'auditoire en général qu'avec certaines personnes en particulier – pendant l'exposé précédent. Tout en parlant, il a observé les membres de l'auditoire qui montrent à l'évidence une bonne disponibilité à répondre ; c'est-à-dire qu'il regarde les personnes qui répondent avec une très grande attention à son discours et à sa personne. Un haut degré de disponibilité à répondre est manifesté lorsque les personnes sont tellement absorbées par le fait de recevoir tout ce que dit le conférencier que leur corps devient calme et immobile, ils fixent celui qui parle avec les pupilles dilatées et une expression neutre du visage, ils ont tendance à mouvoir doucement leur tête verticalement pour montrer leur accord. Erickson en dit davantage sur ce sujet plus avant.

Ce sont là pour lui ces « visages intéressants ».

Il partage alors ses observations sur la façon dont il lit sur leurs visages « agréables » la pensée : « Je me demande s'il va me prendre. » Bien sûr, l'auditoire répond par des rires parce qu'il ne se trompe pas en lisant leur langage corporel. Avec tout cela il renforce la bonne atmosphère d'attente positive qu'il développait pendant son

exposé sur les résultats fantastiques, indirects, rapides et thérapeutiques, qui peuvent survenir, grâce à l'inconscient de quelqu'un, pendant l'hypnose. Qui ne souhaiterait pas expérimenter un processus aussi étonnant ? C'est pourquoi on peut considérer son exposé tout entier comme une approche hypnotique indirecte qui aide la mise en route et facilite les potentialités inconscientes de transe de chacun pour l'intéressante démonstration hypnotique qui va se dérouler maintenant.

SOUTIEN DU GROUPE DANS LE TRAVAIL HYPNOTIQUE

E. — Vous savez, je suis daltonien et je ne sais pas s'il s'agit d'un chandail vert ou d'un chemisier bleu, mais c'est un col ordinaire je pense ! [Rires.] Est-ce que ça vous gêne de venir ? Pourriez-vous vous approcher vers ma gauche ? Pouvez-vous vous approcher ? Avez-vous déjà été en transe précédemment ?

Sujet (S.) — Non, je ne pense pas.

E. — Mais vous travaillez pour le Dr. Reed, c'est ce qu'il dit ? Vous n'allez pas parler de cela après ceci, allez-vous le faire – Est-ce que vous l'avez déjà vu travailler avec l'hypnose ?

S. — Oui.

E. — Êtes-vous intéressée par le fait d'entrer en transe ?

S. — [Pause.] Oui [énoncé avec hésitation et avec un rire nerveux].

E. — Vous pourriez être plus enthousiaste ! Mais maintenant si vous regardez un peu vers votre gauche vous verrez une jeune fille habillée en bleu. Je pense qu'elle devrait monter ici également, ne le pensez-vous pas ?

S. — Oh oui !

E. — Venez, Mary. Maintenant, devrais-je discuter de la raison pour laquelle je procède de cette manière ? [Réponses affirmatives dans l'auditoire.] Non pas parce que cela entraîne plus de difficultés pour moi.

R. — Erickson utilise fortuitement maintenant le fait qu'il soit daltonien pour désarmer et, avec humour, rassurer son sujet timide. En choisissant une autre femme, Mary, en tant que second sujet, il rassure d'autant plus le premier sujet et lui donne un modèle (Mary) pour la façon de se comporter dans l'hypnose.

Erickson utilise souvent ses propres infirmités et ses propres histoires, à propos du développement et des processus de guérison dans sa famille ou pour d'autres patients, afin d'activer des processus de guérison comparables chez ses sujets. En même temps que ces histoires de guérison peuvent être considérées comme des métaphores, il est important de voir qu'Erickson habituellement ne les inventait pas – ses histoires et ses exemples étaient véridiques(8). Ceci est en contraste total avec certains étudiants qui prétendent utiliser des approches ericksoniennes lorsqu'ils inventent ce qu'ils espèrent être des métaphores thérapeutiques.

Dans l'exposé précédent, Erickson met en évidence un grand respect de l'inconscient personnel du patient et de ses potentialités pour effectuer le processus thérapeutique. Je crois que la grande force des histoires de guérison d'Erickson était au moins en partie due à l'absolue conviction avec laquelle elles étaient présentées – ayant été réellement vécues d'une façon profonde et émouvante par Erickson lui-même.

Beaucoup de recherches récentes sur la façon dont l'angoisse se manifeste dans la voix aussi bien que dans le langage corporel, démontrent notre capacité inconsciente à séparer le vrai du faux, même lorsque l'esprit conscient apparemment accepte le faux. Lorsque cela se produit, des conflits ultérieurs se produisent dans l'individu, qui est ainsi clivé entre le fait de croire et le fait de ne pas croire. Dans la situation thérapeutique, les patients viennent avec déjà suffisamment de doutes. Si un thérapeute construit alors des métaphores auxquelles il ne croit pas lui-même, une certaine angoisse infiltrera probablement son comportement vocal et gestuel. Ces manifestations d'angoisse seraient alors reçues par le patient comme des messages ambigus qui pourraient seulement servir à réduire toute la crédibilité sur laquelle les mots du thérapeute

pourraient compter à un niveau inconscient chez le patient. En fait, la vérité humaine nous touche à un tel point que la métaphore inventée ne peut être qu'une parodie.

QUESTIONS, DOUTE, CONFUSION ET INDICES VOCAUX DANS L'INDUCTION HYPNOTIQUE

E. — Mary, avez-vous déjà été en transe précédemment ?

Mary (M). — Je ne pense pas.

E. — Vous ne pensez pas. Et vous n'allez pas le penser. [La voix s'adoucit considérablement.] Bien, et maintenant [pause].

R. — Erickson introduit ici fortuitement un certain nombre de ses approches hypnotiques indirectes grâce à ces quelques remarques. D'abord, poser des questions à propos de toute expérience précédente de transe tend à réactiver des souvenirs de transe et de cette façon, indirectement, facilite la mise en route actuelle d'un état semblable.

Ensuite la réplique d'Erickson : « Vous ne pensez pas » à la réponse de Mary : « Je ne pense pas », peut contenir une importante implication de doute. Il y a souvent un grand écart entre la façon dont nous voyons nos propres expériences subjectives et la façon dont les autres les voient. La plupart d'entre nous sommes continuellement dans des états conscients ou inconscients, de doute, de confusion et de conflit avec les autres, à propos de ces différents points de vue. Avec cette réponse apparemment anodine : « Vous ne pensez pas », Erickson évoque et utilise ce grand réservoir de doutes internes et de confusion, afin de dépotentialiser les cadres de référence immédiats de Mary, de façon qu'un état altéré puisse être facilité.

La phrase suivante d'Erickson : « Et vous n'allez pas le penser » est encore plus ambiguë : tout en semblant être en accord avec le point de vue de Mary, elle contient en même temps une implication confusionnelle qui fait qu'elle ne peut la rejeter. Erickson prépare peut-être un double lien qu'il utilisera plus tard afin de ratifier l'expérience de la transe. Si, par exemple, Mary dénie ultérieurement

le fait qu'elle a expérimenté la transe, Erickson peut précipiter un double lien conscient/inconscient en lui posant simplement la question : « Et vous ne *pensiez* réellement pas que vous l'étiez, l'étiez-vous ? » Dans une atmosphère où le doute et la confusion sont déjà mêlés, cette question dépotentialiserait effectivement la confiance de l'esprit conscient dans l'évaluation de sa propre expérience.

Notez également la voix d'Erickson baisser au moment où il prononce cette phrase. Baisser la voix constituait pour Erickson le moyen d'utiliser un indice familier à notre propre enfance pour la plupart d'entre nous, lorsque la mère baisse la voix pour bercer et endormir. Les voix semblent aussi baisser et devenir moins perceptibles, dans la vie de chaque jour, lorsque nous sommes absorbés sur nous-mêmes et juste avant de nous endormir.

LÉVITATION DE LA MAIN AVEC DOUBLE LIEN INCLUANT LE TEMPS ET LE « NE PAS SAVOIR » FACILITANT L'INDUCTION HYPNOTIQUE

M. — Je ne sais pas si vous tremblez ou si c'est moi qui tremble.
[Rires.]

E. — Êtes-vous concernée par ce tremblement ou cette trémulation ?

M. — Oui, car je pense. [Le reste de la phrase a été perdu dans l'enregistrement.]

E. — Mais vous n'avez pas besoin de vous préoccuper de cela.

M. — Non.

E. — Et quand pensez-vous que vos yeux se fermeront ?

M. — Je ne sais pas.

E. — Avant ou après que votre main touche votre visage ?

M. — Je ne sais pas.

R. — Erickson facilite une lévitation de la main en procédant doucement à de nombreux et à de légers attouchements sur le poignet et le bras de Mary. Ceci confusione son esprit conscient

mais dirige son esprit inconscient vers la lévitation⁽⁹⁾ (la polio a laissé Erickson avec un tremblement fréquent de la main droite). Une fois que la main et le bras sont levés d'une manière apparemment autonome, la prochaine étape est de faciliter la fermeture des yeux. Erickson y parvient en se servant d'une question double lien : « Quand pensez-vous que *vos yeux se fermeront*... avant ou après que *votre main touche votre visage* ? » Il donne ainsi deux puissantes suggestions directes de façon indirecte pour qu'elles se renforcent mutuellement : 1) *vos yeux se fermeront* (il s'agit simplement d'une question de temps, avant ou après), et 2) *votre main touchera votre visage*. Le caractère puissamment directif de cette suggestion est déguisé par la manière dont, apparemment, Erickson permet à Mary de faire un choix à ce sujet. (Un collègue d'Erickson, le psychanalyste Lawrence Kubie, a appelé cela « le choix illusoire ».)

Déjà, dans cette partie, l'ego conscient de Mary est dépotentialisé au moment où elle dit, au moins trois fois : « Je ne sais pas. » Ce *ne pas savoir* facilite la transe et *une* réceptivité vis-à-vis d'Erickson par simple défaut.

SUGGESTIONS DIRECTES POUR LA FERMETURE DES YEUX ET APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE

E. — Et ce clignement des yeux. [Pause, très bas.] Fermez vos yeux maintenant C'est ça. [Longue pause.] Et fermez vos yeux. [Pause.] Et ce que j'aimerais que vous fassiez, Mary, c'est d'entrer de plus en plus profondément en transe et [s'adressant à l'autre sujet] j'aimerais que vous entriez de plus en plus profondément en transe.

SÉLECTION DES SUJETS POUR L'HYPNOSE PAR L'OBSERVATION :

« UN REGARD QUI FAIT LE TOUR DE LA SALLE »

Maintenant, bien sûr, cela met ces deux jeunes femmes au pied du mur. Les choses deviennent plus difficiles pour elles. Mais vous

avez des patients qui entrent dans votre cabinet anxieux, peureux, incertains et indécis, et vous avez à travailler avec eux. Mon but, en conduisant cette démonstration de cette façon, est de vous faire savoir que vous pouvez, simplement en rencontrant les patients et en leur prêtant attention, leur donner des occasions de répondre. Et en fixant leur regard et leur attention, vous pouvez rencontrer leurs anxiétés ; et vous n'avez pas besoin d'être effrayé ou bouleversé par le fait que votre propre main tremble par la fatigue ou à cause de séquelles de polio, et vous pouvez permettre aux patients d'interpréter cela comme une part de leur propre comportement.

Et maintenant Mary entre de plus en plus profondément en transe. Je l'ai vue pendant l'heure du cocktail et j'ai été très impressionné par elle. Et j'ai été également très impressionné par Joan [l'autre sujet, dont le prénom apparaît pour la première fois] quand elle s'est assise là-bas. Vous savez, j'aime jeter un regard qui fasse le tour de la salle, parce que lorsque vous le faites vous voyez des personnes qui écoutent les autres, qui essayent de comprendre, qui veulent saisir une nouvelle idée ou une nouvelle compréhension. Ce sont les personnes qui vous laissent compléter ce que vous êtes en train de dire, qui présentent leurs propres idées et alors, de nouveau, écoutent les vôtres. Et j'observais Mary qui était là-bas, dans l'autre pièce, et j'ai été très impressionné par cette réactivité attentive envers les personnes avec qui elle parlait et qu'elle écoutait. Et en regardant Joan là-bas, à table, parlant aux autres et écoutant les autres, j'ai pensé qu'elle avait une personnalité absolument charmante dans sa capacité d'écouter, de regarder, de voir et de répondre.

Et dans l'auditoire se trouve quelqu'un d'autre qui m'a impressionné de la même façon il y a quelque temps, et c'était tout à fait délicieux de voir la première fois cette personne-là, à cause de sa délicieuse capacité à réagir. Et les années qui se sont écoulées depuis que j'ai rencontré cette personne m'ont conforté dans cette impression d'égard, de respect et d'admiration.

CONSTRUIRE PEU À PEU UN PHÉNOMÈNE HYPNOTIQUE

Maintenant, lorsque vous obtenez un élément de phénomène hypnotique, même s'il est tout petit, il s'agit pour vous de le respecter avec sérieux car il constitue la fondation d'encore plus et plus de phénomènes hypnotiques. Et vous voyez Mary qui se tient là et qui montre un certain degré de catalepsie et elle montre une énorme perte de conscience d'elle-même. Elle n'a pas perdu tout le frémissement de ses yeux et je ne sais pas si elle va le perdre, parce que je ne la connais pas suffisamment bien. Tout ce que je sais c'est qu'il y a un certain degré de relaxation dans ses jambes, dans son corps ; mais il y a ici un certain degré d'équilibre du corps qui est tout à fait remarquable.

RÉVEIL DE LA TRANSE APRÈS SUGGESTION DE PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES ULTÉRIEURS

E. — Je sais que Joan se tient ici très, très confortable. Et je vais me servir de ces phénomènes pour en établir divers autres. Mais pourquoi ne demanderais-je pas à Mary de prendre une respiration profonde ? Et vous pouvez prendre une respiration profonde, Mary. Et alors j'aimerais que vous vous éveilliez et que vous vous sentiez à l'aise et confortable. [Pause.] Et prenez tout le temps dont vous avez besoin. Prenez une respiration profonde et éveillez-vous en vous sentant tellement confortable, Mary. [Très longue pause d'environ vingt secondes.] De plus en plus éveillée, Mary.

RATIFIER LA TRANSE ET PERMETTRE INDIRECTEMENT LE FAIT DE RETOMBER DANS UNE TRANSE RELAXÉE

E. — C'est ça. C'est tout un travail de se réveiller, n'est-ce pas ? Vous souvenez-vous m'avoir dit, en sortant de la salle de cocktail, que vous n'aviez jamais été en transe ?

M. — Oui.

E. — Que pensez-vous de votre capacité ?

M. — Je ne sais toujours pas. [Rires.]

E. — Vous ne savez toujours pas ?

M. — Je sais que je suis relaxée, mais je ne pourrais pas vous répondre.

E. — Vous ne pourriez pas me répondre ?

M. — Non, vous m'avez demandé si j'ai jamais été en transe et j'ai dit que je ne pensais pas l'avoir été.

E. — Pensez-vous l'avoir été ce soir ?

M. — Si je pense... ?

E. — Pensez-vous être en transe à cet instant précis ?

M. — C'est possible... oui... je suis relaxée. Je pensais être très mal à l'aise ici, devant tout le monde, et je ne le suis pas non plus.

E. — Est-ce que ce n'est pas agréable ? [Rires.] ils ne sont pas [les membres de l'auditoire] réellement désagréables à regarder, le sont-ils ?

M. — Non, ils sont adorables !

R. — Avec sa remarque initiale : « C'est ça », suivie de la question : « C'est tout un travail de se réveiller, n'est-ce pas ? », Erickson débute l'important processus de la ratification de la transe. En se réveillant de la transe, les patients ne savent pas habituellement s'ils ont ou non expérimenté un état altéré. La question d'Erickson focalise l'attention du sujet sur lui-même et implique qu'elle va trouver des évidences qui lui permettent de reconnaître son état altéré.

Il est habituellement difficile pour des étudiants débutants en hypnose de réaliser pleinement l'étendue avec laquelle l'esprit conscient ne reconnaît pas son propre vécu d'expérience altéré. Notre culture extravertie ne nous demande rien au sujet de nos états intérieurs : normalement nous avons seulement besoin de laisser les autres savoir si nous sommes éveillés ou endormis. Nous sommes tellement ignorants de nous-mêmes que nous ne reconnaissons même pas les tensions évidentes ainsi que les réponses corporelles par lesquelles nous créons nos propres maladies psychosomatiques. Même la façon de nous relaxer, ce qui correspond à une fonction psychophysiologique normale et qui se

développe naturellement toutes les quatre-vingt-dix à cent vingt minutes, est perdue pour la plupart d'entre nous.

Une ratification ultérieure de la transe prend place au travers des rires de l'auditoire lorsque Mary dit, de nouveau, qu'elle ne sait pas. Elle confesse le fait qu'elle ne sait pas dans trois réponses successives à trois questions d'Erickson, elle admet finalement qu'elle est relaxée et tout cela se déroule en fait avec une telle absence de gêne devant le public, qu'elle retombe alors dans la transe – pour peu, en fait, qu'elle en soit sortie. Erickson renforce immédiatement le fait qu'elle retombe en transe par sa remarque indirecte et simple : « Est-ce que ce n'est pas agréable ? » Maintenant, Mary est en transe avec les yeux ouverts et parlant – acceptant la suggestion d'Erickson que l'auditoire n'est « réellement pas désagréable à regarder ».

LA CATALEPSIE : DISTINCTION ENTRE LA VRAIE ET LA FAUSSE TRANSE PAR DES INDICES TACTILES

E. — Maintenant, pourquoi supposez-vous que Joan se tient debout ici de cette manière ?

M. — [réponse perdue dans l'enregistrement].

E. — Bien. [Erickson procède maintenant par quelques attouchements directs sur Joan, elle répond en déplaçant sa main et son bras exactement selon les indications données par les indices tactiles.]

Maintenant, le phénomène particulier que Joan montre est celui-ci : Joan accepte tout à fait de coopérer avec moi. Elle va baisser sa main exactement comme je le lui indique ; elle arrête le mouvement quand je l'indique en interrompant le contact ; elle s'abaisse aussi loin que je le lui indique. Mais prenons une personne dans un état de réveil ordinaire – ou prenons un étudiant en médecine qui est absolument déterminé à mimer une transe – et demandons-lui de montrer la catalepsie : il va le faire, comme on peut s'y attendre ; touchons sa main doucement et elle continue à descendre jusque sur le côté de la cuisse, encore et encore.

Mais un moment après, il remarquera qu'il suit vos indications et alors vous élèverez son autre main, et elle restera où vous l'avez mise ; et maintenant il a vraiment une catalepsie, car les phénomènes hypnotiques sont fondés les uns sur les autres.

R. — Une personne qui mime la transe *interprétera* le contact léger d'Erickson comme un indice pour laisser tomber sa main jusqu'à sa cuisse dans un seul mouvement rapide et régulier – comme nous le faisons habituellement chaque jour en baissant notre main. La personne qui expérimente une vraie transe, par contre, considérera le contact d'Erickson comme un indice de mouvement valable seulement tant que le contact existe – ni plus ni moins. La personne en transe répond d'une manière exacte et littérale aux indices tactiles d'Erickson. Le falsificateur essaie d'interpréter la façon dont il/elle devrait se mouvoir selon des mouvements de chaque jour plutôt que selon des mouvements relatifs à la transe.

RECONNAÎTRE LA TRANSE :
LA DISPONIBILITÉ À RÉPONDRE :
UNE SUGGESTION POST-HYPNOTIQUE GÉNÉRALE POUR LA
MAXIMALISATION DES POTENTIALITÉS DANS LA VIE
QUOTIDIENNE

E. — Et si vous regardez Mary très soigneusement vous noterez une certaine rigidité de son visage, une certaine perte du réflexe de clignement, une réactivité énorme et un intérêt pour ce que je dis... À propos, je parle à l'auditoire, Mary. Et vous le savez, n'est-ce pas ?

M. — Oui.

E. — Est-ce que vous écoutez ?

M. — Mmh...

E. — C'est ça et c'est bon d'écouter. Et j'espère que vous pouvez me comprendre, et j'espère que vous pouvez appliquer l'apprentissage particulier que vous acquérez, physiologiquement et

psychologiquement, dans votre propre vie d'une façon excessivement utile.

R. — Erickson passe maintenant en revue les indices comportementaux qu'il utilise pour déterminer que Mary est retournée en transe même s'il lui a demandé de se réveiller. En déterminant qu'elle est dans un état de réceptivité thérapeutique, il lui donne alors une suggestion post-hypnotique générale et non spécifique pour apprendre « physiologiquement et psychologiquement » ce qu'elle peut appliquer à sa propre vie. Bien qu'il le fasse directement avec des phrases introductives comme : « C'est bon d'écouter » et « J'espère que vous pouvez me comprendre », bien des professionnels dans l'auditoire sont probablement passés à côté du fait qu'Erickson donne à ce moment-là, de cette manière, une puissante suggestion post-hypnotique.

CATALEPSIE SIGNALANT LA PERSISTANCE DE LA TRANSE

Maintenant, j'ai baissé la main de Joan, mais je ne l'aurais pas fait de cette manière. [Erickson indique à l'auditoire un geste rapide et brutal avec l'autre main.] Donc, elle est encore en catalepsie. Et vous jugez la persistance d'un état de transe par la continuation de certains phénomènes hypnotiques et vous le faites avec tant de douceur, de facilité et sans que cela se voit. Et Joan se tient là avec les jambes croisées, à l'aise, et son bras est en catalepsie.

RÉVEIL DE LA TRANSE ET RATIFICATION : AMNÉSIE HYPNOTIQUE AFIN DE DÉPASSER LES LIMITATIONS APPRISES

E. — Et maintenant, Joan, j'aimerais que vous preniez une respiration profonde et que vous vous éveilliez lentement. [Pause.] C'est bien, bonjour ! [Pause.] Comment vous sentez-vous devant cet auditoire ?

J. — Bien.

E. — Est-ce que vous n'allez pas vous sentir tremblante et trémulante ?

J. — Non.

E. — Nous n'allons pas nous en occuper. [Rires.] Avez-vous été en transe ?

J. — C'est ce que je dirais.

E. — C'est ce que vous diriez. Que s'est-il passé alors que vous étiez en transe ?

J. — Vous parliez.

E. — Je parlais. Quoi d'autre ?

J. — Je ne sais pas.

E. — Est-ce que vous avez été très attentive à moi, Joan ?

J. — Mmh...

E. — Est-ce que vous vous souvenez très bien de ce que j'avais à dire ?

J. — Ouais.

E. — Est-ce que c'est difficile d'y revenir ?

J. — Non – je ne sais pas. J'écoutais et en même temps je me souvenais de tout ce que vous disiez, mais maintenant je ne peux pas.

E. — C'est très bien dit, Joan, et c'est ce que j'espérais que vous diriez. Et j'ai posé mes questions de façon à ce qu'il vous paraisse que vos réponses pourraient être juste un petit peu impolies. Mais elles sont pleines de vérité et donnent des informations. Oui, vous m'écoutiez et vous avez entendu et compris. Mais après que vous vous êtes éveillée, il semblait qu'il existait une espèce de distance psychologique. Est-ce que ce n'est pas exact ?

J. — Mmh...

R. — C'était très bien dit, effectivement ! Il y a deux points très importants à relever ici dans les remarques de Joan : 1) « J'écoutais et en même temps je me souvenais de tout ce que vous disiez » indique qu'elle recevait tout ce qu'Erickson disait alors qu'elle était en transe ; 2) pourtant elle poursuit en disant : « Mais maintenant je

ne peux pas. » Ce qui signifie qu'elle a maintenant une amnésie hypnotique de ce qu'elle sait avoir entendu pendant la transe. Elle a reçu les suggestions post-hypnotiques ; elles sont maintenant logées en elle-même à un niveau inconscient mais ne sont plus disponibles pour son esprit conscient.

C'est en résumé ce qui fait que la suggestion hypnotique est efficace. Les patients sont gênés par des limitations acquises ; ils ont développé des catégories conscientes de pensée qui inhibent leurs efforts conscients de résolution des problèmes. En logeant les suggestions à un niveau inconscient, l'inconscient a une chance de résoudre le problème sans qu'il soit absolument gêné par les limitations de l'esprit conscient. L'amnésie hypnotique scelle la suggestion hypnotique dans la matrice de la créativité inconsciente.

L'auditeur attentif ainsi que le lecteur reconnaîtront la façon dont les questions d'Erickson facilitent réellement l'amnésie : « Est-ce que vous vous souvenez *très bien* de ce que j'avais à dire ? », énoncé avec un subtil ton de doute, correspond sûrement à une suggestion indirecte de ne pas se souvenir ; et : « C'est *difficile* d'y revenir » implique également que cela sera difficile. Ainsi alors que la plupart des patients expérimenteront une amnésie hypnotique, ratifiant de cette façon leur propre expérience hypnotique lorsqu'elle est amenée à leur attention, Erickson renforcera typiquement l'amnésie avec des questions indirectes, ce dont l'intention n'était pas habituellement reconnue par le sujet – ou, dans ce cas, même pas par la plupart des professionnels présents dans l'auditoire.

APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE PAR DES QUESTIONS : LE RÉTRÉCISSEMENT ET LA FOCALISATION DE L'ATTENTION

E. — Et aimeriez-vous regarder Mary à cet instant ? Observez maintenant le visage de Mary, Joan. C'est bien Mary. Et comment savez-vous à quel moment vous allez entrer en transe, Mary ? C'est bien, maintenant pouvez-vous le verbaliser ?

M. — J'écoute ce que vous dites. Je prends une respiration profonde – vous me l'avez suggéré.

E. — Vous prenez une respiration profonde et que faites-vous d'autre ?

M. — Je ferme mes yeux...

E. — Vous fermez vos yeux.

M. — Je me détends.

E. — Mais maintenant, alors que je parle et que vous me regardez et que vous écoutez ce que je dis, vous commencez à réaliser que vous entrez en transe sans prendre une respiration profonde [la voix baisse], sans fermer vos yeux. Et peut-être vous pouvez nous dire ce que vous faites. Je ne sais pas si vous le pouvez, mais je vais m'adresser à l'auditoire. Et tout en m'écoutant, vous pouvez comprendre et, plus tard, vous pourrez me dire si j'ai raison ou non.

Alors qu'elle se tient là en m'écoutant avec ses yeux ouverts et sans respirer profondément, il y a un certain aplatissement de son visage, une certaine immobilité de son visage ; il y a ce mouvement préliminaire de ses yeux qui font le tour de la salle et, alors, le lent rétrécissement du champ visuel sur moi. Et, en même temps que ce lent rétrécissement visuel sur moi a lieu, on constate une perte de réactivité pour tout le reste de la salle et un oubli progressif de sa main et de ses pieds et de ses épaules.

R. — Lorsque nous avons laissé Mary quelques paragraphes plus haut, elle était dans une transe légère, recevant la suggestion post-hypnotique d'Erickson correspondant à des apprentissages physiologiques et psychologiques utiles. Erickson approfondit maintenant cette transe légère avec une question classique qui facilite indirectement l'induction de la transe et son approfondissement : « Et comment savez-vous à quel moment vous entrez en transe, Mary ? » Elle peut seulement répondre à cette question en permettant à des souvenirs sensoriels de trances précédentes d'être réactivés. En même temps qu'ils sont réactivés, bien sûr, sa transe s'approfondit. Erickson passe en revue alors, pour l'auditoire, le genre d'observations qui peut être fait afin de

reconnaître le comportement de la transe, le rétrécissement et la focalisation de l'attention.

LE TEMPS ET LE RÉVEIL DE LA TRANSE :
TONUS MUSCULAIRE ET ORIENTATION CORPORELLE :
LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'ATTENTION DIFFÉRÉ DU SOMMEIL

E. — Maintenant, fermez vos yeux et prenez une respiration profonde et réveillez-vous et souvenez-vous de ce que j'ai dit.

Et elle fait cela si bien et de façon tellement remarquable – c'est quelque chose que vous devriez étudier en laboratoire. Et combien de temps faut-il, à un individu, pour se réveiller d'une transe ? Maintenant, Mary possède son propre sens du temps. Vous devriez considérer qu'elle a son sens du temps en rapport avec le fait de se réveiller d'une transe. Et si vous observez très attentivement, vous verrez petit à petit l'altération du tonus musculaire ; et, au bon moment, si je ne suis pas placé face à l'auditoire, je tenterais de l'exploiter. Mais si une personne prend un certain temps pour se réveiller de plus en plus, vous devriez alors vous rendre compte que certaines personnes prennent un certain temps pour développer une transe.

E. — Encore plus, Mary, et en vous réveillant davantage. C'est bien.

Maintenant, il y a un léger mouvement de la tête, il y a une légère tendance à réorienter l'arrière de la tête appuyé contre le mur. Et elle se réoriente, je pense, par rapport aux épaules.

E. — ...Et doucement, graduellement, ouvrez vos yeux, en vous éveillant totalement. C'est bien. C'est bien. Maintenant, quel est le degré d'exactitude avec lequel j'ai décrit votre comportement, Mary ?

M. — Je pense que c'est tout à fait exact, parce que je vous porte attention.

E. — Vous pensez que c'est tout à fait exact.

M. — Oui, et je ne tiens pas compte de mon entourage.

E. — Vous ne tenez pas compte de votre entourage, et deveniez-vous consciente de l'arrière de votre tête contre le mur ?

M. — Oui, oui.

E. — Pourquoi ?

M. — Pourquoi ? Eh bien, vous l'avez amené à mon attention, mais avec cette coiffure, je sens même le moindre mouvement. [Rires.]

E. — Mais, dites-moi...

M. — Je n'étais pas consciente de cela jusqu'à ce que vous le mentionniez, et j'ai alors réalisé.

E. — Bien, de quoi êtes-vous devenue consciente en premier, de votre tête ou de vos épaules contre le mur ?

M. — Mes cheveux.

E. — Vos cheveux.

M. — Et alors mes épaules.

E. — Et alors vos épaules.

M. — Et alors mon visage.

E. — Et alors votre visage. Ce qui veut dire que vous vous êtes plus ou moins réassemblée.

M. — Oui.

E. — Et avec lequel de vos pieds êtes-vous arrivée en contact le premier ?

M. — J'imagine que c'était mon pied droit.

E. — Vous imaginez que c'était votre pied droit, parce que vous n'êtes pas tout à fait en contact avec l'un et l'autre, pas encore. Est-ce que c'est exact ?

M. — Je... Je ne sais pas. Je n'y ai pas beaucoup pensé.

E. — Vous n'y avez pas beaucoup pensé. Bien, pensez-y un peu.

M. — [Pause] Oui, j'ai des pieds ! [Nombreux rires.]

E. — Oui, c'est ça – vous avez des pieds, maintenant – deux ! [Encore plus de rires.] Maintenant, comment avez-vous appris à

entrer en transe ?

M. — Eh bien, c'est difficile, parce que dans une transe, je m'attendais à dormir. Mais je ne suis pas endormie, je sais ce que vous dites, et je me sens moi-même en train de me détendre.

E. — Mais vous ne tenez pas compte de l'auditoire.

M. — Parce que je prête attention à ce que vous dites.

E. — En d'autres mots, vous avez rétréci votre attention.

R. — Le temps requis pour l'induction de la transe et le réveil, ajouté à de nombreuses caractéristiques comportementales du processus ultérieur, sont bien illustrés dans cette partie. Erickson a pensé que des étudiants hypnothérapeutes devaient augmenter leur sensibilité inter-personnelle, en observant les particularités des patients et des sujets en hypnose, à l'entrée et à la sortie de la transe. Le fait de saisir ces caractéristiques personnelles pourrait faciliter grandement une compréhension de la psychodynamique des comportements des patients et ainsi faciliter le travail ultérieur de la transe.

Même dans un entretien non hypnotique, ou dans les événements de la vie quotidienne, le thérapeute apprendra à observer les signes de comportements minimaux chez une personne entrant dans une transe commune (voir *Experiencing Hypnosis*). C'est dans de tels moments que la plupart d'entre nous recevons beaucoup de notre conditionnement inconscient, pendant que nous sommes en contact avec le monde environnant, en lui répondant d'une manière semi-automatique. Nous avons fréquemment de petites amnésies pour ces périodes de transe légère tout au long de la journée (correspondant à un cycle nycthémeral de quatre-vingt-dix à cent vingt minutes), et c'est ce qui fait que nous ne pouvons pas comprendre ensuite comment nous avons pu faire ou dire telle ou telle chose. Ce facteur apparaît particulièrement important dans la compréhension des relations inter-personnelles. Les parents et les enfants, les professeurs et les étudiants, les hommes et les femmes, pourraient tous développer énormément leurs interactions grâce à une attention plus soigneuse l'un pour l'autre, lors de ces périodes

de conscience externe émoussée et de sensibilité exacerbée au monde intérieur.

Lorsque nous apprenons à nous servir d'une transe commune, pour des buts convenables, seules peuvent en résulter une compréhension mutuelle et une aide.

FOCALISATION DE L'ATTENTION EN VUE DE LA TRANSE

E. — Dites-moi, Joan, êtes-vous éveillée ou en transe ?

J. — Eh bien, je pense que je suis éveillée – je me sens éveillée.

E. — Vous pensez que vous êtes éveillée, vous vous sentez comme si vous êtes éveillée. Dites-moi, pensez-vous que Mary soit éveillée ?

J. — Oui.

E. — Pourquoi pensez-vous qu'elle est éveillée ?

J. — Eh bien, elle a tout simplement l'air d'être réveillée.

E. — Ohh. Maintenant, regardez-la et dites-moi à quel moment Mary s'endort. Le ferez-vous ? [Rires.] Maintenant vous observez Mary et vous me dites à quel moment elle s'endort – parce qu'elle va le faire. [Pause.] Dès que vous vous sentez raisonnablement sûre, faites-le-moi savoir. [Pause.] Vous pouvez le faire, Joan, en clignant de l'œil droit. Vous pouvez me faire savoir en hochant doucement la tête de haut en bas. Maintenant, continuez à l'observer jusqu'à ce que vous vous rendiez compte qu'elle dort.

Je donne ici à Joan une tâche très difficile. Pourtant Joan a été en transe, et tôt ou tard Joan sera capable d'apprécier le moment où Mary entrera en transe. Elle peut s'en rendre compte. Et délibérément j'ai fait quelque chose – je vous en parlerai plus tard. [Longue pause.]

E. — Et est-ce que Mary est en transe, Joan ?

J. — Je ne crois pas complètement.

E. — Vous ne croyez pas complètement. Et vous ?

J. — Suis-je en transe ?

E. — Oui [pause] – êtes-vous en transe ?

J. — Je ne sais pas.

E. — Vous ne savez pas.

Maintenant ce que j'ai fait était de créer une situation dans laquelle Joan était forcée d'utiliser les apprentissages récemment acquis à un niveau inconscient. Que faisait-elle ? *Elle essayait de ré-établir la situation dans laquelle elle a acquis ces nouveaux apprentissages ; et donc elle tendait à entrer en transe sans en être consciente.* Elle n'a pas d'objection, pas de refus, elle est parfaitement en accord avec cette situation et il en est de même pour Mary. Et quelle est la personne importante dans cette situation ? Pour Mary, c'est Mary. Pour Joan, c'est Joan. Et Joan peut regarder Mary, mais Joan va expérimenter ses propres sensations, ses propres compréhensions ; et Mary va expérimenter ses sensations et s'y intéresser. Et toutes les deux vont établir un rapport avec moi et réagir.

Maintenant, quelle est l'importance de ce type de technique ? Avez-vous réellement besoin d'une technique d'induction longue, étendue et prolongée ? Un de mes étudiants en médecine est présent dans l'auditoire, il peut se souvenir de l'époque où j'utilisais beaucoup de temps dans des techniques prolongées. Mais avec davantage d'expérience et de curiosité pour le fonctionnement de l'esprit, j'ai compris que peu de technique est nécessaire si vous êtes prêt à utiliser l'attention de votre patient. Vous avez besoin de le focaliser sur une simple petite chose et de l'y maintenir – tout comme l'idée fixe de cette petite fille de deux ans qui regardait le jouet et se demandait : « Comment parvenir simplement à ce que maman me l'achète ? » – cette idée simple, absolument simple. Et *vous avez une idée fixe plutôt simple à propos d'un but en essayant de travailler pour le bien-être de vos patients, en sachant que vous n'êtes pas le juge suprême, en sachant que vous n'êtes pas tout à fait conscient des potentialités des patients, mais en sachant que vos patients doivent faire tous les efforts possibles pour atteindre*

certain buts et se satisfaire de toute réalisation comprise dans les limites de leurs possibilités.

E. — Et c'est ça, n'est-ce pas Mary, c'est ça. Et est-ce que je parlais à l'auditoire, Joan ?

J. — Oui.

E. — C'est ça. Et avez-vous oublié la présence de l'auditoire, Mary ?

M. — Oui.

E. — Oui, c'est très facile, n'est-ce pas ?

M. — Oui, c'est le cas.

E. — Et j'aimerais que vous deveniez intéressée par toutes les choses que vous, en tant que personne, pouvez faire dans l'utilisation de vos propres apprentissages physiologiques, de vos propres apprentissages psychologiques. J'aimerais que vous vous respectiez vous-même en tant qu'être humain, avec certaines compétences et certaines insuffisances, comme celles que nous possédons tous ; les vôtres qui constituent votre personnalité, qui vous donnent votre individualité. Et c'est la même chose pour vous, Joan. J'aimerais que toutes deux vous fermiez les yeux. Mary, fermez vos yeux et prenez une respiration profonde. Fermez vos yeux, Joan, et prenez une respiration profonde. Et ressentez un grand confort. Et maintenant prenez une respiration profonde et réveillez-vous complètement, reposées et rafraîchies. [Pause.] Bonjour !

R. — Dans cette partie, Erickson illustre la psychodynamique de l'entrée dans un état de conscience altéré sans en avoir conscience. Ce n'est pas seulement important en tant que technique d'induction de la transe dans un but thérapeutique, mais aussi en tant que force psychodynamique profonde de la vie quotidienne ; une force dont nous commençons simplement à prendre connaissance.

Les attitudes appropriées et les attentes d'un hypnothérapeute sont résumées avec précision dans la partie en italique, nous y sommes avertis de la nécessité de reconnaître nos limitations dans

la compréhension des potentialités du patient même lorsque nous facilitons toutes les possibilités présentes. L'individualité et les insuffisances propres à chaque patient doivent être reconnues. Il n'est pas possible pour chacun d'obtenir le même niveau d'habileté hypnotique, mais nous possédons chacun un unique répertoire de potentialités que nous avons besoin de découvrir par l'exploration continue de notre nature. Il est prudent « de se satisfaire de toute réalisation comprise dans les limites de leurs possibilités », parce que, dans l'analyse finale, le souhait mutuel du patient et du thérapeute pour un développement au travers de l'hypnose, rencontre les limitations mutuelles de leur compréhension consciente et de leur point de vue réciproque. L'inconscient est encore le plus grand réservoir de sagesse en comparaison avec l'esprit conscient, et si l'inconscient place des restrictions dans la réalisation hypnotique, nous devons alors le respecter même en continuant à chercher à en comprendre mieux les raisons.

Deuxième conférence

LA MODIFICATION PAR L'HYPNOSE DE L'ORIENTATION À LA RÉALITÉ : SON UTILISATION THÉRAPEUTIQUE

Atelier conduit à Los Angeles, Californie, le 2 mai 1962.

Dans la mesure où il s'agit d'un groupe de praticiens chevronnés, il serait opportun de considérer le problème de ce qu'est réellement l'hypnose et de ce que vous faites réellement avec vos patients. L'hypnose se déroule dans le patient. Le patient donne uniquement des réponses à toutes les stimulations que vous proposez... Vous pouvez dire à un patient de rester éveillé, de rester plus éveillé, de rester très éveillé et le mettre dans une transe profonde. Vous pouvez lui dire de s'endormir, de s'endormir profondément et le mettre dans le même genre de transe profonde. En d'autres termes, la transe hypnotique est quelque chose qui se déroule dans le patient. Il s'agit d'un processus de comportement dans lequel les patients modifient leurs relations avec l'environnement ; ils modifient leurs relations avec vous et avec tout ce qui se déroule.

Le patient assis dans un fauteuil de dentiste modifie sa relation avec la réalité extérieure – avec la fenêtre, le fauteuil et les meubles. Tous ces éléments perdent tellement de leur importance. Il n'y a qu'une chose importante pour ce patient dans ce fauteuil, c'est sa bouche. Le patient porte son attention à sa bouche et à ce que le dentiste fait à sa bouche. Mais le patient porte cette attention d'une façon limitée. Le patient ne sent pas les choses non pertinentes pour la situation immédiate, mais il peut expérimenter très intensément une bouche sèche.

Le patient fait certaines réponses d'une nature limitée, il peut également apprendre à modifier ses habitudes ; mais, de toute façon, il oublie temporairement les choses qui gouvernent ses contacts quotidiens. Par exemple, chacun d'entre vous est maintenant pleinement conscient ; aucun d'entre vous n'est dans un état de transe et chacun de vous est conscient du fait que je suis assis ici à cette table. Vous êtes conscient du fait, plus ou moins continuellement, que le Dr Steingart est ici, qu'il y a un haut-parleur là-bas, qu'il y a des lampes au plafond, que la nappe est jaune. Vous n'avez pas besoin d'aucune de ces orientations générales à la réalité pour m'écouter ou pour suivre votre propre train de pensée. Néanmoins, vous avez tous été formés et conditionnés

biologiquement à vérifier continuellement votre environnement – à regarder autour de vous et à découvrir où vous êtes, ce que vous faites, qui d'autre est présent –, à réaffirmer le fait que vous assistez à une conférence. Cela est important dans notre vie de travail quotidien.

En hypnose, le patient a un type d'orientation à la réalité tout à fait différent. Il peut avoir une perception globale et compréhensive de la situation, il peut la reconnaître et la comprendre autant qu'il est nécessaire. Et s'étant orienté avec ce seul survol de la réalité environnante, il peut l'oublier entièrement jusqu'à ce qu'une modification majeure de la réalité environnante surgisse. Le sujet hypnotique ne reconnaît rien d'autre que les modifications majeures.

ORIENTATION HYPNOTIQUE ET ORIENTATION À LA RÉALITÉ EN OBSTÉTRIQUE

C'est la raison pour laquelle il est important que l'attention doit être donnée à ce que le patient considère comme pertinent. Pour une patiente en obstétrique, peu importe le nombre d'infirmières présentes dans la salle, le nombre de médecins présents dans la salle ; peu importe qu'un plateau chirurgical soit tombé. Rien n'est important pour la patiente si ce n'est la situation obstétricale et la compréhension qu'elle en a.

Maintenant, cette orientation du sujet hypnotique est très importante si vous allez utiliser l'hypnose avec succès. Quelle est l'orientation d'une femme enceinte sur la table d'accouchement ? Eh bien, tout ce qu'elle a vraiment besoin de savoir c'est qu'elle va avoir un bébé ; et que, d'une certaine façon, son pelvis est concerné. Mais qu'en est-il si la patiente en obstétrique pense que la naissance se déroule *de la taille vers le bas* ? Si la naissance se déroule *de la taille vers le bas*, cela signifie que ses jambes jusqu'à la plante des pieds sont concernées. Si l'obstétricien se cogne accidentellement sur les genoux, les chevilles ou les pieds, la patiente sera perturbée car elle inclut ses pieds dans cette orientation *sous sa taille*.

Je pense que vous devriez reconnaître quel est le type d'orientation que la patiente possède. Si vous êtes un obstétricien, donnez à votre patiente la compréhension que son orientation devrait concerner uniquement la région de son pelvis ; que le processus de l'accouchement est lié à la connaissance et à l'habileté, à l'intérêt et à la dextérité de l'obstétricien ; et que la patiente peut totalement s'appuyer sur les voies de l'accouchement et à tout ce qu'elles comportent.

Trop souvent, la situation hypnotique se détériore car l'orientation à la réalité du patient n'est pas assez compréhensive. Il faut dire à la patiente en obstétrique, directement ou indirectement, que tout ce qui se passe dans la salle d'accouchement constitue une part légitime du processus de l'accouchement. Lorsque la patiente comprend cela, l'obstétricien a la liberté de faire tout ce qu'il trouve opportun sans perturber la patiente.

INDUCTION DE LA TRANSE PAR UTILISATION DE SOUVENIRS, D'IDÉES ET DE CONCEPTS : SOUVENIRS ET SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

J'insiste sur l'importance de la compréhension de l'orientation à la réalité du patient pour faciliter le travail hypnotique. Lorsque vous voulez utiliser l'hypnose en dentisterie, en médecine ou dans une expérience psychologique, vous avez besoin d'être conscient de ce que votre patient devrait inclure dans la situation. Une grande partie du travail expérimental conduit dans les laboratoires de psychologie a échoué dans la mesure où l'expérimentateur ne savait pas ce que son sujet avait inclus dans son orientation. Que nous soyons dans l'état d'éveil ou dans l'état de transe, nous tendons à définir la réalité selon nos compréhensions.

En tant que dentiste, vous avez à définir cette situation de réalité pour le patient de façon à ce que le patient porte une attention adéquate aux seules choses qui soient importantes. Comment pouvez-vous faire cela ? Parfois vous le faites en demandant au patient de descendre à la plage, en imagination, et de prendre plaisir à passer une agréable journée tout en laissant derrière lui son corps

dans le cabinet. Psychologiquement, vous avez orienté le patient dans son fonctionnement, en tant que personne, vers la plage. C'est quelque chose d'assez sûr, c'est à distance du cabinet ; tout ce qui se passe alors dans le cabinet est en rapport avec le corps laissé en arrière. Vous avez restreint et limité l'orientation corporelle du patient au travail que vous allez accomplir.

Maintenant, cette orientation est spontanée de la part du patient, elle est inconsciente dans le sens où elle n'est pas préméditée. Précisément, vous avez besoin de découvrir l'étendue de l'orientation et ses caractéristiques. Plus vous prenez de soins dans la découverte de cette orientation spécifique à la réalité, plus facilement vous serez en mesure d'induire un état de transe ; plus facilement vous serez en mesure d'obtenir de la part du patient des réponses hypnotiques ; et plus facilement vous faciliterez le comportement qui est essentiel à l'aboutissement de vos obligations professionnelles.

Nous apprenons dans la petite enfance à utiliser la réalité d'une certaine façon. Mais au niveau inconscient, nous sommes réellement peu concernés par la réalité concrète. Lorsque vous regardez un verre d'eau à l'état de veille ordinaire, vous souhaitez *voir* un verre d'eau réel ; vous aimez le voir bien tenu, vous aimez voir sa position, vous aimez voir la quantité d'eau dans le verre et ainsi de suite. Dans l'état de conscience ordinaire, vous êtes très, très dépendant de la réalité concrète. Dans l'état de transe, cependant, vous pouvez regarder ce verre d'eau à cet endroit précis là-bas [Erickson désigne un endroit vide où il n'y a pas de vrai verre d'eau], et substituer au verre réel une mémorisation visuelle ou un concept de ce qu'est un verre d'eau. Vous faites cette substitution de la mémorisation à la place du vrai exactement de la même façon que vous utilisez des souvenirs et des concepts dans les rêves.

Dès que vous percevez la tendance de l'inconscient à s'appuyer sur les mémorisations, sur les idées et sur les concepts à la place de la réalité concrète, il est alors beaucoup plus facile pour vous de demander à votre sujet en hypnose d'halluciner. Vous demandez à votre patient de substituer à un état de douleur la mémorisation d'une très agréable sensation parce que dans l'inconscient il y a un

souvenir d'une très agréable sensation. Tout ce que vous voulez faire, c'est retirer l'attention de votre patient de la réalité concrète de l'état de douleur, et la diriger vers ce très réel et très authentique concept, ou apprentissage, ou souvenir, ou expérience de confort, existant dans l'esprit inconscient.

Vous voyez, le patient lui-même a à faire tout le travail. Vous pouvez seulement lui offrir un stimulus de départ. Aux courses, l'officiel tire un coup de pistolet, mais c'est le coureur qui gagne la course. Tirer un coup de pistolet annonce simplement le *début* de la course ; cela n'entre pas dans le processus de *courir* l'épreuve. Il en est de même avec l'hypnose. Ce que dit l'hypnothérapeute est comme de tirer le coup de pistolet. Le patient a alors à faire toute la « course » par lui-même, et il peut seulement la faire en accord avec ses propres compréhensions.

Comment l'individu développe-t-il un état de transe ? Trop d'intervenants veulent qu'un patient se détende. C'est une très bonne manière, mais cela peut être également tout à fait une mauvaise manière pour un patient particulier. Je peux penser à un patient souffrant de douleurs extrêmes. Vous lui dites de se détendre, mais il souffre d'une douleur extrême et tout ce qui le concerne lui suggère une extrême tension, anxiété et sensibilité à la douleur. Et vous lui dites de se détendre ! C'est tout simplement dire des absurdités parce que vous ne prêtez pas attention à ce que l'hypnose devrait signifier pour le patient. L'approche correcte d'un patient souffrant de douleurs extrêmes *n'est pas* de suggérer qu'il pourrait être confortable ou détendu. Je dis au patient qu'il *souffre* vraiment de douleur ; que ça *fait* réellement mal ; qu'il peut minutieusement prêter attention à cette douleur.

S'il s'agit d'une douleur dans le bras, je suis tout à fait prêt à chercher à faire remarquer au patient que son bras fait réellement mal ; et aussi sûrement que je le fais, je focalise son attention sur son bras. C'est là que je souhaite que son attention se porte. Je veux que ce patient, qui souffre de douleur, oublie la salle, oublie ces lampes, oublie cet ornement de table, oublie la nappe. Je veux que le patient devienne conscient de son bras, et dès qu'il devient exclusivement conscient de son bras douloureux, le patient est alors

en situation de se souvenir que cette douleur est maintenant réellement différente de ce précédent sentiment de confort dans son bras. Ainsi j'ai maintenant un patient qui pense aussi bien au confort qu'à la douleur... Il sait que je ne discrédite pas sa douleur ; que je n'en doute pas. Je mets l'accent sur la douleur et il sait que je la respecte. Ainsi, quand je lui rappelle un passé de confort et d'aisance à l'endroit où il connaît cette douleur, il est amené à respecter ce que je dis et à savoir que c'est la vérité. Il va alors établir en lui-même cette réalité mentale et abstraite de confort et d'aisance dans son bras.

Dès que vous introduisez des souvenirs de confort et d'aisance dans une situation douloureuse, la douleur commence à diminuer parce que vous avez seulement une quantité limitée d'attention à donner. Vous pouvez donner toute votre attention à la douleur, ou vous pouvez en donner la plus grande partie à la douleur et un tout petit peu aux souvenirs de confort et d'aisance. Vous pouvez alors donner progressivement de plus en plus d'attention à l'aisance et au confort et de moins en moins à la douleur.

Mais suggérer immédiatement la détente alors que le patient souffre d'une douleur extrême en revient à courir à l'échec.

UTILISATION DU COMPORTEMENT DU PATIENT : L'ENFANT HYPERACTIF

Vous avez besoin de penser à la façon dont le patient ressent, pense et vit ses émotions en relation à la réalité de son corps et en relation à ses expériences corporelles du moment. Ce matin, on m'a posé une question au sujet de l'enfant qui entre dans le bureau, court dans tous les sens et se montre vraiment non coopératif. Ma réponse était tout à fait simple. La première chose que je reconnaîtrais chez cet enfant est que sa réalité est de courir dans tous les sens ; elle est de ne pas coopérer avec moi. Vous voyez que l'enfant manifeste une activité motrice. Je pense qu'il est préférable que l'enfant continue à manifester cette activité motrice parce que cet enfant a besoin de travailler avec moi. Comment devrait-il travailler avec moi ?

Je lui dis : « Tu cours vers cette porte ; tu cours de ce côté-ci et tu cours vers cette porte-là ; vers cette porte par ici et de nouveau vers cette porte-là. »

Sans qu'il s'en aperçoive, l'enfant, en fait, *attend* que je lui dise de quel côté courir. Si l'enfant commence à lutter avec moi [Erickson mime le mouvement de pousser], je peux lui expliquer la façon avec laquelle maintenant il pousse avec sa main droite, puis avec sa main gauche. En peu de temps, l'enfant attend que je lui dise : « Repousse-moi avec la main droite ; maintenant, repousse-moi avec la main gauche ! » En d'autres termes, le thérapeute apprend à utiliser dans leurs situations les orientations personnelles du patient. Vous devez garder à l'esprit que ce sont les propres processus mentaux des patients qui leur permettent d'agir ainsi.

QU'EST-CE QUE LE COMPORTEMENT HYPNOTIQUE ? LES TROIS ACCÈS DE COLÈRE DE Mlle O. : HYPNOSE SPONTANÉE ET RÉGRESSION EN ÂGE(10)

L'hypnose ne survient pas grâce à une méthode traditionnelle et rituelle. Quelqu'un peut spontanément développer un état d'hypnose si vous lui en donnez l'occasion. Ce type d'hypnose spontanée s'est manifesté au cours du premier séminaire tenu aux États-Unis et consacré à l'hypnose, séminaire conduit par Clark L. Hull à l'Université du Wisconsin en septembre 1923. Le Dr Hull, qui est devenu ultérieurement président de l'*American Psychological Association*, m'avait dit que si je passais l'été à effectuer un travail expérimental sur l'hypnose et que si j'en faisais un rapport, il conduirait alors un séminaire. J'ai accepté.

Un des membres de ce séminaire était Mlle O. Nous nous sommes rencontrés et elle m'a un peu parlé de son milieu familial. Elle était fille unique et a été vraiment gâtée. Elle avait un comportement particulier : elle *devait* toujours avoir le dernier mot. Sa façon habituelle d'avoir le dernier mot était de procéder ainsi : elle entraît chez elle, tapait des pieds à la rencontre de sa mère, exprimait ses demandes, faisait son accès de colère, montait en courant dans sa chambre, se jetait sur son lit et éclatait en sanglots.

Une longue expérience et une longue pratique avaient appris à Mlle O. qu'elle pouvait vraiment, de cette manière particulière, diriger ses parents.

J'ai demandé à Mlle O. si elle accepterait que le groupe du séminaire prenne connaissance de ceci et elle n'a pas du tout hésité à cette idée.

Ce séminaire sur l'hypnose portait réellement sur le comportement humain. Les questions que nous avons soulevées étaient celles-ci : Qu'est-ce qui constitue le comportement hypnotique ? Quels sont les processus mis en jeu ? Comment l'hypnose survient-elle ? Que se passe-t-il quand vous faites ceci ou cela ? Pour obtenir des réponses à ces questions, j'ai proposé l'expérience suivante.

J'ai fait remarquer que la salle du séminaire était juste en face de l'escalier et que nous avions une belle table. J'ai proposé à Mlle O. de descendre au rez-de-chaussée, de se diriger vers la porte latérale, de l'ouvrir, de sortir, de fermer la porte et de la réouvrir alors. Elle devait ensuite entrer, taper des pieds, monter l'escalier en courant, entrer dans la salle du séminaire, claquer la porte derrière elle et venir à la table là où était son siège. Ce que nous voulions effectivement savoir dans tout cela était ce qui se passerait lorsque Mlle O. réactiverait les comportements d'accès de colère de son enfance.

Maintenant Mlle O. était intelligente et avait un esprit scientifique, elle accepta volontiers l'expérience. Elle est descendue, est sortie par la porte latérale, a réfléchi sur la question, a souri à elle-même, est entrée, a parcouru du regard le couloir pour voir si les autres étudiants étaient présents, a tapé des pieds, a monté les marches quatre à quatre, a fermé, en la claquant, la porte du séminaire, s'est jetée dans son siège, a mis sa tête dans ses bras et a violemment éclaté en sanglots.

Après avoir sangloté quelques minutes (pendant lesquelles le groupe était resté trop sidéré pour faire quoi que ce soit), Mlle O. s'est redressée et, curieusement, elle s'est retournée vers moi pour critiquer l'outrageante suggestion que je lui avais donnée. Elle s'est alors lancée dans une tirade dénonçant le groupe du séminaire tout

entier. C'était le plus bel étalage de colère incontrôlée qu'on ait jamais pu voir.

Finalement, elle s'est calmée pour dire : « Je me suis mise en colère. » Elle était autant surprise que nous.

Nous avons de nouveau discuté de cela et l'un d'entre nous posa cette question à Mlle O. : « Quand avez-vous commencé à vous mettre en colère ? »

Elle répondit simplement : « Je ne me souviens pas. » Nous lui avons suggéré ensuite : « Pourquoi ne recommencez-vous pas tout pour voir à quel moment vous vous êtes mise en colère ? »

Ainsi Mlle O. est redescendue et a répété toute la séquence. La seconde fois qu'elle surgit dans la pièce, elle claqua violemment la porte, se jeta dans le siège, répéta la scène entière, m'injuria et injuria le groupe et, dans cet état d'excitation, dit alors : « Je me suis mise de nouveau en colère ! »

Nous lui avons posé la question : « Où avez-vous commencé à vous mettre en colère ? »

Elle a répondu : « Je me posais cette question alors que je montais les marches quatre à quatre. J'ai commencé à me mettre en colère à peu près à la moitié de l'escalier, mais je ne me souviens de rien après cet endroit. »

Nous avons suggéré alors : « Supposons que vous descendez et que vous recommencez tout cela de nouveau. »

À notre grande surprise, elle répondit : « Eh bien, je ne pense pas que j'aurais à descendre tout l'escalier. »

Elle se leva, se déplaça pour ouvrir la porte du séminaire en disant : « Eh bien, je n'ai pas besoin de descendre ! »

Elle claqua la porte, se jeta de nouveau dans son siège et entra dans son troisième accès de colère.

Nous parlons de régression. Nous parlons de ré-établissement de modèle de réactions antérieur. Il s'agissait ici du banal séminaire de doctorat dans lequel on a demandé à une personne sérieuse si elle serait ou non capable de rétablir un modèle de réactions antérieur... Nous avons fait quelques expériences avec diverses autres personnes, en leur demandant si elles pourraient faire ce genre de

choses et nous avons trouvé que certaines d'entre elles pouvaient revivre une scène de leurs expériences passées dans lesquelles elles régressaient vraiment, n'ayant pas un contrôle réel sur leur comportement.

Maintenant, quel est le lien de tout ceci avec l'hypnose ? Vous utilisez l'hypnose exactement de la même manière.

LES ÉTATS DE CONSCIENCE ALTÉRÉS EN HYPNOSE ET L'INTROSPECTION : L'EXPÉRIENCE D'INTROSPECTION(11)

J'ai conduit une autre expérience pour rechercher quel genre de comportement entre dans cette question de l'hypnose. J'ai mis au point une expérience avec des étudiants ingénieurs, des étudiants en agriculture et des étudiants en anglais. À cette époque, je préparais mes études de médecine et je n'avais aucun prestige particulier, ainsi j'ai mis au point une expérience que j'ai présentée comme une recherche du processus par lequel quelqu'un pense quelque chose. J'ai expliqué à mes sujets que je souhaitais qu'ils se portent volontaires pour une expérience au département de psychologie. Pouvaient-ils arriver à comprendre le processus par lequel ils en viennent à préciser un certain nombre de pensées. Quelques douzaines d'étudiants se sont portés volontaires, de toutes spécialités, hommes et femmes. Maintenant, l'expérience s'est déroulée comme suit. D'abord, j'expliquais ce dont il s'agissait aux sujets :

« Nous avons ce siège. C'est un siège bon et confortable. Je vous demande de vous y asseoir confortablement avec vos mains sur vos cuisses. Je vous demande de penser mentalement au processus qui serait en jeu si vous étiez en train de prendre votre main droite ou votre main gauche, pour atteindre ce panier de fruits imaginaire sur cette table imaginaire, pour saisir une pomme imaginaire et la poser sur la table en face de vous.

« En parcourant toutes ces pensées, vous commencerez d'abord par vous dire : " Ma main est sur ma cuisse. Pour saisir une pomme là-bas, j'aurais à lever ma main, ce qui signifie que j'aurais à plier mon coude – ce qui signifie que j'aurais à lever mon coude – ce qui

signifie que j'aurais à lever mon avant-bras – ce qui signifie que j'aurais à baisser ma main – ce qui signifie que j'aurais à sentir la pomme avec le bout des doigts. " Vous pouvez vous-même réfléchir à ce processus. »

Les sujets avaient à tout ressentir. Ils avaient à parcourir totalement les processus mentaux correspondant au fait de voir leurs bras s'avancer pour saisir, au fait de ressentir une différence dans les épaules, au fait de voir leurs mains s'avancer vers la table devant eux, au fait de voir la pomme.

« Quelles sont toutes les pensées qui traversent votre esprit ? Quelle est l'importance de l'attention que vous portiez au parfum de la pomme ? Jusqu'à quel point avez-vous remarqué qu'elle est rouge ? »

Un certain nombre de sujets tentaient d'avoir la visualisation mais, après quelques minutes d'efforts, ils ont déclaré que la tâche était impossible et ont carrément constaté qu'ils étaient dégoûtés. D'autres ont essayé avec ténacité mais continuaient à demander des encouragements et d'autres instructions. J'ai dit à ces sujets que c'était *leur* pensée qui était importante, non la mienne.

Certains autres sujets ont vraiment commencé à penser. Vous auriez pu voir qu'ils étaient extrêmement intéressés par ce qu'ils faisaient jusqu'à ce que, soudainement, dans une réaction de choc, ils ont dit quelque chose comme : « Je commence à me sentir tout bizarre. Je me sens tellement bizarre. Je ne peux pas continuer. » Et ils sont partis !

Il y avait encore d'autres sujets qui n'ont pas été gênés par cette sensation d'être « tout bizarre », ils parcouraient le processus mental de saisir la pomme et de la poser sur la table. Maintenant, chacun des sujets qui traversait le processus mental, étape par étape, pour saisir la pomme et la poser sur la table, se sentait « bizarre ». *Cette sensation bizarre correspondait au processus de la traversée d'une phase de transe, correspondait à la perte de l'orientation à la réalité externe et à l'établissement d'une réalité conceptuelle abstraite...* Pourtant, les mots *hypnose* et *suggestion* n'ont jamais été prononcés. Tout ce qui m'intéressait, soi-disant, était le processus de

pensée et de compréhension qu'on traverse pour s'imaginer saisir une pomme et la mettre sur une table en face de soi.

J'ai, plus tard, recherché tous les étudiants qui ont eu cette réaction de choc et qui se sont plaints de se sentir « bizarres » et qui ont dit : « Je ne peux pas continuer. » Je leur ai alors dit que j'étais intéressé par l'hypnose et je leur ai demandé de participer à une induction hypnotique. Ils ont toujours signalé que le sentiment de « bizarrerie » qu'ils avaient ressenti dans l'expérience d'introspection était exactement le même que celui de la transe hypnotique. En d'autres termes, les sujets reconnaissaient l'orientation différente qui existe dans l'hypnose et dans beaucoup de tâches hypnotiques absorbantes.

Je pense que cette question de s'orienter à la réalité va jouer un rôle significatif dans les méthodes concernant l'espace. Je pense que les astronautes trouveront d'abord que, dans l'espace, la perte de gravité est une expérience intéressante, charmante et agréable. Mais que vont-ils faire lorsqu'en gravité normale, ils auront perdu la sensation d'être assis sur quelque chose ? Ils perdront beaucoup d'éléments d'orientation ; ils ne sauront plus comment orienter leur corps. C'est exactement ce que vous faites avec des sujets en hypnose. Vous retirez leur orientation à la réalité, exactement comme je l'ai fait avec des sujets dans les *Aeronautical Space Medical Laboratories*. Ces sujets, assis sur leurs sièges, en moins de vingt à trente minutes, se sont sentis très, très perturbés, ne sachant pas s'ils étaient assis dans des sièges posés sur le sol, le plafond ou le mur. Ils avaient perdu leur sens de l'orientation spatiale.

TRANSES LÉGÈRES ET PROFONDES SIMULTANÉES : DES « CALLOSITÉS » SUR LES TERMINAISONS NERVEUSES DE LA DOULEUR

C'est l'orientation à la réalité de votre patient qui vous permet de vous occuper de ses anxiétés et de ses habitudes musculaires. Comprendre tel type d'orientation à la réalité votre patient vous amène dans le bureau, vous aide sûrement à vous en occuper.

Aussi sûrement que vous reconnaissez ce qu'est l'orientation du patient, vous pouvez établir la situation thérapeutique. Je vais vous donner un exemple.

Il y a peu de temps, un médecin californien soignait une femme pour des douleurs chroniques. Il avait consulté divers autres collègues avant de m'appeler à propos de ce cas. La femme montrait à l'évidence des signes de douleurs, mais tous les examens médicaux et neurologiques indiquaient l'absence de fondement organique. Pourtant, il n'y avait aucun doute sur le comportement général de la femme : elle souffrait sérieusement de douleurs chroniques.

Qu'allez-vous faire avec ce type de patient ? L'hypnose avait été utilisée sans succès. La femme avait peu ou pas du tout confiance en l'hypnose *comme elle la comprenait*. Avant qu'elle ne rentre dans mon bureau, elle voulait savoir si j'utiliserais l'hypnose sur elle. J'ai immédiatement reconnu la question comme étant hostile et pleine de résistance. Ma réponse fut : « Nous utiliserons tout ce qui est nécessaire. Nous n'utiliserons pas tout ce qui n'est pas nécessaire. »

En d'autres termes, en insistant sur le fait que je n'utiliserais rien qui ne soit réellement nécessaire, je lui ai fait connaître que, quoi que je fasse, cela serait pertinent.

Quelle est la profondeur de transe que vous pouvez induire chez quelqu'un qui serait intensément sur le qui-vive et présent, qui observerait dans toutes les directions pour voir ce que je ferais ensuite ? Je pensais utiliser une transe tellement légère que la patiente ne détecterait pas du tout le fait que j'utilisais l'hypnose. Ainsi, j'ai fait en sorte d'intensifier la douleur dans ses hanches, le long du trajet de son nerf sciatique ; je lui ai demandé d'y accorder toute son attention ; je lui ai demandé d'observer studieusement cette douleur. Et je lui ai expliqué ainsi :

« Vous connaissez cette douleur depuis si longtemps et vous la haïssez tellement que vous préférez en ignorer plutôt les différents attributs. Mais je veux connaître chacun des attributs de cette douleur. Et j'aimerais que cette douleur devienne tout à fait atroce, terriblement intense et vous saurez ainsi réellement s'il s'agit d'une

douleur cuisante, d'une douleur coupante, d'une douleur lancinante. » Et j'ai sorti toute une série d'adjectifs.

Ensuite, j'ai résumé en disant : « Mais j'aimerais que vous décriviez cette douleur avec vos propres mots sans essayer d'y mettre des termes médicaux. »

Je l'ai amenée à s'intéresser tellement au fait de s'asseoir tranquillement et au fait d'étudier mentalement la douleur de sa hanche droite, le long de son nerf sciatique droit, que je pense que ma secrétaire aurait pu entrer et jouer du tambour, la patiente ne l'aurait pas remarquée. Elle était vraiment absorbée ; lorsque j'ai froissé un morceau de papier, elle l'a pourtant immédiatement remarqué ; elle savait si je regardais ma montre ; elle savait si j'écrivais quelque chose sur le dossier. Mais elle n'observait pas tout ce qui se passait par ailleurs dans le bureau.

En ce qui me concernait et en ce qui concernait la situation thérapeutique, cette patiente était dans un état de transe tout à fait léger. Mais en relation avec la réalité étrangère, à la réalité *incongrue*, elle était dans une transe très profonde parce qu'elle y était complètement inattentive. Je mets l'accent sur cette distinction *parce qu'il est très important pour vous d'identifier le fait que votre 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 partie de la réalité et dans une transe profonde en relation avec une autre partie de la réalité. C'est votre obligation que d'être conscient de ces différences ; ainsi, lorsque vous voulez vous occuper de la peur ou de l'anxiété, de la douleur ou de la détresse, vous pouvez mettre à part la réalité dans laquelle votre patient va faire son apprentissage ; mettre à part le modèle de comportement pour lequel le patient vient chez vous faire un apprentissage.

Cette patiente a réellement étudié sa douleur ; elle me l'a vraiment décrite complètement. Je lui ai alors dit que j'aimerais bien expliquer l'origine, la genèse, le développement et la raison pour laquelle la douleur persistait ; que si elle voulait m'écouter, j'essaierais d'expliquer lentement et soigneusement et doucement et sans utiliser de termes médicaux, de façon qu'elle puisse comprendre.

Bien, je ne voudrais pas qu'un médecin lise ce que j'ai dit à cette femme ! J'ai attiré son attention sur des notions très peu scientifiques. Mais elle ne venait pas pour obtenir une formation en neurologie, en psychologie ou dans n'importe quelle autre science. Elle est venue pour un soulagement de ses douleurs. J'ai attiré son attention sur le fait que de la même façon que vous pouvez avoir toute sorte d'habitudes – vous pouvez avoir des habitudes dans la bouche comme de projeter la langue ou de grincer des dents, vous pouvez avoir des habitudes de langage comme de bégayer ou de balbutier, et vous pouvez avoir des habitudes de la sphère alimentaire, de la sphère olfactive et gustative – *vous pouvez donc avoir également des habitudes de douleur*. Vous pouvez prendre divers stimuli et par habitude les traduire en réponses de douleur. Et vous pouvez aussi apprendre à faire l'inverse.

En réalité, c'est vrai. Considérez la première fois où vous avez mangé de la cuisine mexicaine : vous avez craché les flammes, vous avez bu de l'eau froide – tout ce qui en venait à retirer le feu de votre bouche. Pourtant, n'importe quel petit enfant mexicain peut vous dire que cette nourriture est tout à fait délectable. Une fois que vous avez appris à traduire la stimulation du poivre en une sensation agréable, vous trouvez également la nourriture mexicaine tout à fait délectable.

J'ai mis ce genre de compréhension dans la douleur chronique de ma patiente, et pour la première fois elle a commencé à réaliser qu'elle avait de nouveaux apprentissages à acquérir au sujet de la douleur. J'ai attiré son attention sur le fait que si j'allais dans mon jardin pour sarcler pendant une heure, j'aurais des ampoules sur les deux mains. Si j'attendais alors une quinzaine de jours que mes mains se cicatrisent, si je revenais sarcler une heure ou deux, je m'arrêterais encore avec des ampoules sur les mains. Mais si je sortais aujourd'hui pour sarcler trente secondes, si je sortais demain pour sarcler quarante secondes, et en augmentant le travail graduellement de cette manière à chaque fois d'une minute, je deviendrais bientôt capable de sarcler toute la journée sans attraper des ampoules parce que j'aurais développé une callosité.

J'ai attiré l'attention sur le fait que la première fois que vous mangez de la nourriture mexicaine sans aucune callosité sur votre langue ou sur vos lèvres, vous la sentez vraiment. Mais après que vous eûtes obtenu la bonne callosité, vous pouvez vraiment manger la nourriture mexicaine. Vous avez une callosité qui coupe toute la douleur, alors que vos papilles gustatives restent sensibles au délicieux goût de la nourriture mexicaine.

De cette façon, j'ai introduit pour ma patiente, la notion de callosité sur les terminaisons nerveuses de la douleur. Je sais que cette callosité constitue une analogie assez peu scientifique, mais cette femme désirait une compréhension qui l'aide. J'ai attiré son attention sur le fait qu'elle devait vraiment vouloir passer autant de temps à développer des callosités nerveuses le long de sa hanche que moi à vouloir mettre des callosités dans la paume de mes mains pour sarcler, ou sur ma langue pour manger cette nourriture mexicaine hautement épicée. Elle s'est assise là, à m'écouter, attentive au fait que chaque fois que je prenais un crayon elle pouvait l'observer ; que chaque fois que je regardais l'heure, que je regardais ailleurs, elle le savait tout à fait. Mais elle ignorait merveilleusement le reste du bureau. Elle écoutait et intégrait les idées que je présentais.

J'ai passé deux heures avec elle avant de la renvoyer chez elle. J'ai discuté avec son médecin de famille dimanche dernier, il voulait savoir ce que j'avais bien pu faire. Apparemment, la patiente n'avait pas attendu un mois pour développer ces callosités. Elle est revenue de Phoenix, chez elle, libre de ses douleurs et très fière du fait que, d'une façon ou d'une autre, elle réussissait à traduire l'expérience de douleur en un sentiment de confort. Maintenant, j'aurais échoué avec cette patiente-là si j'avais tenté de diminuer sa douleur en induisant directement une anesthésie ou une analgésie. Son orientation était telle que sa douleur faisait partie de sa réalité. Je l'ai aidée à utiliser cette réalité d'une façon qui lui a également permis d'expérimenter le confort.

ACCEPTER LA RÉALITÉ DU PATIENT : UNE NÉVROSE CARDIAQUE

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 l'homme est entré 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 en intensité 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 assoyez 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 intentions. 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 contraires aux expériences du patient. C'est pourquoi il n'a eu aucun résultat.

Le patient s'est assis de travers dans le siège comme j'avais demandé. Je lui ai fait remarquer 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 propres 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.

Trop de thérapeutes essayent de rassurer leurs patients ; ils essaient de déposséder leurs patients de la réalité de leurs symptômes plutôt que d'accepter et de travailler avec cette réalité.

Si un patient entre dans mon bureau et dit : « Mon bras est cassé », et que vous voyez son avant-bras faire un angle, pouvez-vous imaginer cette réponse : « Maintenant, asseyez-vous ; peut-être vous trompez vous ; peut-être n'avez-vous pas un bras cassé ; vous n'avez pas vraiment un bras cassé ! » Le patient sortira de votre bureau pour chercher un médecin qui verra et admettra l'angle qui déforme cet avant-bras !

Pourtant, des médecins disent aux patients : « Vous n'avez pas besoin de vous en faire ; vous n'avez pas besoin d'avoir peur, vous n'avez vraiment pas besoin d'être anxieux. »

Que faites-vous avec ce genre d'approche ? Vous déniez et vous rejetez quelque chose qui est aussi réel pour le patient que l'est un bras cassé. Vous avez besoin d'orienter votre pensée selon ces directions. Aussi sûrement que vous laissez le patient savoir que vous avez autant de respects pour ses peurs, ses anxiétés et sa nervosité que vous en avez pour son bras cassé ou sa mâchoire fracturée, le patient se rendra compte alors que vous le comprenez. Dès que le patient se rend compte que vous comprenez ses symptômes, que vous comprenez son état, que vous voulez vous occuper de cet état *tel qu'il est*, il peut alors prendre son orientation à la réalité et la focaliser là où elle devrait être.

UNE APPROCHE HYPNOTIQUE AVEC LES ENFANTS : L'ÉGRATIGNURE TRAUMATIQUE

Je pense à une petite voisine qui s'est précipitée pour me voir un jour parce que je suis médecin. Elle avait ce qu'elle considérait être une grande et méchante coupure à la jambe, juste au-dessus du genou. Elle pleurait, elle était effrayée, elle voulait que je fasse quelque chose pour cela.

Elle supplia : « Vous êtes un médecin, vous devez faire quelque chose pour ma coupure – ça fait mal, c'est terrible ! »

Je lui ai dit : « Ça fait terriblement mal précisément là. » Ce avec quoi elle fut d'accord. Ça faisait terriblement mal précisément là et je désignais, tout en la découvrant, cette minuscule petite égratignure. J'ai poursuivi :

« Ça fait terriblement mal précisément là. Ça ne fait pas mal précisément ici, à un centimètre de ce côté. Ça ne fait pas mal ici, à un centimètre de l'autre côté. Juste là. Et ça fait mal d'ici à ici », et je désignais toute la longueur de cette égratignure d'un peu plus de deux centimètres de long.

Cette petite fille savait que je comprenais vraiment sa situation je lui ai donc dit ensuite : « Maintenant, nous pouvons travailler et stopper la douleur. »

J'ai gagné l'absolue confiance de cette fille, car j'ai reconnu que sa coupure faisait terriblement mal. Mais ça ne faisait pas mal ici, pas mal là. Ça faisait mal juste précisément là et sur toute la longueur d'ici à là. J'ai resserré l'orientation à la réalité de la fillette jusqu'à cette égratignure de deux centimètres de long et ainsi, tous les deux, nous pouvions travailler et chasser la blessure. Comme elle était une enfant, seuls quelques mots de suggestion ont été nécessaires pour enlever la blessure. Elle ne voulait même pas de sparadrap, même lorsque je lui ai offert d'en mettre de diverses couleurs. L'égratignure n'était pas assez mauvaise, la frayeur était assez mauvaise, mais la frayeur partirait.

Maintenant, quel genre de transe ai-je induit en elle. Je dirais une transe très légère ; mais autant que sa douleur était en jeu, il s'agissait d'une transe vraiment très profonde.

Dans la pratique de la dentisterie, vous souhaitez que la zone buccale du patient soit dans une transe très profonde, mais pour le reste dans une transe très légère. Dans cette affaire de peur et d'anxiété, vous essayez d'y centrer l'attention du patient par votre reconnaissance de cette symptomatologie – celle de ses peurs et de ses anxiétés. Vous n'essayez jamais de discréditer ce que le patient sait être pour lui une réalité.

LES HALLUCINATIONS ET LE RAPPORT HYPNOTIQUE : LES HOMMES NUS FLOTTANTS

Je peux penser à une patiente qui est entrée dans mon bureau il y a quelques années – suivie par une demi-douzaine de jeunes hommes, nus, qui l'avaient suivie, suspendus dans l'air, à travers toute la ville de Phoenix ! Quand elle m'a fait part de cette situation, j'ai reconnu qu'elle était psychotique autant qu'on puisse l'être. Avant de pénétrer complètement dans mon bureau, elle avait noté que j'avais un grand piège à ours en acier au milieu de la pièce. Elle en fit le tour, me demandant si je considérais sensé et raisonnable de garder un piège à ours dans mon bureau. Je lui ai répondu que je ne pensais pas vraiment que ce soit raisonnable, que je pensais qu'il fallait faire quelque chose pour cela et que j'espérais bien que cela ne la gênerait pas de le contourner. Ensuite, la patiente découvrit que je gardais une demi-douzaine de danseuses nues dans le coin de mon bureau et elle commença à s'inquiéter du fait que ses jeunes hommes pouvaient fraterniser avec mes jeunes filles. Je lui ai dit que je veillerais à ce que mes danseuses ne fraternisent pas avec ses jeunes hommes.

Pourquoi aurais-je discuté les illusions et les hallucinations de la patiente ? C'étaient les siennes. Je devais les respecter de la même façon que je respecte une jambe cassée ou une mâchoire fracturée. En sachant que je respectais ses hallucinations et ses illusions, cette femme pouvait développer un rapport avec moi ; elle était capable d'entrer en transe. Par la suite, elle a été capable d'enseigner dans une école secondaire, d'être une conseillère d'orientation efficace et, des années plus tard, d'être la secrétaire du président d'une grande société. Vous devez vraiment accepter et utiliser la réalité du patient.

LES APPROCHES DES PROBLÈMES DENTAIRES : SUCER SON POUCE

Abordons le traitement des habitudes dentaires nocives – les habitudes neuro-musculaires comme le réflexe nauséeux, le fait de sucer son pouce et le bruxisme. Je pense au fils d'un médecin que

je connais et qui avait six ans à cette époque⁽¹²⁾. Le médecin avait dit à son fils que toutes les maladies lui surviendraient s'il n'arrêtait pas de sucer son pouce. La mère de l'enfant était infirmière et elle lui avait parlé de toutes les maladies qu'il aurait. Mais l'enfant continuait à sucer son pouce. Finalement, ils m'ont amené le garçon.

J'ai commencé par demander aux parents de mettre en jeu leur éthique professionnelle en acceptant le fait que leur fils était mon patient et que je ne voulais pas que l'un d'eux interfère de quelque manière avec ma thérapie. Le petit Jimmy est alors entré pour me voir. Je lui ai immédiatement dit :

« Ton père et ta mère veulent que tu arrêtes de sucer ton pouce et ils t'ont dit qu'ils allaient t'amener me voir pour que tu arrêtes de le faire. J'aimerais que tu comprennes une chose : ton pouce, c'est ton pouce ; ta bouche, c'est ta bouche. Si tu veux sucer ton pouce, vas-y ! Ton papa ne peut pas me donner des ordres ; ta maman ne peut pas me donner des ordres ; et je ne vais pas te donner des ordres. *Mais si tu le veux, tu peux donner des ordres à ton pouce, et tu peux donner des ordres à ta bouche, et tu peux continuer et sucer ton pouce autant que cela te plaît.* »

Il valait mieux que j'accepte la réalité vécue de ce petit garçon de six ans. Il ne s'attendait pas à ce que je lui dise ce que je lui ai dit. Il s'attendait à ce que j'intervienne. Les patients adultes s'attendent également à ce que vous interveniez dans leur symptomatologie, dans leurs mauvaises habitudes. Je pense que c'est extrêmement important pour vous de reconnaître l'orientation à la réalité de vos patients.

Le petit Jimmy s'est redressé, assez étonné, il m'a alors testé en mettant son pouce dans sa bouche. J'ai attiré son attention sur le fait que je trouvais terriblement injuste de le voir sucer uniquement son pouce gauche ; que son pouce droit était un pouce tout aussi sympathique et qu'il pouvait, à ce titre, être aussi bien sucé, et que j'étais étonné qu'il ne suce pas également son pouce droit. Le petit Jimmy a pensé qu'il était en faute. Comme il était un garçon méticuleux et intelligent, Jimmy devrait être prêt à sucer *les deux* pouces. Mais, voyez-vous, ce qui arrive est qu'aussi sûrement que Jimmy suce ses *deux* pouces, il a abandonné de sucer son pouce

gauche pour environ 50 %. Il a réduit son habitude. Et qu'en est-il de cet index et des trois autres doigts ? : *quand vous commencez à diviser, vous commencez à conquérir.*

J'ai alors fait remarquer à Jimmy que, dans deux mois, il aurait sept ans. Il n'en avait plus seulement six. Il rejoindra les grands garçons en passant le cap des sept ans.

« Et tu sais, Jimmy, je ne connais pas un seul grand garçon qui suce son pouce, ainsi il vaut mieux que tu sucas ton pouce autant que possible avant de rejoindre les grands garçons. Il vaut vraiment mieux que tu en profites. »

J'ai confronté Jimmy avec la tâche laborieuse de vraiment sucer son pouce suffisamment avant qu'il ne rejoigne les grands garçons. Et il voulait rejoindre les grands garçons ; il ne voulait pas être rien qu'un garçon de six ans. Tous les enfants de six ans veulent avoir sept ans. La chose essentielle est de se joindre à l'enfant en appréciant son concept de réalité.

LE RÉFLEXE NAUSÉÉUX(13)

Sur le sujet du réflexe nauséeux, pourquoi ne pas être parfaitement honnête avec votre patient en lui disant : « Vous avez vraiment un réflexe nauséeux. » Je le sais et il le sait et il vaut mieux que je sache qu'il le sait. Je peux alors demander au patient d'étudier réellement ce réflexe nauséeux : où commence vraiment le réflexe – dans l'abdomen, dans le thorax, dans le pharynx ? Où ressentez-vous vraiment cette sensation en premier ? Vous demandez au patient de se concentrer sur son réflexe nauséeux.

Je pense vous avoir déjà donné cette illustration et pourtant ça vaut la peine de la répéter. *Chaque fois que vous disséquez quelque chose par le détail, vous le détruisez. Vous détruisez sa valeur.* On a vraiment envie d'embrasser une jolie fille. Regardez cette jolie fille et vous voyez qu'elle a un visage qu'on a tellement envie d'embrasser. Mais regardez de plus près et, bien sûr, ses yeux sont un petit peu trop rapprochés, ses oreilles sont un petit peu trop grandes, son nez est légèrement allongé, son menton est bien lourd, sa lèvre inférieure est vraiment trop épaisse, sa bouche est vraiment trop

large. Qui veut l'embrasser après avoir disséqué ce visage ? Vous disséquez une douleur, vous disséquez un réflexe nauséeux, vous disséquez une nausée, vous disséquez une peur, vous disséquez une anxiété – toutes choses exactement de la même façon.

LES HABITUDES DE LA LANGUE

Discutons le sujet de la déglutition. Ogden Nash a écrit un très joli poème à propos d'un mille-pattes. Le mille-pattes se promenait un jour tout à fait heureux avec toutes ses pattes fonctionnant dans un ordre correct, jusqu'à ce qu'un quidam vienne à passer et demande au mille-pattes laquelle de ses pattes venait après quelle autre. Ce pauvre mille-pattes gît maintenant dans un fossé, se demandant laquelle vient après quelle autre.

Vous demandez à un patient qui a beaucoup de mauvaises habitudes avec la langue, s'il aimerait découvrir quelque chose sur ses habitudes avec sa langue. Vous attirez alors son attention sur le fait qu'il a réellement certaines habitudes avec sa langue. Combien de patients reconnaissent réellement ce qu'est une habitude de la langue – ce qu'est une habitude musculaire – ce qu'est une habitude de la parole ? La plupart des patients ne reconnaissent pas du tout ces questions.

Vous essayez d'indiquer à une personne la bonne façon de placer la langue pour avaler convenablement. Mais votre patient a eu des années d'entraînement, des années d'expérience pendant lesquelles il a mis sa langue dans une position différente. Il essaie de la placer différemment, à l'endroit que vous lui recommandez, mais il met automatiquement sa langue à l'endroit habituel et elle se projette en avant ou se place selon un autre mouvement défectueux. Ce patient a besoin d'apprendre à reconnaître les mouvements individuels de sa langue et comment les coordonner. En d'autres termes, vous devez vraiment lui apprendre à disséquer le mouvement de sa langue.

Combien de différents mouvements de la langue sont possibles ? Prenez un miroir et mettez-le devant vous : vous pouvez rétrécir votre langue, vous pouvez l'incurver, vous pouvez l'élargir ; vous

pouvez l'étendre, vous pouvez la reculer, vous pouvez la rouler. Vous pouvez amener le patient à s'intéresser *non pas* au fait qu'elle se projette en avant, mais à l'habitude et à la forme et à la structure des différents mouvements possibles de la langue. Vous demandez au patient de devenir conscient du fait qu'il peut élargir sa langue, la rétrécir, la rouler, la plier et que, peut-être, il peut même toucher son nez avec elle. Vous lui apprenez qu'il possède une certaine dextérité avec sa langue.

Considérez la situation d'un enfant qui dit ne pas pouvoir arrêter de mettre la pointe de sa langue contre ses dents supérieures : il dit qu'il essaie et qu'il essaie, mais sa langue se place toujours là et, simplement, il ne peut pas arrêter. Pourquoi ne pas être d'accord ? Il sait qu'il a de l'expérience avec sa langue ; il s'agit de sa bouche. Mais aussi sûrement que vous commencez à contester ce qu'il fait avec cela, vous êtes perdu.

Maintenant, vous lui demandez de focaliser son orientation à la réalité sur sa bouche. Il n'a pas besoin de regarder par la fenêtre, mais il a besoin de regarder dans sa bouche et de voir s'il peut mettre sa langue contre ses molaires. Peut-il vraiment la mettre contre ses molaires ? Du côté droit, du côté gauche ? En d'autres termes, *vous apprenez à l'enfant à projeter utilement sa langue* ; vous lui apprenez à projeter sa langue contre ses molaires arrière, contre les pré-molaires, les canines, les incisives supérieures, inférieures. Vous lui apprenez à projeter sa langue contre toutes les dents qu'il possède et à compter ses dents de cette manière. Vous ne lui avez pas enlevé son privilège de pouvoir projeter sa langue contre ses incisives, mais vous avez ajouté à la projection de la langue beaucoup d'autres projections de la langue, de façon à ce que *la projection de la langue pathologique devienne un pourcentage mineur de la totalité des modèles musculaires*.

TRAUMATISMES ET PHOBIES

Considérez une enfant qui a peur des chiens, qui a affreusement peur des chiens, surtout de ce *grand et gros chien marron*. Elle est vraiment terrifiée par les chiens et par leurs aboiements.

Certainement vous découvrez tout ce qui concerne ses sentiments et vous n'en discréditez aucun d'entre eux. Vous centrez son attention petit à petit et petit à petit sur cette morsure que *le grand et gros chien marron* lui a faite au genou ; à la morsure qu'il lui a faite au visage ; sur le fait que le chien n'aboyait pas lorsqu'il l'a mordue au visage ; il n'aboyait pas lorsqu'il l'a mordue au genou ; que c'était un *grand* chien, pas un petit chien ; que c'est un *grand et gros chien marron*, pas un minuscule petit chien noir. Et vous mettez constamment l'accent sur la réalité de cette fille au sujet de *ce grand et gros chien marron* qui l'a mordue ; de ce chien-là qui l'a mordue au visage et au genou. Vous prenez sa réaction phobique aux chiens en général, globalisante et étendue, et vous la rétrécissez au chien qui l'a réellement mordue. Vous faites un pas important vers le soulagement du symptôme en demandant à cette patiente de clarifier pour vous son expérience de la réalité. En même temps qu'elle vous dit tout sur *ce grand et gros chien marron*, elle réduit son problème jusqu'à ce qu'elle puisse dire que votre *gros chien marron à pattes courtes* est un chien gentil car ce n'est pas un *grand et gros chien marron*. Vous pouvez progressivement ajouter davantage de distinction jusqu'à ce que la phobie généralisée soit réduite à la frayeur originelle qui n'est plus un problème car aucune réalité actuelle ne peut exactement égaler le passé.

LE BRUXISME(14)

Tous ceux qui traitent le bruxisme devraient d'abord discuter avec le dentiste au sujet de sa cause. J'imagine que chaque fois que vous traitez un patient pour quelque chose, vous conduisez d'abord un examen physique complet ; quel que soit le problème, vous traitez ainsi le patient pour ce qui est réellement le problème. Pourquoi croiriez-vous le patient sur ce qu'il vous dit être le problème ? La patiente peut entrer et vous dire qu'elle a des ulcères à l'estomac, lorsque la réalité est qu'elle est enceinte. Il vaut mieux que vous sachiez que la patiente est enceinte. Contre toute attente elle est enceinte, elle est mariée depuis quinze ans et n'était pas capable d'être enceinte. Maintenant, elle commence à vomir, elle a une douleur à l'estomac et elle pense qu'elle développe des ulcères.

Maintenant, il s'agissait réellement d'un cas que j'ai eu et, en écoutant cette femme, j'ai fait mon propre diagnostic. Je n'ai pas accepté son diagnostic.

Dans le bruxisme, vous devez connaître les faits du point de vue du dentiste. S'il y a quelque chose de pathologique au niveau des dents et qui cause le bruxisme, laissez le dentiste corriger cela avec des instruments dentaires. S'il s'agit d'une question psychologique, s'il s'agit d'une question de comportement, vous voulez alors corriger cela avec des instruments psychologiques.

Le patient peut vous dire : « Mais je ne grince pas des dents. Peu m'importe ce que dit ma femme, peu m'importe ce que dit ma sœur, peu m'importe ce que dit mon frère, *je ne grince pas des dents.* »

En étant dentiste, vous regardez dans la bouche et vous avez vos propres soupçons sur le fait de savoir si, oui ou non, les dents grincent. Comment allez-vous orienter le patient ? Vous devez vouloir vous rendre compte que le patient qui grince des dents la nuit essaie de duper et de nier. S'il grince des dents, il doit avoir certaines réponses et certaines mémorisations dans la mâchoire, certaines mémorisations et certains comportements dans le corps. Votre propre orientation à la réalité doit vous faire dire cela.

Le patient répète : « Mais je ne grince pas des dents ! Peu m'importe ce que dit mon frère ou ma mère, ou ce que dit tout le monde, *simplement je ne grince pas des dents.* »

Vous pouvez vous demander quel genre de sentiment éprouve le patient et ce qui a fait que sa mère ou son frère ou n'importe qui fait ce genre d'erreur idiote comme de penser qu'il grinçait des dents. Quel genre de sentiment éprouve-t-il dans sa mâchoire ? Peut-être se trompaient-ils à propos de ces types particuliers de mouvements de la mâchoire en les prenant pour des grincements de dents. Quels sont les mouvements de la mâchoire que vous pouvez faire ? Vous amenez le patient à s'intéresser à cette question particulière. Pour y parvenir, avez-vous besoin d'une transe somnambulique, ou avez-vous besoin d'une transe légère, ou avez-vous simplement besoin d'orienter le patient vers cette question : quel genre de mouvements faites-vous avec votre mâchoire ; combien de genres de mouvements différents sont *possibles* avec votre mâchoire ?

Je peux penser à une femme qui disait que sa façon de manger était parfaitement correcte. Mais son dentiste lui a dit qu'elle mordait mal. La femme a alors vu un autre dentiste qui lui a dit qu'elle mordait bien. J'ai pensé que le premier dentiste ne se trompait probablement pas, mais j'ai d'abord accepté son point de vue à elle et j'ai réfléchi avec elle sur la raison pour laquelle le premier dentiste avait fait une assertion aussi ridicule. Elle continua pour me dire que le premier dentiste avait dit quelque chose en rapport avec le fait qu'elle mordait mal et que ceci lui entraînait une douleur sur le côté de la tête. La femme admit qu'elle avait des douleurs à la tempe, mais elle les associait avec des maux de tête et non avec sa façon de manger. Je suis ainsi arrivé à la question de savoir comment travaille la mâchoire en mâchant. Nous nous sommes vraiment trouvés entraînés dans cette question des mouvements de la mâchoire lorsqu'on mange : comment vous mangez différemment lorsque le steak est dur et lorsqu'il est tendre ; comment vous utilisez votre mâchoire pour casser des noix (si vous n'êtes pas assez malin pour utiliser en premier lieu vos dents pour une telle manœuvre) ; et précisément quel genre de pensée avez-vous lorsque vous glissez cette noix dans votre bouche ?

Comme je posais ces questions, j'observais attentivement pour voir si elle était gauchère ou droite dans l'orientation du fait de mâcher. J'ai posé à cette femme un bon nombre de questions et je lui ai alors fait remarquer la localisation spontanée de tout cela dans le côté droit de sa bouche(15). Je lui ai suggéré d'accomplir le fait de s'imaginer de mettre un morceau de steak très dur dans sa bouche et de le manger alors. Lorsqu'elle a compris qu'elle mâchait surtout dans le côté droit de sa bouche, elle a décidé que le premier dentiste *savait* ce dont il parlait et qu'elle devait vraiment retourner le voir.

S'agit-il d'hypnose ou s'agit-il simplement de la correction de l'orientation de la patiente ? Dans le bruxisme, comme pour beaucoup d'autres symptômes, vous demandez aux patients de considérer leurs habitudes et leurs différents mouvements musculaires.

INSTRUCTIONS POUR DANSER :

LA CONSCIENCE DU CORPS ET LES SENSATIONS MUSCULAIRES

Un patient est venu me voir et m'a dit : « Je ne peux absolument pas apprendre à danser – j'ai pris des cours chez Arthur Murray⁽¹⁶⁾ et j'ai trois pieds gauche. »

J'ai demandé à cet homme s'il pouvait lever juste un pied à la fois, et, pour aller plus vite, prenons d'abord le pied gauche.

« Quelles sensations éprouveriez-vous si vous leviez votre pied et le descendiez un pas en avant ; et ensuite, si vous le déplaciez doucement sur un côté, et, ensuite, doucement en arrière. »

Je l'ai amené à s'intéresser intensément à la sensation de ce pied gauche. Je lui ai alors demandé de se lever et de me décrire de nouveau les sensations, mais cette fois-ci en me faisant également la démonstration.

« Mettez votre pied gauche en avant et décrivez-moi la sensation ; ensuite, déplacez le pied gauche d'un côté ; déplacez-le maintenant de nouveau en arrière ; mettez-le maintenant derrière votre pied droit ; maintenant déplacez-le de nouveau vers l'avant, en même temps décrivez-moi les sensations de ce pied. »

Depuis, l'homme a appris à danser tout à fait bien et il a maintenant seulement deux pieds – un pied droit et un pied gauche ! Il s'agissait de lui demander d'étudier la réalité de ses propres sensations musculaires.

SUBTILE SUGGESTION NÉGATIVE AVEC LES ENFANTS

Revenons au problème du grincement de dents. Je pense que, dès que l'enfant est assez âgé, vous devez vraiment soulever avec lui la question des sensations qu'il éprouve dans sa bouche, ainsi que la question de savoir comment fonctionne la bouche. Dès que vous avez obtenu que l'enfant s'intéresse à ses propres grincements de dents, tôt ou tard il va vous les montrer. Vous lui demandez vraiment de mémoriser ces sensations, vous exprimez alors le vœu très pieux qu'il ne se réveille *pas* lorsqu'il grince des dents durant son sommeil ! Et vous exprimez cet espoir avec tant de gentillesse,

avec tant de sincérité et de façon tellement suggestive, qu'en fait vous le conditionnez, par votre subtile suggestion négative, à se réveiller.

Vous pouvez aussi lui suggérer qu'il sera capable *d'entendre* ses grincements de dents ; qu'il s'éveillera lorsqu'il les entendra ; qu'il se réconfortera immédiatement en réalisant qu'il a une bonne capacité à se rendormir chaque fois qu'il se réveille. Mais combien de fois une personne veut-elle se réveiller au milieu de la nuit simplement pour se prouver à elle-même qu'elle peut entendre ses grincements de dents et qu'elle peut se rendormir immédiatement ! Vous sélectionnez dans la réalité du patient la partie utile à la correction de ses habitudes fautives.

ATTITUDES ET EXPÉRIENCES DE LA VIE DU THÉRAPEUTE DANS LA DÉTERMINATION DES RÉPONSES DU PATIENT

C'est votre attitude envers le patient qui détermine les résultats que vous atteignez. Maintenant, je ne sais pas combien de fois j'ai démontré ce point dans des séminaires. Je sais que je l'ai démontré expérimentalement à de nombreuses reprises avec mes étudiants en médecine(17).

Au cours de cette expérience, j'indiquais au groupe A de ces étudiants, qu'une certaine personne était un excellent sujet hypnotique, si ce n'est le fait *qu'elle ne pouvait développer une anesthésie ou une analgésie* ; au groupe B de mes étudiants en médecine, j'indiquais qu'elle était un excellent sujet hypnotique et qu'elle pouvait développer tous les phénomènes *sauf l'hallucination visuelle* ; et j'indiquais au troisième groupe qu'elle pouvait tout développer *sauf une hallucination auditive*. En fait, la jeune femme était capable de développer tous les phénomènes hypnotiques.

En fin de compte, chaque groupe avait atteint des résultats différents avec ce sujet. Lorsque j'ai demandé un compte rendu au groupe A, ils m'ont dit qu'ils avaient obtenu d'elle tous les phénomènes possibles *sauf l'anesthésie et l'analgésie*. En écoutant cela, le deuxième groupe a dit : « Qu'est-ce qui se passe avec vous ! Elle développe une anesthésie et une analgésie, mais *elle ne*

développe pas d'hallucination visuelle. » Le troisième groupe est alors intervenu : « Elle développe une hallucination visuelle et une anesthésie, mais *elle ne développe pas d'hallucination auditive !* »

Après tout ceci, j'ai fait entrer le sujet et je lui ai demandé de dire aux étudiants quelles étaient les instructions que je lui avais données. J'avais dit quelque chose de ce style : « Divers groupes d'étudiants en médecine vont travailler avec vous. J'aimerais que vous fassiez *tout ce qu'ils pensent vraiment.* » Mon sujet expliqua alors la façon dont « ce jeune étudiant en médecine m'a dit de développer une anesthésie en gant(18), mais il ne le pensait pas. Il ne s'attendait pas à ce que je le fasse vraiment. Cet étudiant en médecine m'a demandé de développer une hallucination visuelle, mais il ne le pensait vraiment pas. Il ne croyait pas réellement que je pourrais le faire. *Ainsi, je ne l'ai pas fait.* »

Plusieurs années plus tard, ma fille assistait à un séminaire, et, très soigneusement, elle a démontré ce même principe, spontanément, aux participants du séminaire. Chaque fois que vous voulez n'importe quel résultat hypnotique avec vos patients, il vaut mieux que vous pensiez ce que vous dites. Tout ce que vous avez besoin de faire de façon à vous convaincre vous-même est de vous pencher sur votre propre histoire personnelle en tant qu'être humain en mouvement. Penchez-vous sur les moments où vous avez eu une anesthésie, sur les moments où vous avez eu une analgésie. Reconnaissez le fait que vous avez eu une amnésie à la douleur en d'innombrables occasions. Vous n'êtes vraiment pas différent des autres êtres humains normaux. Votre expérience entière devrait vous apprendre que vous ne demandez rien à vos patients qui soit en deçà de leurs capacités. Lorsque vous donnez une suggestion à un patient, il vaut mieux garder à l'esprit : « Je *sais* que ce patient peut développer une anesthésie ; je *sais* que ce patient peut développer une amnésie. »

LES AMNÉSIES STRUCTURÉES

Il y a un autre facteur qui entre en jeu dans le développement de l'anesthésie, de l'analgésie ou de l'amnésie. 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 ce 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 mon bureau, je dis : « Y a-t-il beaucoup de circulation aujourd'hui 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 les questions. Il s'assoit ; la séance se déroule ; il se lève pour partir et je dis : « North Central Avenue n'était pas vraiment encombré 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.

APPROCHES INDIRECTES EN VUE D'OBTENIR L'ANALGÉSIE ASSOCIER LE PLAISIR ET LA DOULEUR

Lorsque je veux qu'un patient développe une analgésie, j'accepte d'abord tout à fait de le laisser tout dire à propos de sa douleur, jusqu'à ce que je vois, dans l'expression de son visage, qu'il sait que je comprends. Et je ne refuse pas de faire quelques remarques pour indiquer que *je comprends*. Je pourrais alors poser au patient une simple question qui, par inadvertance, l'éloigne de ce problème de douleur. Supposez, par exemple, que sa douleur s'est développée au cours du dernier jour de chaleur que nous avons eu ; et ce dernier jour de chaleur s'est présenté à un quelconque moment au cours du mois dernier ; et le dernier mois était précisément ce

dernier hiver. Je vais alors rompre complètement avec la question de l'hiver et demander : « Où avez-vous passé l'été dernier ? »

Maintenant, le patient serait peut-être surpris par une telle question, mais il faudra peu de temps pour l'amener au problème de l'été dernier. L'été dernier, il n'avait pas cette douleur. Nous sommes ainsi entrés dans la question des plaisirs, des joies et des satisfactions de l'été dernier. Je mets l'accent sur le confort, le bien-être physique, les joies et les satisfactions, et j'attire son attention sur la manière dont il est agréable de continuer à se souvenir des joies et des satisfactions de l'été dernier, du bien-être physique de l'été dernier. Si le patient semble s'agiter un peu, je lui rappelle le temps « où vous ramiez dans le bateau et que vous avez attrapé cette ampoule à la main, et que ça faisait assez mal, mais par chance, ça s'est guéri ». Qu'est-ce que je fais ? Je n'ai pas peur de mentionner la blessure, la douleur ou la détresse, mais je les mentionne à distance de cette douleur lombaire que le patient amène à la séance. J'ai mentionné une douleur provenant d'une ampoule provenant du maniement des rames d'un bateau l'été dernier, et je n'ai pas été choqué par l'expression, sur son visage, d'un malaise.

Dans l'hypnose, votre tâche est de guider les pensées des patients, de guider les associations d'idées sur des chemins qui soient thérapeutiques. Vous savez très très bien que vous pouvez avoir un point douloureux sur la jambe, et, pourtant, vous pouvez oublier tout ce qui concerne ce point douloureux sur votre jambe, ou la douleur de votre bras, ou une douleur dentaire, en vous perdant simplement dans un film plein de suspense ; en vous perdant dans l'action qui se déroule sur l'écran.

Si vous intervenez sur un patient dans votre cabinet et que vous savez que cela peut entraîner de la douleur, vous devriez aussi savoir que vous pouvez diriger les pensées de votre patient dans une zone très éloignée de la localisation de la douleur.

Je pense à une patiente qui me disait : « J'ai tellement peur d'aller chez le dentiste – j'agonise et je transpire à un tel point que c'est absolument un supplice ! »

J'ai immédiatement demandé à cette patiente : « Est-ce que vous avez fait cela quand vous étiez enfant ? Quel était à ce moment-là votre sport favori ? »

« Est-ce que vous avez fait cela quand vous étiez enfant ? » était une question tout à fait téméraire. J'écoutais les plaintes de cette patiente quant à ses douleurs, son anxiété, sa détresse, et brutalement je lui demande ce qu'elle faisait pendant son enfance. J'ai commencé à lui parler de son *anxiété*, et elle le savait, et je lui ai alors demandé quel était son *plaisir* favori alors qu'elle était enfant. Comment passer de la douleur, de l'anxiété et de la détresse, *au plaisir en tant qu'enfant* ? Bonne question.

Elle m'a immédiatement parlé de son plaisir favori alors qu'elle était enfant, et elle était ravie de parler de ce plaisir car le problème du dentiste concernait la peur, l'anxiété et la détresse, et c'était tellement plus agréable de discuter avec moi de son activité favorite pendant son enfance. J'ai lié ensemble les deux questions de la douleur et du plaisir dans la succession immédiate des questions : « Avez-vous connu ces anxiétés alors que vous étiez enfant ? » et « Quel était votre sport favori ? »

Comme elle m'avait parlé de tous ses plaisirs favoris de son enfance, et en particulier d'un de ces plaisirs, je lui ai suggéré que lorsqu'elle se rendrait chez le dentiste, en s'installant dans le fauteuil du dentiste, en cherchant vraiment sa place dans le fauteuil, en sentant vraiment ses fesses dans le fauteuil, en sentant vraiment son dos contre le dossier du fauteuil, ses bras sur les bras du fauteuil et sa tête sur l'appuie-tête, *elle se remémorerait irrésistiblement son activité enfantine favorite, cela dominerait absolument toute la situation.*

Qu'avais-je fait ? J'ai introduit les réalités du fauteuil du dentiste – chercher sa place pour s'asseoir confortablement, sentir le dossier du fauteuil, sentir les bras du fauteuil – et je me suis même tortillé de la façon dont je voulais qu'elle se comporte dans le fauteuil du dentiste. Alors, dès que cette agitation s'est calmée, je lui ai dit de retourner elle-même dans le souvenir de son activité enfantine favorite. Son activité favorite était de jouer dans les feuilles de la pelouse. À l'automne, vous pouvez ériger d'énormes maisons avec

les feuilles, tracer des chemins ; vous pouvez sauter dans les feuilles, vous ensevelir dans les feuilles et jeter les feuilles autour de vous.

Et ainsi elle est simplement entrée dans un état, très très satisfaisant, de transe avec anesthésie. De temps à autre, le dentiste lui a posé une question stupide alors que tout ce qu'elle voulait vraiment faire était de penser à ces feuilles. Elle considérait qu'il y avait là une personne stupide qui essayait de discuter avec elle alors qu'elle était très occupée à s'ensevelir sous les feuilles ; probablement un adulte qui hurlait après elle, mais elle était trop intéressée par les feuilles pour s'en préoccuper davantage. Elle a pu subir une intervention dentaire. Le dentiste a pensé qu'elle était une patiente coopérante.

« Quelle était votre activité favorite en tant qu'enfant ? » Je pouvais vraiment amener ma patiente à procéder à une élaboration sur ce sujet.

En d'autres termes, très soigneusement, vous soulevez une question de façon à dépasser la difficulté – à dépasser le problème que le patient affronte – à mettre en route un autre train de pensée, une autre activité émotionnelle, qui exclut la possibilité de ressentir la douleur. Mes sujets d'un excellent niveau – ceux qui sont formés à la psychologie clinique et ceux qui sont eux-mêmes psychiatres – vont d'abord décortiquer la technique que j'ai utilisée avec eux, et vont alors se mettre à reconnaître sa validité dans leur propre expérience. Et j'emploierais précisément les mêmes techniques de nouveau avec eux, parce qu'ils savent qu'ils sont des êtres humains et qu'ils peuvent refaire les mêmes choses avec plaisir, encore et encore.

Je pense que c'est une erreur que d'essayer d'obtenir une anesthésie ou une analgésie uniquement par les méthodes directes de l'hypnose classique. Je pense qu'il faut que vous soyez prêts à amener l'un ou l'autre des deux phénomènes indirectement. Chaque fois que vous dites à un patient : « Oubliez que ceci est une montre », vous demandez à cette personne de faire quelque chose de spécifique – d'oublier – d'oublier quoi ? – une montre ! Maintenant, souvenez-vous, oubliez la montre ! C'est ce que vous

dites quand vous dites : « Oubliez la montre. » Vous donnez en fait la suggestion négative de se souvenir de la montre.

Mais vous pouvez demander au patient de regarder cette montre, qui est un objet intéressant. Cela m'amuse assez. Cela est assez étonnant la façon dont vous pouvez regarder quelque chose et devenir extrêmement fasciné en la regardant simplement, alors le sujet de la conversation change et vous pouvez vous laisser aller très loin vers ce voyage que vous avez fait en Europe. Maintenant, pourquoi est-ce que j'étais venu ici ? Et vous vous laissez aller loin, loin de cette montre, parce que vous commencez à suivre votre propre train de pensée.

ALTÉRATION DE LA RÉALITÉ DANS LE SOULAGEMENT DU SYMPTÔME

Le point suivant que vous devriez garder à l'esprit au sujet de votre patient est que, lorsque vous retirerez la sensation à travers l'anesthésie hypnotique ou si vous procurez une analgésie, vous avez demandé à votre patient de prendre un type d'orientation à la réalité totalement différente. J'ai précédemment mentionné aujourd'hui cette expérience où je demandais à des étudiants qui ne s'y attendaient pas de découvrir les processus mentaux qui étaient en jeu dans le fait de saisir une pomme imaginaire et de la poser sur une table réelle en face d'eux. Quels étaient précisément ces processus mentaux ? Un bon nombre d'étudiants se sont plaints de se sentir bizarre dans tout leur corps et ont abandonné l'expérience sans la terminer. Ils perdaient leur contact avec la réalité. C'est la raison pour laquelle ils se sentaient « bizarres ».

Maintenant, lorsque vous induisez une analgésie, vous demandez à votre patient de perdre une certaine quantité de son contact avec la réalité. Vous lui demandez de l'altérer. Il commence alors à se sentir bizarre, ce qu'il peut ou non reconnaître. Mais il peut réagir à cette sensation bizarre en sortant de la situation, parce que, pour lui, il s'agit d'une situation étrange. C'est la raison pour laquelle, chaque fois que vous induisez une analgésie ou une anesthésie, vous faites en sorte que votre patient ne s'effraie pas de l'altération de son

orientation à la réalité. J'ai laissé ces étudiants se sentir bizarres dans tout leur corps et je les ai laissés s'échapper parce que leurs réponses spontanées étaient une découverte expérimentale importante que je voulais étudier. Je pouvais me permettre de les laisser partir. Mais lorsque vous travaillez avec des patients dans votre bureau et qu'ils en viennent à ressentir ces sensations bizarres, ils veulent également s'échapper. Ils peuvent ne pas savoir pourquoi ; ils peuvent ignorer que c'est à cause de ces sensations bizarres ; mais ils *savent* qu'ils peuvent partir. Mais ils ne peuvent pas se permettre de partir, et vous ne pouvez pas vous permettre de les laisser partir.

C'est la raison pour laquelle vous êtes obligé de leur dire qu'une des choses étonnantes est que, lorsqu'ils commencent à se sentir de plus en plus confortables ou lorsqu'ils deviennent de plus en plus intéressés par telle ou telle chose, peut-être vont-ils remarquer que la lumière du bureau s'adoucit. Assez souvent j'ai dit au patient : « J'espère que ça ne vous dérange pas, mais alors que nous continuons à travailler ici, dans ce bureau, la lumière va automatiquement diminuer et devenir plus faible, ou devenir plus claire. »

J'ai eu un patient qui a fait l'expérience de cette diminution et de cette augmentation de la lumière. Il ne pouvait pas comprendre comment cela se faisait, car il avait vérifié tous les interrupteurs du bureau et n'avait trouvé aucun truc qui pouvait expliquer cette fluctuation de la lumière. Il se demandait si je n'avais pas un contrôle secret quelque part. Son orientation à la réalité a été perturbée. Je lui avais déjà dit que c'était bien si la lumière changeait, et ainsi il s'est senti rassuré, et, étant tout à fait au courant des problèmes d'électricité, il a immédiatement interprété ce changement comme dû à quelque chose relevant de l'expérience qui lui était familière : un mécanisme électrique quelconque. Ainsi, bien qu'il ait mal interprété la cause, cela était cependant acceptable dans son orientation.

Alors il y a des patients qui se disent que le bureau s'éclaire ou s'assombrit, se réchauffe ou se refroidit ; qu'ils se sentent plus ou moins petits, plus relaxés ou plus tendus, plus vigilants ou plus léthargiques. Tous les types de changement dans le sens de la

réalité d'une personne sont possibles en hypnose. Chaque fois que vous voulez produire une anesthésie ou une analgésie, il faut éviter soigneusement de suggérer une localisation spécifique. Observer plutôt avec soin la réaction du patient de façon à proposer alors une remarque générale fondée sur cette réaction. Un de mes patients travaillait pour *General Electric*. J'ai remarqué sa réaction et j'ai pensé qu'il pouvait s'agir d'une réponse pupillaire à la pensée : *le bureau s'assombrit*. Ainsi, j'ai fait la simple mention que, peut-être, une ampoule avait sauté. Le patient paraissait content et satisfait de cette explication et je n'avais pas à perturber plus avant sa transe. Une ampoule peut sauter à un moment ou à un autre. Il n'y a rien d'inhabituel ou de remarquable à cela. Mais j'étais attentif à la réponse de mon patient, et j'ai pu ainsi utiliser cette réponse pour aider au maintien de la transe.

APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE ET APPRÉHENSION DU MONDE PAR LE PATIENT

Je voudrais ensuite aborder la question de l'approfondissement de la transe. Il est très difficile d'approfondir une transe lorsque les patients préfèrent un état de transe légère et qu'ils ne réalisent pas que différentes profondeurs de transe peuvent être apprises. J'ai des patients qui insistent pour rester dans des trances très légères. J'ai intérêt à les suivre et à ne pas essayer d'approfondir leur transe. Mon obligation – mon devoir – est de ne pas essayer d'approfondir ces trances, parce qu'aussi sûrement que j'essaye d'approfondir ces trances, et les patients s'aperçoivent que j'essaye, je viole alors leur compréhension personnelle de ce qui est correct et bon. Les patients vont entrer dans votre bureau avec leur conception de l'hypnose, comme de s'attendre à des trances extrêmement légères. Je pense qu'il vaut mieux être prêt à travailler avec cela, et il vaut mieux être prêt à faire des louanges aux patients pour être capable d'en faire autant avec une transe aussi légère.

Je pense aussi qu'il faut être prêt à exprimer des doutes aux patients, comme de se demander s'ils sont vraiment dans un état de transe, parce que « cela semble trop léger pour être vraiment un état de transe ». Dire cela a habituellement pour effet d'approfondir la

transe. Mais la question est celle-ci : Êtes-vous honnête avec vos patients en les décevant de cette manière ? Je pense que oui. Les patients viennent vers vous pour une aide à propos d'un problème médical 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 très légère est la bonne chose, vous continuez en appelant transe très 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. Dans cette optique, il est assez simple de laisser tomber un crayon par terre pour que les patients s'en aperçoivent – après quoi vous commentez ceci en remarquant qu'ils ne sont vraiment pas dans une transe trop *profonde*, et que vous aimeriez qu'ils restent à cette *profondeur* de transe. Les patients ne reconnaissent pas que vous dites *profondeur*. Vous ne leur dites pas de rester à la même légèreté de transe, mais vous leur donnez une simple et banale indication dans le langage qu'ils comprennent : « Vous n'êtes vraiment pas dans une transe trop profonde. » Chaque fois que vous luttez avec les patients, chaque fois que vous essayez de forcer les patients à faire des choses selon votre façon de voir, en fin de compte, vous êtes perdant.

ACCEPTER ET UTILISER LE POINT DE VUE DU PATIENT

Je pense à un patient que j'ai vu pour le compte du Dr Pearson. Ce monsieur m'a dit : « Je voudrais que vous m'hypnotisiez », tout en restant, physiquement, très très froid dans son contact avec moi. J'ai agi comme si je croyais qu'il voulait vraiment que je l'hypnotise. Ce patient n'était pas conscient de ses propres résistances inconscientes.

Quand j'ai demandé : « Voulez-vous que je vous hypnotise avec une transe légère, avec une transe moyenne ou avec une transe

profonde ? », il a croisé ses jambes et s'est reculé en joignant ses mains sur le côté – se retirant, encore plus éloigné de moi – et répondit simplement qu'il pensait qu'une transe profonde serait une meilleure transe ! Bien, je pouvais voir la signification réelle de ce comportement. J'ai agi comme si j'accordais foi à chaque mot que cet homme avait prononcé, mais je savais également qu'il ne serait pas capable d'entrer en transe. Ma tâche était de l'amener à reconnaître que ce dont il avait réellement besoin n'était pas d'une transe mais d'une aide psychiatrique. Lorsque j'ai abordé ce sujet, il s'est tourné face à moi, et commença à parler de son besoin d'aide psychiatrique. Nous avons discuté de différentes questions – ce qu'exactement un entretien psychiatrique impliquerait, par exemple ; non pas ce qu'exactement un entretien psychiatrique impliquerait *pour lui*, mais ce qu'était *en général* un entretien psychiatrique.

De la même façon, quand vous parlez d'une transe profonde avec un patient, de qui est la transe profonde dont il s'agit ? Vous ne discutez pas de la transe profonde de M. Untel, ou de celle de tante Elisabeth. Vous discutez de la *transe profonde* en général. De cette façon, le patient peut se demander : *il parle d'une transe profonde et je me demande si je veux une transe profonde*.

Vous avez étiqueté la transe profonde comme étant une possibilité, la transe moyenne comme étant une autre possibilité, et la transe légère comme en étant une autre encore. Et, en fin de compte, chacun vit alors l'état de transe qui s'accorde le mieux avec sa personnalité en tant qu'individu. Votre succès s'appuie sur la propre capacité du patient à réconcilier chaque point que vous mentionnez avec ses propres compréhensions inconscientes. Je demande toujours à mon patient d'exercer son meilleur niveau de compréhension, parce que j'ai intérêt à ce qu'il comprenne. C'est son propre meilleur niveau de compréhension qu'il aura besoin d'employer pour trouver des bénéfices quelconques.

Vous dites au patient : « Vous voulez entrer en transe ; vous voulez obtenir certains résultats. Vous ne savez pas si vous désirez une transe légère, une transe profonde ou une transe moyenne, moi non plus. Je pense que vous et moi devons laisser votre esprit inconscient utiliser n'importe quelle quantité de transe légère,

n'importe quelle quantité de transe moyenne et n'importe quelle quantité de transe profonde, qui apportera la plus grande aide, selon ce que ressent naturellement votre inconscient. »

Vous verbalisez ces idées d'une façon qui permette au patient de les comprendre et d'être libre de les accepter. Le patient est libre d'approfondir sa transe ; il est libre de remonter vers une transe légère ou vers une transe moyenne et de retourner dans une transe profonde. Je pense que trop de praticiens paniquent lorsque leurs patients sortent d'une transe profonde pour se glisser dans une transe légère, regardent autour d'eux, observant ce que maintenant vous êtes en train de faire. Soyez, au contraire, satisfait lorsque votre patient fait cela et regarde autour de lui pour voir ce que vous faites. Son regard se fait attentif et compréhensif, et je doute qu'il y ait là quelque chose de négatif. Maintenant, peut-être, le patient peut même mieux comprendre la situation, son inconscient peut ainsi s'approcher encore plus des objectifs de l'hypnose.

Pourquoi un patient ne s'engagerait-il pas dans ce genre de comportement ? Il est sorti de sa transe profonde pour regarder autour de lui afin de voir si des éléments supplémentaires sont maintenant en jeu, car il a perdu une grande partie de son orientation à la réalité en entrant dans cette transe profonde. Plusieurs de mes amis qui sont anesthésistes m'ont cité des exemples dans lesquels un patient en état d'anesthésie hypnotique profonde, soudainement, sort de l'anesthésie pour regarder autour de lui et voir ce qui se passe. La bonne manière de prendre en main ce comportement est de dire simplement : « Maintenant que vous avez regardé autour de vous et que vous vous êtes orienté, vous pouvez immédiatement retourner dans cette transe très profonde. » Certains anesthésistes sont effrayés et bouleversés la première fois qu'ils voient sortir un patient de l'anesthésie hypnotique au milieu de l'intervention. Mais souvent, lorsque cette situation est bien prise en main, le patient peut atteindre des résultats hypnotiques encore meilleurs après sa brève période de ré-orientation.

CONNAISSANCES PARTICULIÈRES DU PATIENT

Question (Q.). — Dans le traitement de la douleur et des symptômes, vous avez sous-entendu que tout ce que nous savons, en tant que médecin, sur la physiologie du patient, au point de vue anatomique, neurologique ou fonctionnel, devrait être communiqué au patient avant d'essayer de conduire le travail hypnotique. Est-ce exact ?

Erickson (E.). — Nous devons vraiment prendre en considération d'abord tout ce qui se présente sur le plan psychologique, neurologique ou physique et apporter alors aux patients toutes les connaissances dont ils ont besoin sur ces sujets. Ils n'ont pas besoin d'avoir trop d'informations, mais ils peuvent avoir besoin de comprendre certains détails sur la sensation musculaire ou sur les trajets nerveux ou sur tout autre chose.

Q. — Les patients peuvent-ils nous dire beaucoup de choses sur eux-mêmes que nous ne pouvons observer et que nous ne pourrions découvrir par des techniques normales d'entretien ?

E. — Les patients peuvent souvent vous dire des choses absolument surprenantes. J'avais un sujet à expliquer à un cours de psychologie. J'observais dans la classe une personne en particulier et j'ai immédiatement demandé : « Voulez-vous servir de volontaire ? » Elle m'a dit qu'elle acceptait. « Pourriez-vous quitter la pièce ? Je voudrais m'adresser au reste de la classe. »

Elle quitte la pièce et, en son absence, j'expliquais à la classe : « Observez cette fille. Elle est en train d'entrer en transe et elle va vous décrire la transe en termes tactiles – en termes de toucher, en termes de sensations kinesthésiques, en termes de sensations corporelles. Je sais cela car, en la regardant, je peux dire que c'est une fille qui ressent. »

Ainsi la classe l'observa alors qu'elle entrait en transe. Ils ne remarquèrent rien de particulier dans son comportement, mais, pour moi, c'était une chose tout à fait agréable que de l'observer dans cet état de transe. La classe savait que je n'avais jamais vu cette fille auparavant. Quand elle est sortie de la transe et que je lui ai demandé de décrire ce en quoi cela avait consisté pour elle, sa réponse fut assez étonnante :

« La première chose que j'ai remarquée était que la plante de mes pieds a changé... », et elle commença à décrire la façon dont son hypnose est remontée à partir de la plante de ses pieds. Je lui ai demandé de décrire plus spécifiquement les changements.

« Vous savez, je suis devenue terriblement consciente de ma fistule, et je pouvais sentir le péristaltisme, et alors lorsque j'avalais je pouvais suivre la trace de ce que j'avalais sur tout le trajet jusqu'à mon estomac. Je pouvais sentir mes battements cardiaques et je pouvais sentir avec chaque respiration les mouvements musculaires dans ma poitrine. »

Elle était une de ces personnes qui ressentent. La classe était fascinée en l'observant et en écoutant la description de ces sensations. Elle décrivait la façon dont elle sentait sa mâchoire perdre toute sensibilité, la façon dont elle sentait sa lèvre supérieure perdre toute sensibilité et alors la façon dont elle a finalement perdu le contact avec son cuir chevelu. Où était-elle alors ? Sa réponse fut : « J'étais une entité écoutant et disposée à faire tout ce que vous suggériez, mais je n'avais pas de corps. » Elle avait perdu tout contact avec son corps. Maintenant, c'était pour moi une déclaration bien agréable et instructive à entendre. Demandez toujours au patient de vous donner les points marquants du développement de sa transe.

LE DOUBLE LIEN :

LE CHOIX ILLUSOIRE POUR DÉPASSER LA RÉSISTANCE,
FACILITER LE RAPPORT ET UNE TRANSE INATTENDUE,
ATTEINDRE LE SOULAGEMENT DU SYMPTÔME

J'ai besoin de sujets pour faire des démonstrations. Les meilleurs sujets pour des démonstrations sont, bien sûr, les inconnus. Le genre de situation que je veux illustrer à l'instant exige un sujet qui n'a jamais été volontaire, qui ne s'attend pas à être un sujet et qui n'est pas le moins du monde intéressé par le fait d'être un sujet. Pourquoi ? Parce qu'avec les patients qui entrent dans votre bureau pour hypnose, c'est la situation la plus fréquente, ils ne s'attendent

pas à l'emploi de l'hypnose, ils ne s'y intéressent pas particulièrement et cela les prend entièrement par surprise.

Maintenant, c'est ce que j'aimerais faire. Il se trouve qu'il y a une jeune femme assise dans l'auditoire là-bas, qui porte un chapeau très blanc avec un voile.

« Madame Linden, pourriez-vous, je vous prie, vous déplacer et prendre cette jeune femme par la main droite – non pas par la main gauche, mais par la main droite – et l'amener ici ? »

Ce que je voudrais vous démontrer, c'est ceci : dans l'utilisation de l'hypnose pour l'anesthésie, pour la dentisterie, même pour des relations interpersonnelles, il y a une notion appelée double lien.

[Au sujet avec le chapeau blanc] « Vous avez déjà démontré ce que je voulais que vous démontriez. » Cette femme a déclaré qu'elle ne voulait pas venir près de moi. Son voisin a dit qu'elle refusait. Mais j'ai demandé ici à Mme Linden de se déplacer auprès de la fille portant le chapeau blanc avec le voile, et d'être *sûre* de l'amener sur la scène en la prenant par la main *droite*. Mme Linden s'est déplacée. Maintenant, cette jeune femme ne pouvait pas refuser de venir ici parce que, en fait, je ne lui ai pas *demandé*. Elle ne pouvait pas repousser Mme Linden car Mme Linden ne lui a pas *demandé*. Personne en fait ne lui a *demandé* de venir. J'ai simplement demandé à Mme Linden de prendre le sujet par la main droite pour la conduire ; mais je ne lui ai pas demandé de venir. C'est extrêmement important parce que, quand vous *demandez* à des patients de faire quelque chose, vous leur donnez aussi la possibilité de *refuser*. Ainsi, vous demandez quelque chose de façon qu'il ne soit pas possible de refuser. Mon sujet était extrêmement fâchée en venant près de moi. J'ai espéré qu'elle refuserait de venir près de moi car cela aurait rendu les choses encore plus instructives.

Vous pouvez approcher les patients de la même façon que vous approcher les enfants. Comment demandez-vous à vos enfants d'aller se coucher ? Est-ce que vous dites catégoriquement : « Il est 8 heures, il est temps de se coucher ! » Si vous le faites, vous obtenez probablement beaucoup de refus ! Pourquoi plutôt ne pas dire : « Préférez-vous vous coucher à 8 heures moins le quart, ou à 8 heures ? » Tout enfant normal répondra immédiatement : « À

8 heures, pas à 8 heures moins le quart ! » Et il en est de même avec vos patients.

Au sujet de l'utilisation de l'hypnose pour l'anesthésie dentaire, demandez à vos patients : « Voulez-vous que ça vous fasse *très* mal, ou un *peu* ? Voulez-vous que l'hypnose retire *toute la douleur*, ou est-ce que vous voulez que l'hypnose laisse *un petit peu de douleur* ? » Et les patients vont vous dire qu'ils veulent que l'hypnose retire *toute la douleur*. Que vous ont-ils dit ? Ils vous ont dit qu'ils veulent l'hypnose, et ils vous ont dit le but de l'utilisation de l'hypnose. La chose importante est *qu'ils vous disent quelque chose*.

J'utilise fréquemment le double lien dans les questions aux patients : « Voulez-vous faire passer votre mauvaise habitude cette semaine ou la semaine prochaine ? Mais ce délai ne me paraît pas vraiment raisonnable. Ne préféreriez-vous pas prendre un délai plus raisonnable pour faire passer votre habitude, trois semaines par exemple ? »

Que leur ai-je demandé en fait ? Je leur ai demandé de spécifier le délai dont ils vont avoir besoin pour faire passer une habitude. Je ne leur ai pas demandé : « *Allez-vous* faire passer l'habitude ? » Je ne leur ai pas demandé de prendre une décision sur cette importante question. Je leur demande simplement de choisir le délai, mais *implicitement, dans leur choix d'une semaine ou de deux semaines ou de trois semaines, se trouve présupposé le fait qu'ils vont faire passer leur habitude*.

Un patient entre dans mon bureau et dit : « Je ne peux vraiment pas vous raconter mon histoire. »

Je réponds : « Il n'y a pas d'urgence particulière pour me la raconter aujourd'hui. Si vous préférez, racontez-la-moi à notre prochain rendez-vous, ou encore au suivant. »

Et ainsi, le patient peut me raconter son histoire soit au cours du prochain rendez-vous, soit encore au suivant, mais *il va me raconter son histoire*. Vous voyez, dans cette façon de communiquer avec les patients, il est extrêmement important de leur donner la possibilité de coopérer avec vous plutôt que de les forcer à se prononcer seuls sur ces points. Il est assez risqué et assez 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.

Première démonstration
LE DOUBLE LIEN POUR FACILITER LA TRANSE(19)

[Erickson s'adresse maintenant directement au sujet avec le chapeau blanc, dont le prénom est June.]

E. — Maintenant, dites-moi ce qui s'est passé. Comment est votre rythme cardiaque ?

J. — Meilleur.

E. — J'en suis heureux. Aimerez-vous en être quitte avec Mme Linden ?

J. — Oui.

E. — Pensez-vous pouvoir la prendre par la main gauche et l'amener ici ? [Pause, alors que le sujet amène Mme Linden sur la scène.] Maintenant, laquelle d'entre vous devra entrer en transe **la première** ?

J'utilise encore un double lien. J'ai demandé qui sera en transe *la première*. Cette question est à débattre entre elles. Je suis en dehors, à l'abri. En fait, je pense qu'elles sont toutes deux de bons sujets.

J. — Autrement, je ne serais pas ici !

E. — Ce n'est pas vraiment ce que j'ai demandé. Maintenant, entrons dans ce double lien. Mme Linden dit que June devrait entrer en transe la première, et June dit : « Bien, je suis un bon sujet. » Mais Mme Linden, qu'est-ce que cela veut dire quand vous dites que June devrait être **la première** — qui serait alors **la seconde** ?

Mme L. — Je n'avais pas vu les choses comme cela. [Rires.]

E. — Mais il y a un double lien pour Mme Linden, aussi bien que pour June. Maintenant elles ont **toutes deux** accepté d'être des sujets pour l'hypnose. [À June :] Est-ce que vous entrez

habituellement en transe debout ? Est-ce que c'est plus facile debout ?

J. — Je n'ai jamais essayé debout.

E. — Combien d'entre vous identifient le double lien, à ce moment précis ? [À June :] Vous ne vouliez pas entrer en transe il y a quelques minutes, vous le vouliez ?

J. — Non.

E. — « Il y a quelques minutes vous ne vouliez pas entrer en transe » signifie quoi ? Maintenant, vous **voulez** entrez en transe – de nouveau le double lien !

Mme L. — Vous en faites ce que vous voulez.

E. — C'est ce que je veux dire. J'ai été parfaitement courtois avec vous deux, n'est-ce pas ?

J. & Mme L. — Oui.

J'ai été courtois. Je les ai utilisées pour illustrer mon sujet, mais, néanmoins, en présentant des idées à vous et à elles, j'ai construit une situation dans laquelle elles ont à donner des réponses de coopération.

QUESTIONS POUR SOULAGER LES PROBLÈMES MÉDICAUX ET DENTAIRES DIFFICILES

Que voulez-vous obtenir avec votre patiente qui a désespérément besoin de soins médicaux ou de soins dentaires, et qui pourtant a peur, est anxieuse et se trouve incapable de décider d'obtenir cette aide ? Vous devez être capable de poser des questions importantes de façon que le patient ait le sentiment confortable de donner la réponse correcte ; de façon à ce qu'il n'ait pas à se confronter lui-même avec cette horrible affirmation : « Oui, j'ai besoin d'une amputation au genou – allez-y et amputez ma jambe ! » Il s'agit d'une affirmation horriblement difficile à poser pour n'importe quel patient. Vous savez qu'il a un carcinome à la cheville. Vous savez que l'amputation doit être faite. Vous devriez être prêt à soumettre la question au patient de façon que le patient puisse accepter

l'amputation sans avoir l'impression suivante : « Je suis entré et j'ai dit à ce médecin de couper ma jambe. » Pour beaucoup de patients, c'est une chose horrible que de se confronter à cela. Et j'ai des patients qui me disent qu'ils ont eu ce genre d'expérience.

[Erickson s'adresse de nouveau aux deux sujets.]

E. — J'aimerais vraiment vous utiliser comme sujets hypnotiques. Cette fois-ci, je vais simplement vous demander directement. Personnellement, aimeriez-vous essayer d'entrer en transe ? J'ai d'autres sujets.

J. — Je ne préférerais pas.

E. — Et en ce qui vous concerne, Mme Linden ?

Mme L. — Je ne préférerais pas.

E. — Je vous remercie toutes deux pour votre démonstration compétente.

Lorsque le Dr Kubie a rédigé avec moi différents articles, nous avons longuement discuté des questions de permissivité, d'approche autoritaire et de liberté illusoire de choix. Les patients qui pénètrent dans un cabinet dentaire ou médical sont là par nécessité. Ils n'ont vraiment pas de choix. Ils ont des caries ou des abcès, ou des ulcères à l'estomac ou quoi que ce soit. Ils sont là à cause d'une nécessité absolue. Pourtant, personne n'aime être contraint. Les patients sont hésitants, ils ont peur et sont incertains de leurs propres réactions. Vous devez être prêt à apprendre à parler aux patients de façon à leur donner ce que Kubie a appelé « la liberté illusoire de choix ». Bien sûr, vous devez être le juge ultime du soin médical ou dentaire adéquat qui doit être prescrit, mais les patients doivent vraiment se sentir aussi confortables que possible.

MAUVAIS USAGE DU DOUBLE LIEN

Vous connaissez les besoins du patient. Vous devez aider les patients à prendre vraiment leurs propres décisions et vous devez

faire en sorte que ces décisions puissent être prises aussi facilement que possible par les patients. Ceci nous amène à la question de l'usage du double lien pour vos propres buts égoïstes. Je connais quelques médecins qui demandent aux patients : « Voulez-vous payer votre consultation cette semaine, ou la semaine prochaine ? » Les patients identifient inconsciemment le double lien et décident ainsi : « Je vais payer la consultation cette semaine et trouver quelqu'un d'autre à voir la semaine prochaine ! » En d'autres termes, l'usage du double lien doit se faire en faveur du patient, jamais en faveur de vous-même.

Dans l'usage de l'hypnose, la grande bienveillance de votre attitude permet au patient de se sentir extrêmement confortable. Maintenant, je suis tout à fait prêt à mettre mes patients dans le double lien, mais ils sentent également inconsciemment que je ne vais jamais, jamais les y maintenir. Ils savent que je vais céder à n'importe quel moment ; ils savent que je vais les mettre dans un double lien différent, dans une autre situation de façon qu'ils puissent utiliser ce double lien nouveau et différent, lequel rencontre leurs besoins de manière plus adéquate. Si jamais vous utilisez égoïstement le double lien, vous perdrez sans aucun doute des patients.

[Erickson s'adresse aux deux sujets encore sur la scène.]

E. — Comment vous sentez-vous avec l'usage égoïste **que je fais de vous pour le bénéfice du groupe** ?

J. — Je n'ai pas pensé que c'était égoïste.

E. — Avez-vous identifié le fait que je viens, juste à l'instant, de vous mettre dans un double lien ? Je l'ai fait ! Si vous aviez dit que vous n'aimiez pas l'usage que je fais de vous, vous auriez également dit que ce groupe n'a pas droit au bénéfice de cette démonstration – et vous auriez été attrapée !

APPLICATION PRATIQUE DU DOUBLE LIEN : LES CENT POINTS DE SUTURE D'ALLEN

J'espère que ma volonté de définir clairement ces questions ne vous pose vraiment pas de problème, car dans tous vos contacts vous devez vous servir d'un double lien, vous devez minutieusement apprendre la façon de l'appliquer dans tous les types de situations différentes. Je pense à un exemple que j'ai publié dans *The American Journal of Clinical Hypnosis*. Il y a de nombreuses années, mon fils de huit ans, Allen, courait à travers un terrain vague lorsque, soudain, il est tombé sur une bouteille cassée qui lui trancha horriblement la face antérieure de la jambe. Nous avons surnommé Allen « le bruit » parce que, simplement en écoutant, vous pouviez toujours dire où il était. Comme on pouvait s'y attendre, il rentrait maintenant à la maison en hurlant, en hurlant avec des cris aigus, avec le sang qui dégoulinait de sa jambe.

Maintenant, que pouvais-je faire pour un garçon de huit ans qui criait et qui, à l'évidence, souffrait et était effrayé, qui était méchamment blessé et saignait abondamment ? Alors qu'il déboulait dans la maison, j'ai rapidement regardé et j'ai hurlé : « Prends la serviette de bain, pas la serviette normale ! – la serviette de bain, pas la serviette normale ! – *la serviette de bain*, pas la serviette normale ! » Maintenant Allen n'utilisait *aucune* serviette, mais je semblais vouloir le voir utiliser une serviette de bain, et ainsi il était pris entre la serviette normale et la serviette de bain – mais il *utilisait* une serviette. Pendant ce temps-là, quelqu'un m'a amené une serviette de bain et je l'ai donnée à Allen, en disant : « Enroule-la ainsi, pas comme ça – *ainsi...* plus serrée, pas si serrée... plus serrée, pas si serrée ! » Un double lien encore.

Sur le chemin du cabinet chirurgical, je n'ai pas arrêté d'insister auprès d'Allen pour qu'il soit sûr que le chirurgien respecte tous ses droits : « Ne laisse pas ce médecin faire une mauvaise chose. Assure-toi qu'il fasse autant de points de suture que possible. Ta sœur se vante toujours de ses cinquante points de suture, aussi ne laisse pas ce médecin mettre moins de cinquante points de suture. Tu as droit à autant de points de suture que Betty-Alice ! »

Allen commença à répéter mentalement et verbalement dans la voiture ce qu'il dirait. Alors que nous pénétrions dans le cabinet du chirurgien, la personne de l'accueil a regardé la serviette

ensanglantée et a dit : « Par ici, s'il vous plaît ! » À ceci Allen a immédiatement répliqué : « Je veux cent points de suture ! »

Elle ne savait pas que penser, mais elle nous fit entrer dans la salle d'opération où Allen cria au chirurgien : « *Je veux cent points de suture !* » Alors, tandis que la blessure était époncée et nettoyée et recousue, Allen continuait à protester : « Vous écarterez trop ces points de suture ! » Et le chirurgien continuait à me regarder, et à regarder Allen, et à me regarder de nouveau. Allen, là, était pris. Il voulait une centaine de points de suture. Il y avait ici un chirurgien qui, à l'évidence, n'accepterait pas. Mais Allen connaissait ses droits et il continua ainsi à crier : « Davantage de points de suture, plus proches les uns des autres – mettez davantage de points de suture là – il y a encore de la place pour en mettre un de plus entre ces deux-là ! » Et Allen protesta sur tout le chemin du retour parce que Betty-Alice l'emportait sur le nombre de points de suture.

Ici était le double lien : « Prends la serviette de bain, pas la serviette normale » – Allen n'utilisait aucune des deux. « Assure-toi d'obtenir autant de points de suture que possible » – alors qu'en fait il ne voulait *aucun* point de suture. Et d'où provenait l'anesthésie d'Allen ? Je n'ai pas eu à lui dire de ne pas avoir de douleur. Cela était inutile. Allen était très, très préoccupé par ce projet extrêmement important qui consistait à obtenir davantage de points de suture que sa sœur. Allen ne s'attendait pas à souffrir ; il ne portait pas intérêt à la douleur, il portait intérêt à ses droits entiers quant à la chirurgie. Maintenant, j'ai continué à lui dire : « Ne laisse pas ce chirurgien te persuader du contraire – tu dois vraiment voir si tu ne pourrais pas obtenir une centaine de points de suture ! »

Allen se souvient encore de cet épisode avec le plus grand plaisir. Il est actuellement mathématicien, et il tente de trouver une formule mathématique qui puisse expliquer ce qui a bien pu arriver à cette sensation de douleur.

Seconde démonstration LA RELAXATION EN HYPNOSE

E. — [Au sujet déjà sur scène] Maintenant, je ne sais vraiment rien sur vous, rien de votre histoire par rapport à l'hypnose ou de ce que vous avez appris.

Mais une des choses importantes que chacun a apprise ici aujourd'hui est l'importance d'avoir un sujet qui se détend. Mais qu'est-ce qu'on entend par relaxation ? 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 ? Lorsque le capitaine dit : « Repos ! » au deuxième classe, il lui dit littéralement : « Relaxez-vous ! » Maintenant, alors que le sujet se tient là debout, elle va être éveillée et attentive, et elle va démontrer qu'elle n'est pas en transe à cet instant précis. Et vous pouvez observer la mobilité de son corps et voir qu'elle n'est pas en transe.

E. — Maintenant, vous ne m'avez jamais vu induire une transe. Comment pensez-vous que je procède ?

S. — Je ne sais pas.

E. — Vous ne savez vraiment pas. Supposez-vous qu'il y a une chose importante à faire pour induire une transe ?

S. — Eh bien, peut-être une légère pression sur ma main ou sur mon bras.

E. — Ainsi vous pensez qu'il devrait y avoir un contact physique. Maintenant, une des choses que nous apprenons tous dans notre enfance est qu'il est possible de communiquer avec un signe de la tête, en tournant la tête d'un côté à l'autre. Est-ce que vous vous rendez compte que vous **pouvez** être dans une transe légère ? Est-ce que vous supposez que vous pouvez aller encore plus

profondément dans une transe légère ? Et laissez simplement votre main toucher votre visage, et prenez une respiration profonde, et entrez dans une transe beaucoup plus profonde. C'est bien, simplement fermez vos yeux.

SIGNIFICATION INDIVIDUELLE DES BATTEMENTS DE PAUPIÈRES

Certes la catalepsie est présente. Il semble y avoir une catalepsie pour un de ses bras.

Une des choses qui troublent souvent l'hypnothérapeute débutant, et qui troublent également fréquemment les praticiens qui ont une expérience en hypnose, est le battement des yeux, le battement des paupières. J'ai observé au cours des années que cela se produisait de temps en temps chez les sujets. J'ai découvert que vous pouvez démontrer la plus profonde anesthésie chez les sujets qui montrent un battement des paupières ; chez d'autres sujets, le battement de paupières sera synonyme d'une transe légère, chez d'autres, encore, les battements de paupières seront synonyme d'une transe moyenne. Vous ne savez jamais réellement ce que les battements de paupières peuvent signifier d'un patient à un autre. Mais cela a une signification pour chaque patient.

Si cela vous perturbe, le patient le sera également. Si cela ne vous perturbe pas, le patient également ne le sera pas. Si vous voyez une expression d'anxiété sur le visage du patient, vous devez dire à ce patient que le battement de paupières ne pose absolument aucun problème.

DISSOCIATION DANS LA TRANSE LÉGÈRE

E. — Maintenant, pourquoi avez-vous ouvert les yeux et vous êtes-vous réveillée ?

S. — Je ne sais pas.

E. — Vous ne savez vraiment pas, oui ? De quelle façon avais-je touché votre coude différemment ?

S. — J'ai simplement senti que je devrais ouvrir les yeux.

E. — Vous avez senti que vous devriez ouvrir les yeux. Maintenant, pourquoi votre bras est-il monté ? [Pause alors que le sujet reste silencieux.] Vous n'avez pas de réponse. Êtes-vous éveillée à cet instant ?

S. — Je le pense.

E. — Vous pensez l'être. Êtes-vous sûre de cela ?

S. — Oui.

E. — Pourquoi ? Pensez-vous que tout le monde est d'accord avec le fait que vous êtes éveillée ? Est-ce que c'est habituel dans votre milieu de garder votre main suspendue ?

S. — Non.

E. — Quand vous serez éveillée, vous gardez votre main en bas ici, d'accord ?

S. — Oui.

E. — Et êtes-vous réveillée à cet instant ?

Voici une dame qui entre dans une transe légère. Elle illustre un point que je pense que chacun de vous doit garder à l'esprit. Elle peut verbaliser un tout petit peu, mais ses mains et ses bras semblent détachés d'elle. Elle illustre la dissociation d'une partie de son corps. En dentisterie, vous souhaitez que cette partie soit dissociée du corps ; dans la chirurgie de la jambe, vous souhaitez que cette partie-là soit dissociée. Pourquoi avez-vous besoin d'une transe complète et somnambulique alors que vous pouvez provoquer une dissociation d'une partie du corps dans une transe légère ? Marjorie, la dame habillée en bleu, à la réunion de l'Association d'orthodontie, a dit ce matin que son bras était entièrement une autre entité.

E. — Êtes-vous d'accord avec Marjorie ?

S. — Oui. J'ai l'impression qu'il n'est pas raccordé.

E. — Que ce n'est pas raccordé.

J'ai eu des sujets en transes profondes, en transes légères, en transes moyennes, des sujets dans leurs premières transes – ils parlent tous spontanément de cette « déconnection » qu'ils ont expérimentée. Une personne psychologiquement entraînée est tout à fait à même de décrire ce sentiment comme une « dissociation ». Une personne qui n'est pas formée à la pensée psychologique ou psychiatrique est tout à fait à même d'utiliser le terme de « déconnecté ». Cela se ressent de cette façon.

CONDUITE TACTILE SUBTILE POUR LA DISSOCIATION ET LE RÉVEIL DE LA TRANSE

E. — Vous ne savez pas pourquoi vous avez ouvert les yeux auparavant.

S. — Je pense que je les ai ouverts par le contact du coude.

E. — Par le contact du coude.

Maintenant, voici le point suivant que je voudrais établir avec vous. Vous l'avez tous vue se tenir là avec ses yeux fermés, lorsque brutalement elle les a ouverts. Pourquoi ? Elle ne le savait pas, et je l'ai questionnée sur le fait de toucher son coude, et je lui ai donné une chance de penser.

E. — Et j'ai touché votre coude différemment, n'est-ce pas ?

S. — Oui, comme si vous vouliez que je me... [Pause.]

E. — Comme si je voulais que vous quoi ?

S. — Que je me réveille.

E. — Vous voyez ? Quand je veux qu'un sujet développe une déconnection du bras, je suis tout à fait susceptible de le toucher très, très doucement. Par le contact, je suggère la direction dans laquelle je veux que la main bouge, et quand je veux réveiller...

S. — C'est un contact plus ferme.

E. — C'est un contact d'un type différent, et elle a ouvert ses yeux en disant : « Qu'est-ce qui se passe ici ? – c'est un type différent

d'approche ! » Est-ce que vous avez l'habitude, comme ici, de faire face à un auditoire ?

S. — Non, mais je ne suis pas mal à l'aise.

E. — Merci beaucoup.

E. — [à un nouveau sujet] J'ai travaillé avec vous auparavant, n'est-ce pas ? Comment entrez-vous habituellement en transe ?

S. — Je ferme les yeux.

E. — Simplement vous fermez vos yeux et vous vous détendez. Êtes-vous jamais entré en transe sans fermer vos yeux ?

S. — Non.

E. — Pourquoi pas ?

S. — Je ne sais pas, simplement je ne l'ai jamais fait.

E. — Vous n'avez même jamais tenté, n'est-ce pas ?

S. — Non.

E. — Avez-vous fixé votre main avec vos yeux ouverts pour entrer en transe ? [Pause.] Bien, fixez votre main, et continuez à fixer.

[Se tournant vers un autre nouveau sujet.] Maintenant, j'ai dit que vous pourriez faire signe avec votre tête, que vous pourriez la tourner d'un côté à l'autre. Êtes-vous jamais entrée en transe avec les yeux ouverts ? [Doucement et dans l'expectative.] Êtes-vous en transe en ce moment précis ?

S. — Je ne sais pas.

E. — [Doucement.] Vous ne savez pas, c'est juste. Maintenant, est-ce vraiment important pour vous de savoir si vous êtes ou non en transe ?

VALIDITÉ DE LA TRANSE SANS LA CONSCIENCE DU PATIENT

Sachez qu'il y a beaucoup de médecins et de dentistes qui pensent qu'il est extrêmement important que les patients sachent s'ils sont ou non en état de transe. Et vraiment cela n'est pas important. Très souvent, mes patients ne savent même pas qu'ils sont en transe. De même, en faisant un exposé à un groupe

d'étudiants en psychologie, certains avaient remarqué que *d'autres* membres du cours étaient en transe, mais ils n'avaient pas remarqué que ces autres membres avaient noté qu'ils étaient *eux* en transe. À la fin de l'heure de l'exposé, j'ai demandé au groupe entier si l'un d'entre eux avait été en transe. J'ai obtenu, du groupe entier, une très belle réponse négative. La moitié de la classe a alors regardé l'autre moitié avec étonnement, et vice versa, car chaque moitié avait noté que l'autre moitié était en transe ! Ainsi quelle est l'importance pour les sujets ou les patients de savoir qu'ils sont en transe ?

MOUVEMENTS CORPORELS ET DISTORSION DU TEMPS DANS LA TRANSE LÉGÈRE

E. — Dans quel contexte avez-vous auparavant expérimenté l'hypnose – pour un travail dentaire ou pour un travail médical ?

S. — Pour un travail dentaire.

E. — Comment supposez-vous pouvoir déterminer si vous avez été ou non en transe ? Êtes-vous intéressée par le fait de le déterminer ?

S. — Oui.

Maintenant, si vous, dans l'auditoire, voulez étudier les autres membres de cet auditoire pour un moment, vous noterez qu'il y a beaucoup de mouvements de la tête, des épaules, et des ajustements du corps que vous ne voyez pas se produire chez ces sujets. Ceci signifie que le sujet est déjà en transe légère. Son attention est tellement focalisée sur moi que ses mouvements corporels normaux s'atténuent.

Dans la situation d'un cours de psychologie, je me tiens là courtoisement, patiemment, et j'attends et j'attends et j'attends jusqu'à ce que, finalement, ce que je fais apparaisse à la classe. J'attends qu'ils se calment et qu'ils concentrent leur attention sur moi. Ils apprennent mieux de cette façon.

Dans ces types de situation, vous pouvez aussi découvrir le phénomène de la distorsion du temps. Même des sujets en transe si

légère comme l'est ce sujet, avec l'atténuation subtile des mouvements de la tête et du corps montreront une appréciation modifiée et une altération de leur sens du temps. Maintenant, bien sûr, j'ai parlé à l'auditoire, mais mon sujet a été capable de m'entendre et ainsi j'ai gâché la situation expérimentale.

PERMETTRE LA TRANSE :
COMPORTEMENT VERBAL (EXPLICITE)
CONTRE COMPORTEMENT NON VERBAL (IMPLICITE)

E. — Le Dr S. m'a dit que vous aviez été entraînée à ne pas entrer en transe avant d'avoir d'abord donné votre permission verbale. Je ne vous ai pas demandé votre permission verbale, l'ai-je fait ? Pensez-vous être en transe ? Est-ce angoissant, cette situation d'incertitude de votre part ?

S. — Pas particulièrement – juste un peu.

E. — Maintenant, qu'est-ce qu'une permission verbale ? S'agit-il de prononcer explicitement certains mots, ou s'agit-il des implications de votre comportement ? Une permission verbale pourrait être un signe de tête car ce signe serait compris comme une acceptation, n'est-ce pas exact ? Ou, si je vous demandais de vous lever et d'entrer en transe, et que vous vous leviez, cela serait la permission, d'accord ? Vous sentez-vous mieux maintenant ? Vous reconnaissez le fait que vous êtes en transe. Votre réponse est différente – il manque ce ton anxieux. Dites-moi, tenez-vous habituellement votre main de cette façon ? Comment se sent votre bras ?

S. — Ça va. Il est confortable.

E. — Bien, fermez vos yeux, prenez une respiration profonde, et endormez-vous plus profondément. Maintenant je ne sais pas si on vous a enseigné l'hypnose avec les termes de plus profond ou avec le mot transe, mais il n'y a rien à redire quant à votre habileté à comprendre correctement la signification de mes expressions.

DISSIMULER DES ERREURS VERBALES

Et il en est ainsi dans les relations avec les patients. Le praticien soigneux dit au patient : « Maintenant, il y a certains buts et certains objectifs que nous avons assez bien en tête alors que nous travaillons ensemble. Si j'exprime quelque chose de façon inadéquate ou de façon incorrecte, essayez de comprendre le sens correct. Et lorsque vous ne vous exprimez pas complètement vous-même, je ferais de mon mieux, moi-même, également, pour vous comprendre. »

J'insiste sur ce point pour la raison suivante. En parlant aux patients, nous faisons très souvent des lapsus – nous disons une chose incorrecte, et nous paniquons à l'idée d'avoir dit une chose incorrecte au patient. Vous devez vous-même considérer que vous êtes absolument humain, vous êtes sujet à l'erreur et quelquefois vous êtes obligé de parler incorrectement. Vous devez alors établir ceci comme une convention préalable avec le patient, en insistant sur le fait que vous travaillez pour un but très défini et commun : « S'il arrive que je dise " Réveillez-vous ", quand je veux dire " Dormez plus profondément ", vous comprenez, parce que je pense à beaucoup de choses et je peux me tromper. » Vous devez vraiment passer ce genre de convention avec les patients pour ne pas vous paniquer lorsque vous faites un lapsus ou lorsque vous dites une chose incorrecte ; pour ne pas vous énerver lorsque vous devenez un peu incohérent quand vous changez un train de pensée dans les suggestions que vous proposez. Après tout, ces suggestions sont simplement une façon de garder le contact.

SIGNIFICATION IMPLICITE
CONTRE SIGNIFICATION EXPLICITE :
PARTAGER UNE EXPÉRIENCE ÉMOTIONNELLE CORRECTIVE

E. — À propos, à quoi pensez-vous ?

S. — Je vous écoute.

E. — Pensez-vous que je parle avec beaucoup de précision ?

S. — Je le pense.

E. — Êtes-vous d'accord avec moi ? Bien. Maintenant, prenez une respiration profonde et ouvrez vos yeux et réveillez-vous

complètement.

J'ai d'abord demandé à ce sujet de prendre une respiration profonde, de fermer ses yeux et de s'endormir profondément ; et maintenant, je lui ai simplement demandé de prendre une respiration profonde, d'ouvrir ses yeux et de se réveiller. 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.

Par exemple, le Dr Steingart a eu une expérience au cours de laquelle il a demandé à son sujet de régresser vers une expérience heureuse de son passé qu'elle voudrait partager avec l'auditoire. Il fut angoissé et horrifié de constater qu'elle régressa vers une expérience traumatique. Maintenant, c'était assez bouleversant pour l'auditoire, assez angoissant pour lui, mais apparemment cela n'était pas particulièrement angoissant pour le sujet.

J'ai indiqué au Dr Steingart la signification de son énoncé « de regarder vers une expérience antérieure – une expérience heureuse – que vous êtes prêt à *partager* avec d'autres. » Il a demandé une expérience heureuse. Maintenant, que souhaitons-nous tous par rapport à une expérience triste et malheureuse ? Nous souhaitons qu'elle soit heureuse. Nous souhaitons une expérience que nous puissions *partager* avec d'autres. Ainsi, si nous pouvons la partager avec d'autres, cela prouve qu'elle est heureuse. Vous n'allez sûrement pas partager un événement misérable et malheureux avec d'autres personnes. Vous sentez, naturellement, que c'est votre propre infortune et vous n'allez pas l'imposer aux autres, et tout ce que vous êtes prêt à donner aux autres va être agréable. Ainsi, *le processus de partager une expérience malheureuse est une mesure corrective*. Le Dr Steingart disait que les dommages semblent être subis par l'auditoire et par lui-même, et que le sujet n'a montré aucun signe particulier d'angoisse. Partager

est quelque chose d'extrêmement important, et vous devez connaître la signification des mots que vous utilisez.

QUESTIONNER AVEC CONVICTION POUR FACILITER INDIRECTEMENT LA RÉGRESSION ET L'HALLUCINATION

E. — Maintenant, je pense que je vais me tourner vers la dame qui porte une robe bleue. Qu'ai-je fait avec vous l'an dernier ?

S. — Je ne me souviens pas.

E. — Vous ne vous souvenez pas. C'était très intéressant. Je me souviens, et vous étiez dans cette pièce, et vous vous teniez juste là ! Vous pouvez vous asseoir – allez-y ! Vous ne pouvez vraiment pas vous souvenir du tout de l'an dernier ?

S. — Je n'ai aucune pensée à ce sujet.

E. — Vous n'avez aucune pensée à ce sujet. Voyons. Qui était assis là, vous vous souvenez ? C'est ça. Quelle année sommes-nous ?

S. — Nous sommes en 1961 [Nous sommes actuellement en 1962.]

E. — Et vous ne savez pas qui est cette personne ? [Le sujet fait un signe négatif de la tête] Non, vous ne savez pas. Je vais vous poser cette même question que l'an prochain aux environs du 2 mai 1962. Est-ce que ça ira ? Et quelle est la réponse que vous allez me donner ?

S. — Je ne sais pas.

E. — Vous ne savez pas. Bien, fermez vos yeux.

Qu'ai-je demandé à ce sujet ? J'ai commencé à parler de l'an dernier – est-ce qu'elle se souvient de ceci ou de cela ; est-ce qu'elle se tenait ici dans la même position ? À parler franchement, elle n'avait aucune pensée à ce propos. Chaque fois que vous posez une question à une personne pour faciliter le développement de divers phénomènes hypnotiques, vous devez vraiment poser cette question comme si vous la pensez. Lorsque je questionne un patient, je pense la question que je pose, et je suis parfaitement

sincère. Lorsque j'ai demandé à ce sujet, aujourd'hui, si elle connaissait la personne assise là, où en fait il n'y avait personne, je pensais sincèrement cette personne assise à cet endroit précis – pas ici, pas là-bas, *mais précisément là* ; et ainsi elle a regardé et elle n'a pas reconnu cette personne assise *là*. Mais pour voir là cette personne qu'elle ne reconnaissait pas, elle devait halluciner les circonstances d'une période précédente alors que je l'avais utilisée comme sujet et que quelqu'un était assis là. Ainsi, elle devait *régresser* de façon à *halluciner* cette personne assise-là.

Je ne lui ai pas demandé directement de régresser. J'ai plutôt parlé de la dernière fois où je l'avais vue, et de l'endroit où elle se tenait, et de ce dont elle se souvenait et elle pouvait affirmer qu'elle n'avait fait aucun effort particulier pour se souvenir des détails que je viens juste de mentionner. Et alors je pouvais lui poser cette question de savoir si oui ou non elle reconnaissait la personne assise précisément *là*, et je lui ai sûrement donné l'impression, par ma façon de la désigner, que je pensais à cet homme ou à cette femme. Je pensais cette personne. Et est-ce qu'elle se souvenait ? Maintenant, chaque fois que vous demandez aux patients de faire quelque chose, dites-le-leur comme si vous vous attendiez absolument à ce qu'ils fassent quelque chose avec votre question. Communiquez clairement le message correspondant au fait que votre question est légitime, qu'elle est significative, et qu'ils vont coopérer.

« Est-ce que votre pied droit est plus engourdi que votre pied gauche ? » Et vous voulez vraiment savoir. Vous avez posé une question double lien. Il n'y a aucun doute dans votre voix sur le fait qu'il y a un engourdissement des pieds. Le patient doit se pencher là-dessus. Le seul doute concerne le fait de savoir *lequel* des deux pieds est plus engourdi, et le patient rétablit immédiatement les apprentissages antérieurs, les compréhensions antérieures, et développe cet engourdissement.

DES INDICATIONS SUBTILES POUR FAIRE SE MANIFESTER DES PHÉNOMÈNES HYPNOTIQUES

E. — Maintenant, prenez une respiration profonde et réveillez-vous totalement. Voyons si je ne me souviens pas de la date de la dernière rencontre. Vous souvenez-vous de la date ?

S. — Non, mais il n'y avait pas de table au milieu.

E. — Qui est cet homme assis là-bas ?

S. — Je ne sais pas.

E. — Vous ne savez pas. Je vous remercie beaucoup.

Maintenant, bien sûr, elle a corrigé mon souvenir, mais elle est retournée en transe. Pourquoi serais-je perturbé si je fais une erreur ? Je ne devrais pas être concerné car cela s'est passé il y a longtemps. Elle est libre de corriger ma méprise, mon erreur. Pourquoi ne le ferait-elle pas ? Et cela n'interfère pas avec la capacité de la patiente de répondre.

HALLUCINATIONS VISUELLES ET INDICATIONS VERBALES SUBTILES

[Erickson s'adresse maintenant à une femme nommée Marjorie.]

E. — Marjorie, pourriez-vous venir ici ? J'ai noté que vous avez été en transe la plupart du temps, alors que je parlais. Pourquoi ?

M. — Il faut que je sache.

E. — Il faut que vous sachiez. Bien, si vous voulez apprendre certaines choses, comprendre certaines choses... Dites-moi, Marjorie, pensez-vous que vous serez capable d'oublier quoi que ce soit que je puisse dire avec insistance.

M. — Non, mais...

E. — Pensez-vous que vous serez capable d'oublier quoi que ce soit que je puisse dire avec insistance ?

M. — Jamais je n'oublierais quoi que ce soit.

E. — Jamais vous n'oublierez quoi que ce soit. Je vous ai dit il y a quelque temps que je dis les mêmes choses.

[Erickson raconte maintenant une histoire qui a été perdue dans l'enregistrement.]

M. — Vous m'avez rendue très heureuse.

E. — Je vous ai rendue très heureuse et vous vous sentez très intriguée. Vous savez, je pense que les femmes doivent être à la fois intrigantes et intriguées.

M. — Est-ce que je saurais à un moment ? [Apparemment Marjorie n'a pas encore trouvé ce qu'elle veut savoir.]

E. — Certainement.

M. — Il n'est pas nécessaire que vous soyez là ?

E. — C'est cela. Pourquoi devrais-je être là ?

M. — Je n'ai simplement pas à m'en préoccuper ?

E. — C'est cela. Maintenant, faut-il que je vous répète ou que je vous mette cela dans la tête avec ma canne ? [Rires.] À propos, où est Mary ? Est-ce que c'est Mary là-bas ? [Mary est la fille de Marjorie, qu'elle hallucine maintenant.]

M. — Elle doit aller au lit.

E. — Pourquoi. Est-ce qu'elle est en pyjama ?

M. — Elle est toujours en pyjama.

E. — De quelle couleur est son pyjama ?

M. — Mauve, la même couleur que celle que je porte. Vous connaissez Mary !

E. — Comment est Mary ?

M. — Elle rigole toujours. Quand elle rigole, il faut que je rigole également, même si cela n'est pas drôle.

E. — Même si cela n'est pas drôle, vous rigolez. Que pensez-vous de cette lettre de renseignements que je lui ai écrite : « Mary, Mary, qui fait le contraire, comment écrit ton stylo à bille ? » [\(20\)](#).

M. — Elle ne me montre plus ce genre de lettre car je ne lui montre plus les miennes.

E. — Où est Tommy ? [Tommy est le fils de Marjorie.] Oh ! il est ici – non, il est là-bas.

M. — Je ne peux vraiment pas le voir.

E. — Vous ne pensez pas que vous serez capable de voir Tommy. Pourquoi pas ? Vous ne savez pas ? Vous n'avez pas besoin de le savoir. Vous voyez, je suis intéressé par le fait de démontrer certaines choses. Au fait, savez-vous où vous êtes ?

M. — Oui.

E. — Où ?

M. — Avec vous(21).

E. — Avec moi, c'est cela – et avec Mary.

M. — Elle est partie maintenant.

E. — Simplement nous deux, bien. Maintenant, vous n'avez vraiment pas besoin de savoir pourquoi vous ne pouvez pas voir Tommy.

Je m'intéresse à faire en sorte que certains phénomènes psychologiques se manifestent. J'aime proposer aux sujets des suggestions et des questions pour voir exactement la façon avec laquelle ils vont les prendre en compte. Pour avoir une démonstration plus efficace, je peux mettre des intonations dans ma voix, lesquelles nient la performance du sujet ; d'autres fois, je peux affirmer la performance par un autre type d'intonation. 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.

M. — Vous aimez cela, vous aimez vraiment.

E. — J'aime quoi ?

M. — Vous aimez sentir Sandra aux alentours.

E. — Vous savez, Marjorie, vous vous rendez bien compte.

M. — Vous y prenez plaisir, comme un poisson dans l'eau. Vous savez que ça va marcher, je sais que ça va marcher. J'aimerais bien savoir, mais vous n'allez pas me le dire.

E. — C'est vrai, je ne vais sûrement pas vous dire pourquoi ça marchera, et je sais que ça va s'arranger, et c'est suffisant. À propos, allons à Los Angeles. Fermez les yeux et allons au restaurant « Gourmet ». Maintenant, prenez une respiration profonde et réveillez-vous. Comment êtes-vous venue ici ?

M. — Vous avez dû me le demander.

E. — Vous ne supposeriez pas avoir marché ici toute seule. J'ai dû vous demander – votre inconscient le sait, oui ? Ce sont des pyjamas affreux que porte Mary, n'est-ce pas ?

M. — Ils le sont vraiment, ils le sont vraiment.

E. — Que pouvons-nous faire avec une fille de quatorze ans et ses pyjamas ?

M. — Rien.

E. — Vous avez déjà appris cela ? Vous n'avez pas attendu qu'elle ait quinze ans. Toutes les filles sont comme ça. Même lorsqu'elles ont trente-cinq ans. À propos, où sommes-nous ?

M. — Au restaurant « Gourmet ».

E. — Est-ce que vous reconnaissez tout le monde ? – ils sont tous ici.

J'ai demandé à Marjorie : « Est-ce que vous reconnaissez tout le monde ici ? », et elle me regarde toujours. Elle n'est pas réellement sortie de sa transe. Elle est encore en transe, mais d'un type différent, à un niveau différent d'hypnose. Elle peut parler avec moi, elle peut discuter avec moi, elle peut se disputer avec moi ; mais je pense que vous pourriez pratiquer sur elle à ce moment-là une intervention chirurgicale, de la plus banale à la plus grave. Elle peut avoir une hallucination à n'importe quel niveau selon votre intérêt, et pourtant elle a saisi cette indication à propos de son fils lorsque j'ai modifié ma voix. Vous l'aviez vu rapidement halluciner sa fille, Mary, suivi par l'insuccès de l'hallucination de son fils, Tommy. Pour l'observateur inexpérimenté, il a semblé que je demandais à Marjorie d'halluciner son fils, mais Marjorie n'avait pas besoin de plus d'entraînement pour identifier mon intonation et la comprendre correctement.

J'ai rencontré Marjorie pour la première fois il y a quelque temps à la réunion de la *San Diego County Dental Society*. J'avais besoin d'un sujet. J'ai observé l'auditoire en faisant mon exposé général et, quand est venu le moment de la démonstration, j'ai dit : « J'aimerais avoir cette dame là-bas. »

Marjorie n'a pas cru que je pensais à elle. Il a fallu quelques arguments pour la convaincre que je pensais vraiment à elle, ainsi elle est finalement montée. Sa première transe fut comme celle-ci, et, comme il n'y avait pas d'estrade à cet endroit particulier, nous avons eu à nous lever. Ainsi, dans la première situation hypnotique, Marjorie a appris à entrer en transe debout. Pourquoi ne l'aurait-elle pas fait ainsi ? C'était parfaitement facile, parfaitement possible. La chose importante est ce qui se passe dans la tête de la personne avec qui vous travaillez.

Troisième conférence

TECHNIQUES D'INDUCTION

Séminaire donné à Seattle (État de Washington),
les 21 et 23 mai 1965 (première partie)

Je veux discuter d'abord de la nature de la transe hypnotique et de la nature de l'induction hypnotique. Vous donnez ainsi une meilleure compréhension de ce qui se trouve derrière ce genre de travail scientifique.

Une des premières choses dont je veux parler est la question de l'apprentissage. En traversant la vie, nous apprenons beaucoup par l'expérience. Nous apprenons des choses à travers l'expérience que nous ne savons même pas que nous apprenons. Un petit enfant met sa main sur une plaque de feu brûlante juste une seule fois et apprend pour le reste de sa vie à ne plus toucher une plaque de feu brûlante.

Pour obtenir une réponse conditionnée dans un laboratoire de psychologie, vous devez mettre en place cinquante, soixante, cent fois la stimulation pour votre étudiant – et l'étudiant est beaucoup plus instruit que le petit enfant ! Il faut un temps considérable pour enseigner à cet étudiant le fait de développer une réaction conditionnée. L'apprentissage dans la vie est une chose ; l'apprentissage dans un laboratoire ou dans une salle de classe est une chose tout à fait différente.

Quels sont, parmi ces apprentissages, ceux que nous acquérons par l'expérience ? Un petit bébé regarde le contenu de son assiette, et se demande : *Qu'est-ce que c'est que ce truc ?* Le bébé voit sa mère en train de penser – *Bébé doit manger cette nourriture* – et le bébé lit l'expression sur le visage de la mère et sait que la nourriture n'a pas bon goût. À partir de ce moment-là, l'enfant peut reconnaître cette expression sur le visage de sa mère et réagira d'une façon similaire.

Le petit enfant a du mal à repérer ses orteils, ses genoux, ses doigts. Mais, en fin de compte, l'enfant apprend à reconnaître ces diverses parties de son corps si facilement que lorsqu'un moustique se pose sur son épaule droite, l'enfant n'a pas besoin d'analyser : « Maintenant, voyons – ma main gauche est ici ; je la lève en pliant le coude et puis je la déplace vers le milieu et puis je peux la lever

un peu plus et puis j'écrase le moustique. » Ce moustique serait repu et bien loin avant que l'enfant ait terminé ce genre d'analyse. Le corps sent la piqure de moustique, et le reste du corps est conditionné pour répondre immédiatement à ce stimulus particulier : l'enfant frappe sur le moustique avant de s'arrêter pour analyser le fait qu'il se trouve sur son épaule droite. C'est ce que je veux dire en parlant de l'apprentissage par l'expérience. Nous connaissons un très grand nombre d'expériences de ce genre. Nous apprenons, par une réaction de peur, à modifier le contenu de notre sang comme un collègue vient juste de le mentionner. Nous apprenons, en fumant excessivement, à modifier nos modèles de comportement de nombreuses façons et ainsi de suite...

CONSCIENT ET INCONSCIENT : LES CONFLITS ENTRE LES COMPORTEMENTS VERBAUX ET NON VERBAUX

En hypnose, on se sert de tous ces apprentissages par l'expérience, pour diriger et organiser le comportement du patient. Vous connaissez tous le conscient ; vous connaissez tous l'inconscient. Ils sont séparés et distincts. L'inconscient vous accompagne partout où vous allez, mais vos pensées inconscientes ne sont pas nécessairement connues de votre conscient. Vous pouvez penser une chose consciemment alors que votre inconscient pense exactement le contraire. Lorsqu'un confrère a mentionné certaines idées dans ce domaine, je me suis souvenu d'un de mes patients qui illustre tout à fait ce point. Ce patient m'a dit : « Lorsque j'étais au début de mon mariage, je voulais avoir 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 que 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'informations.

INDUCTION HYPNOTIQUE PAR LA FOCALISATION VERS L'INTÉRIEUR

Que fait-on en hypnose pour produire une transe ? Il ne s'agit sûrement pas d'avoir un œil d'aigle ou de mesurer deux mètres ou quelque chose de ce genre. L'hypnose qui se développe dans toute situation est l'hypnose qui se développe dans le patient. *Le patient développe lui-même sa transe hypnotique.* Il le fait en vous écoutant et, si vous êtes suffisamment intéressant, si vous pouvez fixer son attention et fixer sa coopération, le patient va alors limiter et restreindre son comportement pour vous-même et pour ce que vous dites ; le patient va comprendre ce que vous avez dit ; le patient va être prêt à recevoir ce que vous avez dit, sans esprit critique – et quand je dis sans esprit critique, j'utilise le sens scientifique du terme. La plupart d'entre nous n'acceptons pas les choses sans esprit critique. Si je demandais à n'importe qui d'entre vous de retirer son manteau, votre réplique immédiate serait : « Pourquoi ? » Cela serait une réponse critique. Mais si je vous demandais, en tant que sujet hypnotique, de retirer votre manteau, votre pensée pourrait être : « Maintenant, il s'agit de quelque chose que je peux faire. C'est tout à fait possible. Cela convient à cette situation. Maintenant, y a-t-il un besoin ? » Certainement, le médecin ne demanderait pas à un patient de le faire s'il n'y avait pas un besoin, et donc le patient prendrait la décision après avoir examiné l'idée et après l'avoir examinée à fond pour ses valeurs intrinsèques. Puis il déciderait si, oui ou non, il accéderait à la demande.

En induisant une transe, vous demandez à votre patient de vous donner toute son attention. Vous ne voulez pas qu'il compte les petites taches sur le mur ; vous ne voulez pas qu'il tripote sa montre et la secoue pour voir si elle fonctionne encore. Vous voulez qu'il vous donne toute son attention et qu'il vous la donne si intensément qu'il ne va pas remarquer quoi que ce soit d'autre. Et lorsqu'il vous prête attention, il rétrécit son champ de conscience visuel ; il rétrécit son champ de conscience auditif ; et il dirige ses pensées et ses sensations à l'intérieur de lui-même. À ce moment-là, vous pouvez suggérer au patient que lorsqu'il regarde n'importe quelle tache qu'il souhaite regarder, ou lorsqu'il regarde plus loin, il peut se sentir lui-

même en train de se détendre. Vous n'êtes pas vraiment en train de détendre ce patient, *vous lui demandez de ranimer ses souvenirs et ce qu'est pour lui la relaxation physique*. Et en même temps qu'il commence à ranimer ces souvenirs et ces compréhensions, son corps commence à se détendre et à expérimenter cette relaxation et il la trouve identique à ces apprentissages par l'expérience qui lui ont procuré une détente dans le passé. Alors qu'il se détend de plus en plus, vous pouvez suggérer que ses jambes, que ses bras peuvent se sentir lourds, fatigués et confortables. Que faites-vous ? Vous demandez simplement au patient de passer en revue ses souvenirs et ses compréhensions de la lourdeur, de la fatigue, du confort ; et alors qu'il dirige son attention de plus en plus à l'intérieur de lui-même, vous mettez en place les bases de ce qui lui permet de faire appel à tous les apprentissages par l'expérience qu'il a eus dans sa vie.

Si je demandais à n'importe qui d'entre vous d'augmenter sa tension artérielle, à ma demande, de dix points, vous douteriez immédiatement de votre capacité à le faire. À l'école de médecine, j'ai découvert, à la fois comme étudiant et plus tard comme professeur, que des étudiants en médecine pouvaient faire ce genre de choses très facilement. Ils pouvaient modifier la circulation sanguine dans des zones spécifiques de leur corps, ou ils pouvaient modifier le fonctionnement de la musculature involontaire. Tout ce qu'il fallait faire était d'annoncer : « Il y aura une interrogation écrite aujourd'hui. »

L'INDUCTION HYPNOTIQUE :

DIVERSES FAÇONS D'OBTENIR UNE FOCALISATION INTERNE

Il y a beaucoup de techniques différentes utilisables dans l'induction d'une transe hypnotique. Une d'entre elles est la technique de relaxation par fixation oculaire ; une autre consiste simplement dans la fermeture des yeux et dans le fait de s'enfoncer de plus en plus dans le sommeil. Je mentionne ces techniques car *toutes les techniques hypnotiques sont centrées principalement sur l'orientation de l'attention du patient vers l'intérieur de lui-même*. Les

verbalisations que vous utilisez – que vous suggériez que la main du patient s’élève de plus en plus haut, ou que vous suggériez qu’il se détende de plus en plus, ou que vous suggériez que ses yeux se ferment petit à petit, jusqu’à ce qu’ils restent tout à fait clos – sont vraiment destinés à votre propre formation. Utiliser différentes approches vous donne l’occasion d’apprendre la façon de parler aux patients et l’occasion d’apprendre la façon d’orienter leur attention à l’intérieur d’eux-mêmes. Je ne pense pas qu’il y ait une quelconque différence selon le type de technique que vous utilisez. La technique est en ce qui vous concerne verbale, mais votre technique est centrée entièrement autour des propres réponses du patient.

LA TECHNIQUE PERMISSIVE : ENGAGER LA COOPÉRATION DU PATIENT ET ÉVOQUER DES POTENTIELS INCONSCIENTS

Maintenant, j’aimerais parler de l’obtention des résultats. Lorsque vous voulez demander à votre patient de faire quelque chose, je pense que c’est une très grave erreur de ne pas lui demander d’abord de coopérer avec vous, à moins, bien sûr, que vous ayez une raison spécifique pour ne pas le faire. J’aime utiliser une technique permissive. Dans certains cas, cependant, vous pouvez avoir besoin d’utiliser une technique autoritaire : « *JE VEUX QUE VOUS BOUGIEZ VOTRE DOIGT.* » Lorsqu’un patient se réveille d’une transe au milieu d’une intervention chirurgicale, l’anesthésiste peut dire très doucement, mais très catégoriquement : « Maintenant que vous vous êtes réveillé et que vous remarquez que tout va bien, vous pouvez aussi bien vous rendormir directement »⁽²²⁾. Et l’anesthésiste devrait le dire d’un ton convaincu et d’une manière suffisamment autoritaire pour que le patient réagisse. Mais pour obtenir la coopération du patient, on devrait être permissif pour arriver à de meilleurs résultats. On devrait vraiment demander au patient sa coopération pour atteindre un objectif commun. Vous devriez garder à l’esprit que l’objectif commun est un objectif qui vise le bien-être du patient, objectif pour lequel le patient coopère avec vous afin d’atteindre quelque chose qui soit principalement pour lui

un bénéfice. Il coopère avec le chirurgien principalement pour sortir de son état, quel qu'il soit.

Le patient moyen a peu d'idées sur ce dont il est capable – de ce que sont ses potentialités. J'ai mentionné, il y a quelques minutes, le fait d'augmenter la tension artérielle. Je connais un seul mot qu'il suffit de prononcer devant un Démocrate, pendant une élection, pour que sa tension artérielle monte, et il y a beaucoup d'autres situations semblables. Mais de la même façon que vous pouvez augmenter la tension artérielle, vous pouvez également la faire tomber ; et je pense que vous devriez garder ceci à l'esprit lorsque vous travaillez avec un patient. Vous dites quelque chose de terriblement menaçant à un patient et son cœur tombe dans ses chaussures. Tout simplement il s'écroule complètement. Il s'effondre et pourtant il est assis juste là et il n'est pas le moins du monde effondré. Mais je parle d'une réponse intérieure et pendant que vous êtes à l'écoute de cette défaite, je pense que vous devriez garder à l'esprit, si ce n'est consciemment au moins inconsciemment, quelques-uns de vos propres apprentissages inconscients concernant cette question de la modification des réponses.

Vous devriez essayer d'obtenir des réponses d'une façon permissive. Vous pouvez le faire en instruisant le patient par rapport à ses propres capacités. Nous pouvons tous faire tellement plus de choses que nous ne pensons. Vous pouvez demander à un sujet en hypnose de développer, disons, une surdité hypnotique, et il répondra : « Je ne peux pas développer de surdité ! » Pourtant, nous développons la surdité automatiquement dans notre vie de tous les jours. Nous devenons insensibles à certains sons. On ne prête pas attention à la climatisation jusqu'à ce que, soudainement, elle s'arrête. Vous êtes en train de lire un journal ou un livre et votre femme vous parle. Dix minutes plus tard, elle demande : « Est-ce que tu ne vas pas répondre ? » et vous dites : « Répondre à quoi ? » Comment développez-vous cette surdité ?

On utilise l'hypnose en dirigeant l'attention du patient vers l'intérieur et puis en lui demandant d'utiliser tous les potentiels de ses apprentissages par l'expérience. Cette utilisation peut impliquer

toutes sortes de processus physiologiques, de réponses psychologiques et n'importe quel fonctionnement neurologique.

L'UTILISATION DE LA RÉSISTANCE

Parfois des patients résistants veulent entrer en lutte avec vous ; parfois vous leur faites tout simplement peur. C'est à vous de faire le diagnostic entre les deux. Serait-ce une lutte ? Ou ce patient a-t-il peur ? S'il s'agit d'une lutte vous feriez aussi bien d'arrêter tout de suite, car vous allez perdre cette lutte. *Votre tâche est de transformer la situation en une situation qui ne soit pas une lutte.* Et si le patient a peur, c'est à vous d'en parler.

Je vais vous donner un exemple d'une patiente résistante qui souhaite une lutte. Elle entra dans mon bureau et annonça : « Le Dr Cheek a essayé de m'hypnotiser sans succès. Plusieurs de ses amis ont également essayé sans succès. Ainsi j'ai fait tout le chemin de San Francisco à Phoenix pour que vous échouiez également ! »

Ma réponse a été : « Bien, je m'avoue vaincu tout de suite. Mais vous fumez quatre paquets de cigarettes par jour ; vous souffrez d'emphysème ; vous vous inquiétez pour votre cœur. Je pense que nous devrions en discuter et, puisque vous avez l'intention de me laisser échouer à vous hypnotiser, laissez-moi vous aider. Regardez simplement cette horloge sur mon bureau juste là-bas. C'est une horloge ordinaire. Je l'ai eue avec des timbres de ristourne et vous n'avez qu'à la regarder et à garder vos yeux grands ouverts et à rester tout à fait éveillée – complètement, tout à fait éveillée – et vous écoutez simplement ce que j'ai à vous dire à propos de l'emphysème et du tabac et à propos de vos peurs au sujet de votre état cardiaque. »

Elle braquait ses yeux sur l'horloge et elle écoutait. Elle écoutait si bien qu'au bout de deux heures elle ne savait pas que deux heures s'étaient écoulées. Elle pensait qu'elle venait juste de s'asseoir dans le bureau. Tout ce que j'avais fait a été de circonscrire sa résistance en lui demandant de limiter son regard entièrement à cette horloge. Elle n'a pas pu voir le classeur, les étagères, les tableaux aux murs, mon bureau ou n'importe quoi d'autre. Son attention s'était dirigée

entièrement à l'intérieur d'elle-même, complètement à l'intérieur d'elle-même, et elle était occupée par la question de savoir si elle devait arrêter de fumer. Devait-elle arrêter de fumer ? Devait-elle arrêter de fumer parce qu'elle avait peur de mourir d'une maladie cardiaque ? Devait-elle arrêter de fumer parce qu'elle avait peur de l'emphysème ? Que devait-elle faire avec ça ? Comment pouvait-elle apprendre à arrêter de fumer ?

Elle représentait ce type de patient résistant où j'ai simplement contourné la lutte. On doit toujours utiliser la résistance, quelle que soit celle que le patient amène dans le bureau. Si vous allez pratiquer la médecine sur un patient ulcéreux, il vaut mieux que vous utilisiez cet ulcère d'une façon ou d'une autre. Si c'est un problème d'appendice, il vaut mieux que vous utilisiez cet appendice d'une façon ou d'une autre. Si le patient est aussi résistant qu'il est possible de l'être, il vaut mieux que vous utilisiez d'une façon ou d'une autre cette résistance.

LE DÉVELOPPEMENT HYPNOTIQUE INDIRECT DE L'ANESTHÉSIE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

À propos d'une autre question, il y a une énigme à laquelle j'ai dû faire face à plusieurs reprises. J'ai traité des patients qui souffraient de très sévères maladies incurables telles que le cancer et qui avaient manifestement énormément de douleurs. Tout ce qui les concernait indiquait qu'ils souffraient de douleurs, y compris leurs examens neurologiques. Ce que j'ai découvert était que je pouvais les mettre en transe et les amener à perdre leurs douleurs sans suggérer une anesthésie ou une analgésie. Est-ce que cela s'est produit ainsi parce qu'ils assimilaient l'entrée en transe au fait d'être anesthésié, je ne sais vraiment pas. J'ai dit aux patients : « Je vais vous apprendre d'abord comment entrer en transe hypnotique et puis, lorsque vous aurez, appris cela à fond, je vais vous apprendre le contrôle de la douleur. » Peut-être ces patients ont-ils trouvé un raccourci dans leurs propres apprentissages.

UTILISATION DE LA RÉSISTANCE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR : LE CHANT HORRIBLE DE CATHY

Je ne vais pas vous faire un exposé formel ce soir. Je vais plutôt présenter des exemples dans lesquels l'hypnose a été utilisée avec succès. Un des premiers exemples que je peux vous présenter concerne une femme de trente-six ans, mourante d'un cancer et qui avait trois fils, âgés de onze ans, neuf ans et sept ans. Cathy m'a été envoyée en tant que patiente et le médecin qui me l'a adressée m'avait donné les informations suivantes : « Ma patiente a eu toutes les interventions chirurgicales possibles, toutes les thérapies possibles par les rayons et les implants et toutes sortes d'analgésiques. Actuellement, rien ne peut arrêter sa douleur. Pourriez-vous essayer l'hypnose avec elle afin de lui donner quelque soulagement pour le peu de temps qu'il lui reste ? »

Je suis allé chez elle. En entrant dans le salon, j'ai entendu, provenant de la chambre, un chant assez horrible : « Ne me faites pas mal, ne me faites pas mal, ne me faites pas peur, ne me faites pas peur, ne me faites pas mal ; ne me faites pas peur, ne me faites pas peur, ne me faites pas mal ! »

Une enquête démontra que Cathy faisait ces supplications à chaque instant lorsqu'elle était éveillée. C'était tout à fait insupportable de l'écouter. Je me suis demandé quel genre de technique hypnotique pourrait soulager une patiente qui se comportait d'une telle façon ?

PARTICIPATION AU COMPORTEMENT DU PATIENT AFIN D'OBTENIR ET DE FIXER L'ATTENTION

Je suis entré dans la chambre et j'ai observé que Cathy était couchée sur son côté droit, recroquevillée, les yeux fermés et chantant sans arrêt. Je l'ai écoutée pendant vingt à trente minutes, essayant de relever l'accentuation et le rythme de ce qu'elle disait. Après avoir écouté pendant une période qui m'a semblé suffisante pour apprendre tout cela, j'ai commencé à chanter avec elle : « Je vais vous faire mal, je vais vous faire mal, je vais vous faire mal, je

vais vous faire mal ; je vais vous faire peur, je vais vous faire peur, je vais vous faire mal. »

Je suis resté en mesure avec elle et, après environ dix minutes de ce chant en commun, Cathy a ouvert les yeux, m'a regardé et a dit : « Pourquoi voulez-vous me faire mal ? » Je lui ai répondu : « Je veux également vous aider. » Elle a repris son chant et moi le mien.

Quelques minutes après, Cathy m'a demandé : « Comment allez-vous me faire mal ? » J'ai répondu : « En vous apprenant quelque chose que vous avez besoin de savoir. »

Elle a repris son chant et je l'ai rejointe.

Quelques minutes de plus se sont écoulées avant qu'elle ne me pose de nouveau des questions sur ce que j'avais l'intention de faire ; elle voulait savoir exactement comment j'allais lui faire mal.

« C'est très simple, ai-je expliqué, vous êtes couchée sur votre côté droit toute recroquevillée, ainsi je vais vous faire tourner dans le lit, mais ne bougez pas votre corps – simplement tournez dans le lit *mentalement*. Pensez-y bien. Pensez à la façon dont vous déplacez vos bras, dont vous déplacez vos épaules, à la façon dont vous déplacez vos jambes, à la façon dont vous déplacez votre corps et quand, mentalement, vous serez complètement retournée, dites-le-moi. »

Cathy n'arrêtait pas de chanter et je continuais à la rejoindre et cela la ramenait à la tâche de se retourner dans le lit.

Finalement, elle annonça : « Je suis tout à fait retournée.

— Bien, maintenant je vais vous faire mal de nouveau. Je vais vous demander de vous tourner de l'autre côté. » Elle se retourna dans l'autre sens, mentalement.

Elle demanda alors : « Pourquoi avez-vous fait cela ?

— Je veux vous apprendre quelque chose. Je voulais vous apprendre que je pouvais vous faire mal, mais si je peux vous faire mal, il devrait sembler raisonnable de penser que je peux également *arrêter* de vous faire mal ; et si *je* peux arrêter de vous faire mal, je peux progressivement *vous* arrêter de vous faire mal. »

Cela semblait l'intéresser au plus haut point et je lui ai alors signalé que le médecin m'avait dit des choses assez difficiles à son

sujet.

« Oui, admit-elle, je vais mourir dans moins de dix mois et je ne veux pas mourir et j'ai très mal. Ils ne peuvent rien pour cela. Ils ne peuvent pas me donner des médicaments. Ils ne peuvent rien faire pour moi.

— C'est la raison pour laquelle je suis ici, afin de faire quelque chose pour cela. Et j'ai commencé par vous faire peur et par vous faire mal et maintenant vous savez, et vous le savez définitivement, que je peux faire des choses à vous et *pour* vous. »

Maintenant, il se peut que cet argument était trop sophistiqué mais ça lui a appris que je pouvais faire quelque chose à elle et peut-être pour elle(23).

Je la questionnais ensuite sur son cancer. On lui a retiré le sein droit, malgré cela le cancer avait donné des métastases dans tout son corps – dans les hanches et dans la colonne vertébrale, ce qui fait qu'elle avait des douleurs également dans les jambes.

LA CONFUSION POUR ÉVOQUER LA RÉCEPTIVITÉ ET FACILITER L'ANALGÉSIE INDIRECTE

Je lui ai dit que le prochain enseignement que je lui donnerai serait quelque chose qu'elle ne comprendrait pas exactement, mais que je voulais qu'elle m'écoute jusqu'à ce qu'elle puisse réellement faire ce que je lui disais de faire. Je lui ai dit qu'elle avait à développer une des plus affreuses, des plus terribles et des plus insupportables démangeaisons qu'elle a jamais eues de sa vie à la plante de son pied droit.

« Pourquoi ferai-je cela ? demanda-t-elle.

— Parce que, je suis ici le médecin et vous êtes la patiente. Allez-y et développez cette démangeaison. »

Elle a tenté encore et encore de développer cette démangeaison pour enfin s'excuser en constatant que ce qu'elle pouvait faire de mieux était d'obtenir un engourdissement à l'arrière de son pied droit. J'ai accepté tout de suite cet engourdissement.

Comment cela s'est-il produit ? Lorsqu'elle a tenté de développer cette démangeaison sans comprendre le but ou la signification de mon cheminement, sa confusion même et son absence de compréhension l'ont rendue prête à ouvrir son esprit à toute compréhension que je pouvais lui donner. Ainsi je me suis contenté de cet engourdissement dès qu'elle l'a développé.

« Cathy, je veux que vous étudiez cet engourdissement, car quelque chose va lui arriver. Il va s'étendre plus haut que votre cheville, sur l'avant de votre jambe, sur le mollet, carrément jusqu'au genou, il va dépasser votre genou, il va monter tout en haut jusqu'à vos hanches et va monter tout en haut jusqu'au milieu de votre abdomen et puis il va traverser et descendre sur votre jambe gauche carrément jusqu'à la plante du pied gauche. »

Dans cette belle transe, Cathy est parvenue à rendre sa jambe gauche aussi engourdie que sa jambe droite.

Elle était déjà très soulagée et très reconnaissante pour la perte de sa douleur, mais la question de ce qui allait se passer ensuite s'est posée alors.

« Cathy, continuai-je, maintenant nous allons faire démarrer l'engourdissement vers le haut, soit vers le côté droit de votre corps ou vers le côté gauche de votre corps. Nous avons commencé avec votre pied droit. Peut-être ce n'est que juste ici que de commencer par le côté gauche de votre corps. »

Je voulais travailler avec le côté gauche de son corps parce que sa tumeur maligne se trouvait dans son sein droit et donc il valait mieux que je reste du côté gauche de son corps. Ainsi j'ai développé lentement un engourdissement, le laissant se développer et monter et monter, jusqu'à ce qu'il atteigne son épaule. Alors l'engourdissement est passé de l'autre côté vers son épaule droite et est monté de sa taille jusqu'à ce qu'il s'étende sur tout le côté droit de sa poitrine, sauf une petite zone. Et je lui ai expliqué, en y joignant toutes mes profondes excuses que, même si j'avais réussi à la soulager de cette douleur cancéreuse par cet engourdissement, je devais avouer que, sur un point, j'allais absolument être mis en échec. Je ne serai pas capable de faire disparaître la douleur provenant de la cicatrice chirurgicale. À la place d'enlever

absolument toute la douleur, le mieux, vraiment le mieux que je pouvais faire serait de laisser la région de la cicatrice avec une ennuyeuse et désagréable sensation comparable à celle d'une grosse piqûre de moustique. Cela serait quelque chose de très ennuyeux, quelque chose pour lequel elle se sentirait sans défense ; quelque chose qu'elle souhaiterait voir s'arrêter. Mais *cela serait supportable*, et j'ai insisté là-dessus dans l'esprit de Cathy. Pour accomplir tout cela, il m'a fallu quatre heures.

J'ai rendu visite à Cathy pour la première fois le 26 février. Je l'ai revue quelques semaines plus tard, en mars, une heure environ. Je l'ai revue la seconde moitié du mois de mars une heure environ et je l'ai vue, à peu près vingt minutes, en avril.

Au cours d'une séance, j'ai expliqué à Cathy qu'il valait mieux qu'elle mange davantage et j'ai passé pas mal de temps à lui expliquer qu'un steak avait vraiment bon goût en lui suggérant qu'elle devrait en manger davantage, car elle avait perdu du poids trop rapidement. Elle a développé un bon appétit et quand je la quittais, à sa demande sa compagne lui préparait un steak.

Je ne l'ai pas revue avant juillet et il me paraissait évident qu'elle n'en avait plus pour longtemps à vivre. Elle n'avait plus de douleur, sinon cette sensation de piqûre de moustique à l'endroit de son intervention. Puis, dans la première semaine du mois d'août, alors qu'elle parlait avec un ami, elle a soudainement perdu conscience et elle est morte deux heures plus tard.

Maintenant, analysons ce que j'ai fait dans ce cas. J'avais à rentrer en contact avec Cathy. Cathy me présentait une terrible barrière. La seule façon par laquelle il m'était possible de l'approcher était de me joindre à elle et ce fait l'obligerait à tenir compte de moi. Elle employait ce chant pour se dégager de sa douleur et elle ne pouvait partager cette douleur avec quiconque, pourtant je l'ai forcée à la partager avec moi. Les gens chantent, fredonnent ou gémissent ; ils continuent de chanter un chant funèbre quelconque afin de ne plus penser à leur douleur et c'est précisément ce que faisait Cathy. Alors je me suis simplement joint à elle. Ce n'était pas mon chant, c'était le sien. Et cela lui a permis, avec irritation, de me

poser la question de savoir ce que j'entendais par mon chant : « Je vais vous faire mal ; je vais vous faire peur. »

Ensuite, je voulais lui faire comprendre que je pouvais faire des choses avec elle. Pour moi, l'idée d'entrer d'un pas énergique en disant : « Je peux atténuer votre douleur cancéreuse » aurait été une chose tout à fait stupide. Tous les autres médecins ne sont pas parvenus à diminuer sa douleur et elle le savait. Ils lui avaient donné un pronostic de deux mois et si j'étais arrivé totalement étranger, en annonçant « Je vais vous hypnotiser pour faire disparaître votre douleur », cela aurait été tout à fait idiot. Au lieu de cela, je lui ai démontré que je pouvais lui faire du mal et que cela était tout à fait raisonnable. Elle ne voulait pas que je le fasse ; elle se sentait sans défense devant cela ; et ainsi je me suis mis à lui faire mal. Je démontrais que dans mes mains elle était sans défense, que je pouvais lui faire des choses.

ENLEVER LA DOULEUR D'UNE FAÇON RÉALISTE : LAISSER UNE DÉMANGEAISON POUR RENFORCER L'ABSENCE DE LA DOULEUR

J'ai alors suggéré une démangeaison à la plante de son pied – aussi loin que possible du lieu de l'intervention. Et, bien sûr, elle a échoué en produisant à la place un engourdissement. Maintenant, que désirait réellement cette patiente – une démangeaison ou un engourdissement ? C'est elle qui a produit l'engourdissement et j'ai simplement été assez intelligent pour l'utiliser et le répandre sur tout le corps, d'abord sur les jambes, de nouveau le gardant éloigné du lieu du cancer, puis vers le haut et sa poitrine.

Je n'ai pas fait l'erreur que font beaucoup de médecins en étant trop fixés et trop centrés sur ce qu'ils essayent de faire pour un patient. Cathy souffrait et savait qu'elle allait mourir et il valait mieux que je la laisse avec une petite douleur supportable. Pour le reste de sa vie – du 26 février au jour de sa mort en août –, Cathy a pu se demander pourquoi je n'avais pas été capable d'enlever cette petite démangeaison, *alors que j'avais été capable d'enlever l'ensemble de cette douleur extrême*. C'est ce que je voulais que Cathy pense. Je

voulais qu'elle renforce le fait que *toute la douleur importante était partie* et qu'il était tout simplement lamentable que cette petite parcelle de démangeaison ennuyeuse subsiste.

FIXER L'ATTENTION POUR INDUIRE UNE TRANSE INATTENDUE

Je vais vous donner un autre exemple d'un cas et peut-être ceci répondra à la question du Dr E. sur la raison pour laquelle je n'ai jamais été arrêté.

J'étais à l'aéroport de Denver dans le Colorado, à 2 heures du matin, en train d'attendre mon avion. J'ai vu une mère fatiguée entrer dans la salle avec cinq enfants ; tous traînaient les pieds, pleurnichaient et gémissaient. Vous savez comment des enfants peuvent vraiment se mettre en rogne à 2 heures du matin lorsqu'ils préféreraient être au lit.

Ces enfants rendaient la vie vraiment très difficile à leur mère et elle disait avec tant de patience : « Maintenant, Johnny, assieds-toi ici, s'il te plaît ; Mary, assieds-toi là-bas, s'il te plaît. »

J'ai regardé cette scène pendant un moment. Puis je suis allé chercher un grand journal et je suis revenu. Je suis resté devant ces gosses et lentement j'ai déchiré une petite bande de papier tout le long du journal et je l'ai étendue sur le sol. Rapidement, j'ai obtenu un public attentif de six personnes.

J'ai déchiré une autre bande de papier et je l'ai étendue en croix avec la première. J'en ai déchiré une autre et encore une autre et j'ai constitué tout un réseau sur le sol. Puis je suis allé m'asseoir sur le banc à côté de l'aîné et j'ai déchiré des petites et courtes bandes de papier et j'en ai fait un réseau sur le siège à côté de l'enfant.

Je lui ai dit : « C'est ce que je fais toujours avant d'aller me coucher. Quand tu regardes ces bandes de papier toi aussi tu auras sommeil ! »

J'ai pris sa main, je l'ai soulevée en produisant une catalepsie et puis je l'ai placée très doucement sur sa jambe, laissant tomber ma main devant ses yeux. Ses yeux se sont fermés et je me suis tourné vers l'enfant suivant.

La mère m'a regardé avec grand intérêt et lorsque j'en ai eu terminé enfin avec les cinq enfants, elle a levé la tête et a vu venir son mari ; elle lui a dit : « Oh ! John, le Dr Erickson vient juste d'hypnotiser les gosses pour moi. »

Je l'ai rencontrée à un séminaire quelques années plus tard, et elle m'a demandé : « Est-ce que vous continuez encore à hypnotiser des petits enfants avec des journaux ? »

LE DOUBLE LIEN :
LE CHOIX ILLUSOIRE POUR COUVRIR TOUTES LES
POSSIBILITÉS, SAUF CELLE DE L'ÉCHEC :
LE LIT SEC DE JOE

Un autre exemple que j'aimerais citer illustre un outil linguistique qui est très important dans la « facilitation » de l'hypnose, à savoir : l'usage du double lien. Par le double lien, je veux dire le fait d'énoncer quelque chose de telle façon que la personne pense avoir un choix alors qu'en fait elle n'a pas vraiment le choix. Par exemple, je n'ai jamais demandé à mes enfants d'aller au lit à 8 heures. Au lieu de cela, je leur demanderais : « Voulez-vous aller au lit à 8 heures, ou à 8 heures moins le quart ? » De leur côté, ils diraient : « À 8 heures ! » Je n'ai pas eu besoin de le dire. Et à table, je demanderais : « Voulez-vous une grande portion de ce légume ou simplement une portion moyenne ? », alors que l'expression de leurs visages serait : « Rien du tout ! »

Un garçon de douze ans m'a été amené chez moi par ses parents. Il n'a pas eu un lit sec depuis douze ans. On lui a donné des fessées. Il n'a pas été épargné du tout ; il a été privé de repas, il a été privé d'eau ; on lui a fait des cystoscopies je ne sais pas combien de fois ; et il a consommé d'innombrables tonneaux de sulfate d'atropine et de toutes les autres choses que les médecins donnent pour torturer les énurétiques. La mère et le père m'ont expliqué la façon dont ils lui ont mis le nez dans son lit mouillé, la façon dont il a reçu des fessées, la façon dont ils lui ont fait subir toutes les indignités possibles.

J'ai commencé en spécifiant aux parents ce que chacun avait à faire : « Bien, vous m'avez expliqué le cas. Votre fils a douze ans. Maintenant, il est mon patient et je pense que l'éthique veut que vous retiriez vos griffes de mon patient. Ne parlez pas de lit mouillé, ne parlez pas de lit sec, ne dites même pas le mot lit en sa présence. Il est mon patient et c'est moi qui prends cela en main ! » Je leur ai fait comprendre qu'ils devraient se tenir tout à fait hors de ma portée.

J'ai appelé Joe dans mon cabinet. J'ai expliqué : « Nous sommes le deuxième jour de janvier et tu as mouillé ton lit, selon tes parents, chaque nuit depuis douze ans. Tu le sais et moi je le sais, ainsi maintenant oublions cela. Parlons de quelque chose qui soit vraiment important.

« Maintenant c'est le 2 janvier et je ne pense pas que ce serait raisonnable, absolument pas du tout raisonnable pour moi, d'attendre de toi d'avoir un lit sec en permanence d'ici deux semaines. Et tu sais, d'ici là, le mois de janvier sera presque terminé et puis février est un mois court. Est-ce que quelqu'un veut discuter cela ? C'est un mois court et je ne pense certainement pas que tu devrais commencer à avoir un lit sec en permanence avant le mois de mars. Il ne semble pas raisonnable que tu le fasses avant, mais je vais te dire ce que tu pourrais trouver d'intéressant à faire.

« D'ici deux semaines (j'ai désigné le calendrier sur le mur) j'aimerais que tu réfléchisses à cette question : *D'ici deux semaines, est-ce que ce sera mercredi, ou est-ce que ce sera jeudi que j'aurais un lit sec pour la première fois ?* D'ici deux semaines. *Est-ce que ce sera mercredi ou est-ce que ce sera jeudi que j'aurais mon premier lit sec ?* Et tu seras obligé d'attendre jusqu'à vendredi matin pour en être sûr, et ainsi ce vendredi-là tu viendras me dire si c'était mercredi ou si c'était jeudi. »

Joe est venu le vendredi matin et m'a dit : « Vous savez, c'était les deux ! »

Maintenant, qu'ai-je fait ? Je l'ai mis dans un double lien. Il devait attendre une de ces deux nuits pour son premier lit sec. Il ne savait pas vraiment quelle nuit il serait sec, et il a été lui-même surpris.

J'ai poursuivi : « Février est un mois si court qu'en parlant raisonnablement, tu ne devrais pas avoir un lit sec plus de trois fois dans chacune des quatre semaines de février – trois fois de suite dans chacune de ces semaines. Maintenant, cela ne veut pas dire que tu ne peux pas avoir un lit sec ou deux lits secs, mais je ne pense pas que ce serait raisonnable d'attendre plus de trois lits secs dans chacune de ces quatre semaines. »

Le lit de Joe a commencé à être sec très rapidement et j'ai dit, à la fin du mois de février : « Maintenant, je ne sais toujours pas quand ton lit sera sec en permanence, mais tu es Irlandais et la fête de Saint Patrick est un très beau jour ; mais lorsque je pense à la façon dont tes parents t'ont traité, je pense que le 1^{er} avril serait aussi un très beau jour. Il y a une chose que j'aimerais que tu comprennes, Joe, c'est que, lorsque tu auras ton lit sec, que ce soit le jour de la Saint-Patrick ou le 1^{er} avril ou n'importe quel jour entre les deux, *ce jour-là c'est ton affaire*. Cela ne me regarde pas. Cela ne regarde personne d'autre non plus. »

Je ne sais pas quand Joe a commencé à avoir un lit sec en permanence mais maintenant Joe est dentiste. Il utilise l'hypnose. Il a eu un lit sec en permanence à partir d'un jour entre la Saint-Patrick et le 1^{er} avril de sa douzième année et cela ne me regarde pas. Joe est venu dans mon cabinet maintes fois depuis afin de discuter de questions diverses. Le jour de son lit sec en permanence est encore un secret et il en rigole encore parce que cela ne me regarde pas.

Laissez l'enfant choisir son propre moment pour un lit sec en permanence. Laissez l'enfant choisir son propre moment à lui, de sa propre façon. Le fait que vous l'ayez structuré sous la forme d'un double lien ne change rien du tout à la situation thérapeutique. Je pense que c'est extrêmement important d'utiliser des doubles liens pour rendre certain le fait que votre patient va répondre d'une façon adéquate.

« PARLER AVEC BON SENS » POUR DÉTOURNER L'ATTENTION
ET CONTRÔLER LA DOULEUR :
LE SANG ROUGE DE ROBERT ET LES DIX POINTS DE SUTURE

Il y a plusieurs années, mon fils de trois ans, Robert, est tombé dans les marches derrière la maison et s'est enfoncé une dent dans la mâchoire. Maintenant, n'ayant que trois ans, il a eu très peur et il a ressenti une grande douleur. Il est étendu sur le dos par terre, pleurant sa détresse devant une vie entière d'agonies ensanglantées.

Sa mère et moi-même sommes accourus pour voir à quoi correspondait tout ce tintamarre. Alors que je me penchais sur Robert qui hurlait et qui criait, je savais une chose qu'il ne savait pas : je savais qu'il y a un moment propice pour parler à un enfant et que ce moment correspond au moment où l'enfant est capable de vous écouter. Pendant qu'il hurlait, il ne m'écoutait pas, mais je savais qu'il perdrait son souffle et qu'il serait obligé de respirer profondément pour recharger ses batteries. Ainsi lorsqu'il s'est arrêté pour reprendre son souffle, j'ai dit : « Et ça fait terriblement mal, n'est-ce pas Robert ? »

Maintenant, à ce moment-là, il savait que je parlais avec bon sens. La plupart des parents ne parlent pas avec bon sens à leurs enfants. Robert continuait à hurler, il a de nouveau repris son souffle et j'ai dit : « Et ça va continuer à faire mal. » C'était exactement ce qui préoccupait Robert. Il avait peur que ça continue à faire mal ; ainsi de nouveau j'avais parlé avec intelligence.

Lorsqu'il s'est arrêté pour reprendre son souffle pour la troisième fois, je lui ai dit : « Peut-être la douleur partira dans une minute ou deux. » Quel enfant de trois ans n'a pas entendu cette phrase, *une minute ou deux* ? C'était un vieux truc pour Robert, mais ça lui a donné un petit rayon d'espoir.

Lorsque Robert s'est ensuite arrêté pour reprendre son souffle, j'ai fait un signe à sa mère et nous avons tous les deux regardé les taches de sang sur le sol et j'ai dit : « Maman, est-ce que c'est du sang bien rouge et bien fort ? » Elle avait l'air aussi tracassée que je l'étais. Tous les deux, nous avons regardé le sang, et les yeux de Robert sortaient de leurs orbites lorsqu'il l'a fait également. Maman et moi-même discutons la question de la qualité du sang de Robert et puis j'ai fait l'analyse suivante :

« Tu sais, Robert, la couleur du sol rend difficile le fait de voir si ton sang est du meilleur type de sang, bien rouge et bien fort. Il faut le voir là où c'est propre et blanc. »

Ainsi Mme Erickson et moi-même avons soulevé Robert pour le transporter dans la salle de bains, nous avons laissé tomber son sang goutte à goutte dans l'évier propre et blanc. Et vous savez, c'était un sang bien rouge et bien fort et Robert était aussi intéressé que je l'étais.

Puis je me suis demandé si le sang de Robert se mélangerait bien avec de l'eau pour donner la belle couleur rose ? J'ai lavé le visage de Robert et cela a donné la belle couleur rose.

Puis je lui ai annoncé les très mauvaises nouvelles. J'ai fait l'analyse suivante : « Tu peux compter facilement jusqu'à dix. Tu peux compter facilement jusqu'à vingt, mais tu sais, lorsque le médecin fait des points de suture dans ta lèvre je ne pense pas qu'il puisse y mettre les vingt points de suture que tu pourrais compter. Je ne pense pas qu'il puisse même en mettre dix. Mais vas-y et compte les points de suture et vois s'il peut en mettre au moins dix. »

Ainsi Robert est parti chez le médecin avec un merveilleux but à l'esprit : il allait compter ces points de suture !

Lorsque nous sommes arrivés au cabinet, le chirurgien a dit : « Je ne veux pas lui faire une anesthésie locale et je ne veux pas lui faire une anesthésie générale.

— Allez-y et recousez-le » indiqua Mme Erickson.

Et ainsi il commença à recoudre la blessure de Robert, et Robert consciencieusement a commencé à compter : « Un... deux... trois... »

À la fin, Robert n'a eu que sept points de suture et pendant tout ce temps le chirurgien continua à regarder Robert puis Mme Erickson et de nouveau Robert. Simplement, il ne comprenait pas qu'un enfant de trois ans veuille davantage de points de suture !

LA DILATATION PUPILLAIRE PAR L'IMAGINATION :
LA BLAGUE DE BETTY ALICE

Tout le monde dans ma famille aime faire des blagues. Ma fille, Betty Alice, a fait une blague une fois à un médecin : celle-ci illustre bien la façon avec laquelle l'esprit peut toucher le corps. Lorsqu'elle avait dix ans, nous avons découvert que Betty Alice avait un strabisme et qu'elle avait besoin de lunettes. Elle est allée chez l'ophtalmologiste pour faire corriger sa vision et elle a dû porter un bandeau pendant quelque temps. Maintenant, Betty Alice était une petite fille curieuse. Elle avait des exercices à faire avec les yeux et elle s'asseyait devant un miroir et s'entraînait soigneusement.

Un jour, elle est allée chez l'ophtalmologiste pour un examen. Il l'a assise et commença à examiner à fond son œil droit en mesurant le diamètre pupillaire et ainsi de suite. Puis il a lu toutes ses notes, passa à l'œil gauche et est presque tombé de son siège. La pupille droite était de taille normale, mais la gauche était très amplement dilatée. Il avait l'air alarmé. Il contrôla l'œil droit très soigneusement et puis il examina l'œil gauche avec la pupille amplement dilatée. Il a tout écrit dans ses notes, il les a relues et puis a encore regardé son œil droit. Maintenant l'œil droit était amplement dilaté et l'œil gauche était contracté, ainsi il commença à réexaminer l'œil droit.

Brutalement, Betty Alice a attrapé le fou-rire, en disant : « Je l'ai fait exprès !

— Comment ? demanda l'ophtalmologiste très déconcerté.

— Vous apprenez à regarder avec un seul œil lorsque vous portez un bandeau, expliqua Betty Alice. Vous pouvez alors *imaginer* qu'il y a un bandeau devant votre œil alors qu'il n'y a vraiment rien ; et puis vous regardez loin, très loin dans le lointain ou vous regardez vers le haut et vous imaginez voir des nuages et alors vous imaginez que vous voyez avec l'autre œil et vous faites la même chose et, si vous le faites assez souvent, bientôt vous pouvez dilater votre pupille à n'importe quel moment où vous le souhaitez – la droite, la gauche ou les deux !

— Laissez-moi voir », dit le médecin.

Avec promptitude, Betty Alice a commencé à dilater la droite et puis la gauche ; à dilater la gauche et à contracter la droite ; et ainsi de suite. Le médecin est devenu tout à fait convaincu de ce que les gosses peuvent faire !

PUISSANCE DES MÉCANISMES PSYCHIQUES : LA MORT AUTO-INDUITE

Voici un autre exemple illustrant les mécanismes mentaux que réalise la suggestion hypnotique.

Pendant mon internat psychiatrique au *Colorado Psychiatric Hospital*, un patient est arrivé un jour et annonça : « Je vais mourir samedi prochain au matin. » Le médecin chef nous a dit : « Voici un homme que nous allons garder en observation vingt-quatre heures sur vingt-quatre. » Nous avons fait examiner cet homme de toutes les façons possibles ; nous lui avons fait passer tous les tests physiologiques et tous les tests psychologiques et tout ce que disait le patient était : « Je meurs samedi. Je meurs samedi, à 10 heures du matin, à telle et telle date. »

L'homme dormait bien et mangeait bien. Sa pression artérielle était bonne, ses constantes sanguines étaient normales, tous les éléments de son examen physique étaient satisfaisants. Le samedi matin, nous nous sommes rassemblés et nous avons regardé le patient mourir à 10 heures. L'autopsie n'a pas montré une quelconque raison à la mort du patient.

Beaucoup d'études dans la littérature sur la médecine psychosomatique rapportent ce genre de décès étrange. Vous voyez le même phénomène dans les peuplades primitives lorsqu'ils disent qu'ils vont mourir à la suite d'un sort ou d'une pratique de vaudou. La mort auto-induite est extrêmement intéressante parce qu'elle montre les effets des pensées, des sentiments, des attitudes et des croyances sur le fonctionnement du corps humain. Vous pouvez observer les choses les plus surprenantes qui arrivent aux gens comme un résultat de leurs croyances et de leurs sentiments. Ces mêmes mécanismes sont ceux que vous essayez de diriger et d'utiliser de façon positive dans l'hypnose.

LA MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE EN TANT QUE PRÉCURSEUR DES APPLICATIONS MÉDICALES MODERNES DE L'HYPNOSE

Depuis fort longtemps l'hypnose est connue mais, sur le plan d'une reconnaissance scientifique, son histoire est plutôt courte. Ceci est dû au fait qu'on a considéré l'hypnose en termes de mysticisme, d'occultisme et de superstition. Mais, en fait, l'hypnose est une affaire de mécanismes mentaux. Pourquoi la science ne s'intéresserait-elle pas au fonctionnement de ces mécanismes ? Les cellules cérébrales contrôlent le corps de manière très variée – neurologiquement, physiologiquement aussi bien que psychologiquement.

L'hypnose a vraiment connu ses débuts dans la médecine moderne au cours de la seconde décennie de ce siècle lorsque des gens se sont intéressés à ce concept bizarre appelé « la médecine psychosomatique ». Frances Dunbar a été très critiquée et frappée d'ostracisme lorsqu'elle a commencé ses études sur la médecine psychosomatique, car qui au monde allait croire que des soucis d'affaires ou des soucis matrimoniaux ou n'importe quel genre de soucis dans la tête pourraient provoquer des ulcères à l'estomac !

Pourtant, le grand public a adopté cette notion, comprenant que des soucis, qu'ils soient réels ou imaginaires, pourraient produire un grand nombre de plaintes physiques et d'altérations physiologiques. Et parce que le grand public était derrière la notion de médecine psychosomatique, les médecins, qui en ont tellement douté, ont été littéralement forcés de la prendre en compte et de l'étudier. Avec cette reconnaissance de l'importance du fonctionnement cerveau/esprit sur le reste du corps et le développement ultérieur de la médecine psychosomatique, des dispositions étaient enfin prises pour l'introduction de l'hypnose en tant que technique adjuvante dans la pratique de la médecine.

LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU : DES CAPACITÉS ÉNORMES POUR DES APPRENTISSAGES NOUVEAUX ET DES APPRENTISSAGES PERDUS : LES EXPÉRIENCES DE LASHLEY

Nous ne savons vraiment pas comment fonctionne le cerveau. Il y a trop de milliards de cellules cérébrales pour que nous puissions

avoir une conception très précise de la complexité des altérations du cerveau.

Et lorsque vous regardez la chimie du corps, vous voyez la même complexité : comment se fait-il que simplement une petite quantité de n'importe quelle substance particulière soit nécessaire pour produire des changements phénoménaux dans le corps ? Il a été mentionné ce matin qu'1/500 000 de mg de sécrétine active la vésicule biliaire. Maintenant, il ne s'agit pas d'une grande quantité mais elle peut produire une réaction énorme de la vésicule biliaire, laquelle affecte tous les processus digestifs. Ainsi dans quelles proportions le fonctionnement d'une seule cellule cérébrale ou d'un ensemble de cellules cérébrales modifie-t-il le fonctionnement du corps humain ?

Les expériences avec les rats conduites par Lashley dans les années vingt viennent à l'esprit. D'abord, Lashley a appris aux rats à parcourir un labyrinthe. Puis il est intervenu sur le cerveau de ces rats pour découvrir l'endroit où l'information concernant le parcours du labyrinthe avait été stockée et commença à détruire ces premiers modèles d'apprentissage. Puis il a remis les rats dans le labyrinthe et leur a appris à le parcourir pour une seconde fois. Un grand nombre d'interventions expérimentales ont été nécessaires pour découvrir l'endroit où le second modèle d'apprentissage s'était formé. Lashley a répété le cycle entier ; détruisant le second modèle d'apprentissage et faisant en sorte que les rats apprennent encore une autre fois. Je pense, en fin de compte, que Lashley a appris aux mêmes rats la façon de parcourir le labyrinthe en utilisant cinq modèles cérébraux différents. Temple Bailey a fait la même chose et l'expérience a depuis été répétée par beaucoup de chercheurs. Cela démontre *que lorsqu'une partie du cerveau est endommagée, vous pouvez faire appel à une autre partie du cerveau pour développer l'apprentissage perdu.*

L'HYPNOSE ET LE FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL
NOUVELLES IDÉES POUR SUSCITER
DES POTENTIELS INEXPLOITÉS :
L'AMNÉSIE ET LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

En hypnose, nous offrons des idées à un patient, à une personne, à un sujet. Nous demandons à l'individu d'apprendre à partir de la richesse de ses cellules cérébrales – à partir de la richesse de ses capacités potentielles – une façon nouvelle et différente de fonctionner. Lorsque l'individu peut être vraiment sans critique – lorsqu'il veut recevoir une idée dans le but de l'examiner – alors seulement l'hypnose peut être efficace. *L'hypnose est un moyen de communiquer des idées ; c'est un moyen de demander aux gens d'accepter des idées pour les examiner, c'est un moyen de découvrir les significations intrinsèques et de décider alors d'agir ou de ne pas agir selon ces significations particulières.*

Quels sont les comportements qu'on peut accomplir sous l'hypnose ? Il n'y a vraiment aucun comportement que vous ne puissiez réaliser dans l'état hypnotique, que vous ne puissiez pas réaliser dans l'état éveillé ordinaire de tous les jours. L'avantage avec l'hypnose est que vous pouvez contrôler, diriger et prolonger ce comportement qui simplement surgit dans la vie ordinaire de tous les jours. Peut-être le meilleur exemple est l'amnésie. Si je demandais à n'importe qui d'entre vous d'oublier quelque item spécifique, vous auriez beaucoup de difficulté à le faire dans votre état éveillé ordinaire. Mais combien de fois avez-vous été présenté à quelqu'un, avez-vous entendu le nom de la personne, avez-vous serré la main avec la bonne résolution de vous rappeler le nom qu'on vient de vous mentionner ; et pourtant, au moment où vous laissez tomber la main vous oubliez le nom ? L'oubli instantané est aussi facile dans l'état d'éveil ordinaire en dépit de vos souhaits, que dans l'état hypnotique. Donc, vous utilisez l'hypnose pour demander aux gens de fonctionner comme ils le font dans la vie ordinaire de tous les jours mais pour faire ainsi à un moment donné et pour une durée déterminée. Vous leur demandez d'utiliser des apprentissages par l'expérience et des capacités selon des modes dont ils n'étaient pas précédemment conscients.

La plupart d'entre nous ne savons pas vraiment ce que nous sommes capables de faire. Vous pensez que vous ne pouvez pas contrôler la douleur, et pourtant chaque dentiste peut vous dire comme il est facile pour les patients de perdre leur mal de dents sur le chemin du dentiste. Chacun de vous sait que vous pouvez avoir

un affreux mal de tête et le perdre en regardant un film plein de suspense ; vous ne le perdrez *pas* parce que vous avez reçu une injection intraveineuse contre la douleur mais parce que votre attention a été attirée par des choses plus irrésistibles – même si ce mal de tête était la chose la plus irrésistible il y a quelques minutes.

Vous avez une très sévère douleur, une douleur massive et pourtant, si quelque chose arrive qui vous distrait de cette douleur, vous la perdrez. Les soucis, les peurs, les angoisses et les douleurs les plus pesantes peuvent être perdus instantanément à la vue d'un accident de voiture. Vous les oubliez simplement. Comment le cerveau arrive-t-il à abolir des expériences subjectives accablantes simplement parce qu'une autre expérience visuelle intervient ? En hypnose, vous faites appel à ce vaste ensemble de cellules cérébrales dont nous sommes tous pourvus mais, qu'en fait, nous ignorons.

J'aimerais mettre l'accent dans ces remarques introductives sur le fait que nous savons en fait très, très peu de choses à propos du fonctionnement cérébral, à propos de la physiologie humaine, à propos de la neurologie humaine ; et que nous devons tout à fait garder un esprit ouvert à propos de toutes les possibilités de combinaison et de permutation de ces innombrables milliards de cellules cérébrales.

LA NÉGATION ASSOCIANT LA TRANSE À UN COMPORTEMENT INÉVITABLE : SUGGESTIONS CONTINGENTES POUR LE RÉVEIL

J'aimerais démontrer une technique que j'utilise très fréquemment. Ce n'est pas habituellement une technique qui prend beaucoup de temps mais, aujourd'hui, je vais la ralentir pour la démonstration. Je vais demander à quelqu'un de se porter volontaire – quelqu'un qui n'a jamais été sujet pour l'hypnose. [Apparemment, une personne de l'auditoire se lève et commence à s'avancer. Erickson commence une induction de transe.]

E. — Maintenant, rien ne presse pour s'avancer. Lorsque vous arrivez dans l'allée, simplement arrêtez-vous et attendez. Maintenant, ce que j'aimerais que vous fassiez est ceci : remontez ici très, très lentement et en marchant lentement j'aimerais que **vous soyez très sûre que vous n'entrez pas en transe avant de vous asseoir ici dans ce siège**. Maintenant, approchez très lentement avec vos mains sur le côté, plus lentement, plus lentement. C'est ça, et décidez-vous **à ne pas entrer en transe avant de vous asseoir dans ce siège**. Maintenant, restez debout devant le siège et lentement préparez-vous et lentement asseyez-vous, et fermez vos yeux, et prenez une respiration profonde, et entrez de plus en plus profondément en transe.

Et lorsque vous commencez à réaliser que vous entrez de plus en plus profondément – lorsque vous commencez à réaliser cela, et pas avant que vous ne commenciez à réaliser que vous entrez de plus en plus profondément –, vous allez remarquer que votre tête s'abaisse lentement vers votre poitrine et un tout petit peu plus, et votre tête alors lentement va se baisser un tout petit peu plus, très lentement alors que vous le réalisez de plus en plus. Et alors que vous réalisez que vous n'êtes pas loin de vous réveiller, votre main gauche va commencer lentement à descendre vers vos genoux et lorsqu'elle arrive sur vos genoux, vous allez être tout à fait réveillée, alerte, détendue. Qu'aimeriez-vous dire ?

S. — Rien de particulier.

E. — Rien de particulier à dire.

S. — Je ne sais vraiment pas.

E. — Savez-vous que vous étiez en train de baisser la tête ? Soudainement, vous avez modifié tout à fait les mouvements de votre corps. Vous étiez tout à fait prête lorsque vous êtes arrivée à cet endroit où le sol devient horizontal. Vous vous êtes réveillée un peu lorsque vous avez touché la rampe avec votre main. Vous êtes venue ici et je vous ai fait hésiter : je vous ai fait hésiter pour que vous ayez l'occasion de rétablir la sensation que vous avez eue lorsque vous avez atteint la partie horizontale du sol. Et puis, lorsque vous vous êtes assise, que s'est-il passé ? Je vous ai fait fermer les yeux. Quoi d'autre ? Après un certain temps, j'ai levé votre bras.

Remarquez l'aplatissement du visage qui se produit immédiatement, aussi bien que le manque d'attention à ce que je dis au public. Si je parlais à propos de n'importe qui d'entre vous, vous auriez immédiatement été gêné, pourtant notre volontaire ici montre très peu de gêne et elle ne montre aucune tendance à tourner sa tête vers moi bien que je parle d'elle. Il y a également une différence dans la manière avec laquelle elle garde sa main levée.

Je dis à beaucoup de patients alors qu'ils rentrent dans mon cabinet : « N'entrez pas en transe, s'il vous plaît, jusqu'à ce que vous soyez assis confortablement dans le siège. » Qu'est-ce que contient vraiment cette simple demande ? Il y a ici deux tâches séparées : la première est de s'asseoir dans le siège et la seconde est qu'une sensation de confort s'installe. Les patients ne réalisent pas qu'il y a deux tâches séparées dans la demande. Et que se passe-t-il lorsqu'ils remplissent ces deux tâches ?

Maintenant je sais que lorsque les patients pénètrent dans le bureau, ils vont s'asseoir dans un siège et je sais également qu'ils veulent se sentir confortables dans ce siège. Je lie simplement cette question d'entrer dans une transe hypnotique à une tâche dont je sais qu'ils vont la remplir automatiquement ; et puisqu'ils vont s'asseoir dans le siège et puisqu'ils veulent se sentir confortables, j'ajoute simplement à ces deux tâches une troisième, à savoir : entrer en transe après qu'ils se furent assis dans le siège. Seulement j'exprime négativement la demande car alors il n'y a aucune raison pour que les patients résistent puisque la résistance est indirectement déchargée par mon usage de la négation(24), ainsi la demande satisfait le patient et répond à la situation de façon très adéquate.

L'HYPNOSE EN TANT QUE CONCENTRATION INTÉRIEURE ET AUTO-EXAMEN

[Se déroule maintenant un dialogue verbal entre Erickson et le public, lequel a été perdu dans l'enregistrement. Au moment où l'enregistrement reprend, un membre de l'auditoire est en train,

apparemment, de clarifier quelque chose qu'Erickson vient juste de dire.]

Q. — Vous voulez dire que de ne pas mentionner le mot *hypnose* ? Vous ne l'utilisez jamais, n'est-ce pas ?

E. — Pas très souvent. Vous avez des ennuis avec votre femme et elle avec vous. Et vous n'avez vraiment pas besoin de me dire beaucoup de choses là-dessus parce que vous comprenez où est le problème et vous en savez plus que moi sur la façon dont votre femme se sent, parce que je ne l'ai pas rencontrée. Et lorsque vous commencez à réfléchir là-dessus et à creuser dans votre esprit, vous pouvez vraiment vous absorber dans cet effort de compréhension sur ce qui se passe en vous lorsque vous avez des problèmes, lorsque vous cherchez à comprendre et *j'aimerais que vous ayez un sentiment de confort lorsque vous commencez à examiner ces idées*. Rien d'autre n'est vraiment important sauf la compréhension de votre problème et la compréhension de la façon dont vous voulez vous sentir et la compréhension des raisons pour lesquelles vous voulez réagir d'une certaine façon.

Maintenant, vos sentiments peuvent être positifs, ils peuvent être négatifs mais *j'aimerais que vous vous sentiez extrêmement confortable à propos de cette question d'un examen direct et soigneux dans votre propre esprit* de toutes ces choses qui vous bouleversent sur le plan émotionnel – qui peut-être vous bouleversent selon des modalités très variées – et donnez simplement votre attention à ces choses particulières. Et vous pouvez sélectionner dans tout ce que je dis les mots qui ont une signification par rapport à votre problème.

LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU ET LA PSYCHOPATHOLOGIE : DES POSSIBILITÉS ILLIMITÉES POUR LE DYSFONCTIONNEMENT

Pour ce qui concerne cette question de la psychopathologie, le point sur lequel j'aimerais insister est celui-ci : qu'il y a très, très peu

de choses que vous puissiez enseigner à des gens sur la psychopathologie qu'ils ne soient pas capables de comprendre beaucoup mieux que ce que vous pouvez leur en expliquer. Maintenant, cela peut sembler plutôt bizarre, mais je pense que cet exemple illustrera cette question.

Il y a quelques années, j'ai participé à un projet de recherche sur la schizophrénie au *Worcester State Hospital* dans le Massachusetts. Un garçon de seize ans, venant d'une communauté rurale très isolée, a été amené pour me voir. Ses parents étaient illettrés ; ils ne croyaient pas à l'éducation ; ils ont seulement permis à ce garçon de seize ans de suivre les premières classes du primaire.

Faire un examen psychologique à ce garçon s'est révélé être pour moi une expérience tout à fait stupéfiante car il m'a donné une telle collection riche de délires et d'hallucinations parmi lesquels j'en ai retrouvé un certain nombre provenant de mes lectures sur le folklore. Un de ses délires était tout à fait comparable à la rose de l'Afrique centrale dans *The Golden Bow* de Frazier. J'ai vérifié pour voir s'il avait lu *The Golden Bow* mais, comme on pouvait s'y attendre, cela n'a pas été le cas. Il avait à garder sa main devant sa bouche pour que son âme ne s'échappe pas.

Je lui ai demandé : « Que se passerait-il si vous crachiez sur quelqu'un ? »

Il répondit : « Je perdrais mon âme, sauf si vous étiez un de mes amis. Je pourrais cracher sur la main d'un de mes amis et je pourrais lui faire confiance, car le crachat serait mon âme – serait ma vie. »

Je lui ai demandé de dessiner des hommes et des femmes et puis j'ai recherché mon exemplaire de Princehorn. C'est en allemand et ce livre contient les œuvres d'art de malades mentaux. Mon patient illettré de seize ans avait dessiné des hommes et des femmes qui ressemblaient beaucoup à ceux que Princehorn avait reproduit et provenant de ses patients vivant en Allemagne au tournant du siècle. Maintenant, mon patient n'est pas né en 1900 ou aux alentours ; et certainement il ne pourrait pas lire l'allemand ; en fait, il ne pourrait lire aucune langue. Cependant, il avait le système

délirant et hallucinatoire le plus compliqué et le plus élaboré que j'aie jamais rencontré. J'étais étonné – un gosse de seize ans sans éducation, illettré avec un système délirant et hallucinatoire hautement compliqué et hautement élaboré que je pourrais comparer aussi bien avec mes lectures du *Golden Bow* de Frazier qu'avec le livre de Princehorn ! Comment ce gosse pouvait-il développer des idées aussi compliquées que les siennes et à partir de rien !

Ce patient m'a donné un énorme respect pour ce que l'esprit humain est capable de faire. Toutes ces cellules cérébrales que nous possédons peuvent agir et produire toutes sortes de permutations, si bien que vous pouvez avoir toutes les variétés possibles de la psychopathologie. Chaque fois que vous utilisez l'hypnose avec un patient, vous devriez garder à l'esprit que le patient pourrait faire des choses d'une façon plutôt bizarre et d'une manière très inattendue.

LA PSYCHOPATHOLOGIE ET L'APHASIE : LE CAS ÉTONNANT DES MOTS INTERROMPUS

Je ne sais pas ce que vous savez sur l'aphasie, mais pour commencer, il y en a divers types. Vous avez tous étudié l'anglais à l'école primaire, à l'école secondaire, à l'université. Vous savez ce qu'est un adjectif, un adverbe, un nom et ce qu'est une préposition. Mais comment se fait-il que les gens développent une aphasie pour les noms à la suite, disons, d'un accident cérébral ? Ils peuvent parler librement et facilement mais ils ne peuvent pas énoncer un seul nom parce qu'ils souffrent d'une aphasie nominale. Ils ne connaissent pas les noms des choses.

Puis vous pouvez avoir des patients souffrant d'une aphasie des adjectifs : ils ne peuvent pas dire « jolie fille » ; ils ne peuvent pas dire « une fille grosse » mais ils peuvent regarder du lard et l'appeler « gras », car le mot *gras* est un nom et pas un adjectif.

Maintenant, comment le cerveau arrive-t-il à faire ce genre de choses ? Je peux penser à un homme qui avait un type particulier d'artériosclérose. Je lui ai demandé de me raconter une histoire et il

commença alors à me donner sa propre histoire à partir du début. Cet homme me raconta une histoire cohérente et pleine de signification mais elle était terriblement détaillée – il était aussi loquace que possible. Alors que je l'écoutais, j'ai remarqué qu'il avait une certaine habitude avec ses mots, qu'il y avait une certaine longueur dans ses phrases, une certaine rigidité dans son débit.

Maintenant, j'avais mes étudiants en médecine avec moi à ce moment-là et j'ai vu dans cette situation l'occasion d'une démonstration impromptue. Ainsi, alors que le patient était au milieu d'un mot – disons le mot *souvenir* –, j'ai claqué les mains ou brusquement fermé un livre pour l'interrompre et commencer à discuter avec mes étudiants en médecine : je me mettais en colère contre l'un d'eux et critiquais un autre, créant en général une situation émotionnelle violente, à leur plus grande perplexité. J'ai laissé évoluer l'accrochage pendant environ cinq minutes, calmant tout le monde avant de dire au patient de continuer. Ce qu'il fit, reprenant par « nir » – dernière syllabe du mot « souvenir ».

J'ai arrangé une autre interruption au milieu d'un autre mot et quand j'ai dit au patient de continuer, il a repris le mot exactement au point où je l'avais interrompu. Puis les étudiants en médecine ont compris ce que je faisais et ils commencèrent à l'interrompre. Il s'est avéré que vous pouviez interrompre cet homme pendant une minute, pendant cinq minutes, pendant dix ou vingt minutes mais quand il reprenait, son « aiguille » était toujours dans le même sillon et son « disque » reprenait au point exact de l'interruption.

J'ai découvert également que je pouvais lui demander l'heure et il regardait sa montre, me répondait et reprenait son histoire, de nouveau, au point exact de l'interruption ! Comment l'esprit humain fait-il ce genre de choses ? Plus étonnant encore, comment un cerveau endommagé par l'artériosclérose fait-il ce genre de choses ? Ainsi lorsque vous considérez la psychopathologie, vous devriez avoir un très grand respect pour le cerveau humain qui produit cela.

DÉPASSEMENT D'UN ACCIDENT CÉRÉBRAL ET L'ÉVOCATION DES APPRENTISSAGES NOUVEAUX PAR LA COLÈRE, LA

PROVOCATION ET LA FRUSTRATION : « LA PURÉE DE POIS CHAUDE » DE JEANNETTE

Je peux penser à un autre cas que j'ai publié dans *The American Journal of Clinical Hypnosis*([25](#)).

Jeannette ne pouvait pas parler à la suite d'un accident cérébral. Elle a perdu la capacité de parler, et la perte avait une origine organique. Elle avait tenté de parler pendant deux ans après l'accident mais tout ce qu'elle pouvait sortir après quinze minutes de lutte déchirante était dans un long bégaiement : « je » ; encore quinze minutes de lutte et sortait le mot « ne peux » ; et encore quinze minutes de lutte faisait sortir le mot « parler ». Toute l'épreuve était une chose horriblement pénible à observer. Elle luttait, se tordait et se tournait avec tellement d'effort et de frustration.

Jeannette avait recouvré sa capacité de marcher aussi bien que toutes les autres capacités majeures, mais elle souffrait encore d'un syndrome thalamique douloureux du côté droit. Quatre prestigieuses cliniques neurologiques lui ont donné une espérance de vie de deux à trois ans. Au cours des deux ans qui ont suivi le diagnostic, elle est restée allongée chez elle sur un canapé, fumant des cigarettes et le regard fixé au plafond. Elle allait se coucher à 22 h 30, elle se levait le matin à 10 h 30, elle prenait en même temps son petit déjeuner et son déjeuner, elle retournait sur le canapé, fumait des cigarettes, fixait le plafond, prenait son dîner, retournait sur le canapé et fumait. Son mari et ses fils ont tous essayé de lui parler ; des amis étaient venus pour essayer de la mobiliser, mais la pauvre Jeannette restait simplement là en train de végéter. Il était parfaitement évident que, tôt ou tard, elle allait mourir. Visiblement, elle régressait. Finalement, son mari l'a amenée chez moi, car son généraliste avait recommandé l'hypnose comme dernier recours.

J'ai vu Jeannette le 1^{er} juillet. J'ai jeté un regard vers cette misérable femme et je me suis demandé pourquoi j'avais choisi d'exercer la médecine car il n'y avait rien de plus désespérant au monde que cette patiente ! Ici, il s'agissait d'un cas où l'origine organique de la psychopathologie avait été établie et elle suivait toutes les lois de la neurologie. Qu'est-ce qu'on pouvait bien faire

avec ça ? Pendant que je réfléchissais, j'avais le sentiment suivant : si je pouvais créer chez cette patiente suffisamment de frustration, suffisamment d'anxiété, suffisamment de crainte, suffisamment de colère, suffisamment de dégoût, suffisamment de perplexité, suffisamment de curiosité, pour que ses cellules cérébrales aient à travailler de façons très variées – peut-être puis-je lui enseigner alors à nouveau la façon de parler.

J'ai développé un plan assez élaboré dont j'ai parlé alors à son mari. La première partie du plan exigeait une compagnie appropriée et disponible à plein temps. J'ai fait la connaissance d'une parente de Jeannette, Edith, qui pouvait parler à la vitesse d'environ deux cent cinquante mots à la minute ! Edith aimait parler et c'était très difficile de l'interrompre. J'ai amené Edith dans mon cabinet et je lui ai expliqué ce que je voulais qu'elle fasse. Elle accepta sans hésitation et elle s'est avérée une compagnie très coopérante.

Je lui ai d'abord dit que je voulais qu'elle joue au jeu de « Purée de pois chaude » : « Purée de pois chaude, purée de pois froide, purée de pois depuis neuf jours dans le pot »⁽²⁶⁾. Je ne connaissais pas tous les mouvements de main qui accompagnaient la rime, j'ai ainsi demandé à ma femme de venir et de montrer à Edith les mouvements corrects. Edith commença à retrouver les souvenirs de tout le jeu dans son enfance et elle devint capable maintenant d'y jouer de façon tout à fait aisée et vivante. Tout au long de la journée, à des intervalles de cinq à dix minutes, Edith jouait au jeu de « Purée de pois chaude » avec Jeannette, et Jeannette avait à rester assise ou à rester debout et à endurer tout le jeu. Pouvez-vous imaginer comme c'est agaçant et frustrant et pénible d'être interrompue et d'être obligée de jouer à un jeu idiot et ridicule – peu importe ce que vous étiez en train de faire – toutes les cinq à dix minutes tout au long de la journée ! Et j'ai fait promettre à Jeannette avant cela qu'elle ferait tout ce que je lui ordonnais de faire. J'ai clairement indiqué que ce que je disais avait valeur de loi et qu'elle avait à obéir à chaque instruction que je lui donnerais si elle allait apprendre à parler de nouveau, quel que soit son caractère insondable.

Edith jouait sans fin au jeu de « Purée de pois chaude » avec Jeannette. Jeannette était en train de prendre une douche et Edith entrait dans la douche et jouait à : « Purée de pois chaude, purée de pois froide », tapant et tapotant ses mains convenablement ; Jeannette était dans son bain et Edith entrait, s'asseyait sur le bord de la baignoire et chantait : « Purée de pois chaude, purée de pois froide... » ; Jeannette était en train de dîner et Edith interrompait avec encore : « Purée de pois chaude. » Edith trouvait les moments les plus choquants pour interrompre Jeannette et la pauvre Jeannette était obligée de jouer ce jeu, tout en éprouvant un terrible ressentiment.

Maintenant, aussitôt que Jeannette avait éprouvé suffisamment de ressentiment, un état de ressentiment assez intense, j'ai demandé à Edith d'introduire l'étape suivante. Avez-vous jamais écouté un bègue et senti votre langue se bloquer et vos lèvres se tordre et votre corps tout entier se raidir et s'agiter en écoutant cet homme tenter de sortir ces mots ? Edith a commencé maintenant à bégayer la comptine de la « Purée de pois chaude ». Et la pauvre Jeannette éprouvait tellement de ressentiment, qu'elle était tout à fait dans un état de ressentiment. Jeannette savait qu'Edith normalement ne bégayait pas, mais Edith était merveilleuse en linguistique. Elle pouvait bégayer de la façon la plus pénible et la plus authentique jusqu'à ce que Jeannette s'écrie : « CHAUDE ! » Elle ne pouvait pas faire autrement. Elle éprouvait un tel ressentiment et elle était dans un tel état de détresse que tous les muscles de son corps commençaient à répondre à cette exaspération. Bien, cela n'a pas pris beaucoup de temps avant que Jeannette ait dit « Purée » et elle a dit « pois » et elle a dit « chaude ».

À ce moment-là, j'ai de nouveau demandé à Edith de modifier le plan du jeu. Edith réveillait Jeannette le matin et demandait : « Aimerais-tu des œufs et des toasts et du bacon et du café pour le petit déjeuner ? » Et Jeannette qui n'aimait pas le thé glacé faisait signe avec la tête, très heureuse, qu'elle acceptait le menu proposé. Jeannette prenait sa douche et s'habillait et sortait pour prendre ce petit déjeuner agréable et là sur l'assiette il y avait naturellement des carottes coupées, des feuilles de céleri, une pomme de terre crue et

du thé glacé (ou peut-être simplement des glaçons !) et Edith se mettait à jacasser d'un air heureux à la vitesse de deux cent cinquante mots par minute au sujet de ce délicieux petit déjeuner et Jeannette regardait son assiette avec une grande perplexité et Edith ajoutait : « Rappelle-toi, le Dr Erickson t'a dit que tu devais finir ton assiette à chaque repas. » Jeannette essayait et essayait péniblement de dire : « Mais-je-ne-mange-pas-de-pomme-de-terre-crue ! »

Finalement, Jeannette a réussi à faire sortir cette phrase-là mais seulement après avoir été poussée et forcée par d'innombrables exaspérations. Edith sortait Jeannette pour le dîner, lui tendait le menu et Jeannette désignait l'endroit où était écrit *pomme de terre*. Au début, pourtant, Jeannette n'était pas capable de lire. J'ai découvert qu'elle souffrait d'une alexie. Elle désignait du doigt avec hésitation et avec espoir comme pour dire : « Tu commandes pour moi. » Edith, bien sûr, avait auparavant découvert tous les aliments que Jeannette n'aimait pas manger ; et Edith commandait joyeusement tous ces aliments non souhaités, et Jeannette devait finir son assiette car le Dr Erickson avait dit de faire ainsi. Il n'a pas fallu longtemps pour que Jeannette apprenne à lire et elle pouvait désigner le mot *pomme de terre* et dire avec hésitation « pomme-de-terre ». Et lorsque Jeannette indiquait les mots *pomme de terre au four* (mais sans les prononcer), Edith, à la place de cela, commandait gaiement une salade de pommes de terre, ce qu'elle savait que Jeannette n'aimait pas. En d'autres termes, un effort incomplet ne suffisait pas. Jeannette pouvait dire « steak » – vous savez – un steak très, très, très bleu – et c'est ce qu'elle recevait et elle devait finir son plat.

J'ai demandé à Edith de mettre en échec Jeannette de toutes les façons possibles. Lorsque j'ai pensé qu'Edith avait appris à Jeannette tout ce qui était imaginable d'apprendre, j'ai fait embaucher une autre compagne. Loïs était une fille de dix-huit ans, douce, timide et adorable, qui ne voulait offenser personne ; qui avait immédiatement les larmes aux yeux quand elle pensait qu'elle avait fait quelque chose de mal. Maintenant, j'avais aussi hypnotisé Loïs pour renforcer son hypersensibilité et pour renforcer sa facilité à fondre en larmes. (J'ai également tenté d'hypnotiser Jeannette à

plusieurs occasions, mais j'ai seulement réussi en utilisant des techniques extrêmement indirectes.)

J'ai élaboré un plan spécifique avec cette nouvelle et jeune compagne ; je pensais que ce plan convenait particulièrement à sa personnalité par rapport à celle de Jeannette. Jeannette détestait la musique à la mode ; elle détestait le rock bruyant et en fait tout le rock. Est-ce que vous avez jamais été forcé d'écouter la même musique, celle que vous détestez, pendant des heures ? Jeannette était forcée d'écouter du rock très fort et très bruyant, pendant des heures ; et, pis encore, elle devait écouter Loïs en train de battre la mesure – mais pas en mesure ! Il n'y a rien de plus exaspérant au monde. Jeannette devrait regarder Loïs en train de battre la mesure mais toujours en dehors de la mesure, et la pauvre Jeannette luttait pour lui dire de battre la bonne mesure. Donc j'ai demandé à Jeannette de battre la mesure avec la main droite, puis avec la main gauche, avec le pied droit et avec le pied gauche. Je lui ai alors donné à affronter le problème compliqué de pied gauche, main droite – pied droit, main gauche ; et puis en inversant sur le même modèle. Maintenant, je ne savais pas ce que donnerait exactement cet encroisement, mais je savais qu'elle avait eu une hémorragie cérébrale, une intervention au niveau du cerveau et qu'elle avait maintenant un cerveau sévèrement atteint. Donc, je me demandais combien de faisceaux nerveux avaient été atteints et combien de nouveaux faisceaux elle pourrait créer : d'où l'exercice d'entrecroiser, d'alterner le pied droit et le pied gauche, d'alterner la main droite et la main gauche, de croiser d'une façon et de revenir, de croiser d'une autre façon et puis de revenir. Je l'ai entraînée à cette routine sans fin, à la fois en mesure avec la musique et en dehors du rythme. Quelle lutte épouvantable en Jeannette pour faire tout ceci !

Ensuite, j'ai fait danser Jeannette avec Loïs. Mais maintenant Jeannette ne pouvait pas faire un pas en arrière. J'ai compris moi-même ce problème particulier car, depuis mon attaque de polio en 1919, il est très difficile pour moi de faire un pas en arrière. Si je ne fais pas attention, je tombe parce que tout simplement quelque chose va mal avec la coordination de mes jambes ; je ne sais pas me mettre en équilibre. J'ai vérifié avec Jeannette, dès que j'ai su

qu'elle avait une atteinte cérébrale, pour déterminer ses capacités à la marche et, en effet, Jeannette ne pouvait pas faire un pas en arrière. Donc, j'ai fait danser Loïs avec Jeannette : j'ai fait danser Loïs en dehors du rythme, j'ai demandé à Loïs de mener, j'ai demandé à Loïs de suivre. En dansant, bien sûr, vous faites des pas en arrière.

Maintenant, je peux vraiment me mettre en colère contre quelqu'un si je le veux et j'ai réduit la pauvre Loïs à une flaque de larmes en me mettant en colère contre elle devant Jeannette pour n'avoir pas fait quelque chose correctement. Jeannette avait un sens maternel très prononcé et elle était tout à fait furieuse contre moi car ce n'était pas la faute de Loïs et Jeannette avait vraiment envie de me renvoyer sur les roses. Avec cette colère tout à fait intense, Jeannette en était arrivée au point où elle pouvait de temps à autre faire éclater un, deux, même trois mots. Il m'a fallu du début du mois de juillet au début du mois de novembre pour faire de Jeannette une si bonne causeuse !

Jeannette a appris à lire de nouveau mais à cause de son alexie elle ne pouvait pas épeler correctement. Après l'avoir renvoyée chez elle, je lui ai joué un mauvais tour en lui demandant de m'écrire une lettre chaque semaine. Je lui ai dit que je lirais la lettre chaque semaine et que s'il y avait une seule erreur je la lui renverrais pour la corriger et pour la réécrire. Remarquez, je ne lui ai jamais indiqué les erreurs – j'ai simplement renvoyé la lettre avec la constatation : « Écrivez de nouveau », et la pauvre Jeannette était obligée de parcourir la lettre pour trouver ses propres erreurs. Ce qui voulait dire que la semaine suivante Jeannette me devait deux lettres : celle qui était corrigée et une nouvelle ! Elle travaillait très dur pour lire ses lettres jusqu'au bout et pour corriger les erreurs d'orthographe jusqu'à ce que, finalement, elle ait appris à lire couramment et facilement ; elle pouvait lire le journal à haute voix et le lire correctement ; et elle pouvait m'écrire une lettre sans plus d'une ou deux erreurs.

J'utilisais l'hypnose avec Jeannette mais seulement indirectement. Après que Jeannette eut appris à parler de nouveau, elle bavardait avec moi dans mon salon (mon cabinet est dans ma

maison), et elle bavardait avec ma femme et mes enfants qu'elle connaissait également et c'était pour tout le monde une très agréable visite dans le salon. Mais dès que Jeannette retournait dans mon cabinet, son visage se figeait, ses mouvements devenaient guindés, elle prenait un siège et elle ne voyait ou n'entendait rien d'autre que moi et ma voix.

Jeannette habitait une nouvelle maison à Tucson, son mari l'a fait spécialement construire pour elle. Ils ont déménagé du Wisconsin dans l'Arizona afin d'être près de moi, mais Tucson est à 200 kilomètres de Phoenix ; ainsi Jeannette ne pouvait pas devenir trop dépendante par rapport à moi. Je suis allé rendre visite à Jeannette dans sa nouvelle maison. Elle en était très fière et me l'a fait visiter entièrement. Dès mon arrivée, et pendant toute la visite, Jeannette a joué carrément le rôle d'une hôtesse avec un invité, mais quand nous nous sommes assis pour l'entretien, elle est entrée rapidement en transe.

Elle m'a dit : « Vous savez, il m'arrive quelque chose lorsque vous commencez à parler comme un médecin. Tout change. Est-ce que je suis en transe hypnotique ? »

J'ai répondu : « Vous êtes dans le genre de transe qui va vous aider par rapport à tout. »

J'ai vu Jeannette régulièrement chaque mois pendant quatre mois jusqu'à ce qu'elle meure finalement d'une nécrose rénale provoquée par un excès de prise de phénacétine pour ses douleurs thalamiques. Elle avait un syndrome thalamique : des douleurs du côté droit. Même un très léger attouchement amenait Jeannette à faire une grimace et à avoir des larmes aux yeux. Ce léger attouchement faisait mal. Jeannette avait de grandes difficultés. Je n'ai pas tellement pu réduire ce syndrome thalamique. Je l'ai réduit au point où sa robe, son bas, sa chaussure et ses vêtements ne lui faisaient plus mal ; ainsi elle pouvait s'asseoir, elle pouvait laisser tomber ses mains sur ses cuisses et ainsi de suite, et elle ne souffrait plus de cette horrible douleur thalamique. Elle a eu une intervention cérébrale afin d'essayer de réduire cette horrible douleur, mais la chirurgie n'a apporté aucune aide. Je l'ai réduite quelque peu, mais je n'ai pas pu l'éliminer entièrement.

ENTRER DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE DU PATIENT POUR
FACILITER UNE APPROCHE FRACTIONNELLE
AFIN DE RÉDUIRE UNE PHOBIE :
LA PHOBIE DES BÂTIMENTS ÉLEVÉS

J'ai pris énormément de temps pour discuter de cette question de la psychopathologie. Bien sûr, il y a beaucoup de types de psychopathologie qui n'ont pas une origine organique. Vous devriez garder à l'esprit que la meilleure approche de la psychopathologie d'un patient réside dans votre propre attitude d'empathie.

Je peux penser à un homme en particulier, qui est venu me voir pour être aidé. Il travaillait dans le secteur du bâtiment ; il avait eu sa propre société et il a construit des bâtiments élevés, mais finalement il a été obligé d'abandonner. Pourquoi ?

Il m'a dit : « J'ai peur de marcher dans la rue parce que ces bâtiments pourraient tomber et m'écraser. »

Il a été réduit à une pauvreté extrême. Simplement il ne pouvait pas se déplacer en ville parce qu'il croyait qu'il devait éviter tout bâtiment de plus de quatre étages par peur de le voir s'effondrer et l'écraser. Je lui ai donc demandé, en état de transe hypnotique, de me dire quelle serait la hauteur d'un bâtiment de cinq étages, de six étages, de huit étages, un bâtiment de dix étages, et quelle distance dans la largeur de la rue et avant le prochain carrefour, chaque bâtiment atteindrait s'il s'effondrait. Je lui ai expliqué que si un bâtiment faisait disons, 30 mètres de hauteur, il serait alors parfaitement en sécurité en marchant à une distance de 39 mètres – les 9 mètres supplémentaires étant ajoutés pour tenir compte des projectiles. Maintenant, il pouvait accepter cette logique. Elle avait un sens pour lui.

Ensuite je lui ai suggéré d'établir un plan des diverses rues et des divers bâtiments de Detroit et de calculer la distance particulière qu'il devrait respecter avec chaque bâtiment pour qu'il se sente en sécurité. Ce dont il ne s'est pas rendu compte, c'est que je lui apprenais à marcher devant chacun de ces bâtiments. Il pensait que je lui apprenais à passer devant en toute sécurité, ce que je faisais, mais en passant en toute sécurité il était tout d'abord en train de

marcher devant ces bâtiments. Avant cela, il ne pouvait pas aller au centre-ville de Detroit par peur que les bâtiments ne tombent sur lui. Mais dès que nous avons établi un plan de la ville de Detroit pour qu'il puisse, en fait, se promener ici et là, il a pris un grand plaisir à se promener ici et là.

Ensuite, nous avons commencé à nuancer les distances. Au lieu d'exiger 39 à 42 mètres de distance pour un bâtiment de 30 mètres de haut, eh bien, il pourrait marcher à une distance de 41,70 m, à une distance de 41,40 m, à une distance de 41,10 m, à une distance de 40,80 m, à une distance de 39 mètres et ainsi de suite, jusqu'à ce que, finalement, il puisse marcher seulement à une distance de 30 mètres en toute sécurité. Je lui ai également fait remarquer que vous pouvez voir le bâtiment commencer à tomber, et combien de temps faut-il pour qu'un bâtiment de 30 mètres s'effondre complètement ? Calculez cela et, pendant cet intervalle, à quelle distance pouvez-vous vous éloigner au-delà de ces 30 mètres ? Ainsi j'ai introduit un autre élément – l'élément du temps – et bientôt il avait calculé qu'il pourrait s'éloigner de 27 mètres d'un bâtiment de 30 mètres de haut, car cela lui donnerait assez de temps pour s'éloigner du danger. Mais ce que faisait réellement cet homme était de s'habituer progressivement à l'idée de passer devant des bâtiments élevés à une distance de plus en plus rapprochée.

ENTRER DANS LE CADRE DE RÉFÉRENCE DU PATIENT POUR
FACILITER UNE APPROCHE FRACTIONNELLE
AFIN DE RÉDUIRE UN SYMPTÔME :
LES 20 % D'ASTHME

Un exemple d'un autre type de psychopathologie est le patient asthmatique. Jusqu'à quel point des gens asthmatiques s'habituent-ils au fait de ne pas pouvoir respirer librement ? Je peux penser à un de mes patients, âgé de douze ans, qui souffrait d'asthme et qui était très dépendant de son inhalateur ; il l'utilisait à de très nombreuses reprises de façon à respirer confortablement pendant qu'il me parlait dans mon cabinet. Je lui ai demandé d'expliquer l'intensité de sa peur. Je n'ai pas essayé de le convaincre qu'il pourrait respirer sans

problème ; je ne lui ai pas répété le fait qu'il avait douze ans, qu'il avait de l'asthme depuis sa plus tendre enfance, et qu'il avait grandi dans un état constant de peur concernant sa respiration.

Au lieu de cela, je lui ai demandé de me dire, pour m'aider à comprendre, de me dire quelle était l'importance de ses peurs de n'être pas capable de respirer. C'était bien la première fois que quelqu'un avait souhaité écouter avec sympathie un compte rendu de ses craintes sur le fait de mourir d'un arrêt respiratoire. Et il s'est énormément intéressé à l'idée de me parler de l'intensité de ses peurs ; de ses cauchemars à propos d'un arrêt respiratoire brutal ; de la terrible constriction de sa poitrine ; des visions terribles qui lui venaient à l'esprit et ainsi de suite. Alors qu'il racontait toutes ses craintes, il est devenu tellement fasciné par le fait d'avoir enfin quelqu'un qui l'écoute vraiment, qu'il a commencé à respirer plus confortablement. Lorsque j'ai senti qu'il était suffisamment bien pour que je lui fasse remarquer cela, je lui ai dit :

« Tu sais, parler de ta peur rend ta respiration plus facile et donc j'aimerais que tu comprennes qu'une partie de ton asthme est provoquée par la peur, et une partie provient des pollens, et ainsi de suite. C'est pour cela que tu prends tes médicaments.

« Commençons par supposer que tu as 100 % d'asthme. Maintenant, tu ne remarqueras pas le changement si je réduisais cet asthme de 1 %, mais toutefois tu aurais 1 % d'asthme en moins. Supposons que je le réduise de 2 ? De 5, de 10 % ? Tu pourrais ne pas le remarquer, mais il serait tout de même réduit. »

Ensuite, je l'intéressais à l'idée que peut-être il pourrait le réduire de 10, 15, 20, 25, 30 %, et ainsi de suite ; et puis nous avons commencé à discuter du pourcentage de son asthme qu'il allait garder ! Est-ce qu'il en garderait 5, 10, 20, 30, 40 % et ainsi de suite, avec le résultat que ce patient de douze ans a décidé de garder simplement 20 % de son asthme ?

Il sentait que 20 % était la quantité d'asthme qui avait une origine organique. Ceci signifie qu'il avait modifié sa conception de son asthme presque entièrement : de le voir entièrement dû aux pollens à le voir simplement dû, pour 20 %, aux pollens, et le reste étant dû à sa propre peur. Il a opéré ici un très grand changement dans son

attitude qu'il a transféré avantageusement dans d'autres domaines de sa vie.

Vous abordez la correction de la psychopathologie par une éradication progressive et non pas en essayant de vous y opposer, de la discuter ou de l'annihiler.

L'UTILISATION DE LA PERVERSITÉ DE LA NATURE HUMAINE POUR ÉTABLIR OU ALTÉRER LE FONCTIONNEMENT PHYSIOLOGIQUE NORMAL

Une orientation tout à fait importante qu'il faut garder à l'esprit est que vous devez avoir une motivation adéquate afin de découvrir ce dont une personne est capable physiologiquement.

Ce matin, on m'a rappelé la perversité potentielle de la nature humaine, et la façon dont la perversité humaine affecte le fonctionnement physiologique. Je vais vous donner un exemple. Vous êtes au cinéma. Vous sentez le besoin d'aller aux toilettes mais vous décidez plutôt d'aller chez vous et, d'ailleurs, le film se termine bientôt. Ainsi vous restez jusqu'à la fin du film et puis un autre commence et vous arrivez à rester jusqu'au bout, mais vous décidez encore d'attendre votre retour chez vous pour aller aux toilettes. Il y a quelques embouteillages sur le chemin de retour mais vous êtes habitué à les rencontrer et vous vous débrouillez sans problème. Enfin, vous arrivez chez vous, vous montez les marches – maintenant où est la clé de la maison ??? C'est alors que les ennuis commencent et je pense que c'est comme ça qu'on a inventé beaucoup de danses.

Quelle est l'application pratique de cet exemple ? Lorsque j'ai fait mon internat, il était bien entendu qu'en aucun cas je n'utiliserais l'hypnose. J'ai solennellement accepté de ne pas utiliser l'hypnose ; et l'on m'a dit de ne même pas mentionner le mot.

Beaucoup de patients en chirurgie ont une telle rétention qu'ils ne peuvent même pas uriner d'eux-mêmes. Bien, je n'ai jamais aimé poser un cathéter à des patients. Je suis tout naturellement paresseux et ainsi lorsqu'un de mes patients en post-chirurgie développait une rétention, je disais, toujours très gentiment : « Eh

bien, tôt ou tard vous sentirez le besoin d'uriner mais j'espère que ce n'est pas cette infirmière si lente que vous appellerez en appuyant sur le bouton. » Ce n'était pas de l'hypnose, mais le patient souffrait l'agonie dans son lit, essayant de se retenir d'uriner, jusqu'à ce que cette infirmière si lente arrive !

Je peux penser à un autre exemple qui montre comment vous pouvez très bien utiliser la perversité de la nature humaine pour altérer le fonctionnement physiologique. Un après-midi, une patiente a tout simplement décidé qu'elle allait rester dans mon bureau pour le reste de l'après-midi parce que, expliqua-t-elle, elle trouvait la transe hypnotique tellement reposante et tellement confortable. Lorsqu'elle m'annonça cela, je lui ai dit que j'avais d'autres patients à voir. Elle m'a dit d'annuler leurs rendez-vous. Je lui ai dit que j'aurais à lui faire payer le temps supplémentaire. Elle a dit que cela lui convenait. Puis j'ai exprimé le pieux souhait qu'elle se sente très confortable, très reposée tout au long de l'après-midi et que j'espérais vraiment qu'elle n'aurait pas à se déranger elle-même pour aller aux toilettes. Cinq minutes plus tard, elle se trouvait aux toilettes !

Les gens se comportent de cette façon. Il y a la personne qui vous dit à quel point elle est terriblement constipée, elle vous parle de tous les médicaments qu'elle prend, de tous les lavements qu'elle supporte, comment toute cette situation est très difficile. Et vous l'amenez dans une bonne transe et vous suggérez qu'elle mange un petit déjeuner avec des toasts et du lait chaud. Puis vous exprimez l'espoir très pieux qu'elle arrive aux toilettes à temps. Certainement les toasts et le lait chaud ne favorisent pas l'activité intestinale mais le sérieux avec lequel vous exprimez l'espoir que le patient arrive aux toilettes à temps, a l'effet de susciter un fonctionnement physiologique correct.

LA DISTRACTION ET LA CONFUSION POUR ALTÉRER LE FONCTIONNEMENT PHYSIOLOGIQUE

Il y a tant de façons différentes de suggérer une activité physiologique appropriée chez le patient. Une patiente vous dit que

simplement elle n'a aucun appétit, et vous signalez que c'est mercredi. Maintenant, à l'évidence, mercredi n'a rien à voir avec le problème et elle va être assez curieuse de savoir pourquoi vous avez mentionné mercredi. Et après mercredi vient jeudi. Maintenant, c'est une constatation impressionnante et dramatique à faire, mais chacun sait que jeudi vient après mercredi ; pourquoi alors le mentionnez-vous ? Et alors la question devient vraiment : « Est-ce que cela sera vendredi ou est-ce que cela sera tôt samedi matin que votre appétit reviendra ? » Et la patiente va passer tout le jeudi à se demander : *Est-ce que cela sera tard vendredi soir ou tôt samedi matin que mon appétit reviendra ?*

Qu'avez-vous fait ? Vous avez soulevé une question et vous avez préparé le terrain pour que la patiente réorganise toutes les fonctions qu'elle possède de façon telle qu'elle retrouve son appétit.

Ensuite, il y a le patient qui dit : « La vue de certains aliments me donne des nausées et il n'y a rien que je puisse faire pour contrôler cette nausée et ces vomissements. » Que pouvez-vous faire ? Vous demandez une description détaillée de ce à quoi ressemble cette nausée et ces vomissements – ou de quel que soit le symptôme – pour que vous connaissiez le problème dans toute son horreur. Ayant obtenu cela, vous soulevez alors des questions fort intéressantes : « Pensez-vous pouvoir retenir ce symptôme pendant tout le mois de février, qui est un mois court et pendant tout le mois de mars ? Est-ce que ça durera vraiment jusqu'au 1^{er} avril ? Durera-t-il au-delà du jour de l'Indépendance ? »[\(27\)](#).

Vous soulevez toutes sortes de questions hors de propos et inconséquentes, d'une manière très impressionnante. Ce que vous faites réellement avec ces questions qui n'ont pas de sens est de retirer l'attention des patients, loin de leurs croyances rigides et inébranlables sur le fait de *ne pas* être capable de résoudre certains problèmes. Vous soulevez la question de savoir à quel moment *ils seront* capables de résoudre le problème qu'ils ont besoin de résoudre. C'est une technique de distraction ; c'est une technique de confusion ; et en cela c'est faire remarquer aux patients qu'ils feraient mieux de penser au fait qu'ils peuvent faire certaines choses et qu'ils peuvent atteindre certains résultats.

Vous avez un patient qui vous dit : « J'ai une neurodermite qui me démange terriblement. » Vous voulez savoir si cela démange plus le vendredi ou le samedi et si le pire de tout est tard dimanche après-midi. Le patient sait que vous faites une enquête approfondie et vous la faites vraiment. C'est une enquête dénuée de sens pour ce qui concerne un point de vue scientifique ; mais pour ce qui concerne le fonctionnement corporel ce n'est pas le cas.

Je me souviens d'une autre patiente qui avait une maladie de Raynaud(28), avec laquelle je me suis servi de cette approche particulière, en utilisant le jour de la semaine et l'heure du jour et ainsi de suite : « À quelle heure – est-ce que cela sera à 2 heures et demie ou à 3 heures moins le quart – aurez-vous cette bonne et chaude sensation au bout des doigts ? » Et nous avons énormément discuté de cette question ; nous sommes revenus sans cesse sur le fait de savoir si 2 heures et demie ou 3 heures moins le quart serait un meilleur moment pour avoir cette agréable et chaude sensation. Maintenant, la patiente était en état de transe au cours de notre discussion et elle savait que je prenais au sérieux ce que je disais. Elle ne se demandait pas si elle *aurait* la sensation chaude au bout des doigts ; la seule question qu'elle avait à l'esprit était de savoir à *quel moment* elle aurait cette sensation – à 2 heures et demie ou à 3 heures moins le quart. Et cela m'était égal l'heure qu'elle choisirait. Dès que je lui eus transmis cette idée nouvelle, il était facile pour elle de comprendre qu'elle pourrait avoir cette chaude sensation, cette bouffée de chaleur au bout des doigts de plus en plus fréquemment.

Avec la neurodermite, avec la maladie de Raynaud, vous vous posez la question de la modification de la circulation sanguine, du refroidissement de la peau, du réchauffement de la peau, de la localisation du symptôme – et vous discutez vraiment de toutes ces questions. Les gens ont des idées tout à fait rigides et inébranlables sur le fonctionnement physiologique et, si vous essayez de contrecarrer ces idées, je pense que vous allez vous retrouver dans une situation très désavantageuse. Vous devriez choisir une question qui peut être discutée et qui n'interfère pas avec le fonctionnement adéquat du patient. C'est la raison pour laquelle je choisis de telles inconséquences, comme le mois de l'année ou le jour de la semaine ou l'heure du jour ou la couleur de la nourriture,

en tant que question discutable et *je laisse la question du fonctionnement physiologique approprié être acceptée en tant qu'évidence*. Vous devriez vraiment observer tous les comportements de vos patients et voir de quelle façon vous pouvez adapter ces comportements à leur avantage lorsqu'ils viennent vous voir avec diverses plaintes.

LE CHOC ET LA SURPRISE POUR MODIFIER LES CROYANCES
RIGIDES ET RESTAURER UN FONCTIONNEMENT SEXUEL
NORMAL :
LE COUPLE POLYSYLLABIQUE(29)

En conduisant une psychothérapie pour des problèmes fonctionnels ou psychosomatiques, vous devriez observer votre patient très, très soigneusement. Vous devriez aussi avoir conscience de ce que vous êtes et de ce que sont vos propres capacités ; et vous devriez vraiment connaître beaucoup de choses sur votre propre personnalité afin de les utiliser de manière efficace dans des situations thérapeutiques diverses. J'ai eu beaucoup de gens qui m'ont dit à quel point j'étais quelqu'un de gentil, d'aimable et de doux. Mais je peux vous renvoyer à beaucoup d'étudiants en médecine qui vous diront exactement le contraire ; je peux vous renvoyer à beaucoup de patients qui vous diront exactement le contraire. J'aime changer mon attitude envers les patients en accord avec leurs besoins particuliers.

Je vais citer un cas que je n'ai jamais eu le courage de rédiger et de publier. Un professeur de l'université voisine m'a appelé pour prendre un rendez-vous pour lui-même et sa femme. J'ai bien pris note de cet appel téléphonique. La voix de l'homme disait qu'à cause de certaines difficultés existant à l'intérieur de l'ensemble de la situation à la maison, il aimerait avoir un entretien à l'unisson avec moi. Bien, moi j'ai eu beaucoup de demandes étranges et j'ai pas mal réfléchi autour de celle-ci en particulier.

Lorsque cet homme et sa femme sont arrivés pour leur rendez-vous, ils sont entrés dans mon cabinet d'une manière très guindée, raide et rigide. Même leurs vêtements semblaient être entièrement

amidonnés ! Leurs expressions faciales étaient rigides, ils se sont assis d'une manière très rigide et je me demandais ce que tout cela voulait dire.

L'homme commença : « Voulez-vous que je vous raconte aussi secrètement que possible la motivation qui m'a amené à demander cet entretien ? »

J'ai beaucoup réfléchi, très rapidement, et j'ai répondu : « Aussi secrètement que possible. »

L'homme s'est redressé dans son siège et sa femme s'est redressée dans le sien, leur visage figé, et l'homme raconta : « Nous sommes mariés depuis trois ans. Nous nous sommes rencontrés à un bal, sommes tombés amoureux au premier regard et en moins d'un mois nous étions fiancés. Avant de nous marier, nous avons décidé d'avoir une progéniture. Depuis trois ans maintenant, nous nous sommes engagés dans une union matrimoniale nocturnement et diurnement dans un but procréatif avec une totale culmination physiologique, mais sans succès. »

À ce moment-là, je suis intervenu pour demander à l'homme de répéter cette phrase. Avec exactement le même vocabulaire polysyllabique, il a répété cette plainte invraisemblable :

« Depuis trois ans maintenant, nous nous sommes engagés dans une union matrimoniale nocturnement et diurnement dans un but procréatif avec une totale culmination physiologique, mais sans succès. »

J'ai réfléchi à tout cela, tout en observant leur apparence extrêmement raide et rigide. Je leur ai posé quelques questions simples – des questions sur leurs vêtements, sur l'endroit où ils vivaient, sur l'apparence de leur maison, sur la matière que le mari enseignait et ainsi de suite. Toute énonciation qu'ils donnaient en retour correspondait à une définition polysyllabique de ce qu'était ceci, de ce qu'était cela, pourquoi ceci était, pourquoi cela était – le tout énoncé de façon très abrupte et rigide. J'ai posé quelques questions à la femme concernant des recettes et elle parlait de ses recettes en utilisant les mots les plus longs possibles et d'une façon aussi rigide et aussi abrupte que possible.

Finalement, j'ai dit : « Je pense que je peux remédier à votre problème. En fait, je crois qu'il sera très facile de remédier à votre problème. La thérapie de choc, cela existe. Il y a plusieurs types différents de thérapie de choc. Vous pouvez avoir le traitement par l'électrochoc, vous pouvez avoir une thérapie par choc psychologique, vous pouvez avoir une thérapie par choc émotionnel. Je ne vais pas vous donner un traitement par électrochoc mais, si vous le souhaitez, je vais vous donner une thérapie par choc qui corrigera votre problème. J'aimerais que vous réfléchissiez tranquillement là-dessus et peut-être aimeriez-vous en discuter en mon absence dans ce cabinet. Je reviendrai dans une demi-heure. Cela vous donnera largement l'occasion de décider si, oui ou non, vous voulez la thérapie par choc nécessaire à la correction de votre problème. »

J'ai quitté le cabinet et je suis revenu une demi-heure plus tard. Dans une phraséologie polysyllabique, le couple a expliqué qu'ils avaient beaucoup discuté et qu'ils étaient finalement arrivés à la conclusion qu'ils accepteraient la thérapie par choc.

« Eh bien, avec vos extrémités manuelles droite et gauche auriez-vous la gentillesse de saisir les bras de vos sièges. » (Chacun a saisi les bras de son siège avec la main droite et la main gauche.)

« Maintenant, tenez-vous de façon rigide, car je vais vous donner votre thérapie par choc. Votre plainte est celle-ci : " que depuis trois ans vous vous êtes engagés dans une union matrimoniale nocturnement et diurnement dans un but procréatif avec une totale culmination physiologique ". J'omettrai juste un mot dans ce que j'ai à vous dire à ce sujet : Que Diable pourquoi ne *baisez-vous* pas pour le plaisir ! »

Ils ont été choqués. Ils restaient assis dans leurs sièges, complètement raides.

« Cela ne complète pas tout à fait le traitement par choc, ai-je poursuivi en m'adressant au mari. Lorsque vous *baisez* pour le plaisir, priez le Diable de l'amener de l'autre côté de la rivière sans avoir à ramer⁽³⁰⁾. Maintenant, je suis sérieux. Rentrez chez vous et faites-le par plaisir ! »

Trois mois plus tard, la femme était enceinte. Lorsque leur petite fille est née, ils m'en ont parlé et ils m'ont également raconté la plus belle série d'histoires salaces que j'aie jamais entendue de ma vie. C'était absolument merveilleux. Ils ont eu leur traitement par choc. Lorsque vous recevez quelqu'un d'aussi rigide, combien de temps faudrait-il travailler avec eux si vous utilisiez une approche douce, bienveillante, prévenante et prudente ? Je crois que je serais encore en train de faire de la psychothérapie avec eux si cela avait été le cas. Au lieu de cela, je leur ai donné un tel choc qu'ils sont arrivés à un état de bien-être en un seul entretien⁽³¹⁾.

LE CHOC ET LA SURPRISE POUR MODIFIER LES CROYANCES RIGIDES ET RESTAURER LE FONCTIONNEMENT SEXUEL NORMAL : LA SÉANCE UNIQUE D'EVA

Je peux penser à un autre exemple. Eva était fiancée à un homme qui était à l'armée. Il a été rendu à la vie civile en mai et il voulait l'épouser en juin avant qu'il ne retourne dans le Nord-Dakota où il vivait. Mais Eva a refusé, elle l'épouserait en décembre. Il a fait toutes les préparations du mariage pour le mois de décembre, mais, décembre venu, Eva lui a expliqué qu'elle l'épouserait en juin prochain. En juin, Eva lui a expliqué qu'elle l'épouserait en décembre prochain ; en décembre, elle lui a donné sa promesse de l'épouser en juin. Elle l'a ainsi entraîné dans une valse pendant quatre longues années – donnant toujours sa promesse et reportant ensuite le mariage. Eva avait développé également une énorme phobie pour les déplacements. La seule façon pour elle de venir de chez elle à Phoenix, pour me voir, était de se faire accompagner en voiture par sa mère, sa tante et un cousin – la mère s'asseyant d'un côté, la tante s'asseyant de l'autre et le cousin conduisant la voiture. C'était une expérience tout à fait déchirante. Je savais que je devrais aider Eva à dépasser sa phobie des voyages, mais j'ai été très compatissant et très doux avec elle lors des premières visites. Eva développa un sentiment de sympathie envers moi – un bon rapport, un bon transfert – et puis je lui ai alors demandé de venir me voir seule en autobus. Je me suis fait tellement insistant qu'elle accepta.

Puis j'ai demandé qu'elle vienne me voir en train et elle l'a fait. Puis je lui ai dit que cette histoire de promettre à son fiancé de l'épouser, tous les six mois, avant de reporter cela, ne veut rien dire pour moi, mais qu'il fallait néanmoins corriger cela. Maintenant, elle venait juste de recevoir une lettre de lui (c'était à la fin du mois de juin) où il déclarait que s'ils n'étaient pas mariés avant septembre prochain, il allait trouver une autre fille et que c'était ainsi. J'ai lu la lettre et il n'y avait pas le moindre doute sur le fait que le jeune homme pensait ce qu'il disait. J'ai lu la lettre à haute voix à Eva et puis j'ai dit :

« Nous sommes le 1^{er} juillet et, à l'évidence, votre fiancé est sérieux et donc je vais avoir à vous guérir du fait de reporter le mariage. Je vais faire cela exactement dans une semaine, le 8 juillet. Maintenant, entre aujourd'hui et le 8 juillet vous devrez réfléchir à la question.

« Voulez-vous épouser cet homme ? Avez-vous suffisamment d'envie de l'épouser pour aller au-delà de ce dont vous avez peur – quel que soit ce qui vous fait reporter le mariage ? »

Elle m'avait dit qu'elle n'avait pas la moindre compréhension de la raison pour laquelle elle avait peur d'épouser son petit ami. Je lui ai dit que le traitement ne serait en rien agréable, qu'elle n'y prendrait pas plaisir – personne n'aimerait le genre de traitement que j'avais à l'esprit ; mais qu'elle serait guérie. Je lui ai dit de ne pas venir le 8 juillet à 14 heures si elle n'était pas prête à guérir ; que, lorsqu'elle entrerait dans le cabinet, elle devrait faire tout ce que je lui demanderais de faire ; elle devrait le faire sans rien dire, en la fermant ; elle pourrait regretter d'être venue mais toutefois elle devrait continuer et faire exactement ce que je lui dirais de faire.

Eva est arrivée au bureau à 14 heures, hésitante et effrayée et, à sa grande surprise, elle y a trouvé Mme Erickson assise. Mme Erickson a fermé la porte, a tiré le rideau et a repris son siège. Mme Erickson ne savait pas ce qui allait se passer.

J'ai dit à Eva : « Allez là-bas et adossez-vous à l'étagère mais à environ 60 centimètres de l'étagère et gardez votre gueule bien FERMÉE. Je ne veux pas que vous prononciez un seul mot. Je veux que vous fassiez certaines choses.

« Enlevez vos chaussures. » Eva avait l'air étonnée et a enlevé ses chaussures.

« Enlevez vos bas. » Eva avait l'air un peu alarmée, mais elle a enlevé ses bas.

« Enlevez votre robe. » En fait, elle portait un chemisier et une jupe. Elle a commencé à me corriger mais referma alors la bouche en serrant les lèvres et retira son chemisier.

« Enlevez votre jupe... enlevez votre jupon... enlevez votre soutien-gorge... enlevez votre slip... Maintenant, avec votre main droite, touchez votre sein gauche... touchez votre sein droit... touchez votre zone génitale... tournez-moi le dos et touchez votre fesse droite... touchez votre fesse gauche... Maintenant, rhabillez-vous.

« Je ne pense pas que vous aurez besoin d'un second traitement. Votre petit ami habite dans le Nord-Dakota et je pense qu'il vaudrait mieux que vous achetiez un billet, que vous y alliez et que vous lui disiez que vous aller l'épouser ce mois-ci. Je suis tout à fait certain qu'un second traitement ne sera pas nécessaire. »

Elle a acheté le billet. Elle est allée là-bas et le lui a dit. Il est venu dans l'Arizona et ils se sont mariés chez elle ce mois-là. Eva m'envoie une carte de Noël chaque année avec une photo du dernier enfant. Elle en a quatre maintenant.

Je lui ai donné un traitement de choc. C'était un traitement de choc. C'était un traitement absolument pas orthodoxe, mais qu'allez-vous faire avec une fille gentille et jolie qui continue de reporter son mariage d'une façon aussi terrible, qui est à l'évidence amoureuse, qui est trop timide et trop réservée pour vraiment pouvoir vous parler et qui a une telle phobie des voyages. Elle avait un petit ami qui habitait dans le Nord-Dakota ; elle n'avait pas beaucoup d'argent ; elle ne pouvait pas rester en thérapie beaucoup de temps. Donc, j'ai utilisé un traitement de choc pour Eva et avec succès.

Finalement, Eva amena toute sa famille pour qu'ils me rencontrent. Elle est très fière de sa famille. Elle est fière de son mari ; elle est fière de son travail. Et elle est tout à fait libérée de la domination de sa mère veuve, qui est devenue veuve à la naissance d'Eva, et qui l'a élevée de telle façon qu'elle était aussi rigide qu'on

puisse l'être. Je savais qu'Eva avait une personnalité rigide et je savais qu'il faudrait beaucoup d'effort pour casser cette horrible rigidité, mais dès que vous avez cassé cette horrible rigidité, vous pouvez faire beaucoup. Habituellement, nous pensons que nous avons à atteindre la raison sous-jacente du problème, mais ce n'est pas toujours le cas.

LE CHOC PSYCHOLOGIQUE ET LA SURPRISE POUR MODIFIER UN COMPORTEMENT OBSESSIF-COMPULSIF : LE CAS DES « SALAMALECS D'ANNE »

Je peux penser à l'histoire d'Anne. Anne était étudiante à la *Wayne State University*. Dans le secondaire, elle n'était jamais parvenue à arriver à l'heure en classe. À l'université, elle n'était jamais parvenue à arriver en classe à l'heure. Elle est entrée à l'école de médecine avec les meilleures notes. Mais chaque professeur à l'école de médecine l'avait engueulée, d'une manière ou d'une autre, pour avoir en classe, sans cesse, quinze à vingt minutes de retard. Anne était toujours en retard. On entendait dans toute l'école : « Attendez qu'elle soit dans la classe d'Erickson – il y aura alors une explosion qui fera le tour du monde ! » Les autres professeurs savaient à quel point certaines de mes tactiques étaient draconiennes avec les étudiants en médecine qui voulaient « m'affronter ».

Le matin où Anne devait assister à ma conférence de 8 heures, chaque étudiant était là à 7 heures et demie. Tout le monde voulait voir ce que j'allais faire. Anne était là, également. Tous les étudiants sauf Anne sont entrés à 8 heures. J'ai commencé ma conférence mais je savais que les étudiants en médecine ne m'écoutaient pas, car ils étaient trop occupés à attendre que la porte s'ouvre. Par bonheur, je savais des autres professeurs ce à quoi il fallait s'attendre par rapport à la procédure spécifique d'Anne : c'était de traverser le devant de la salle, de descendre une allée latérale, de traverser le fond de la salle, de remonter à moitié l'autre allée latérale, puis de se diriger vers l'allée centrale à travers les rangées de sièges.

À 8 h 20, la porte s'est ouverte et Anne entra. Tout le monde s'est tourné pour voir ce que je ferais. Voici ce que j'ai fait [Erickson met son doigt sur ses lèvres pour indiquer le silence et puis fait un geste de salutation d'une manière exagérée, comme au Moyen-Orient], ainsi tous les étudiants se sont levés. Ils étaient aussi perplexes que possible et Anne également, mais elle a continué à marcher – me fixant du coin de l'œil. J'ai adressé des salamalecs très gracieux à Anne, et chaque membre de la classe a également adressé des salamalecs à Anne, et donc nous avons fait des salamalecs à Anne sur tout le chemin autour de la salle.

À la fin de l'heure, les étudiants en médecine ont vite fait le tour pour dire à tout le monde ce qui s'était passé avec Anne. Le Doyen l'a rencontrée dans le couloir : silencieusement, il lui a adressé un salamalec ; le concierge l'a rencontrée et lui a adressé un salamalec ; la secrétaire l'a rencontrée et lui a adressé un salamalec. Tous ceux qui ont rencontré Anne ce jour-là lui ont adressé de beaux et impressionnants salamalecs. Anne était la première dans la salle de conférences le lendemain matin. C'était la fin du problème des « salamalecs d'Anne » !

Plusieurs années plus tard, Anne est venue me voir et elle m'a rappelé ce que je lui avais fait.

Je lui ai demandé : « C'était plutôt efficace, n'est-ce pas ?

— Oui, a-t-elle dit, et j'ai compris quelque chose de très, très spécial. Cela m'a appris que vous n'avez pas besoin de savoir la cause sous-jacente d'une plainte obsessionnelle et compulsive telle que celle que j'avais. Tout ce que vous avez fait était de rendre mon comportement obsessionnel et compulsif tellement ridicule que je n'ai plus jamais osé le montrer. Je me sentais tellement soulagée que je n'avais plus à arriver en retard en classe. »

Je lui ai demandé comment elle allait en général. Elle allait bien.

« Est-ce qu'il y a eu des suites à l'horrible traitement que je vous ai donné ? lui ai-je demandé.

— Non, répondit-elle, mais j'ai appris à rire de moi-même en y pensant après car, vraiment, c'était drôle. Je savais ce que les autres avaient dit de vous causant des éclats et je savais que vous ne pourriez pas faire de plus grands éclats que ceux que le Doyen

avait faits à certaines occasions, mais lorsque vous avez agi de cette façon, cela m'a laissée tellement désarmée que je ne pouvais garder ce comportement obsessionnel et compulsif. Je n'en avais pas réellement besoin. J'avais besoin d'arriver à l'heure en classe et j'ai appris à y prendre plaisir. »

Je cite cette histoire pour illustrer une situation où il n'y avait aucun effort à faire pour conduire la thérapie en ce qui concernait la patiente ; aucun effort pour dénicher les causes sous-jacentes. Anne avait un modèle de comportement négatif ancien qui a persisté tout au long du secondaire, tout au long de ses études universitaires, tout au long de ses études de médecine. Et il a suffi de cet unique et épouvantable incident pour corriger son problème.

J'ai employé plus d'une fois ce genre de technique par surprise, avec des patients. Une fois que vous avez brisé les modèles de comportements rigides et immuables, les patients sont obligés de se réorienter ; ils sont obligés de ramasser les morceaux, de les mettre ensemble ; et ils sont forcés de fonctionner d'une façon totalement différente. Il est extrêmement important pour vous d'être conscient de cette dynamique. Je cite ces exemples particuliers parce qu'ils sont beaucoup plus dramatiques que ceux où vous êtes indulgent, doux et dans l'accompagnement lent et patient d'une personne. Lorsque vous accompagnez lentement un patient, vous pouvez seulement essayer d'insérer ici et là quelque chose qui créera une fissure dans le comportement immuable et rigide, mais lorsque des mesures draconiennes sont nécessaires, vous pouvez fracturer un modèle entier de comportement négatif avec une technique bien exécutée et exécutée au bon moment.

J'ai confronté la pauvre Eva avec une mesure draconienne. Je lui ai donné une semaine pour y réfléchir, pour se préparer, je ne lui ai donné aucun autre avertissement spécifique que celui de lui dire qu'elle regretterait le fait de venir pour son rendez-vous de 14 heures mais *qu'elle serait guérie* ; elle regretterait de venir mais *elle serait guérie* ; cela ne serait pas attrayant, cela ne serait pas agréable, mais *elle serait guérie*. Je lui ai donné une semaine entière pour laisser fermenter cette idée dans son esprit de façon qu'elle soit prête à recevoir quelque chose dont elle croit que cela puisse la

guérir et elle le fit. Elle a vécu une semaine d'appréhension, de curiosité, dans l'attente totale d'être guérie.

CRÉER DES ESPOIRS DE GUÉRISON : STRUCTURER LE CHOC PSYCHOLOGIQUE : LES APPROCHES AUTORITAIRES

Je pense qu'il est essentiel de faire savoir à vos patients qu'ils vont être guéris ; qu'il n'y a aucun doute là-dessus dans votre esprit. Vous avez une telle confiance et vous leur faites savoir qu'ils vont être l'objet d'une guérison. Et lorsqu'ils vivent quelque chose de vraiment désagréable, laissez-leur vivre quelques moments d'agonie avant qu'ils ne guérissent. Je pensais qu'Eva avait droit à pas mal de moments d'agonie, je lui ai alors donné une semaine d'agonie mais avec la promesse d'une guérison.

Pour ce qui concerne le professeur et sa femme, je les ai laissés assis aussi rigides, guindés et craintifs que possible. Quel genre de choc psychologique ou émotionnel leur donnerais-je ? Il était préférable qu'ils prennent une demi-heure entière pour y réfléchir et je les laisserais seuls pour le faire. Cela a dû nécessiter de leur part une énorme quantité de courage pour venir dans mon bureau et me révéler leur plainte. Ils l'ont énoncée avec un langage merveilleux ; ils ont énoncé tout ce qu'ils disaient avec un langage merveilleusement horrible. Puis j'ai créé pour eux une situation émotionnelle d'appréhension, dans laquelle ils pouvaient s'attendre à quelque chose de tout à fait dévastateur. Pourquoi ne pas fracturer complètement leur problème particulier ? Pourquoi ne pas les laisser sans la possibilité de dire, jamais plus : « seulement dans un but procréatif... » ? Pourquoi ne pas les priver entièrement de cette phraséologie en les choquant ?

Parfois vous pouvez arranger la situation d'une façon indulgente, courtoise et douce ; d'autres fois, vous pouvez être plutôt dur. J'étais sûrement un parfait gentleman avec Anne en lui adressant des salamales mais avec l'effet exactement inverse : sa névrose était insultée ! Il n'y avait rien d'insultant lorsqu'une classe entière d'étudiants adressait courtoisement des salamales à Anne en tant

que personne mais *c'était* insultant d'adresser des salamalecs à Anne en tant que névrotique obsessionnelle et compulsive. Mon doigt sur mes lèvres indiquait que le silence serait requis lorsque Anne entrerait dans la pièce et amena tout le monde à rester silencieux. Puis le lendemain, lorsque les étudiants ont trouvé Anne la première assise, il n'y avait aucune possibilité pour personne de lui adresser des salamalecs – aucune occasion. L'occasion a été supprimée lorsque Anne est arrivée à l'heure et ainsi l'action thérapeutique a été détruite dès qu'elle est devenue efficace.

Lorsque vous structurez une situation psychologique et émotionnelle pour les patients, essayez de la structurer d'une façon telle qu'elle leur permet de répondre à la situation et pourtant de ne pas la regarder comme quelque chose qui peut leur arriver de nouveau. J'ai dit à Eva que j'étais tout à fait sûr qu'elle n'aurait pas besoin de revenir pour une autre séance. Elle devrait acheter ce billet pour le Nord-Dakota et elle devrait faire la connaissance de la famille de son fiancé. Bien sûr, elle n'a pas osé avoir une phobie des déplacements d'un État à un autre à ce moment-là ! J'ai organisé cette situation de telle façon qu'il ne lui serait pas nécessaire de se déshabiller pour moi de nouveau.

Rien dans le mariage ne pourrait être pire que ce que j'ai fait endurer à Eva dans mon bureau. J'ai été dictatorial, terre à terre, autocratique, autoritaire ; mais j'utilisais les termes appropriés et je lui ai fait simplement faire certaines choses – identifier les parties de son corps, toucher les parties de son corps et se rhabiller.

Quelles étaient les peurs d'Eva ? Certainement la consommation de son mariage serait infiniment moins douloureuse que l'épreuve qu'elle a endurée en la présence de Mme Erickson et de moi-même. (La présence de Mme Erickson avec son visage rigide et figé n'a sûrement pas beaucoup aidé à faciliter l'expérience d'Eva !) Et, bien sûr, Eva a dit elle-même que sa nuit de noces a été très agréable.

LA TECHNIQUE DE SURPRISE POUR FACILITER L'OUVERTURE
D'ESPRIT, LA RECHERCHE INTÉRIEURE ET UNE NOUVELLE
COMPRÉHENSION :
HALLUCINATIONS VISUELLES

J'essaye de satisfaire les besoins de mes patients à un niveau d'indulgence, à un niveau abrupt, quel que soit le niveau où ils veulent que je satisfasse leurs besoins. Je peux penser à une femme qui m'a très bien démontré cette idée. En entrant dans mon bureau, elle est restée debout et elle a annoncé : « J'ai vu chaque médecin en ville et chacun d'entre eux était tellement agréable et doux et tellement gentil avec moi ; ils étaient tous si gentils, ils ont tous essayé d'être d'un si grand secours et chacun d'entre eux a échoué pour m'aider.

— Bien, ai-je répondu, les médecins qui vous ont soignée agréablement et doucement et gentiment ont tout à fait échoué et maintenant vous êtes ici pour me voir, alors fermez votre gueule, asseyez-vous dans ce siège, fermez la bouche, fermez les yeux, détendez-vous complètement et endormez-vous profondément ! » Et elle le fit.

Qu'ai-je utilisé ? Une technique de surprise, rien qu'une technique de surprise. C'est une technique de surprise que de frapper la zone jugulaire d'une personne – un coup sec dans le cou – et cela induira l'hypnose ; mais je ne pense pas que cela soit une bonne approche. Puis vous pouvez aussi prendre une personne qui est droite comme un i, laissez-la tomber en arrière rapidement, attrapez-la au dernier moment dans sa chute, dites-lui de s'endormir profondément et elle entrera dans un état de transe – mais c'est un état de transe plutôt effrayant.

Je préfère une technique de surprise psychologique dans laquelle le patient se demande : *Que cherche-t-il ?* Ici, l'esprit est pleinement ouvert à de nouvelles compréhensions. Je pense à un exemple particulier. Je donnais une conférence et je faisais une démonstration au *Philadelphia State Hospital*. Dans ce vaste public, il n'y avait pas un seul volontaire, aussi j'ai demandé à une élève infirmière de se présenter. Elle s'est présentée en disant : « Mais vous n'allez pas m'hypnotiser. Je vais me présenter ; je vais faire tout ce que vous voulez ; mais je ne vais pas être hypnotisée.

— Est-ce que c'est parce que vous avez l'esprit d'opposition ?, lui ai-je demandé. Ou est-ce que c'est parce que vous ne voulez pas entrer en transe devant un auditoire ? Ou est-ce que simplement

vous ne comprenez pas ce qu'est l'hypnose ? Pensez-vous que je donnerais ici une conférence si l'hypnose était, d'une façon ou d'une autre, nocive ?

— Non, répondit-elle, je pense que c'est bien que vous parliez ici, mais j'imagine que j'ai simplement l'esprit d'opposition et je ne veux pas être volontaire pour être sujet.

— Bien, ai-je dit. Dites-moi, est-ce que ce tableau là-bas sur le mur appartient à un de vos amis ? »

Elle regarda le tableau – bien sûr, il n'y avait aucun tableau réel – et a dit : « Oui. » Elle était tellement surprise par ma question qu'elle n'a pas eu le temps de résister ; au lieu de cela elle a cédé à mon signal et a produit une hallucination visuelle tout à fait inattendue.

La technique de surprise en revient simplement à demander aux patients de penser à quelque chose ou de faire quelque chose qui laisse leurs esprits tout à fait ouverts. Quelle est l'idée ? Vous les amenez à chercher une compréhension, ce en quoi consiste précisément la psychothérapie – accepter de nouvelles idées et une nouvelle compréhension. Comme je l'ai mentionné ce matin : « Ce symptôme devrait-il être résolu mercredi ? Non, aujourd'hui nous sommes mercredi et demain nous sommes seulement jeudi, mais cela se produira-t-il vendredi ? »

LE CHOC PSYCHOLOGIQUE ET LE QUESTIONNEMENT POUR OUVRIR L'ESPRIT :

UTILISER LES CROYANCES RELIGIEUSES POUR DES SYMPTÔMES D'ANGINE DE POITRINE

Je peux citer un autre exemple. Un homme avait entre dix et vingt attaques d'angine de poitrine chaque jour et son cardiologue m'a dit : « L'homme a son cœur endommagé mais il n'y a pas de raison pour toutes ces attaques d'angor. Il a simplement peur de mourir et il va se tuer lui-même en se faisant du souci. »

Lorsque l'homme est venu me voir pour une psychothérapie, j'ai utilisé avec lui une technique de surprise d'un type plutôt modéré. Au lieu d'entreprendre un type de psychothérapie formelle, j'ai décidé d'utiliser le contexte propre à cet homme : je savais par son

cardiologue qu'il était juif orthodoxe et qu'il était tout à fait fervent dans sa pratique religieuse.

Lorsqu'il est entré dans mon cabinet et a pris un siège, j'ai commencé par faire des commentaires sur le fait que le monde tournait mal en ce moment ; sur la façon dont les choses avaient changé par rapport aux bons moments de ma jeunesse ; sur la façon avec laquelle trop de jeunes aujourd'hui négligent l'enseignement de leurs ancêtres. Puis je me suis lancé dans une longue harangue sur le fait d'être à la hauteur de sa foi et de la pratiquer avec soin ; et d'une façon ou d'une autre, je me suis arrangé pour glisser dans cette harangue l'idée que si l'on est juif, et que le soleil se couche le vendredi soir, on devrait vraiment se focaliser entièrement sur ses croyances religieuses et ne pas perdre son énergie à d'autres choses.

L'homme n'a pas eu d'attaques d'angor le vendredi soir, ou toute la journée de samedi. Il en a eu une le dimanche. Il est venu me voir le lundi et je lui ai expliqué qu'il était possible de sauter des attaques d'angor ; que je pensais qu'il pourrait les sauter de nouveau vendredi prochain, *mais pourquoi attendre jusqu'à vendredi prochain ?* Il a été tellement surpris par cette question – Mais pourquoi attendre jusqu'à vendredi prochain ? – que son esprit s'est complètement ouvert. Oui, pourquoi attendre ! J'ai ouvert son esprit en démontrant quelque chose qu'il n'avait pas compris précédemment. Pourquoi ferais-je une harangue sur la religion alors que je ne suis pas juif, et pourtant je parle de son sabbat entre vendredi après le coucher du soleil et samedi jusqu'au coucher du soleil ? Je lui donnai une idée ; j'ai ouvert son esprit à la possibilité de méditer et de consacrer ses énergies à ses croyances religieuses plutôt qu'à ses attaques d'angor. Je n'ai rien dit sur le fait d'étendre ce changement dans l'énergie à dimanche ou lundi, jusqu'à ce qu'il revienne pour une seconde visite ; entre-temps, il avait déjà accumulé beaucoup de succès à son compte.

LA PSYCHOTHÉRAPIE : S'ADAPTER AUX BESOINS DU PATIENT

Cette question de la psychothérapie exige votre appréciation et votre évaluation des mécanismes de la personnalité humaine. 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 évaluation. Si vous ne pouvez pas vous adapter aux besoins d'un patient particulier, envoyez-le alors ailleurs avec votre bénédiction. Il est inévitable de rencontrer des patients auxquels simplement vous ne pouvez pas vous adapter. J'ai dit à de nombreux patients que, bien que j'aimerais travailler avec eux, je pense qu'un autre thérapeute ferait un meilleur travail et que ce qui m'intéresse est qu'ils obtiennent la meilleure aide possible. Avec cette façon de faire pour envoyer les patients, ils peuvent alors aller voir d'autres thérapeutes avec l'idée qu'ils vont recevoir exactement l'aide dont ils ont vraiment besoin. Ils apprécient aussi le fait que je suis assez intelligent pour reconnaître mes propres limitations, assez intelligent pour reconnaître leurs besoins et assez intelligent pour les envoyer au bon thérapeute.

Quatrième conférence

UNE INTRODUCTION À L'ÉTUDE ET À L'APPLICATION DE L'HYPNOSE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Séminaire donné à Seattle (État de Washington)
les 21-22-23 mai 1965 (2^e partie).

L'UTILISATION DE L'HYPNOSE POUR ÉVOQUER DES APPRENTISSAGES PSYCHOLOGIQUES, PHYSIOLOGIQUES, NEUROLOGIQUES ET SOMATIQUES

Je donne très rarement des conférences de façon conventionnelle. Je ne pense pas avoir lu un texte devant un auditoire depuis quelques bonnes années, mais ce soir j'aimerais bien suivre mon texte. Pourquoi ? Parce que le sujet dont je veux parler est extrêmement complexe, et cela a été un travail laborieux que d'organiser le matériel en une présentation cohérente et facilement compréhensible. Je voudrais intituler le sujet de la conférence de ce soir : « Une introduction à l'étude et à l'application de l'hypnose dans le contrôle de la douleur. »

Pour commencer, l'hypnose consiste ordinairement en la communication d'idées et de compréhension à un patient, d'une façon qui maximalise sa réceptivité à ce qui est présenté et le motive ainsi à explorer ses propres potentialités corporelles, pour le contrôle de ses réponses psychologiques et physiologiques. La personne moyenne ne se rend pas compte jusqu'à quel point ses capacités et ses réalisations ont été apprises (dans ses expériences de vie) à travers les conditionnements expérimentaux de son comportement corporel. 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 par 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'abolissement de la douleur.

Il suffit de réfléchir à des situations extrêmes de tension et d'anxiété pour réaliser que les douleurs les plus vives disparaissent lorsque la focalisation de la conscience de celui qui souffre est forcée par d'autres stimuli, d'une nature plus intense et menaçants

pour la vie. À partir de l'expérience de chaque jour, on peut penser à la mère souffrant d'une douleur extrêmement sévère au point où elle est tout entière absorbée par sa douleur. Pourtant, elle l'oublie sans efforts et sans intention lorsqu'elle voit soudainement son enfant dangereusement menacé ou sérieusement blessé. On peut penser à des hommes au combat, gravement blessés, mais qui ne découvrent pas leurs blessures avant quelques heures, lorsque l'attaque a cessé. Il y a de nombreux exemples comparables, tout à fait courants dans l'expérience médicale.

L'abolition de la douleur se produit également dans des situations de chaque jour lorsque la douleur est retirée de la conscience, lorsque des stimuli d'un autre caractère s'imposent. Les expériences les plus communes sont constituées par les douleurs dentaires oubliées sur le chemin qui mène au cabinet du dentiste et par les maux de tête perdus au cinéma, devant le drame plein de suspense qui s'y déroule. Par de telles expériences dans le cours de la vie, qu'elles aient une signification majeure ou mineure, le corps apprend une multitude d'associations et une multitude de conditionnements inconscients psychologiques, émotionnels, neurologiques et physiologiques. Ces apprentissages inconscients, renforcés de façon répétitive par des expériences de vie supplémentaires, constituent les sources des potentialités qui peuvent être utilisées à travers l'hypnose pour contrôler intentionnellement la douleur, et cela sans avoir recours aux médicaments.

LA DOULEUR COMME UNE CONSTRUCTION :
CONSIDÉRATIONS TEMPORELLES
DANS LA DOULEUR IMMÉDIATE :
PASSÉ, PRÉSENT ET FUTUR. SOUVENIRS ET ATTENTES

Bien que la douleur soit une expérience subjective, avec certaines manifestations objectives et d'autres aspects encore, elle n'est pas nécessairement une expérience seulement consciente. La douleur apparaît sans notre attention consciente dans les états de sommeil, en état de narcose, et même dans certains types des chémoanesthésie, comme cela a été mis en évidence dans les

autres aspects objectifs démontrés par l'exploration hypnotique expérimentale des expériences antérieures du patient. Mais parce que la douleur est d'abord une expérience consciente et subjective avec toutes sortes de significations émotionnelles et psychologiques désagréables, menaçantes et même vitales, elle peut être approchée par l'usage de l'hypnose – parfois facilement, parfois avec grande difficulté. Et, ce qui est assez intéressant, l'étendue de la douleur n'est pas nécessairement un facteur qui intervienne dans la facilité ou la difficulté de son approche.

Afin d'utiliser l'hypnose dans le travail avec la douleur, il est nécessaire de considérer la douleur de manière très analytique. La douleur n'est pas un stimulus simple, sans complication et nocif. Au contraire, elle a beaucoup de significations temporelles, émotionnelles, psychologiques et somatiques. Elle est une force contraignante et motivante dans les expériences de la vie. Elle est la raison fondamentale qui amène la recherche d'une aide médicale ou dentaire. Qui ferait l'effort de voir un médecin ou un dentiste si cela ne faisait pas mal ? *La douleur est un complexe – une construction – composé de douleurs passées et remémorées, de la douleur présente, et des douleurs anticipées du futur.* Ainsi, la douleur immédiate est augmentée des douleurs du passé et rehaussées par les futures possibilités de douleur. Le stimulus douloureux immédiat constitue seulement le tiers central de l'ensemble de l'expérience.

Rien n'intensifie plus la douleur que la peur de sa présence le lendemain ; de la même façon, elle est intensifiée par le fait de réaliser que la même douleur, ou une douleur similaire, a été expérimentée dans le passé, et ce souvenir, associé à la douleur immédiate, rend le futur encore plus menaçant. Réciproquement, le fait de réaliser que la douleur présente est un événement unique qui va se terminer sans aucun doute dans le présent, sert grandement à diminuer la douleur, de nouveau parce que la douleur est un complexe, une construction. Les aspects temporels de la douleur, qui en font une expérience multidimensionnelle, la rendent plus facilement vulnérable à l'hypnose en tant que modalité de traitement efficace que s'il s'agissait d'une expérience simplement confinée au moment présent.

Il y a l'exemple d'un patient cancéreux qui sait qu'hier, toutes les vingt minutes, il avait une douleur sévère, qui sait qu'aujourd'hui, toutes les vingt minutes, il va avoir une douleur sévère ; il sait que demain, toutes les vingt minutes, il aura une douleur sévère. Ainsi *au moment où il expérimente la douleur présente, il se souvient également de la douleur passée aussi bien qu'il anticipe la douleur du lendemain : la douleur du moment constitue ainsi seulement le tiers central de l'expérience douloureuse totale.* Si vous pouvez faire quelque chose pour la douleur passée du patient, il ne sera plus en mesure d'ajouter au présent ce souvenir négatif ; et si vous pouvez également faire quelque chose pour sa douleur future, il ne sera pas en mesure d'ajouter au présent cette attente négative. Vous vous êtes occupé des deux tiers du complexe douloureux total.

LES ASPECTS HABITUELS DE LA DOULEUR : LES SENSATIONS NEUTRES RENDUES DOULOUREUSES PAR ASSOCIATION

Une autre considération est à garder à l'esprit dans l'analyse des expériences douloureuses de vos patients, c'est la question des habitudes. Une douleur ancienne et persistante dans une zone du corps peut entraîner l'habitude d'interpréter, dans cette zone, toutes les sensations comme étant douloureuses. Par exemple, une personne qui s'est rétablie d'un *tic douloureux*⁽³²⁾ peut encore continuer à ressentir la douleur. Toutes les sensations dans la zone récemment guérie – le plus léger contact, un changement minime de la température – entraînaient auparavant beaucoup de douleur pour la personne ; celle-ci en vient ainsi à développer l'habitude d'interpréter dans cette zone tous les stimuli comme étant douloureux. La douleur initiale peut avoir disparu depuis longtemps, mais l'expérience récurrente de cette douleur initiale amène la formation d'une habitude qui peut, à son tour, amener ensuite des désordres douloureux et somatiques.

La douleur est un mécanisme de protection somatique. Elle motive le patient pour qu'il protège sa zone douloureuse, pour qu'il évite les stimuli nocifs et pour qu'il demande de l'aide. Cependant,

de par la nature subjective de l'expérience douloureuse, une personne développe devant elle des réactions psychologiques et émotionnelles qui entraînent éventuellement des désordres psychosomatiques ; le mécanisme protecteur a été, en gros, prolongé à l'excès. Une personne souffrant sévèrement du dos contractera ses muscles et prolongera alors cette contraction longtemps après que la douleur initiale eut cessé. La contraction elle-même devient douloureuse, et la douleur dorsale se prolonge. Ces réactions psychologiques et émotionnelles qui entraînent ultérieurement des désordres psychosomatiques sont susceptibles d'être modifiées et traitées par l'usage de l'hypnose.

LA SANTÉ IATROGÉNIQUE : L'INVERSE DE LA MALADIE IATROGÉNIQUE

D'un caractère quelque peu similaire sont les désordres et les maladies iatrogéniques provenant de la détresse mal cachée du médecin face à la situation de son patient. La maladie iatrogénique a une signification extrêmement importante dans le fait même qu'il peut y avoir des maladies psychosomatiques d'origine iatrogénique, ce qui signifie que l'inverse est également vrai : la santé iatrogénique est tout à fait possible, et elle est à l'évidence d'une importance beaucoup plus grande pour le patient. Je me suis toujours demandé pourquoi tant de gens dans la profession médicale écrivaient sur la maladie iatrogénique et tenaient alors des propos, ou écrivaient de façon tellement amère, contre l'usage de la suggestion dans le domaine de la santé et du bien-être.

LES CADRES DE RÉFÉRENCE PSYCHOLOGIQUE DE LA DOULEUR : DES CARACTÉRISTIQUES VARIABLES APPORTANT DES OCCASIONS VARIABLES POUR L'INTERVENTION HYPNOTIQUE

Pour comprendre encore plus la douleur, vous devez réaliser qu'il s'agit d'un complexe neuro-, psycho-, physiologique caractérisé par différentes compréhensions qui ont une extrême importance pour

celui qui souffre. C'est précisément pour cette raison que la douleur en tant qu'expérience relève d'une thérapie par l'hypnose. Parce que la douleur varie en nature et en intensité, elle acquiert pour l'individu, dans le cours de sa vie, de nombreuses et de variables significations secondaires, et ceci, en retour, donne des interprétations amplement variables de la douleur. Ainsi le patient peut considérer la douleur en termes temporels – l'expérimentant comme transitoire, récurrente, persistante, aiguë, chronique ; ou il peut la considérer en termes émotionnels – la trouvant irritante, gênante, contraignante, incapacitante, angoissante, déprimante, intraitable, dangereusement vitale ; ou il peut la considérer en termes de sensation – l'expérimentant comme sourde, lourde, persistante, tranchante, coupante, tournante, cuisante, asticotante, poignardante, lancinante, mordante, froide, chaude, dure, broyante, palpitante, rongante et selon un très grand nombre d'autres adjectifs.

Il est extrêmement important d'amener votre patient à décrire sa douleur avec ses propres termes, et de l'amener à la décrire complètement. En tant que thérapeute, vous devriez être attentif à n'omettre aucun des adjectifs que votre patient utilise, parce que vous aurez besoin de chacun de ces adjectifs pour utiliser l'hypnose avec succès. *Les différentes interprétations de l'expérience douloureuse sont d'une importance marquée dans la détermination d'une approche hypnotique effective du problème de la diminution de la douleur de votre patient : chaque interprétation conduit à différents cadres de référence psychologiques – à des idées et à des associations variables – et ainsi offre des occasions spéciales et uniques pour une intervention hypnothérapique.*

Un patient, qui interprète son expérience douloureuse subjective en des termes de qualités et de sensations différentes, procure de cette façon une multitude d'occasions pour l'hypnothérapeute de travailler avec la douleur. Il est possible de considérer une approche totale de la douleur ; mais il est beaucoup plus facile d'utiliser d'abord l'hypnose en relation avec des aspects mineurs du complexe total de la douleur, après quoi vous pouvez en étendre l'usage avec des qualités de plus en plus pénibles. Ainsi, les succès mineurs servent de fondation à des succès majeurs. De plus, la compréhension et la coopération du patient sont beaucoup plus

facilement suscitées pour un travail hypnotique ultérieur après qu'il eut déjà expérimenté un succès mineur dans la modification de sa propre douleur. Gardez à l'esprit que chaque modification hypnotique d'une seule qualité interprétative de la sensation de douleur sert à effectuer une modification du complexe douloureux total.

DIVISION ET RÉINTERPRÉTATION DE LA DOULEUR

« DIVISER ET CONQUÉRIR »

Je peux penser au médecin de quatre-vingt-trois ans que j'ai traité pour une douleur carcinomateuse. Il décrivait sa douleur comme étant aussi tranchante que lancinante, que poignardante, que coupante, que brûlante. Il décrivait également une douleur lourde et persistante – une douleur lourde, persistante et palpitante. Maintenant quelle douleur vais-je aborder en premier ? J'ai choisi la douleur lourde, palpitante, persistante, parce que la première chose que je voulais faire était d'apprendre à cet homme ce qu'est la relaxation dans l'hypnose. Et qu'est-ce qu'est la relaxation ? La relaxation est un sentiment d'inertie – une absence de volonté de bouger. Vos jambes sont trop lourdes pour se lever, vos bras sont trop lourds, vous vous sentez trop détendu pour vous mouvoir d'une façon quelconque ; et en même temps que cette relaxation s'installe une sensation de chaleur – une sensation de bien-être, de chaleur confortable qui accompagne parfaitement le sentiment de relaxation.

Considérez la façon dont vous vous sentez après une bonne nuit de sommeil, couché dans votre lit tout à fait reposé et pourtant c'est si bien d'être couché là et de prendre vraiment plaisir à rester simplement au lit. Vos jambes sont lourdes, vos bras sont lourds, votre corps entier est lourd ; et vous ne vous voyez sûrement pas en train de sauter du lit, de vous mettre debout et d'affronter la journée.

J'ai trouvé ce que mon patient voulait dire par le mot *palpitant*, et c'était une palpitation régulière – en d'autres termes, une palpitation rythmique. Ainsi je vais dire : « Vos jambes sont en train de se relaxer davantage... se relaxer... se relaxer », et je pouvais utiliser le rythme de sa douleur palpitante pour rythmer mes intonations

dans la relaxation. J'ai ainsi conditionné la palpitation de sa douleur au rythme de ma voix en prononçant les mots *se relaxer*, prenant ainsi cette douleur lourde, persistante et palpitante pour la transformer en une sensation lourde, persistante et palpitante de relaxation de ses jambes. C'était un changement tout à fait attendu par mon patient, et je n'avais plus devant moi quelqu'un qui doutait. Il savait que je pouvais faire quelque chose pour sa douleur parce qu'il a subjectivement expérimenté la perte de cette douleur lourde et persistante. (Sa maladie était assez sévère pour le garder au lit, il pouvait accepter ainsi d'avoir des jambes lourdes, relaxées, chaudes et confortables.) Je pourrais ensuite m'adresser au problème de la douleur lancinante, de la douleur poignardante, de la douleur coupante, et de la douleur cuisante. J'ai demandé au patient de me dire si je devais m'occuper ensuite de la douleur coupante – ou de la douleur cuisante, ou de la douleur dure et froide, ou de la douleur lancinante. Que fait le patient lorsqu'il répond à une telle question ? Il divise immédiatement son expérience douloureuse, psychologiquement, en une grande variété de différents genres de douleur, il me demande alors de m'occuper de la douleur froide, de la douleur dure, de la douleur cuisante, de la douleur mordante, de la douleur grinçante ; et je peux discuter de chaque variété de douleur et offrir des suggestions hypnothérapiques appropriées en vue d'un soulagement.

D'UN VISAGE ATTRAYANT À UN VISAGE BANAL
ET VICE VERSA :
DISSÉQUER POUR INVERSER
LES RÉALITÉS APPARENTES

Il est beaucoup plus facile de faire passer des idées et des compréhensions sur la douleur après avoir disséqué l'expérience subjective entière. Voici un autre exemple de ce qui se passe lorsque vous disséquez une expérience : il est extrêmement agréable d'embrasser une jolie fille. Maintenant, vous pouvez regardez cette jolie fille et vous rendre compte comme vous aimeriez vraiment l'embrasser – mais vous notez également, en regardant de plus près, que ses cheveux sont mal implantés sur son front ; vous

notez que ses sourcils sont juste un peu trop lourds ; que ses oreilles sont un peu décollées, que son nez est légèrement trop long, que sa lèvre supérieure est un peu trop courte, que sa lèvre inférieure est clairement trop lourde. Qui veut l'embrasser maintenant ! Vous avez fait disparaître en disséquant tout ce qui faisait qu'on pouvait avoir envie d'embrasser cette fille.

Un soir, j'ai utilisé exactement cette illustration lors d'une conférence devant un groupe médical. Je suis ensuite allé à l'aéroport pour prendre mon avion, et j'ai rencontré la fille la plus banale que je pense avoir jamais vue. Je l'ai regardée et j'ai pensé à ce que j'avais dit devant cet auditoire au sujet d'une fille qu'on a envie d'embrasser. J'ai alors regardé la fille banale, et savez-vous qu'elle avait la plus adorable implantation de cheveux sur le front ; elle avait des sourcils naturellement arqués ; elle avait un regard plein d'émerveillement dans les yeux ; elle avait un nez très finement ciselé. Je me suis assis là, regardant son nez, notant qu'elle avait un arrondi des lèvres absolument parfait – un arrondi naturel, admirablement façonné. Même sa bouche était de la bonne taille, et qu'est-ce qu'elle donnait envie qu'on l'embrasse !

C'est le même principe. Lorsque vous demandez à un enfant de disséquer et de localiser l'expérience douloureuse de façon à ce que la partie mordante de la douleur soit ici, la partie dure de la douleur soit là, et encore un autre type de douleur est là-bas – rapidement cet enfant analyse et localise la douleur, dans tous ses différents attributs, jusqu'au point où il cesse tout à fait de la ressentir. Diviser pour conquérir !

PROCÉDURES HYPNOTIQUES DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Il y a certaines procédures hypnotiques que vous pouvez utiliser dans le travail avec la douleur. L'approche médicale habituelle de la douleur est d'essayer de l'abolir complètement – de se débarrasser d'elle en tant que sensation totale. Mais lorsque vous travaillez hypnotiquement avec la douleur, votre tâche n'est pas celle d'une abolition totale, simplement parce qu'il est trop facile d'échouer. Trop

de médecins essayent de dire à leurs patients de perdre entièrement leur douleur plutôt que de laisser la douleur diminuer dans l'une ou l'autre de ses zones corporelles. Vous disséquez la douleur pour découvrir ses différentes significations pour le patient, et vous disséquez alors la douleur en relation avec sa distribution anatomique. Et qu'en est-il si un patient localise sa douleur à la mauvaise place ? L'important est que le patient croit que sa douleur est là, cela n'a pas d'importance que vous sachiez que la douleur, anatomiquement, devrait être là. Vous avez un déplacement que le patient vous a fourni, et vous pouvez utiliser ce déplacement.

Occasionnellement, vous pouvez amener une abolition totale de la douleur en utilisant des suggestions hypnotiques permissives – des suggestions permissives directes. Chaque fois que vous dites à un patient d'oublier sa douleur, vous avez dit le mot *douleur* ; vous lui avez rappelé qu'il a une douleur. Lorsqu'un patient énurétique arrive dans mon bureau, il a besoin de dire une seule fois qu'il mouille son lit ; à la suite de cela, il n'est jamais, jamais fait mention du lit mouillé – parce que je peux m'en souvenir après qu'on me l'a dit une seule fois, et le patient sait que je le sais. C'est pourquoi il n'y a pas de raison pour le patient d'entendre de nouveau les mots *lit mouillé*, il n'y a pas de raison pour moi de dire de nouveau « lit mouillé ». Le patient me dit son nom au début, mais est-ce ce que je lui rappelle que son nom est Johnny toutes les dix minutes tout au long de l'entretien ? Je ne le fais sûrement pas. De même, je ne vais pas rappeler au patient ce qu'est son problème. En vous occupant de la douleur, vous devrez être très, très attentif à éviter d'utiliser des mots nuisibles. Une seule mention est suffisante pour montrer que vous savez réellement qu'il y a une douleur ; que vous connaissez réellement tous les attributs de la douleur ; et que vous connaissez toutes les distributions anatomiques de cette douleur. Dès que le patient réalise que vous savez tout sur sa douleur – que vous la connaissez aussi bien que son nom –, vous pouvez alors laisser tomber la question de nommer la douleur et de nommer ses attributs.

À la place, vous pouvez dire ce qui suit : « Il y a certaines transformations qui peuvent être amenées ici. Vous savez combien cette première bouchée de dessert a un si bon goût ? Et même la

seconde bouchée a encore un bon goût ; mais en arrivant à la soixante-sixième bouchée, cela n'a plus un si bon goût. Vous en avez perdu l'attrait, et le goût du dessert a changé d'une façon curieuse. Il n'est pas devenu mauvais ; il a simplement " disparu ".

« Maintenant, alors que vous vous attachez aux différentes sensations de votre corps que vous m'avez décrites, j'aimerais que vous me nommiez la sensation particulière avec laquelle vous aimeriez que je travaille en premier. »

Qu'ai-je fait ? J'ai transformé la douleur en une sensation unique. J'ai donné au patient l'analogie du fait de manger le dessert, et des changements de qualité dans son goût. Le patient peut comprendre une telle analogie, et il peut immédiatement la traduire en une diminution de la sensation de douleur.

L'AMNÉSIE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Il y a d'autres dimensions psychologiques utilisables dans le problème du contrôle de la douleur. L'une d'entre elles est l'amnésie. Vous pouvez demander à une personne, en utilisant l'hypnose, d'oublier beaucoup de choses, et la personne peut oublier ces choses si bien, si volontiers et si facilement. Et vous pouvez alors commencer à lui parler d'autres choses de façon qu'elle puisse également oublier la sensation douloureuse. Vous pouvez lui dire très simplement et très facilement :

« Une des façons de s'occuper de sensations déplaisantes est de les oublier – comme lorsque vous allez au cinéma et que vous devenez complètement absorbé par le drame plein de suspense qui se déroule sur l'écran, et en même temps vous oubliez votre mal de tête. Vous pouvez ne pas vous souvenir avant trois jours du fait que vous avez eu mal à la tête lorsque vous êtes allé au cinéma. »

ANALGÉSIE ET ANESTHÉSIE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

L'analgésie constitue encore une autre excellente technique de travail avec la douleur : avec elle vous réalisez une sorte de douleur,

non pas une perte de la sensation tactile ; non pas une perte de sensation de pression ; non pas une perte de sensation kinesthésique – pas d'autres pertes que la perte de la douleur elle-même. Vous pouvez expliquer cette idée au patient comme un problème didactique, et alors le laisser indirectement commencer à appliquer cette nouvelle compréhension à sa propre situation.

Vous pouvez également suggérer une anesthésie. L'anesthésie peut être produite très rapidement et très facilement chez certains patients, mais il est assez difficile d'évaluer son emploi, parce que, lorsque vous produisez réellement une anesthésie, vous coupez les sensations kinesthésiques, vous coupez les sensations tactiles, les sensations de pression – un grand nombre de sensations. Ainsi, si vous n'étiez pas sûr de votre situation, vous devriez éviter de produire une anesthésie totale.

LE SYMPTÔME ET LA SUBSTITUTION DE SENSATION DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Une autre approche de la douleur est la méthode de remplacement hypnotique par substitution. J'ai précédemment mentionné ce médecin de quatre-vingt-trois ans dont j'ai réduit la douleur lourde, persistante et palpitante à une question d'inertie, à une question de lourdeur, de chaleur, de confort et de relaxation. J'ai substitué des sensations plaisantes aux sensations déplaisantes. Il s'agit là d'une technique très importante.

Disons que vous avez un patient souffrant d'une douleur très, très froide, il vous la décrit en détail comme une douleur très froide. Vous amenez alors la notion de degré variable de froideur. Parfois il fait très froid en Arizona – la température descend en fait jusqu'au point de congélation ; et je peux parler à mes amis venant me voir de Calgary au Canada, de la façon dont il fait froid, de la façon dont la température baisse au point de congélation, et ils me regardent comme si j'avais besoin d'un psychiatre ! Et vous pouvez discuter avec quelqu'un qui vient de l'Alaska, expliquant que 37° en dessous de zéro c'est en effet froid, et il vous dira que c'est une vague de chaleur. C'est la notion de relativité.

Vous demandez à un patient de considérer tous ces facteurs, et que va-t-il faire de cette douleur froide ? Que va-t-il faire avec cette douleur dure ? Que va-t-il faire avec cette douleur grinçante ? Je veux savoir si cette douleur grinçante est une douleur grinçante et rapide ou une douleur grinçante et lente. Je peux également suggérer d'ajouter quelque chose à la douleur grinçante : « Si vous voulez simplement porter attention à cette douleur, vous noterez qu'il s'agit d'une douleur grinçante et *lente*. » J'ai ajouté mon propre adjectif de *lent* à la douleur grinçante du patient, et si le patient n'accepte pas l'adjectif *lent*, je peux passer à une douleur grinçante et *rapide*. Parce que tout ce que je fais pour modifier l'expérience subjective de douleur du patient va diminuer cette douleur, et ainsi je peux substituer une sensation de rapidité ou une sensation de lenteur à cette douleur grinçante.

J'ai mentionné plus haut le cas de Cathy – Cathy, qui n'est pas parvenue à développer cette horrible, abominable démangeaison à la plante de ses pieds, a développé, à la place, un engourdissement de l'arrière de son pied ; et elle a alors développé cette gênante démangeaison, comparable à la piqûre d'un moustique, à l'endroit de son opération.

Je voulais introduire dans la vie de Cathy quelque chose de subjectif qui pouvait retenir son attention. J'ai ainsi substitué l'engourdissement et la démangeaison comparable à la piqûre d'un moustique à l'endroit de l'opération, à la douleur corporelle totale de Cathy.

La substitution des sensations est une façon très agréable de travailler avec les patients. Vous pouvez la produire très facilement chez les enfants ; vous pouvez la produire très facilement chez les cancéreux (parce que les cancéreux sont toujours extrêmement motivés). L'enfant est dans une situation d'apprentissage. Les enfants essaient toujours d'atteindre de nouvelles compréhensions, et quand ils ont une blessure ils veulent en parler et ils veulent savoir des choses à ce sujet ; et ainsi vous leur donnez une compréhension de leur blessure qui leur permet de la prendre en main d'une bien meilleure façon.

AMNÉSIE, DISTORSION DU TEMPS ET DÉPLACEMENT DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Maintenant, qu'ai-je fait avec le médecin de quatre-vingt-trois ans qui avait toutes les vingt minutes cette douleur horrible, en éclair, lancinante, coupante, poignardante, comme réglée par une horloge ? J'ai introduit pour lui la notion d'amnésie et je lui ai dit : « Vous n'avez vraiment pas besoin de vous souvenir des attaques de douleur lancinante d'hier. Il est suffisant d'expérimenter les attaques de douleur lancinante que vous ressentez en ce moment. C'est suffisant. Pourquoi se tracasser pour se souvenir de la douleur d'hier, et des douleurs d'il y a une semaine, et des douleurs d'il y a deux semaines ! Ceci me semble dénué de sens. Portez attention à la douleur que vous ressentez juste maintenant.

« Et, avez-vous vraiment besoin de vous souvenir que demain, toutes les vingt minutes, vous allez ressentir ces douleurs tranchantes, en éclair, lancinantes et coupantes ? Je pense que vous pouvez rester très, très occupé avec simplement la douleur que vous allez expérimenter aujourd'hui. Vous n'avez pas besoin de penser à demain. Vous n'avez même pas besoin de vous souvenir que demain vous aurez d'autres attaques. Et dès que vous avez eu une attaque de douleur, je pense que ce serait extrêmement bien, simplement, de l'oublier, de la mettre dans le passé oublié. »

Maintenant, ces suggestions, bien que bonnes en elles-mêmes, n'ont cependant rien fait pour les douleurs soudaines, tranchantes et en éclair qu'il a expérimentées toutes les vingt minutes. Pour travailler avec cet aspect du problème, je lui ai demandé de travailler la distorsion du temps de façon qu'il puisse continuer à expérimenter cette douleur tranchante et en éclair, mais de façon tout à fait transitoire. J'ai chronométré ses attaques, et elles duraient de cinq à dix minutes sur mon chronomètre ; mais après qu'il eut appris la distorsion du temps, la durée des attaques est tombé jusqu'à cinq à dix secondes. Et plutôt que de survenir toutes les vingt minutes, les attaques se produisaient maintenant environ toutes les trente à quarante minutes, et quelquefois selon un délai plus long encore. Il s'agissait d'un gain énorme pour le patient. L'attaque débutera, il pourra pousser un grand cri de douleur, entrer dans une transe

hypnotique, ouvrir les yeux, se réveiller, paraître confus pendant un moment, et alors continuer sa conversation – complètement inconscient du fait qu'il venait juste de sortir d'une attaque de douleur qui a duré de cinq à dix secondes ! »

Il avait encore un autre type aigu de douleur – une douleur continue, mortelle, tuante à travers tout son corps. La question était : Que pouvais-je faire pour une douleur aussi étendue ? J'ai commencé à exposer un concept qu'il pouvait comprendre : le concept de douleur déplacée. Vous pouvez avoir une attaque coronarienne et plus tard en ressentir la douleur dans votre bras gauche plutôt qu'au niveau du cœur ; vous pouvez la ressentir de façon très, très évidente, et vous ne voulez pas déplacer ce bras. Je suis devenu très didactique et très professionnel avec lui dans ma discussion du déplacement de la douleur, et je lui ai alors fait remarquer que la douleur qui le tuait était cette douleur de son corps entier. (J'aurais plutôt dû dire : « La douleur qui vous tue », parce que les patients ont besoin de savoir que vous n'avez pas peur de leur dire la vérité.) Je lui ai suggéré que cela n'aurait aucune importance pour lui si toute la douleur tuante se retirait dans sa main gauche – si elle se déplaçait complètement dans sa main gauche. Il était droitier, et également confiné dans son lit, il pouvait ainsi facilement accepter de mettre toutes ces douleurs tuantes dans sa main gauche ; il pouvait facilement la laisser reposer très, très doucement sur les couvertures de l'autre côté du lit, de façon que personne ne puisse heurter cette main gauche – elle était tellement sensible et tellement douloureuse.

La réponse du médecin à ma suggestion a été : « Cela ne me gêne pas d'avoir une douleur à la main gauche. Non, cela ne me gêne pas du tout d'avoir une douleur là. »

Maintenant, que diable cela signifie-t-il ? Cela signifie que la douleur nous afflige, mais parfois il est des douleurs qui ne nous gênent pas autant⁽³³⁾. J'ai parlé de ma fillette de deux ans qui voulait lutter avec moi pour le reste de sa vie avant d'accepter que le médecin retire ses amygdales. Mais je l'ai escroquée en prouvant que son lapin en peluche pouvait également s'endormir aussi bien qu'elle.

Ainsi ma fille a subi une amygdalectomie, et après l'opération le chirurgien lui a malheureusement demandé : « Maintenant, cela n'a pas fait mal du tout, ça a fait mal ? »

Et sachant ce qu'elle voulait, elle a répondu : « Vous êtes tупide ! [Vous êtes stupide !] Oui, ça a fait mal, mais ça ne m'a pas gênée. »

Une petite fille de deux ans : « Ça ne m'a pas gênée. » Rien n'indiquait que la douleur l'ait bouleversée, mais : « Oui, ça a fait mal. » Elle savait très bien que ça avait fait mal, mais cela ne l'avait pas gênée, et le médecin de quatre-vingt-trois ans n'avait pas été gêné par toute cette douleur tuante très loin là-bas dans sa main gauche. Et quand ses collègues sont arrivés le soir pour boire une bière en se rappelant du passé, ils ont remonté son lit, il a laissé avec précaution sa main de l'autre côté du lit pour qu'elle ne soit pas touchée ; et il a bu sa bière avec sa main droite, et il a discuté et il a reçu la visite de ses amis, il a passé un moment très agréable. Et jusqu'au jour de sa mort, sa main gauche contenait une douleur tuante qui simplement ne le gênait pas.

Cette notion de construire le transfert ou le déplacement de la douleur d'une partie à une autre du corps est extrêmement importante. Parfois vous pouvez le faire morceau par morceau, surtout avec les enfants. Vous pouvez dire : « Ça fait très mal juste là, mais je pense que ça devrait faire mal ici aussi, et un petit peu ici, et un peu juste là. » Et lentement vous dirigez l'attention du patient en dehors de la zone douloureuse et plus loin encore vers une autre zone du corps tout à fait bien portante : « Maintenant, la douleur qui est là commence à se sentir mieux. Vous obtenez des sensations agréables. » Avec les enfants, pourtant, il vaudrait mieux dire « faire mal » ou « douleur », parce que « sensation » est un mot que souvent ils ne comprennent pas.

ANESTHÉSIE HYPNOTIQUE INDIRECTE PAR
DISSOCIATION POUR LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR :
DISPONIBILITÉ À LA RÉPONSE
ET TRANSE SOMNAMBULIQUE

La dissociation psychologique est une autre méthode hypnotique de travail avec la douleur. Je peux penser à cette femme souffrant d'un carcinome primitif de l'utérus, avec des métastases dans la moelle épinière, avec des métastases dans les hanches ; elle avait des douleurs dans les deux jambes, le long de son dos et dans tout son corps.

Je lui ai rendu visite à la demande de son médecin, qui m'avait dit : « La morphine et tous les narcotiques connus ne lui font plus rien. Elle va encore vivre probablement quelques mois, et j'aimerais que vous voyiez si l'hypnose peut faire quelque chose pour sa douleur. »

Lorsque je suis arrivé pour ma première visite, elle était assez hostile en expliquant : « J'ai fait des études supérieures et vous voulez me parler de ce truc de foire, comme si ça pouvait faire quelque chose pour moi. Je ne pense pas que quelqu'un pourrait m'hypnotiser, en fait, je ne crois même pas à l'hypnose ; je n'ai rien lu à l'Université qui ait ouvert mon esprit à la croyance en ce genre de spectacle, de galimatias mystique. »

La fille de la patiente qui avait dix-huit ans était présente, et j'ai vu une fille qui regardait sa mère avec inquiétude, l'écoutant attentivement, et, lorsque j'ai parlé, j'ai alors observé qu'elle m'accordait aussi toute son attention. En d'autres termes, la fille montrait une bonne disponibilité à la réponse – une énorme disponibilité à la réponse. Et je me suis dit : « Même si je ne peux pas vous hypnotiser [la mère], votre fille ici sera un bon sujet hypnotique. »

J'ai demandé à la fille de s'asseoir dans un siège. J'ai commencé à changer ses mains de place pour les mettre en position confortable, et la mère m'observait. J'ai déplacé ses mains d'abord de cette façon, puis de celle-là, et alors de cette façon-ci, puis de celle-là. Finalement, j'ai simplement oublié et laissé une main suspendue en l'air. Alors qu'elle déployait cette belle catalepsie, j'ai suggéré qu'elle pouvait vouloir fermer les yeux, entrer profondément en transe et tout oublier de la situation désorientante dans laquelle elle se trouvait mentalement. Bien, elle a développé une très belle transe somnambulique. Si le médecin de famille a recommandé

l'hypnose, elle avait l'attitude qui rendait cette technique utile. Elle n'était pas concernée par les préjugés de sa mère ; elle était seulement concernée par l'état de santé de sa mère et par toute méthode qui pouvait l'aider, et elle était ainsi très disponible à répondre. Dès qu'elle fut dans une belle transe profonde, j'ai commencé :

« Vous, madame, ai-je fait, vous pouvez ne pas croire en l'hypnose, vous pouvez ne pas croire que l'hypnose peut faire quelque chose pour vous. Mais écoutez ce que je dis à votre fille. »

Je me suis tourné vers la fille : « Jane, ai-je dit, je voudrais que vous ouvriez les yeux, et je veux que vous vous sentiez vous-même assise là-bas [de l'autre côté de la pièce] en train de me regarder ; et vraiment sentez-vous vous-même en train de me regarder précisément de là-bas. »

Maintenant, la communication non verbale est tout aussi importante. J'ai continué à lui parler autour de cette idée – « sentez-vous vous-même là-bas en train de me parler » – et ainsi de suite, mais elle ne pouvait pas se sentir elle-même en train de me parler de là-bas sans me regarder dans cette direction, parce que j'étais ici.

J'ai continué : « Puisque vous vous sentez confortablement assise là-bas et que vous m'observez si attentivement, notez ce que je vais faire ensuite. »

J'ai lentement soulevé sa robe jusqu'à mi-cuisse et je lui ai demandé de fermer les yeux. Sa mère me regardait avec des poignards dans les yeux. La fille fermait les yeux sans problème, et la mère m'a vu lever la main avant de l'abattre aussi durement que je pouvais sur la cuisse de la fille. Mais la fille *là-bas* ne sentait pas ce que je faisais à la fille *assise ici*, car elle était là-bas ! En d'autres termes, une très belle anesthésie avait été indirectement suggérée par dissociation. La mère s'attendait vraiment à ce que sa fille fasse un bond, parce que je lui avais donné une puissante claque.

« Vous, madame, ai-je dit, vous aimez apprendre les choses d'une façon difficile, n'est-ce pas. Je pense que vous avez noté que votre fille n'a pas bronché, mais je vais lui demander si je lui ai fait mal. »

La fille a répondu : « Me faire mal, à propos de quoi ? » La mère était de plus en plus sidérée. « Je vais vous donner une autre leçon », lui ai-je dit. Et j'ai donné une autre claque très puissante sur l'autre cuisse de sa fille.

« Vous avez réussi à me convaincre, m'a répondu la mère.

— Très bien, ai-je dit, vous fermez les yeux, vous prenez une respiration profonde et vous entrez profondément en transe. » Et j'en suis venu à expliquer à la mère que lorsqu'elle a ses attaques de douleur (qui survenaient irrégulièrement tout au long de la journée et de là nuit), ce serait une chose extrêmement agréable si elle se mettait dans ce lit, de l'autre côté de la pièce, et si elle laissait son corps souffrant et douloureux absolument tout seul dans son lit habituel. Je l'ai amenée à comprendre cela.

J'ai eu l'occasion de me rendre dans le désert assez tôt un dimanche matin, et je me suis arrêté pour voir ma patiente. Alors que j'entrais dans la chambre, l'infirmière me fit un signe de la main pour m'avertir, mais je ne lui ai pas prêté attention.

« Que faites-vous ? ai-je demandé à ma patiente.

— Oh, dit-elle, je sentais venir une attaque de douleur, aussi j'ai pris ma tête et mes épaules, je me suis installée dans la chaise roulante pour venir ici dans le salon, afin de regarder un programme de télévision. » Et là, elle regardait un programme de télévision, psychologiquement, alors que son corps souffrant était resté dans la chambre.

Maintenant, l'infirmière pouvait voir le corps de cette femme dans la chambre. Elle savait que je parlais à la patiente dans la chambre, et pourtant la patiente pouvait faire signe de la main et dire : « Je ne veux pas rater cette partie du programme » Et j'avais à attendre que les acteurs aient terminé leur dialogue avant de pouvoir continuer ma conversation.

En d'autres termes, vous pouvez utiliser la dissociation hypnotique afin d'induire indirectement une anesthésie pour des patients qui ne peuvent pas l'apprendre par suggestion directe. Faites-les simplement se déplacer dans une autre partie de la pièce, en laissant leur douleur là où ils étaient, et vous pouvez obtenir une anesthésie indirecte. Don Colcum, un obstétricien, aime envoyer ses

patientes au bord de l'Océan pour regarder les vagues et les mouettes, alors qu'il travaille sur leur corps dans la salle d'accouchement à Bangor, dans le Maine. Quand c'est le moment, les patientes reviennent du bord de mer et il leur montre leurs bébés ! C'est très simple.

ANESTHÉSIE HYPNOTIQUE INDIRECTE PAR DISSOCIATION : L'APPRENTISSAGE PAR PROCURATION DE BETTY ALICE

Pour une raison purement féminine, ma fille, Betty Alice, refusait catégoriquement de me laisser lui apprendre l'anesthésie hypnotique. Je savais qu'elle était capable de l'apprendre. Cependant, lorsqu'elle accepta d'être sujet à un séminaire que je donnais, je l'ai simplement dissociée et je lui ai demandé de s'asseoir dans l'auditoire et de me regarder travailler avec un autre sujet sur l'estrade. Bien sûr, j'ai fait une démonstration d'anesthésie sur le corps de ce sujet sur l'estrade.

Après que ma fille fut sortie de transe, elle a eu le souvenir fulgurant de ce qui s'est passé. « Papa, cria-t-elle, tu t'es faufilé sournoisement derrière mes défenses et tu m'as appris l'anesthésie !

— Devrais-je laisser la contrariété féminine interférer avec ton bien-être futur ? ai-je demandé. Une fille comme toi ne va pas toujours rester jeune fille. »

Lors de son accouchement – le Dr Jones était son obstétricien –, Betty Alice parlait aux personnes présentes, aux infirmières. Elle avait l'impression d'être en Australie où elle était professeur.

Finalement, le Dr Jones a dit : « Betty Alice, vous n'avez pas envie de regarder et de voir ce dont il s'agit ? » Et Betty Alice, comme elle le raconta, revint d'Australie et regarda : il s'agissait d'un garçon. C'est ce qu'elle a su de l'accouchement. Une dissociation parfaite.

DÉSORIENTATION ET CONFUSION :

CHANGER SUBJECTIVEMENT L'EMPLACEMENT DE LA DOULEUR POUR FACILITER L'ANESTHÉSIE

Il y a un autre moyen de travailler avec la douleur et qui met en jeu la désorientation corporelle. Je fais allusion à cette technique dans l'exemple où la douleur est ici, et vous vous demandez si elle n'est pas ici... ou ici... ou ici ; et vous désorientez l'enfant sans problème.

« Voyons, est-ce que cette douleur est dans ta jambe droite, ou dans ta jambe gauche ?... Voyons, laquelle est la jambe gauche et laquelle est la jambe droite ? »

Et vous pouvez vous confusionner autant que vous confusionnez l'enfant sur cette question de l'endroit où se trouve la douleur et sur la question de savoir quelle est laquelle des deux jambes.

« Et maintenant, se trouve-t-elle à l'extérieur de l'extérieur de ta jambe, ou se trouve-t-elle à l'intérieur de l'intérieur ? » Très confusionnant.

Vous pouvez désorienter l'enfant assez facilement ; mais vous pouvez aussi désorienter l'adulte. Je peux penser à une jeune femme de vingt-huit ans qui ne pouvait pas écrire avec la main droite et qui refusait catégoriquement d'écrire avec la main gauche. Elle était employée de bureau et elle insistait pour apprendre à écrire avec la main droite. Elle avait développé une paralysie dès qu'il s'agissait un tant soit peu d'écrire. J'ai ainsi discuté du fait d'être droitier ou gaucher, de la centralité et de la dextérité, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'elle soit tellement confuse qu'elle a pensé que cette main-là était la droite [sa main gauche], et que cette main-ci était la main gauche [sa main droite] – parce que la main gauche était la seule main qui lui restait(34) pour écrire !

Elle continua à écrire avec cette main gauche qui restait pendant plus d'un an avant que ses mains ne se décroisent psychologiquement. Elle est alors venue pour m'expliquer que, pratiquement, elle avait deux mains droites, parce qu'elle était si habile avec les deux mains, de façon égale, et ainsi elle écrivait avec cette main [la main gauche]. Quelle était ma technique ? J'ai utilisé une désorientation corporelle apprenant à la patiente à devenir très

confuse au sujet de la localisation de la douleur, au sujet de la partie du corps concernée par la douleur, et au sujet de la direction de la douleur. Vous désorientez le patient jusqu'à ce qu'il ne sache simplement pas de quel côté il s'agit, et alors vous lui fournissez l'orientation que vous souhaitez pour lui. Si vous pouvez déplacer la douleur en un endroit du corps où il n'y a pas, pour lui, de cause organique, vous êtes alors en position de produire une anesthésie hypnotique dans sa vraie localisation. Vous déplacez chez le patient l'expérience subjective de sa douleur vers une fausse localisation, au niveau du corps, car vous pouvez ainsi à cet endroit plus facilement la corriger ; le patient manifeste peu de résistance à accepter des suggestions dans une zone bien portante.

APPROCHE FRACTIONNÉE DE LA RÉDUCTION DE LA DOULEUR : PERDRE 80 % DE LA DOULEUR

J'ai précédemment mentionné le problème de la distorsion du temps et l'importance de la réduction de l'expérience subjective du temps par le patient. Il y a une autre méthode importante de réduction que vous pouvez utiliser dans le contrôle hypnotique de la douleur et qui passe par sa lente diminution.

Je peux dire à un patient : « Je ne pense pas faire partir toute votre douleur. C'est trop me demander ; c'est trop demander à votre corps. Et si vous perdiez 1 % de cette douleur, il vous en restera encore 99 % ; vous ne vous rendriez pas compte de la perte de 1 %, mais cela sera une perte de 1 %. Vous pourriez perdre 5 % de cette douleur. Vous ne vous rendriez pas compte de la perte de 5 %, parce qu'il vous restera encore 95 % de la douleur ; mais vous auriez encore une perte de 5 %. Maintenant, vous pourriez perdre 10 % de la douleur, mais cela ne serait pas vraiment sensible parce que vous en auriez encore 90 % ; mais cependant vous auriez une perte de 10 % de votre douleur... »

Vous continuez à diminuer la douleur – jusqu'à 85, 80, 75, 70, 65, 60 %, et ainsi de suite. Vous dites alors : « Vous pourriez même perdre 80 % de votre douleur, mais je ne pense pas que cela soit

vraiment raisonnable, pas encore. Je serais prêt à tomber d'accord pour une perte de 75 %. » Et le patient va être d'accord avec vous, plein de regrets. Alors : « Quelle est la différence entre 75 et 80 %, et tôt ou tard vous pouvez perdre 80 %, et peut-être 85 %, mais d'abord tombons d'accord sur 80 %.

Je suis encore en train de déplacer la douleur, mais graduellement, à travers une lente diminution de celle-ci. Je commence avec 1 % en continuant jusqu'à ce que la douleur soit réduite autant que possible. Comme je l'ai relaté plus haut dans ce séminaire, j'ai utilisé cette technique avec des asthmatiques, et avec grand succès. Je commence par leur suggérer qu'ils peuvent respirer avec au moins 1 % de confort, avec 2 % de confort, avec 5 % de confort. Ils ont encore 95 % de difficultés, mais tôt ou tard je les amène à déterminer 50 % de confort dans leur respiration et 50 % de perte d'inconfort. Ils veulent alors obtenir 40 % d'inconfort et 60 % de confort et ainsi de suite.

Maintenant, ce sont là toutes les différentes méthodes disponibles dans le travail hypnotique avec la douleur. Vous approchez la douleur en tant qu'expérience subjective. Vous essayez de la disséquer, de l'analyser ; vous essayez d'amener le patient à reconnaître les différents attributs des différents chemins psychologiquement subjectifs qu'il emploie pour s'y confronter ; et vous utilisez alors une suggestion hypnotique directe, lorsque cela est possible, ou une suggestion hypnotique permissive et indirecte, en vue de sa totale abolition. Vous pouvez utiliser n'importe laquelle ou toutes les méthodes suivantes : l'amnésie, l'analgésie hypnotique, l'anesthésie hypnotique, le remplacement ou la substitution hypnotique, la dissociation hypnotique, la distorsion du temps, la désorientation corporelle, la réinterprétation de la douleur, le changement d'emplacement de la douleur et la diminution de la douleur. Vous ne savez jamais quelle méthode sera bonne, ni à quel degré n'importe laquelle d'entre elles sera utile. Mais vous devez les avoir toutes en main, c'est une façon de parler, de façon à pouvoir passer facilement de l'une à l'autre. Vous pourriez utiliser la désorientation pour diminuer une douleur brûlante, alors qu'une douleur coupante semble appeler le déplacement ou la dissociation.

Vous ne pouvez jamais connaître à l'avance la façon de faire pour prendre en main les aspects individuels de la douleur.

UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DE LA RÉSISTANCE : FACILITER LA SÉQUENCE D'ACCEPTATION

La résistance est un phénomène très important que vous devez être capable de reconnaître et d'utiliser quand elle survient chez vos patients. Le patient arrive dans votre bureau, s'assoit, et commence à se trémousser dans le siège. Il ne s'est sûrement pas arrêté à l'idée d'accepter facilement ce que vous allez lui dire. Comment allez-vous faire avec cela ?

D'abord je demande : « Cela vous gênerait-il de vous lever ? » Et cela ne le gêne pas. Je demande alors : « Pourriez-vous, je vous prie, placer tout votre poids sur votre pied droit. » Il l'a fait. « Et maintenant, déplacez votre poids sur votre pied gauche. » Il l'a fait également. « Maintenant, pourriez-vous, je vous prie, vous asseoir, et mettre votre main sur le bras de ce siège-là ; maintenant, mettez-la ici, maintenant mettez-la sur l'autre bras ; mettez-la alors à cet endroit. Maintenant, je pense que vous allez vous sentir très confortable. »

Si les patients veulent changer leur position, pourquoi ne les ferais-je pas changer leur position ? Le point est que *je* leur fais changer leur position, je leur demande de changer leur position, et j'ai sûrement satisfait leur besoin de se déplacer. De la même importance est le fait que j'ai utilisé leur résistance parce que plus vous obtenez des patients qu'ils disent : « Oui, oui, oui, oui, oui », plus vous les mettez de façon adéquate sur le chemin de l'hypnose.

Il y a le 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. À 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 exactement de la même façon. J'aime l'utiliser avec prudence, avec précaution et doucement. »

Maintenant, ceci répond à de nombreuses questions sur les dangers de l'hypnose sans que j'aie à m'engager dans un raisonnement ou dans une discussion longue et détaillée sur ce qui est dangereux ou non : je veux simplement l'utiliser de la façon dont je conduirais une voiture – avec prudence. Quand vous discutez des dangers avec un patient, vous mettez vraiment l'accent sur le fait qu'il y a des dangers. Si vous l'admettez simplement et si vous en rendez ridicule la discussion, vous avez prévenu la nécessité d'une discussion ultérieure. Le point est que presque tout peut être utilisé de façon négative ou dangereuse ; vous ne niez pas ou vous ne diminuez pas le potentiel de danger, mais vous le mettez simplement dans une perspective correcte – et avec l'aide d'un exemple assez direct.

L'APPROCHE UTILISATIONNELLE :
TRANSFORMER LA RÉSISTANCE EN UN COMPORTEMENT
HYPNOTIQUE DE RÉPONSE HYPNOTIQUE
LE BESOIN DE PRATIQUER ET DE RÉVISER

Il y a un autre aspect de cette notion de résistance. Vous pouvez dire au patient qui résiste : « Naturellement, vous n'êtes pas familier avec l'hypnose. Quand on vous a demandé pour la première fois d'apprendre une tâche difficile, comme les patins à roulettes ou le patin à glace, vous avez également été hésitant. Quand vous avez pris des leçons de danse, vous avez été hésitant. Vous avez montré une certaine résistance. Pourquoi ne le feriez-vous pas ? Votre résistance signifie que vous n'étiez pas tout à fait certain d'être prêt à commencer à danser, ou à faire des patins à roulettes, ou n'importe quoi d'autre. Et maintenant, la question est : Êtes-vous vraiment prêt à entrer dans une transe hypnotique, ou attendons-nous une, deux, trois, quatre ou même cinq secondes de plus, avant

que vous ne soyez vraiment prêt ? » Et le patient commence immédiatement à s'orienter dans une nouvelle direction en ce qui concerne ses propres résistances.

Je peux aussi demander au patient : « Comment préférez-vous montrer au mieux votre résistance ? Préfereriez-vous à cet instant précis, décider que rien, absolument rien au monde, ne peut soulever votre main droite de votre cuisse ? Pourquoi ne pas faire de cette façon, et vous pouvez vraiment résister à tout effort cherchant à soulever votre main droite de votre cuisse. » Je demande au patient d'offrir une résistance à un mouvement de la main. Il m'importe vraiment peu qu'il déplace ou non sa main, et pourtant il se consacre lui-même à faire exactement ce que je lui dis de faire ; et il résiste, et plus il résiste, plus il répond !

Chaque fois que vous avez un patient résistant, je pense à ce moment-là qu'il est très souhaitable de passer en revue le type particulier de résistance que vous rencontrez, et de penser à toutes les différentes façons que vous auriez pu utiliser pour parler à ce patient de cette résistance. Quelles sont les différentes interprétations que vous auriez pu placer là-dessus d'une façon très, très simple pour que la résistance puisse devenir un élément de l'induction hypnotique ? Vous pourriez avoir dit :

« Peut-être aimeriez-vous garder les yeux ouverts, et j'aimerais que vous le fassiez aussi longtemps que cela vous est possible. Naturellement, nous clignons tous des yeux tôt ou tard. Nous avons fait cela toute notre vie, et peu importe jusqu'à quel point nous avons essayé d'éviter de cligner des yeux, nous allons vraiment le faire tôt ou tard. Mais vous pouvez faire de votre mieux pour maintenir vos yeux grands ouverts et cela peut être votre désir, mais vos yeux ont un désir, également, et vos yeux vont cligner. »

Et ainsi vous avez donné à votre patient l'occasion de garder ses yeux grands ouverts, à vous fixer, mais vous avez également mentionné que ses yeux – comme s'ils étaient en quelque sorte séparés de lui – vont cligner. Il ne se rend pas compte que vous avez mis en route un processus de dissociation.

Voici une autre façon de s'adresser à la résistance : « Vous savez, quand vous êtes assis sur un siège, quand vous écoutez

quelqu'un parler, quand vous regardez simplement la télévision, quand vous écoutez le bruit de la rue, un orchestre, vous déplacez un pied ici, vous déplacez un pied là ; vous modifiez votre position dans votre siège. Et alors que je vous parle, vous allez peut-être ressentir l'envie de bouger votre main, peut-être de déplacer légèrement vos épaules, peut-être de modifier la position exacte de votre siège », et ainsi de suite. Qu'est-ce que je fais ? Je demande au patient de modifier sa position en fonction de modèles de comportements appris. Et si le patient est le type de patient qui veut se tortiller et éviter d'entrer en transe, j'ai déjà anticipé ses souhaits et je fais en sorte que ses mouvements répondent à une suggestion. J'utilise les comportements naturels du patient comme un véhicule pour la suggestion thérapeutique.

Encore et encore, après qu'un patient eut quitté votre bureau, vous devez revoir en détail chaque élément de comportement. Vous devez noter ces types de comportement, et peut-être alors même les répéter à haute voix, pour vous-même, afin d'apprendre ainsi à construire vos remarques. Vous devez mentionner vos observations comme si le patient était véritablement là parlant avec vous, et vous devez répéter l'énoncé des commentaires que vous feriez au patient à propos de son type particulier de résistance.

IMITATION ET INDICES NON VERBAUX POUR CONVERTIR LA TENSION EN RELAXATION ET ÉTABLIR UNE SÉQUENCE D'ACCEPTATION

Un patient dit : « Je suis prêt à être hypnotisé. » Et je dis : « Oui, et ainsi vous êtes prêt à être hypnotisé, et je ne veux pas que vous vous fatigiez trop. Voyons, quel effort cela demande-t-il de mettre vos épaules dans cette position ? » Entre temps, j'imité le comportement de tension, et je pense : « Quel effort cela demande-t-il de tenir cette position ? » Et je pense à moi-même, et je peux sentir mon dos se crisper, mais que fait le patient ? Le patient commence à faire le même genre de chose ; le patient commence à ressentir la tension de son dos, la tension de ses épaules, la tension de ses bras.

Dès que je vois poindre cette prise de conscience sur le visage du patient, je peux affirmer : « Et cela tend à ce qu'on se sente assez fatigué, n'est-ce pas ? Je remarque que ça me fatigue. Et quand on devient de plus en plus fatigué, il y a une tendance, une tendance irrésistible, lorsque le corps se fatigue, à penser à s'endormir. Et vous pensez à dormir lorsque vous vous fatiguez ; et vous pensez à vous relaxer lorsque vous vous fatiguez ; et en pensant à cela vous vous relaxez de plus en plus. » Maintenant, je laisse tomber mon bras d'une façon détendue, et que va faire mon patient ? – la même chose, parce que dans notre comportement nous imitons naturellement, et nous suivons naturellement les exemples.

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 vers 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 séquence d'acceptation].

DÉCHARGER LA RÉSISTANCE EN LA SUGGÉRANT L'UTILISATION DE L'IMPLICATION ET DE LA NÉGATION

Je me souviens d'avoir demandé à un sujet hypnotique bien entraîné de s'occuper de l'induction d'un étudiant, sujet volontaire. J'utilisais la lévitation de la main sur ce sujet et il me résistait tout à fait. Il devenait terriblement apparent pour le groupe qu'il résistait, ainsi je l'ai laissé construire une très belle résistance. Je me suis alors tourné vers le sujet hypnotique bien entraîné et j'ai dit : « Arthur, pourquoi ne pas prendre la relève et travailler avec ce

patient. » Arthur répondit : « Je n'ai jamais induit de transe hypnotique, et je ne sais pas si je peux le faire ou non. »

Je me suis tourné vers l'étudiant volontaire et j'ai dit : « Eh bien, il est évident que vous serez entre des mains terriblement sûres. »

Arthur commença : « Cela vous gênerait-il de vous asseoir ici dans ce siège ? » L'étudiant est monté et s'est assis dans le siège.

« Cela vous gênerait-il de lever votre main droite ? », et l'étudiant a obéi.

« En premier lieu, pourriez-vous regarder vers cette fenêtre ; en second lieu, pourriez-vous regarder vers cette fenêtre-là ; et, en troisième lieu, pourriez-vous regarder vers celle-ci... Et maintenant, pourriez-vous simplement fixer le sol. »

J'ai commencé à compter. Arthur a fait faire environ trente choses différentes au sujet, l'une après l'autre, et il a dit alors : « Et maintenant ; cela vous gênerait-il de laisser votre main en lévitation, d'abord lentement ? »

« Cela vous gênerait-il de laisser votre main en lévitation », fait surgir une réponse négative, mais quand vous ajoutez : « d'abord lentement » – eh bien, nous aimons tous les compromis. Et vous construisez ainsi une situation où, effectivement, la personne peut résister, et elle peut résister dans la mesure où elle le fait d'abord lentement. D'abord lentement. Et qu'est-ce que cela implique ? — eh bien, rapidement ensuite ! Une personne n'essaye pas d'analyser ce que vous avez dit.

INFLEXION ET INTONATION DE LA VOIX DANS LA SUGGESTION HYPNOTIQUE

Je veux ensuite discuter de la question d'offrir des suggestions en réponse à la résistance. Je pense que vous devez tous écrire vos suggestions et alors soigneusement les étudier pour voir ce qu'elles signifient réellement. Par exemple, examinez ces propositions introductives :

« Alors que vous êtes assis dans ce siège et alors que vous continuez à m'écouter... »

« Alors que vous êtes assis dans ce siège » signifie : vous *êtes* assis précisément là dans ce siège [le comportement qui a cours]. Et qu'en est-il de : «... et alors que vous continuez à m'écoutez » ? Oubliez le *alors que* et remarquez simplement « vous continuez à m'écoutez ». [Réponse hypnotique souhaitée.] Tout ce que vous avez besoin de dire est : « Alors que vous êtes assis dans ce siège, et alors que vous continuez à *m'écouter*. »

Vous poursuivez alors : « Vos paupières vont commencer à s'alourdir. À ce moment précis, vous ne savez pas... à quel moment précis, vous ne savez pas. Et alors qu'ils commencent à s'alourdir » – remarquez que je dis *commence à s'alourdir*. « Et, au bout de quelques instants, vous remarquez qu'ils *sont en train de s'alourdir*, oui, ils *sont en train de s'alourdir*. »

Et ainsi vous cassez votre phrase en bouts de phrase, en utilisant des inflexions appropriées de la voix. Maintenant, chaque fois qu'une résistance se développe chez votre patient, vous devez la reconnaître immédiatement et être capable de donner une suggestion qui soit applicable au type particulier de résistance :

« Et votre pied était confortable, et alors vous l'avez déplacé pour qu'il soit plus confortable. »

Qu'avez-vous fait ? Vous avez changé la résistance du déplacement en un désir de plus de confort, et, en procédant ainsi, vous avez donné une suggestion pour un plus grand confort. La conscience que vous avez de chaque petite chose que fait votre patient en manifestant ses résistances ou en manifestant ses réponses, doit être soulignée par votre façon de faire vos commentaires : séparez vos commentaires et donnez leur différents accents selon le type de résistance qu'ils cherchent à prendre en main.

Dans le film, hier soir, j'espère que vous avez remarqué que lorsque je parlais au sujet en état d'éveil, j'utilisais une voix de nature différente – une intonation tout à fait différente – que lorsque je voulais qu'elle s'endorme de plus en plus profondément. J'ai modifié mon intonation très, très soigneusement :

« Et maintenant, vous allez vous éveiller davantage... Et comment vous sentez-vous ?... Et quel est votre nom ? »

Avez-vous entendu le changement dans l'inflexion de ma voix ? Vous devez apprendre à *lier votre intonation et vos inflexions de voix à la réponse hypnotique souhaitée, et utiliser un ton de voix banal en parlant de ces comportements que vous ne voulez pas inclure dans le comportement de transe*. Ainsi, vous parlez des résistances dans un ton ordinaire de voix, et vous pouvez alors parler d'une façon qui évoque la réponse hypnotique. Et vous utilisez un ton de voix distinctif que la personne relie inconsciemment au comportement de réponse.

Apprendre à faire ceci demande une grande pratique, mais vous devez vraiment faire des exercices simplement pour le plaisir et la satisfaction. Il y a pas mal d'années, je me suis simplement exercé en analysant un compte rendu dactylographié de ce que je pensais devoir dire. Actuellement, vous avez l'avantage d'utiliser un magnétophone ; vous pouvez écouter ce que vous avez dit, la façon dont vous l'avez dit, et la façon dont vous avez fait des pauses.

Par exemple, prenez l'affirmation : « Maintenant, vous vous sentez très résistant sur le fait d'entrer en transe. » Et vous avez fait une pause. Qu'avez-vous dit en fait ? : «... sentez très résistant sur le fait d'entrer en transe. » Les patients ne le remarquent pas, mais que font-ils ? Ils commencent à analyser leurs sensations autour de la résistance pour entrer en transe. Ils ne m'entendent pas consciemment dire cela, mais inconsciemment ils tendent à obtenir les suggestions. C'est la raison pour laquelle vous devez être extrêmement attentif, dans la salle d'opération ou au pied du lit, pour surveiller votre choix des mots, pour savoir exactement ce que vous dites en présence de vos patients ; vous dites ainsi uniquement ces choses pour lesquelles vous voulez que vos patients réagissent.

Les petits enfants sont d'excellents sujets pour l'apprentissage. Ils sont tellement littéraux dans leurs réponses et dans leur comportement. En leur parlant, faites simplement des pauses et hésitez et modifiez vos inflexions, et observez-les répondre si merveilleusement aux phrases que vous employez. Observez-les répondre aux hésitations, aux différentes inflexions ; et vous apprenez alors l'importance de ces hésitations et de ces inflexions. Vous apprenez petit à petit à analyser vos commentaires et ainsi

vous ne direz pas tout ce que vous n'avez pas à dire au pied du lit ou dans la salle d'opération.

DÉCHARGER LA RÉSISTANCE :
DÉPLACER LA FOCALISATION DE LA CONTESTATION
À LA COMPRÉHENSION

Il y a un autre angle à propos de cette question de combattre la résistance. Vous ne devez certainement pas vous disputer avec votre patient ; vous ne devez pas entrer dans un combat avec lui. Ainsi vous pouvez dire : « Bien, je suppose que nous pourrions nous battre toute la journée sur la question de savoir si je peux ou non vous faire entrer en transe, mais je ne crois vraiment pas que vous êtes venu ici dans ce but. Je pense que vous êtes venu ici pour être aidé d'une façon ou d'une autre, et *j'aimerais comprendre votre problème*. » Remarquez sur quoi je porte mon emphase. Je dis : « *J'aimerais comprendre votre problème*. » Je suis en train de dire : « Je ne veux pas me battre avec vous pour le reste de la journée ; plutôt, *j'aimerais comprendre votre problème* » et ainsi, j'ai déplacé le champ de bataille de celui de la résistance à celui de la compréhension. Le patient se sent soudainement lui-même transporté à un autre niveau de contact avec moi. Mais j'ai eu d'abord l'honnêteté de concéder que « nous pourrions nous battre toute la journée pour ce qui concerne les résistances, mais vraiment, je préférerais comprendre votre problème ». J'ai coupé l'herbe sous le pied de mon patient, confortablement, facilement et sans le mettre en colère. En même temps, je n'ai pas refusé sa demande pour un duel ; et c'est un privilège de continuer avec moi et de me dire ce qu'est vraiment son problème. Et ainsi, exactement au même moment, on laisse tomber la question de la résistance.

Je pourrais sans fin discuter ce problème de la résistance. J'ai trouvé que je passe souvent plus de temps à analyser la résistance d'un patient – en y revenant sans cesse, répétant et répétant ce que je pouvais y apporter comme réponse – que le temps que je passe avec le patient pour l'entretien réel. Vous pouvez ainsi sans fin varier vos remarques, et plus vous variez ces remarques, meilleure est

votre compréhension de la multitude des significations et des implications qui s'y trouvent.

APPRENDRE LA PSYCHIATRIE PAR L'OBSERVATION ET L'EXPÉRIMENTATION PRATIQUE

Q. — Beaucoup d'entre nous considèrent que vous êtes le premier psychiatre de notre temps. Pouvez-vous nous faire un commentaire à propos de l'endroit où vous avez appris la psychiatrie ?

E. — J'ai appris presque toute ma psychiatrie – non pas en salle de conférence, non pas en écoutant des professeurs – mais en écoutant mes patients, en observant mes patients.

En classe préparatoire de médecine, je prenais habituellement plaisir à observer mes camarades de classe. Tout en étant assis, j'aimais observer ce que je pouvais obtenir de quelqu'un de façon tout à fait inattendue. Par exemple, lorsque ma professeur de latin donnait un cours, mon problème était : avec quelle facilité pourrais-je la regarder attentivement et l'amener à commencer à regarder là-bas dans cette direction, parce qu'elle voyait que je la regardais de façon attentive et intense.

J'ai fait ainsi des expériences de toutes les manières possibles.

FOCALISATION IDÉODYNAMIQUE INDIRECTE : BURT ET LES CLÉS DE LA VOITURE

Discutons la question concernant le fait d'indiquer le chemin de la pensée d'une personne. Il y a plusieurs années j'étais malade, et mon fils était à la maison en permission des « Marines ». Le reste de la famille était sorti pour la soirée, mais Burt était resté pour me tenir compagnie. Et pour me tenir compagnie, il commença par remémorer l'époque où nous étions en vacances dans le Nord du Michigan. Et il parla du Nord du Michigan et de la carrière, et de la grenouille albinos que nous avons vue là-bas, et ainsi de suite. Brutalement, j'ai eu envie de lui demander : « Voudrais-tu les clés de

la voiture pour aller te promener ? » Pour une raison quelconque, cependant, j'ai réprimé la question.

La chose suivante que je savais était que Burt parlait du voyage du Michigan vers le Wisconsin ; comme était bonne la cuisine de grand-mère Erickson ; comment son frère Lance, mangeait toujours trop de poulet et comment Lance, en fait, était tombé malade sur la route du retour vers le Michigan. Et de nouveau j'ai eu une envie urgente de lui offrir les clés de la voiture, mais de nouveau j'ai réprimé cela.

Burt mentionna alors le voyage à la ferme de mon frère, et comment Allen est devenu si soucieux : comment la mère poule élève ses petits poussins ? Et Alice, dans la sagesse de son âge tendre, a dit : « Seuls les mammifères allaitent leurs petits. » Elle s'est mise à expliquer très attentivement que les mammifères donnent du lait, et elle était très savante, Allen l'écoutait, Burt et moi riions de cet incident, et de nouveau j'ai eu envie de lui offrir les clés de la voiture. J'ai réprimé cette idée et j'ai alors pensé : *Maintenant, attends une minute... trois fois j'ai eu envie de lui offrir les clés de la voiture... Que se passe-t-il ?*

J'ai lentement mis tout cela ensemble. Le Nord du Michigan – nous sommes allés là-bas en voiture ; il a mentionné le fait de faire les bagages et de fermer la cabane avant de partir – fermer la cabane met en jeu des clés ; il a mentionné le fait d'aller à la carrière et ceci mettait en jeu la voiture. J'ai réprimé cela. Il a mentionné alors le voyage vers le Wisconsin. C'était également un long trajet, également en voiture. Et sur le chemin du retour, Lance est tombé malade, et nous avons dû arrêter la voiture – et de nouveau j'ai pensé à lui offrir les clés. Et alors il y a eu le voyage à la ferme de mon frère – un autre trajet en voiture. Ma conclusion : *Burt a toujours été en train de parler d'une voiture. Cela ne m'étonne pas que j'ai pensé à lui offrir les clés de la voiture !*

Ayant terminé ce train de pensée, j'ai dit : « La réponse, Burt, est NON !

— Bien, papa, a dit Burt en rigolant, tu dois admettre qu'il s'agissait d'une belle tentative.

— Ce n'était pas tout à fait assez bien, rétorquai-je, parce que suis tombé dessus trop vite. Tu devrais être plus lent et moins direct. Tu es resté entièrement collé aux trucs. Pourquoi n'as-tu pas parlé de l'achat de la bicyclette chez Ned où nous avons fait le plein d'essence et d'huile ? Tu aurais pu parler de la bicyclette ; cela aurait amené le garage de Ned et la station d'essence ? Tu aurais pu rappeler le lapin que nous avons mangé et que nous avons acheté chez Ed Carpenter – j'ai acheté la voiture chez Ed. Cela aurait recouvert ton intention, mais tu es simplement resté collé aux voyages. Tu aurais dû amener d'autres associations, moins évidentes, avec les automobiles, cela aurait dissimulé la signification de ce que tu disais, mais cela m'aurait cependant amené à t'offrir les clés de la voiture. »

La réponse de Burt fut : « Je vais m'en souvenir ! »

UNE SEULE RÉPONSE HYPNOTIQUE EST SUFFISANTE

Un point que je veux discuter m'a été mentionné au cours de la pause. Dans le film que vous avez vu hier soir, un des sujets dit qu'elle ne savait pas qu'elle était en transe. Je lui ai demandé pourquoi sa main était en l'air. Elle remarqua que sa main était en catalepsie et elle était consciente du fait qu'il y avait d'autres personnes autour. Le point soulevé par le spectateur était qu'il n'aurait pas été sûr du tout que le sujet ait été en transe si elle n'avait pas montré la catalepsie.

Ce que vous devez réaliser est qu'il n'est pas nécessaire pour un patient de manifester tous les phénomènes de l'hypnose pour être considérée comme étant dans une transe profonde, dans une transe moyenne, même dans une transe légère. Si vous pouvez obtenir simplement un phénomène caractéristique de l'état de transe, vous avez construit une situation de façon à ce que le patient puisse répondre à un nombre croissant de phénomènes et de suggestions hypnotiques.

APPROFONDISSEMENT DE LA TRANSE EN RELATION AVEC LE BESOIN DU PATIENT APPROCHE INDIRECTE CONTRE LE FAIT

DE DIRE :

« ALLEZ PLUS PROFONDÉMENT » « ALLEZ SOUS ! »

En considérant la question de l'approfondissement de l'hypnose, j'ai trouvé que souvent trop d'efforts sont mis en œuvre pour approfondir une transe hypnotique. Mon sentiment est que les patients ne devraient pas entrer plus profondément en transe que ce qui leur est utile. Ainsi je dis ce qui suit à mes patients :

« Maintenant, certains patients ont besoin d'entrer très profondément en hypnose, et certains patients peuvent accomplir tout ce qu'ils ont besoin d'accomplir alors qu'ils sont dans un état de transe très légère. Ni vous ni moi ne savons quel degré d'hypnose vous est nécessaire, mais je pense que vous souhaitez développer le degré d'hypnose qui vous est nécessaire pour donner une pleine attention aux réalisations hypnotiques dont vous avez besoin. Je pense que vous souhaitez le degré d'hypnose qui vous est nécessaire pour accomplir les buts thérapeutiques que vous désirez. »

J'exprime ceci de telle façon que les patients sont libres d'être dans une transe légère, une transe moyenne ou une transe profonde. Je n'ai pas fait d'histoire sur le fait d'obtenir un approfondissement ; je n'ai pas fait d'histoire sur le fait de maintenir une transe légère, je n'ai pas fait d'histoire sur le fait de maintenir une transe moyenne. J'ai simplement fait une histoire sur le fait d'obtenir l'approfondissement qui leur est nécessaire. Pourquoi les patients iraient-ils plus profondément que nécessaire ? Si vous avez peur d'une eau profonde, pourquoi ne pas nager en eau peu profonde ? Après tout, vous pouvez nager aussi bien dans une eau qui vous arrive au cou que dans une eau de dix mètres de profondeur ! Pourquoi ne pas laisser à vos patients cette même liberté ?

Je dis ensuite : « Vous savez, en plus de la catalepsie, vous pourriez accidentellement – et ce n'est pas vraiment important – prendre plaisir à un autre phénomène de l'hypnose. Vous pouvez prendre plaisir à la catalepsie, mais vous pouvez aussi prendre plaisir à la sensation de confort physique, à une sensation de

relaxation, à une sensation d'engourdissement. Vous pouvez prendre plaisir à oublier que vous avez des pieds alors que vous prenez plaisir à vous rendre compte de la catalepsie, alors que vous voyez et revoyez et étudiez et analysez vos différentes pensées et sensations. »

Qu'ai-je suggéré ? Une dissociation des pieds. Les patients savent que j'ai suggéré une dissociation, mais je n'en ai pas fait une histoire. Si, accidentellement, ils produisent une dissociation, ils vont en même temps approfondir leur transe. Mais je ne leur ai pas dit « d'aller plus profondément ». Je n'aime vraiment pas dire : « Allez plus profondément » ; j'aime dire : « Dormez plus profondément et plus confortablement. » Je n'aime pas dire : « Allez plus confortablement dans une transe profonde », parce que *aller sous* peut avoir des mauvaises connotations. *Aller* a certaines connotations. Je n'aime pas ce mot *aller*. À combien d'entre nous, alors que nous étions enfants, a-t-il été demandé : « Est-ce que tu as besoin d'aller ? »

Essayez d'éviter des mots qui ont des connotations spéciales d'une nature indésirable. Considérez vraiment la phrase *aller sous* : je n'aime pas avoir des patients *aller sous* anesthésie, je n'aime pas les voir *aller sous* une intervention chirurgicale, je n'aime pas les voir *aller sous* hypnose. Vous ne savez vraiment jamais ce que *aller sous* signifie pour chaque patient en particulier. Pourquoi ne pas dire cela de façon que les patients se sentent très, très confortables : « J'aimerais que vous preniez plaisir à une sensation de plus en plus profonde de confort, alors que vous entrez en hypnose. »

Votre choix des phrases, l'accent que vous donnez, votre emploi des termes – tout cela tend à approfondir indirectement la transe.

L'HYPNOSE EN TANT QUE PROCESSUS D'APPRENTISSAGE

J'explique ensuite : « Maintenant, vraiment vous attendez-vous à accomplir, la première fois que je travaille avec vous, ce que quelqu'un d'autre accomplit après avoir travaillé cent fois avec l'hypnose ? Peut-être pouvez-vous accomplir après cinquante fois ce que quelqu'un d'autre peut accomplir après cent fois ; peut-être

pouvez-vous accomplir après vingt fois ce qui, pour quelqu'un d'autre, nécessiterait cent tentatives ; peut-être pouvez-vous accomplir après cinq tentatives ce qui, pour quelqu'un d'autre, nécessiterait cent tentatives. En fait, je ne connais vraiment pas la vitesse avec laquelle vous pouvez apprendre. Je suis tout à fait prêt à vous voir apprendre aussi rapidement que vous le souhaitez vous-même, aussi rapidement que vous pouvez, et je suis également tout à fait prêt à vous voir apprendre beaucoup de choses qui ne sont vraiment pas importantes dans cette situation, mais que peut-être vous souhaiteriez apprendre simplement de par votre propre curiosité. Je suis tout à fait certain qu'apprendre des choses supplémentaires n'interférera pas avec ce que nous faisons.

« En réalité, vous savez, vous pouvez manger et, en même temps, regarder un programme à la télévision, et votre conscience du programme de télévision ne serait pas diminué par le fait de manger. Vous pouvez fumer sans que cela ne perturbe le fait de regarder le programme. Il y a une grande variété de choses que vous pouvez faire. Votre femme peut tricoter tout en regardant un programme de télévision ; elle peut faire une maille à l'envers, et ne rien perdre du programme. Pourtant, elle exécute un mouvement très compliqué qui accaparerait chaque élément de votre attention. Mais elle le fait à un tel point automatiquement et à un tel point sans effort. Et ainsi, alors que nous travaillons sur ce but particulier, vous pouvez obtenir d'autres phénomènes hypnotiques accidentellement et automatiquement. » Qu'est-ce que je demande au patient de faire ? D'approfondir la transe, et de l'approfondir de plus en plus complètement.

LE RÔLE DU CONSCIENT ET DE L'INCONSCIENT DANS L'AUTOHYPNOSE : LES DÉCOUVERTES DE Mme ERICKSON

Quand on arrive à l'autohypnose, vous devez rendre vos patients conscients du fait qu'ils ne peuvent pas faire consciemment quelque chose qui devrait être fait inconsciemment. Souvenez-vous de Mme Erickson dans le film hier soir ? Je me suis servi fréquemment de

Mme Erickson dans les démonstrations devant des classes de psychologie, devant des groupes médicaux, devant des groupes de dentistes. Je me suis servi d'elle si fréquemment qu'elle est devenue extrêmement familière de mes conférences ; ou, pour le dire autrement, c'est devenu pour elle terriblement ennuyeux, car elle savait quel phénomène j'allais appeler chez elle pour illustrer la suite. Elle est devenue si impatiente qu'elle a pensé gagner du temps en développant un phénomène particulier avant que je le lui aie demandé.

Elle est devenue bientôt consciente du fait qu'elle pouvait avoir des hallucinations visuelles ; qu'elle pouvait avoir des hallucinations auditives ; qu'elle pouvait développer des anesthésies partout dans son corps – et tout cela en se rendant compte que j'allais lui demander de le faire dans quelques minutes et qu'elle l'avait déjà fait pour gagner du temps. En plus de cela, s'ennuyant tellement en m'ayant écouté tant de fois, elle est devenue intéressée par le fait d'explorer ses propres sensations. Étant psychologue, elle se demanda naturellement ce que sont les hallucinations visuelles : quels étaient les changements dans sa vision qui lui permettaient d'halluciner des objets qui étaient étrangers à la situation en question ? Que faisait-elle avec sa perception visuelle ordinaire alors qu'elle hallucinait ?

Tout en commençant à étudier ces questions, elle augmenta de plus en plus ses capacités d'introspection jusqu'à ce qu'elle réalise finalement qu'elle n'avait pas à m'attendre pour se proposer de développer ceci ou cela ; elle pouvait d'elle-même aller de l'avant et développer tout phénomène hypnotique qu'elle se sentait en mesure de développer. À ce moment-là, elle réalisa qu'effectivement elle pouvait parler en état de transe et qu'effectivement elle pouvait penser en état de transe : ne s'est-elle pas interrogée à fond sur les hallucinations visuelles et sur ce qui se produisait pour ses récepteurs visuels ? Et si elle pouvait penser, pourquoi ne pouvait-elle pas penser à haute voix. Elle commença ainsi à s'exprimer à haute voix. Elle réalisa qu'elle pouvait, en fait, faire pour elle-même un commentaire continu, verbalement, de ce qu'elle faisait alors qu'elle développait un état de transe. Elle réalisa ensuite que, si elle pouvait se parler à elle-même, elle pouvait donc parler aux autres –

elle pouvait inclure les autres dans la situation hypnotique. De cette façon, elle a appris à entrer en transe autohypnotique et, simultanément, à discuter des changements de ses sensations, des changements de sa vision, de son audition, de ses sensations corporelles, de son orientation corporelle. Elle pouvait tout à fait simplement se perdre dans le confort de cet état, ou travailler n'importe quel problème en jeu.

Par exemple, Mme Erickson pourrait travailler sur un problème de mémoire. Elle pourrait se demander à elle-même : « Laisse-moi voir maintenant, quel est le numéro du vers " ... le doigt écrit et se déplace, et ayant écrit va plus loin, car toutes tes larmes ne peuvent en effacer un seul mot " ? » Simplement, quel est le numéro du vers de ce poème de Omar Khayyam ? Et elle pourrait travailler sur ce problème en visualisant une copie du poème et en le lisant mentalement jusqu'à ce qu'elle arrive à cette stance particulière et à son numéro.

DÉVELOPPEMENT ET ÉTAPES D'UTILISATION DE L'AUTOHYPNOSE

De nombreuses personnes qui tentent d'entrer en transe autohypnotique se disent à elles-mêmes : « Maintenant, je vais entrer en transe autohypnotique, et je vais produire une anesthésie de ma jambe parce que j'ai là une douleur. Et j'entre dans la transe autohypnotique, et je développe une anesthésie. » Non, ceci est tout à fait faux. D'abord vous développez la transe autohypnotique, et, l'ayant développée, vous en faites alors une utilisation appropriée. N'essayez pas de faire deux choses à la fois. Il suffit pour vous de vous rendre compte consciemment du fait que vous allez entrer en transe autohypnotique, et aussitôt vous savez que vous pouvez simplement attendre passivement et laisser les choses survenir.

L'insomniaque est allongé sur son lit et dit : « Maintenant, il faut que je m'endorme – Il faut que je m'endorme – Il faut que je me repose – Il faut que je m'endorme – Il faut que je m'endorme – IL FAUT QUE JE ME REPOSE – J'AI BESOIN DE REPOS ! » Et que se passe-t-il ? Il reste tout à fait éveillé. Il reste tout à fait éveillé car il

se dit constamment à lui-même ce qu'il *doit* faire. Mais la personne habile qui veut une bonne nuit de sommeil, dit : « Bien, je suis ici au lit et je vais me réveiller demain matin. » Elle laisse simplement le sommeil survenir pour elle. Et sûrement, le sommeil va survenir.

Si vous voulez apprendre l'autohypnose, vous vous asseyez tranquillement dans un siège, vous vous installez confortablement, et vous vous dites alors à vous-même : « Bien, je suis ici. Je dispose au moins de deux heures, et je me demande combien de temps cela va durer avant que je tombe en transe autohypnotique. Cela doit être intéressant. » Et alors vous attendez passivement, tranquillement et confortablement, parce que vous savez que vous vous réveillerez de la transe autohypnotique au moment propice. Et ainsi, vous êtes très à l'aise avec cela. Vous ne faites pas ce que fait l'insomniaque. Vous ne tentez pas de vous forcer à entrer dans un état de comportement inconscient à partir d'un niveau conscient.

LE DOUBLE LIEN CONSCIENT/INCONSCIENT POUR DÉCHARGER LE DOUTE ET RATIFIER LA TRANSE

Je suppose habituellement que les patients vont développer le degré d'hypnose qui est requis. Les patients sentent habituellement cette confiance et répondent en conséquence, mais, lorsque ce n'est pas le cas, je me rends compte qu'ils peuvent avoir besoin d'un peu plus de pratique parce que nous avons tous des vitesses différentes d'apprentissage. Et je peux faire remarquer ceci à un patient qui est un peu désappointé ou extrêmement désappointé et qui se plaint auprès de moi : « Je n'ai vraiment pas fait grand-chose. En fait, je ne pense pas avoir accompli quoi que ce soit. » Et ma réponse est : « Bien, vous savez, l'hypnose est un phénomène du comportement inconscient. Je ne m'attendais pas réellement à ce que vous ayez une pleine conscience de ce que vous avez accompli, parce qu'une grande partie de cela doit rester dans votre esprit inconscient. »

Qu'ai-je fait ? J'ai mis le patient dans un double lien : il doit reconnaître que l'hypnose est un phénomène inconscient, et il ne peut sûrement pas discuter la logique qui veut que nous ne pouvons pas être conscient de ce que nous faisons inconsciemment. Et ainsi,

je le laisse développer un très grand doute sur son évaluation consciente que : «... je n'ai vraiment pas fait grand-chose. » Au lieu de cela, il commence à se demander : « *Combien ai-je accompli au niveau inconscient ?* » Il commence à interroger sa propre évaluation, mais il l'interroge par une déduction à partir de ce que j'ai dit, et non pas parce que je lui ai dit directement de penser de cette manière.

RÉGRESSION EN ÂGE : TECHNIQUE DE CONFUSION

Je veux ensuite discuter de la question de la régression en âge. À l'origine, j'utilisais la technique de confusion pour amener une régression en âge. Je vais vous en donner un exemple approximatif.

Vous tous, je crois, avez pris un petit déjeuner ce matin ; ou au moins c'est une habitude pour vous que de prendre un petit déjeuner le matin. Vous avez pris un petit déjeuner hier matin, et vous espérez avoir un petit déjeuner demain matin. En fait, vous espérez avoir un petit déjeuner la semaine prochaine. Mais la semaine dernière vous avez eu un petit déjeuner le matin et avant que vous ayez eu un petit déjeuner la semaine dernière le matin, vous avez dîné le soir avant cela, mais avant ce dîner vous avez déjeuné, et, voyons – la semaine dernière... voyons, la semaine dernière c'était le 6 mai... mais avant le 6 mai est venu le 5 mai, et bien sûr, le 1^{er} mai précède toujours le 5 mai, mais, bien sûr, avril arrive avant mai et vous savez qu'avril suit également mars, de même que mars suit février, et février vient après janvier, et le Nouvel An était un jour tellement charmant, mais bien sûr c'était seulement sept jours après Noël. Et vous suivez ceci et il se trouve que c'est le mois de mai et nous sommes retournés déjà à Noël 1964, mais alors, vous savez, le Jour du Travail(35) précède Noël, et avant cela c'est le 4 juillet(36), et nous reculons encore.

De cette manière, vous continuez à reculer dans vos suggestions, passant petit à petit d'une direction à une autre à chaque fois, jusqu'à ce que vos patients (ou vos sujets) deviennent extrêmement confus. Ils attendent de vous que vous fassiez une remarque

sensée, intelligente, à laquelle ils puissent attacher une signification compréhensive. Et ainsi vous dites : « Vous savez, c'est vraiment un beau jour de 1940, et c'est vraiment le cas. »

Q. — Au cours de la régression des patients par la technique de confusion, ne les aidez-vous pas également à organiser un bon nombre de souvenirs subconscients qu'ils ont dans ces intervalles ?

E. — À chaque niveau, à chaque date, je les laisse se remémorer certains apprentissages, certains souvenirs ; je les amène à penser de plus en plus aux événements du passé et aux apprentissages du passé de leur vie. Et ils les organisent, et ils accordent de moins en moins d'attention aux événements du présent.

RÉGRESSION EN ÂGE : TECHNIQUE DE L'HALLUCINATION VISUELLE (L'ÉCRAN DE CINÉMA)

J'ai découvert plus tard qu'il est plus facile d'amener une régression en âge avec la technique suivante. La personne hallucine un écran de cinéma, et sur cet écran de cinéma se déroule un film vivant et animé. Qu'est-ce que je vous démontre maintenant ? [Apparemment, Erickson fait maintenant une démonstration des subtils indices corporels pour renforcer la réalité de l'écran de cinéma halluciné.] Mon comportement suggère que je suis en réalité en train de regarder un écran de cinéma. Il s'agit d'une communication non verbale, une suggestion non verbale ; mais mon comportement – le comportement de mes yeux, de ma tête, la position de la partie supérieure de mon torse – suggère que je suis réellement en train de regarder précisément cet écran de cinéma et que je suis en fait en train d'y voir quelque chose.

« Et maintenant une petite fille apparaît dans cette direction là-bas, et elle se promène, heureuse. Maintenant, elle se tient tranquille, mais qu'est-ce qu'elle va faire ensuite ? » Et mon sujet est conscient de mon comportement ; le sujet regarde dans la direction où je regarde et commence également à voir la petite fille. Bien sûr, mon sujet est une femme, et qui est la petite fille qu'elle est en train de

voir ? Cette petite fille, c'est elle-même. De temps à autre, un sujet (ou une patiente) verra une autre petite fille. Je demande alors : « Parlez-moi de cette petite fille. Que fait-elle maintenant ? Je ne la vois pas clairement. Je ne pouvais pas voir le mouvement qu'elle vient juste de faire... Qu'est-ce que c'était ?... Qu'est-ce qu'elle soulève maintenant ? » Et mon sujet me le dit.

Ensuite, je veux savoir : « Vous savez, je pense que la petite fille parle à quelqu'un, mais je ne peux pas entendre. Pouvez-vous écouter soigneusement et me dire ce qu'elle dit ? Maintenant, dites-moi, qu'est-ce qu'elle dit ? » Ainsi mon sujet me parle. Je peux alors ajouter : « Non, elle a dit ça ! Et maintenant elle va avoir une pensée, et voulez-vous me dire ce qu'elle pense ? » Et ainsi mon sujet commence à me dire ce que la petite fille pense.

Maintenant, je demande : « Et comment se sent-elle, d'après vous ? Pouvez-vous prêter attention à ce qu'elle ressent ? Est-ce qu'elle sent la façon dont ses pieds sont placés sur le sol ? Est-ce qu'elle sent le mouvement de la balançoire ? » Et mon sujet commence à ressentir la sensation de ses pieds sur le sol, la sensation du mouvement de la balançoire.

Où, en fait, se trouve mon sujet ? Mon sujet est là-haut, en la personne de cette petite fille qui pense, ressent, sent et fait.

Je dis ensuite : « Vous savez, alors que vous vous balanciez là-haut, une voix ici, à côté de moi, peut me parler. Et une voix, à côté de moi, peut me parler. » Et ainsi elle continue à se balancer et à jouer à la poupée, et à faire des pâtés de sable, et d'autres choses ; et une voix ici en bas, une voix me parle et me dit ce que la petite fille là-haut pense et fait, parce que je ne peux vraiment pas connaître ces particularités. Je ne peux pas savoir ce qu'elle dit, quelle sensation donne le mouvement de balancement, quelle sensation donne le sol – ainsi la voix me parle. C'est une régression à deux niveaux(37).

Parfois je laisse le sujet garder son identité en tant qu'adulte qui regarde la petite fille – une petite fille très vivante qui fait ceci et cela ; et je demande alors à l'adulte assis près de moi d'identifier la petite fille. Et le sujet dira : « Je ne sais pas qui elle est. J'ai le sentiment que son prénom est Elisabeth. Oui, son prénom est

Elisabeth. Oh oui ! son nom est Moore. Elle vit à Detroit, rue Martindale. Oui, c'est exact. »

LA RÉGRESSION DE Mme ERICKSON : LA RUE BARRÉE

Ma femme s'appelle Elisabeth Moore, et elle vivait à Detroit, rue Martindale. Elle me parle de cette petite fille, et elle s'est dissociée elle-même de cette petite fille, mais elle peut me dire exactement ce que cette petite fille fait, ressent et pense.

M. Mc Tear, un professeur de psychologie à la *Wayne State University*, disait : « Je ne crois pas à l'hypnose ; je ne crois pas à la régression. » Mme Erickson a été une de ses étudiantes, ainsi je me suis arrangé pour mettre son affirmation à l'épreuve.

J'ai fait en sorte que M. Mc Tear en définisse les circonstances lui-même : « Très bien, prenons l'année 1934, et faites-la redescendre telle et telle rue ; faites-la alors tourner et redescendre une autre rue, et faites-la alors tourner et redescendre une autre rue. » (Je ne peux me souvenir des véritables noms des rues, mais il a été très précis.) Il a écrit tout ceci pour moi sur un papier et j'ai soigneusement noté les directions dans lesquelles il avait stipulé qu'elle devait marcher.

J'ai mis Mme Erickson en état de transe et j'ai commencé à la faire se promener, disons dans la rue Martindale. Je lui ai alors dit : « Maintenant, tu arrives au croisement de telle et telle rue, alors, s'il te plaît, tourne à droite. » Je l'ai alors fait tourner à gauche puis de nouveau à droite – tout cela en accord avec les indications de Mc Tear. Maintenant, Mc Tear a pratiquement sauté au plafond en entendant la réponse de Mme Erickson lors du dernier changement de direction. Il a semblé qu'il avait délibérément choisi un jour particulier en juin 1934 pour la faire se promener dans la dernière rue. (Je ne vivais pas à Detroit à cette époque, ainsi je n'avais pas d'indications.) Qu'a dit Mme Erickson lorsque je lui ai demandé de tourner à droite dans la dernière rue ? Elle a dit : « Je ne peux pas – elle est barrée car ils sont en train de démolir la rue. »

Mc Tear avait fait une recherche soigneuse pour préparer son test. Il savait que la rue avait été barrée à cette époque ; il avait très

soigneusement relevé ceci dans les journaux. Il avait fait de moi son innocente victime en m'amenant à faire régresser Mme Erickson dans cette période précédente et à la faire se promener dans cette rue-là en particulier. C'est la raison pour laquelle il m'avait dessiné un plan aussi précis pour que je le suive – il m'a pris au piège dans des suggestions innocemment données qui ont amené Mme Erickson tout droit dans cette rue barrée.

Pourtant, Mc Tear ne s'est pas arrêté là. Il suggéra ensuite que je la fasse se promener dans la même rue plusieurs jours plus tard pour relire la signalisation de la rue. Et elle le fit. On avait effectué des changements, elle a dit : « Il y a une nouvelle signalisation à la place de l'ancienne. » Elle donna le nom de l'ancienne et celle de la nouvelle, celle que Mc Tear savait avoir été placée après que la rue eut été réouverte. Mme Erickson se promenait simplement dans ces rues dans son esprit, nous parlant de ces diverses choses.

J'aurais pu également faire en sorte qu'elle se regarde elle-même traverser tout cela sur l'écran de cinéma sans qu'elle reconnaisse qu'il s'agissait d'elle. Les deux façons de faire peuvent vous donner une information très fiable.

RÉGRESSION PAR DISSOCIATION À DEUX NIVEAUX POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION OBJECTIVE

Q. — Dans l'ancien temps, c'était la coutume dans les démonstrations d'hypnose de faire en sorte que les gens revivent réellement leur régression en âge – qu'ils se retrouvent réellement dans le passé. En tant que psychiatre, avez-vous l'impression que faire ceci a une grande valeur.

E. — Seulement dans les cas très spéciaux.

Q. — Est-il préférable alors d'avoir des patients qui se regardent eux-mêmes avec le bénéfice de tous leurs apprentissages et de toutes leurs perspectives ultérieures – pour les aider à comprendre leur comportement précédent ?

E. — Oui. Je vais donner un exemple. J'avais demandé à un patient qui vomissait à la vue d'une publicité dans un magazine, de se voir lui-même à un âge antérieur où il pouvait lire ce genre de

publicité sans vomir. Alors je l'ai fait se voir lui-même avec cette réaction pathologique particulière, après quoi je pouvais lui demander de développer pour cela une amnésie :

« Vous savez, si vous regardez cette personne debout là-bas, vous pouvez émettre des hypothèses sur ce que sera le futur. Et que pensez-vous que cette personne doive vraiment faire ? Si un jour – un an plus tard, deux ans plus tard, trois ans plus tard – cette personne développe une réaction de vomissement, que doit-elle vraiment faire avec cela ? Comment doit-elle vraiment s'en occuper ?... »

Et je fais en sorte que le patient me décrive les mesures thérapeutiques qui devraient être employées. Il conduit ainsi en réalité sa propre psychothérapie avant l'expérience traumatique qu'il va revivre. Alors lorsqu'il la revit, il la revit avec l'arrière-pensée d'y avoir réfléchi en premier.

L'ÉMERGENCE DE L'IDENTITÉ PROPRE PAR LA RÉOLUTION DU FAIT DE SE RONGER LES ONGLES

LE DOUBLE LIEN : UN ONGLE DE « TAILLE DÉCENTE » À ARRACHER

Q. — Le Dr Erickson a un traitement tellement fantastique pour ceux qui se rongent les ongles et sucent leur pouce, que je n'ai vraiment pas envie de le mentionner devant lui ainsi que je lui ai demandé s'il voulait bien en parler, et il a très gentiment accepté de le faire.

E. — Un homme de vingt-six ans, possédant une maîtrise de psychologie, est entré dans mon bureau pour me dire : « Mon père a suivi chez vous un cours d'hypnose, et il m'a envoyé à vous maintenant pour que vous me guérissiez du fait que je me ronge les ongles. Je me ronge les ongles depuis l'âge de quatre ans. Et je sais pourquoi. Lorsque j'avais quatre ans, mes parents ont décidé de faire de moi un pianiste, et ils m'ont fait faire du piano quatre heures par jour. J'ai compris que si je me rongerais les ongles jusqu'au sang, ma mère prendrait pitié de moi. Elle ne l'a pas fait.

« Cela m'a vraiment mis hors de moi et j'ai rongé mes ongles encore plus, mais elle continua à me faire faire du piano quatre heures par jour. Je n'ai rien obtenu, mais j'ai continué à me ronger les ongles pour régler mes comptes avec elle.

« Mon père accepta de financer mes études universitaires aussi longtemps que je ferais du piano quatre heures par jour. Mon père décida alors que je devrais aller à l'école de médecine, et il a fallu que je me fasse coller quatre ans de suite parce que je ne voulais pas être médecin. Pour ne pas être admis dans l'école de médecine, la dernière année, j'ai triché d'une telle façon que j'ai été mis sur une liste noire dans toutes les écoles de médecine du pays !

« Maintenant, mon père voudrait que vous m'hypnotisiez pour que je ne me ronge plus les ongles, mais cette habitude est pour moi complètement établie et je ne pense pas que je pourrais l'arrêter ; et je ne pense pas que vous puissiez m'hypnotiser, mais cependant je suis ici.

— Oui, ai-je répondu, je vois que vous êtes ici. En ce qui concerne le fait de vous hypnotiser, quelle quantité d'hypnose avez-vous vraiment besoin pour m'écouter ? Je ne pense pas que vous en ayez besoin de beaucoup, mais je ne pense pas non plus que vous aimiez vos petits bouts d'ongle. Et vous les rongez depuis que vous avez quatre ans, et maintenant vous avez vingt-six ans, et je suis assez désolé pour vous, parce que depuis vingt-deux ans vous vous rongez les ongles et vous n'avez jamais rien obtenu d'eux plus qu'un minuscule petit morceau d'ongle ; et vous n'avez jamais obtenu un morceau d'ongle de taille décente à arracher. Vingt-deux ans de frustration !

« Maintenant, ce que je vous suggère est ceci. Vous avez dix doigts. Vous pouvez certainement en épargner un pour y faire pousser un ongle d'une taille décente, et après que vous ayez poussé un ongle d'une taille décente sur celui-ci, déchirez-le et ayez quelque chose de valable à mâcher. »

L'homme me regarda, éclata de rire et dit : « Je vois exactement ce que vous faites, mais ça alors, je vais faire ce que vous dites ! »

Ultérieurement, il expliqua son expérience : « J'ai décidé que j'avais neuf ongles à grignoter, et voici le doigt sur lequel je vais faire

pousser vraiment quelque chose. Mais la première chose que je savais est que je pouvais épargner deux doigts pour y faire pousser des ongles de taille décente – et ceci me laissait encore huit doigts à grignoter. Ce que je savais ensuite est que je pensais que je pouvais me débrouiller avec sept et en faire pousser trois. Bien, pourquoi pas quatre, et j'en aurais encore six. Alors, quelle est la différence entre cinq et six ? » Et il décida finalement qu'il pouvait tout grignoter sur un seul petit doigt, et avoir neuf bons ongles. Il était autant amusé par le processus que moi-même, et très rapidement (en moins de six mois), il a eu dix bons ongles.

Il y a eu des résultats ultérieurs grâce aux progrès de mon patient. Son père, de nouveau, insista pour qu'il aille dans une école de médecine, même s'il devait aller à l'étranger (ayant été mis sur liste noire dans toutes les écoles américaines). Mon patient parla de son intolérance pour son père et de son hostilité envers sa mère et ainsi de suite. Il dit alors : « J'ai dix bons ongles maintenant, et je pense que je dois revoir ma façon de penser sur un bon nombre de choses. Le Droit m'intéresse. Je pense que je vais aller en Droit. Mon père peut crier, il peut s'emporter et se mettre en colère s'il veut, mais je vais aller en Droit. » Il procéda exactement ainsi et il a réussi.

LE PROLONGEMENT D'UNE THÉRAPIE

Le père de mon patient était également en conflit avec un autre fils parce que ce fils sortait avec une catholique, et le fils a arrêté de sortir avec cette catholique. Mon patient sortait avec diverses filles, il en arriva à rencontrer une catholique qui lui plut énormément.

« Vous savez, expliqua-t-il, je vais me marier avec cette fille, non pas pour contrarier mon père, mais je vais l'épouser parce qu'elle sera une femme très bien, et je l'aime et elle m'aime. Et peut-être que si je donne un exemple à mon frère, il changera son attitude. Mon père a essayé de faire de lui, pendant des années, un pasteur. Il s'est fiancé à une jeune femme juive, tout en poursuivant les études pour être pasteur presbytérien, avant de commencer à boire. Lorsque mon frère se rendra compte que j'ai épousé une catholique, peut-être comprendra-t-il qu'il est également libre. »

Mon patient épousa ainsi la catholique. Les cheveux de son père frisèrent, ceux de sa mère devinrent blancs – mais il épousa la catholique avec beaucoup de bonheur. (J'ai assisté au mariage.)

Son frère a pensé à tout cela et a dit : « Peut-être est-il temps que je m'y mette également. Il n'y a pas de raison pour que je boive ; il n'y a pas de raison pour que je continue de sortir avec cette fille juive. Elle est bien, mais je ne l'aime pas vraiment et je pense que je vais rompre les fiançailles. Et pour ce qui concerne le fait de devenir pasteur – je ne veux pas être pasteur ! Je vais rentrer dans le commerce automobile et je vais vendre des voitures. » Et c'est exactement ce qu'il a fait, après quoi il est tombé amoureux d'une fille de sa propre religion, et maintenant il est marié et heureux.

Depuis cette époque, j'ai eu beaucoup de discussions avec mon patient juriste, concernant son mariage et sa famille et ce que j'ai fait avec lui. Il a dit : « Je n'ai jamais pensé que vous pouviez m'hypnotiser, mais quand je songe à mon expérience dans votre cabinet – vous n'avez jamais essayé de m'hypnotiser, vous n'avez jamais utilisé de technique hypnotique. J'ai vu mon père utiliser l'hypnose dans sa pratique médicale. Vous n'avez jamais fait un geste, vous n'avez jamais prononcé un mot suggérant l'hypnose, mais, quand j'y pense, quelque chose s'est produit. Quand je suis entré la première fois dans votre cabinet, je pouvais voir la pièce tout entière. En quelques minutes, je ne voyais et je n'entendais que vous ; je ne voyais pas la bibliothèque ou les casiers ou le bureau ; je ne savais pas si quelqu'un entrait ou non ; je faisais simplement attention à ce que vous aviez à dire. Vous n'avez jamais discuté de mes conflits avec mes parents, et pourtant ces conflits ont tout à fait disparu. »

Qu'ai-je fait ? Je savais que j'avais un homme de vingt-six ans qui était vraiment prêt à se battre avec moi. Je ne voulais sûrement pas mener une controverse avec lui, mais je voulais maintenir son attention, et je voulais lui communiquer des idées, et je voulais lui communiquer ces idées d'une façon qu'il pouvait accepter.

L'UTILISATION DU DOUBLE LIEN : UNE CHANCE ÉGALE POUR TOUS LES DOIGTS

Je peux penser à un petit enfant qui suçait son pouce d'une manière assez horrible. C'était son pouce gauche, et il le mettait derrière ses incisives supérieures et tirait en suçant. Le père du garçon était médecin et sa mère était infirmière et ils m'ont tous deux raconté toutes les horribles choses que cet enfant de six ans se faisait à lui-même en suçant son pouce – le genre de dent de lapin qu'il aurait ainsi que l'aspect affreux de son visage. Ils ne l'ont vraiment pas épargné ! Désespéré, un soir le père m'a téléphoné et m'a demandé de faire une visite à domicile. Quand je suis arrivé, Jimmy se promenait en suçant son pouce et en tirant sur ses dents tout en suçant.

« Jimmy, ai-je dit, ton père et ta mère m'ont demandé de m'occuper de toi parce que tu sucres ton pouce. Cela signifie que tu es mon patient. Est-ce que tu sais ce que cela signifie d'être le patient de quelqu'un ? Cela signifie qu'aucun autre médecin ne peut ouvrir sa bouche à son sujet. Et maintenant que tu es mon patient, la bouche de ton père est fermée, et il ne peut rien me dire sur ce que je te dis, et une infirmière ne répond pas à un médecin, et ta mère est une infirmière, et comme tu es mon patient, elle ne peut pas non plus me répondre. Tu es juste mon patient.

« Maintenant, parlons franchement. Ce pouce gauche, c'est ton pouce ; cette bouche, c'est ta bouche ; ces dents de devant, ce sont tes dents de devant. Je pense que tu es en droit de faire tout ce que tu veux avec ton pouce, avec ta bouche et avec tes dents. Ce sont les tiennes, et je veux que les choses soient claires. J'aimerais que tu fasses tout ce que tu as envie de faire. »

Jimmy regardait extrêmement surpris. Il regarda son père et alors regarda sa mère. Il pouvait voir sur leur visage une expression de sidération.

Je me suis alors tourné vers le père en demandant : « Avez-vous quelque chose à dire ? »

Il a dit : « Non, je n'ai rien à dire. »

Je questionnais la mère, et elle répondit : « Non, je n'ai rien à dire. » Jimmy regardait, surpris et amusé.

« J'ai pour toi une petite chose à ajouter, Jimmy, ai-je poursuivi. Une des premières choses que tu as apprises lorsque tu étais en

maternelle était de prendre ton tour. Tu as pris ton tour avec cette petite fille et avec ce petit garçon en faisant des choses à la maternelle. Tu as appris à prendre ton tour en classe primaire. En fait, tu as appris à prendre ton tour à la maison. Lorsque maman sert à manger, elle sert d'abord un frère, et peut-être alors c'est ton tour, il est possible que ce soit alors le tour de ta sœur, c'est alors le tour de maman. Nous faisons toujours des choses chacun notre tour. Mais je ne pense pas que tu aies raison ou que ce soit juste ou que ce soit bien de toujours sucer ton pouce gauche et de ne jamais donner son tour à ton pouce droit. »

Jimmy a pris une respiration profonde et il a réfléchi sur ce point. Il devrait maintenant donner son tour à son pouce droit.

J'ai poursuivi : « Ton pouce gauche a reçu toute la succion, le pouce droit n'a pas eu un tour, l'index n'a pas eu un tour ; pas un seul autre doigt a eu son tour. Maintenant, je pense que tu es un bon petit garçon, et je ne pense pas que tu le fais exprès. Je pense que tu voudrais vraiment donner à chacun de tes doigts son tour convenable. »

Pouvez-vous imaginer de donner un tour à dix doigts différents ? Pouvez-vous imaginer au monde une tâche plus laborieuse ? Et Jimmy s'est battu comme un grand pour sucer ses doigts d'une façon équitable.

J'ai ensuite fait remarquer : « Tu sais, Jimmy, tu as maintenant plus de six ans, et bientôt tu seras un grand garçon de sept ans ; et tu sais, je n'ai jamais vu un grand garçon ou un grand homme qui suce toujours son pouce, ainsi il vaut mieux que tu sucres tout ce que tu peux avant d'être un grand garçon de sept ans. » Jimmy arrêta de sucer son pouce avant d'avoir sept ans. Il était alors un grand garçon !

LA RÉOLUTION D'UNE ÉNURÉSIE D'ADULTE PAR LA STRUCTURATION D'UN INCONVÉNIENT : LA PROMENADE DE QUARANTE « BLOCKS »[\(38\)](#)

L'idée est de construire une tâche laborieuse à partir de tout ce qui peut constituer l'habitude – vous transformez l'habitude

mauvaise en un inconvéient affreux que le patient désire ardemment abandonner.

Je peux penser à un énurétique de vingt-neuf ans qui est venu me voir pour me dire qu'il mouillait son lit chaque nuit depuis vingt-neuf ans. Il en avait marre. Il devait vivre dans une maison séparée (la maison d'hôte derrière la maison de ses parents) ; il ne pouvait pas partir en vacances ; il n'osait pas aller en résidence universitaire ; il ne pouvait pas passer une nuit à l'hôtel ; il ne pouvait pas rendre visite à de la famille qui vivait ailleurs dans le pays – tout cela à cause de son énurésie. Il voulait savoir si je pouvais faire quelque chose à ce sujet. Je lui ai dit : « Oui, je peux, mais je ne crois pas que vous aimerez. Mais vous pouvez cependant m'écouter. » J'ai retenu son attention et je lui ai dit ce que je pouvais faire à ce sujet. Il a fait : « Humm, Humm. » Environ trois mois plus tard, il est venu me voir pour dire : « Qu'est-ce que vous vouliez faire avec mon énurésie ? Je pense que je veux que vous le fassiez maintenant.

— En écoutant votre histoire, ai-je d'abord dit, j'ai trouvé que vous avez horreur de marcher, même aussi loin que pour traverser la rue ; vous sortez la voiture du garage pour traverser la rue ; vous prenez la voiture jusqu'au coin de la rue pour poster une lettre ; vous allez au travail une demi-heure plus tôt pour trouver l'emplacement le plus proche de l'entrée de l'endroit où vous travaillez pour vous stationner. En résumé, vous êtes entièrement dépendant de votre voiture et vous avez horreur de marcher. Voilà l'idée.

« Vous mouillez le lit chaque nuit, quelque part entre minuit et une heure. C'est votre habitude de vous réveiller, de changer les draps du lit, et de retourner vous coucher pour le reste de la nuit. Vous entassez les draps souillés après les avoir retirés, vous les lavez quand vous revenez du travail, vous les accrochez et vous vous couchez. À minuit, vous entassez les draps humides, vous arrangez de nouveau votre lit et dormez le reste de la nuit. Maintenant, je pense que ce que vous devez faire, c'est ceci : pour les trois prochaines semaines, vous vous procurez un réveil que vous réglez pour minuit, ou pour minuit et demi, ou pour une heure – cela ne fait pas de différence pour moi. Lorsque le réveil sonne, vous vous réveillez et indépendamment du fait que le lit soit humide ou sec,

vous vous habillez entièrement et vous faites une promenade de quarante " blocks " – et vous faites cela pendant trois semaines. Au bout de trois semaines, vous pouvez prendre une semaine de vacances, mais la prochaine fois que vous trouvez un lit mouillé, vous avez encore une peine de trois semaines à accomplir en marchant le long des quarante " blocks " au milieu de la nuit. »

Mon patient a accompli sa peine. Il n'a pas osé mouiller son lit depuis ces trois premières semaines de promenade nocturne, parce qu'il n'aime vraiment pas marcher. C'est ce à quoi je pense quand je dis que vous devez faire d'une habitude un inconvénient pour le patient. Cet homme de vingt-neuf ans était désespéré. Mais depuis que son lit est sec, il participe à la vie de la paroisse, il est parti en vacances ; il a voyagé dans tout l'Ouest ; il a voyagé à travers tout le Nord-Ouest ; il a voyagé à travers l'Est ; il est descendu dans des hôtels ; il a visité de la famille dans des villes lointaines ; il sort avec des filles et s'amuse énormément. Un lit sec a complètement changé sa vie.

Jusqu'à quel point ai-je utilisé l'hypnose ? Pouvez-vous imaginer où s'était fixée son attention lorsque j'ai décrit le traitement consistant en une promenade de quarante « blocks » au milieu de la nuit, de chaque nuit pour trois longues semaines ? Il ne pensait à rien d'autre si ce n'est à ce que je disais, et il s'est senti dans l'obligation extrême de faire exactement ce que j'avais dit parce que j'avais l'air d'être absolument persuadé qu'il serait guéri de son énurésie.

ANALYSE ET RÉSUMÉ : TROIS CAS DE RÉOLUTION DE SYMPTÔME

Ainsi avec l'énurésie, avec le fait de sucer son pouce ou de se ronger les ongles, vous mesurez la situation et vous déterminez alors vos buts. Vous y voyez que le patient, d'une façon ou d'une autre, découvre qu'il y a un certain nombre d'autres choses qu'il aimerait plutôt faire, et vous rendez terriblement plus facile pour lui le fait de cesser son habitude particulière. Cet homme, avec une maîtrise de psychologie, était tellement amusé par la proposition

d'obtenir, pour le ronger, un ongle de taille décente – terriblement amusé, mais cependant son esprit inconscient écoutait et s'est rendu compte que je lui donnais une sortie par laquelle il pouvait ajuster son propre but pour revenir de sa propre mauvaise habitude, et il pouvait en prendre tout le crédit pour lui-même. J'ai seulement demandé un ongle. C'est lui qui a laissé pousser le reste de ses ongles, c'est lui qui a décidé d'abandonner le petit ongle. En d'autres termes, il a pris entièrement le crédit. Pourquoi ne le ferait-il pas ? Pourquoi ai-je besoin de ce crédit ?

Q. — [Question perdue dans l'enregistrement.]

E. — Je ne pense pas vraiment qu'on pourrait considérer les cas du patient qui se ronge les ongles comme une cure de transfert parce que le patient pensait à beaucoup de choses dans sa tête. Il pouvait voir l'occasion que j'établissais pour lui inconsciemment ; il pouvait voir qu'il était lui-même en mesure de s'occuper d'une situation qu'il a considérée comme étant importante depuis des années. Il a également reconnu que je ne serais pas un « papa » entêté, mais que je serais un bon ami et un ami amusant.

Maintenant, dans le cas de l'énurésie, le père et la mère du patient l'ont profondément battu à travers toute son enfance pour avoir mouillé son lit. Je l'ai alors également puni, mais je l'ai puni d'une manière très saine, et c'était une punition très limitée. Et il pouvait travailler sur son propre but, ardemment désiré. Il aurait seulement à obéir à cette peine pour trois courtes semaines.

Q. — Comment avez-vous découvert son aversion pour la marche ?

E. — En écoutant son histoire, je voulais savoir comment il se rendait au travail et à quoi il pensait sur le chemin du travail. J'ai découvert qu'il détestait énormément les chats et qu'il redoutait toujours de sortir à pied vers le garage le matin pour aller au travail. Je me suis demandé pourquoi il détestait sortir à pied vers le garage – il en était physiquement capable. Alors j'ai posé quelques questions supplémentaires : à quelle distance se trouve la boîte aux lettres ? Est-ce qu'il vous arrive de poster des lettres ? Que faites-vous lorsque vous postez une lettre ? Empruntez-vous la voiture

pour aller à la boîte aux lettres ? Et vous dites que la boîte aux lettres est en bas, au coin de la rue ? À quelle distance du coin de la rue se trouve votre maison ? C'était à mi-chemin du coin de la rue. Il allait à pied au garage, rentrait dans la voiture et conduisait jusqu'à la boîte aux lettres. J'avais mon information et il savait que j'avais cette information ; c'est pourquoi lui donner la peine d'avoir à marcher quarante « blocks » n'était pas une solution mystérieuse. Je ne sais pourquoi j'ai choisi quarante, mais c'est un bon chiffre.

LE TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ PAR L'AFFRONTMENT

Il y a aussi le traitement de l'obésité. Une jeune étudiante est venue me voir, elle était très, très obèse – environ 45 kg de trop. Elle a décrit la façon dont elle était simplement « une grosse souillonne » avec un visage très expressif. Et il n'y avait aucun doute sur cette expression désagréable sur son visage et le ton malheureux de sa voix, et il n'y avait aucun doute sur toute la misère qu'elle avait dû expérimenter, émotionnellement. Maintenant, je n'aime pas donner aux gens des idées désagréables, des sensations désagréables, ainsi j'ai simplement reconnu qu'il y avait là une situation dans laquelle je ne pouvais pas lui donner quoi que ce soit de désagréable – elle l'avait déjà !

« Je ne pense vraiment pas que vous sachiez à quel point votre obésité est désagréable pour vous, ai-je commencé, aussi ce soir, quand vous vous coucherez, mettez-vous d'abord toute nue et tenez-vous devant un grand miroir et voyez vraiment à quel point vous avez une aversion pour toute cette graisse. Et si vous pensez assez fort, et si vous regardez à travers cette couche de graisse que vous avez, enveloppée autour de vous, vous verrez une très jolie silhouette féminine, mais elle est enterrée assez profondément. Et que pensez-vous devoir faire pour déterrer cette silhouette ? » Eh bien, elle le déterre au rythme d'environ 2,5 kg par semaine.

Cela n'est vraiment pas important pour moi de spécifier à quel moment j'utilise l'hypnose et il n'est pas nécessaire pour moi de spécifier à quel moment je ne l'utilise pas. Je ne viens pas vous dire à quel moment j'utilise un mot polysyllabique et à quel moment

j'utilise un mot de deux syllabes. Ce n'est pas nécessaire, pour autant simplement que vous me comprenez. J'ai simplement déplacé sa compréhension pour focaliser son aversion sur des voies productives.

UN DOUBLE LIEN POUR DÉPASSER UNE IDENTIFICATION SUR TROIS GÉNÉRATIONS :

LA MORT À VINGT-DEUX ANS CONTRE LE RÈGLEMENT CORRECT DES FACTURES

Discutons la question de l'identification. Une patiente est venue me voir très inquiète de son avenir. Elle expliqua que son arrière-grand-mère est morte à l'âge de vingt-deux ans d'une maladie de cœur ; que sa grand-mère est morte à l'âge de vingt-deux ans d'une maladie de cœur ; que sa mère est morte à l'âge de vingt-deux ans d'une maladie de cœur et qu'on a diagnostiqué pour elle-même un problème cardiaque. Son père était en vie, son mari était en vie. J'ai eu un entretien avec chacun des deux. Le père a confirmé l'information sur l'arrière-grand-mère, sur la grand-mère et la mère. Le mari a dit qu'il avait eu connaissance de tous ces décès. Ma patiente attendait son vingt-deuxième anniversaire dans deux mois. Ainsi la question était : que pouvais-je faire pour cela ?

J'ai demandé à ma patiente quelle préparation elle faisait pour sa mort. (J'avais reçu un indice de la part de son mari qui légitimait une telle question.) Elle, répondit qu'elle s'assurait par rapport à cela que toutes ses factures soient payées – chacune d'entre elles ; qu'elle ne mourait sûrement pas avant que la dernière facture soit réglée. Je lui ai ensuite demandé si elle était familière avec la pratique de diverses sociétés, de différents hommes d'affaires : certains préfèrent être payés le 1^{er} du mois ; certains préfèrent être payés le 15 du mois ; certains préfèrent être payés à la fin du mois.

J'ai soulevé alors la question de savoir si, oui ou non, les sociétés et les hommes d'affaires ont le droit de déterminer la date de paiement. Et j'en ai discuté dans tous les détails, et je l'ai amenée sur des chemins éloignés et elle se trouva d'accord avec le fait que quiconque, rendant service d'une façon ou d'une autre, a le droit de

déterminer la date de paiement. En regardant mon calendrier, je lui ai dit que j'attendais le paiement de la consultation actuelle exactement dans quatorze mois à partir de ce jour. Elle vint quatorze mois plus tard et paya sa consultation, parce que j'avais également fait remarquer : « Vous savez, si votre grand-mère, votre arrière-grand-mère, votre mère avaient vécu jusqu'à vingt-trois ans, elles auraient probablement vécu beaucoup plus longtemps. » Et, dans l'état de transe, elle accepta cette idée. Elle ne pouvait pas mourir avant de payer ma consultation, et elle ne pouvait pas mourir après l'âge de vingt-trois ans avant que suffisamment de temps ait passé. Je l'ai simplement mise dans un double lien très efficace, mais elle ne savait pas à ce moment-là que je la mettais dans un lien. Mon histoire sur la justesse d'une date de paiement semblait tellement inutile et superflue, mais l'important est d'attirer les patients sur des chemins éloignés et de les persuader d'une idée.

LE CONTRE-TRANSFERT CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE : LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ATTITUDE DE RESPECT ENVERS TOUS LES PATIENTS

Voici maintenant une question importante : dans votre tentative d'analyser et de contrôler les attitudes des patients, comment atténuer votre propre contre-transfert de manière à ce qu'ainsi l'anxiété ne se réveille pas ?

J'ai souvent amené mes étudiants en médecine dans des cliniques de cancéreux parce que je pense qu'ils doivent voir des cas de cancer terminal ; je pense qu'ils doivent voir toutes les ulcérations et toutes ces choses très difficiles qui résultent des cas négligés. Cela se passait au *County Hospital* de Detroit, dans le Michigan, et mes étudiants en médecine étaient assez révoltés par l'apparence des lésions des patients et par leur état général déprimant. Après que mes étudiants eurent été parfaitement révoltés et qu'ils eurent parfaitement manifesté leur réaction de dégoût, j'ai fait la remarque suivante :

« Vous réagissez de façon hostile devant ces patients. Pourquoi ? Ne sont-ils pas des patients qui vous procurent une formation médicale ? Comment pensez-vous faire votre vie sans rencontrer vos patients, sans les respecter et les aimer – en les aimant parfaitement. Ces patients permettent au *County Hospital* de fonctionner, et cet hôpital vous donne une bonne partie de votre formation médicale, et vous êtes loin de payer vos études. Ne pensez-vous pas devoir être reconnaissants envers ces patients ? Pourquoi êtes-vous révoltés ? Pourquoi vous sentez-vous blessés par eux ? »

Je prendrais également les étudiants en médecine dans les services fermés de la section psychiatrique, et je ferais la même chose avec eux.

Vous devriez simplement ne pas avoir toute autre attitude envers les patients que la sympathie, l'amour et le respect. C'est bien d'avoir une aversion pour le cancer, mais c'est une aversion impersonnelle. Vous n'avez pas à aimer le germe de la tuberculose. J'aime Dave Cheek⁽³⁹⁾, mais je n'aime aucun germe de la tuberculose, et peu m'importe s'il est bien coloré ! C'est ce que j'enseigne à mes étudiants sur la façon dont ils devraient ressentir leurs patients.

LE CONTRÔLE OPPOSÉ À L'UTILISATION DU COMPORTEMENT DU PATIENT

LA DÉTERMINATION DU BIEN-ÊTRE DES PATIENTS CONNAÎTRE LE BON MOMENT ET LE BON ENDROIT

Maintenant, est-ce que vous contrôlez les patients ? Je ne crois pas que vous le faites. Je ne pense même pas que vous devriez le tenter. Vous devriez parler aux patients ; vous devriez analyser leur comportement ; et vous devriez alors vous demander ce que vous pouvez faire pour les aider. J'essaie d'utiliser leur comportement d'une manière utile et constructive, parce que je ne suis sûrement pas qualifié pour contrôler leur comportement. Je ne sais pas comment vous dire la façon de conduire votre voiture pour retourner chez vous pour la simple raison que je ne sais rien de vos réponses

réflexes, de votre temps de réaction ou de quoi que ce soit de ce genre ; je ne suis simplement pas qualifié pour vous dire comment conduire une voiture, bien que je sache moi-même conduire une voiture. Je ne sais pas comment vous réagissez aux feux rouges ou aux feux verts, ou comment vous réagissez devant les piétons ; ainsi la meilleure chose que je pourrais faire serait de vous donner tout un ensemble d'instructions qui s'ajusteraient à *mon* comportement de conduite. Cela ne s'ajusterait sûrement pas à votre comportement de conduite, parce que mon comportement de conduite serait trop rapide ou trop lent, trop agressif ou trop passif. Je ne sais simplement pas comment il différerait du vôtre.

Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant, vous aidez les patients en le dirigeant de telle façon qu'il rencontre leurs besoins ; mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez indirectement votre propre bien-être.

Comment décidons-nous de ce qui est bon pour le patient ? Lorsque vous arrivez à connaître suffisamment bien votre patient, vous pouvez déterminer qu'il y a certaines choses en général qu'il ne devrait pas faire. Vraiment, il ne devrait pas être ivre chaque week-end, sans exception. Ce n'est pas bon pour lui. Vous pouvez lui demander et il va vous dire également la même chose. Il ne devrait pas être en train de gaspiller son argent au jeu. Il vous dira également la même chose. Il y a des choses en général et, en parlant avec votre patient, vous pouvez découvrir ce que sont vraiment ses règles de vie habituelles. Maintenant, ses règles de vie habituelles peuvent ne pas correspondre aux miennes, mais chaque personne est en droit d'avoir ses propres règles de vie habituelles, et je n'ai pas le droit d'imposer mes règles de vie habituelles, qu'elles soient plus légères ou plus lourdes, à un patient quelconque.

Q. — Peut-être y avait-il un autre malentendu lorsque j'ai demandé où *vous* avez appris la psychiatrie, et vous avez expliqué comment vous avez étudié les méthodes pour attirer l'attention et

amener un professeur à faire ceci ou cela. J'ai soudainement compris que ceci était la manière qu'utilise Erickson pour apprendre à enseigner, pour apprendre à amener une personne à voir quelque chose clairement et à en faire quelque chose. Ce n'était pas, comme cela a pu sembler être le cas pour certains membres de l'auditoire, une manipulation – pas plus que c'est le cas pour l'entraîneur qui demande à un athlète qui pense ne pas être bon et qui pense ne pas pouvoir gagner cette course de haies, de franchir dix ou vingt fois ces haies pour augmenter sa force et son habileté. Vous êtes l'entraîneur, et vous apprenez à entraîner au mieux de votre habileté.

E. — C'est vrai, et vous observez le comportement de façon à en avoir une meilleure compréhension, et lorsque vous observez alors un bon comportement chez quelqu'un vous l'encouragez ; lorsque vous observez un comportement mauvais, vous permettez à la personne de comprendre qu'elle a la compétence de mieux se comporter que cela, de donner un meilleur rendement.

APPLICATION PRATIQUE D'UNE APPROCHE FRACTIONNÉE DU COMPORTEMENT :

LE CHAMPION DU LANCER DE POIDS

Je peux penser à Dallas Long qui était le champion du lancer du poids à 20,67 m. Le record du monde était à environ 18,70 m depuis fort longtemps, mais Dallas y a mis un terme. Matson est alors arrivé et l'a porté à 21,50 m.

Dallas est venu me voir pour que je l'aide bien avant qu'il ne soit champion de quoi que ce soit. Je lui ai expliqué : « Tu es un grand garçon ; tu pèses 115 kg ; tu mesures 1,97 m ; et, tu sais, je pense que c'est absurde pour toi de croire que tu n'es pas capable de lancer ce poids plus loin qu'à 17,70 m. Je pense que c'est tout à fait inexact. Je ne sais pas à quelle distance tu peux lancer ce poids, mais je sais que des hommes qui sont plus petits que toi, qui ne sont pas aussi forts que toi, qui sont plus légers que toi, l'ont mis à plus de 17,70 m. Maintenant, peux-tu me dire la différence entre 17,70 m

et 17,7001 m ? Penses-tu être capable de mettre la boule, le poids plus loin de 0,0001 m ? »

Dallas a dit : « Oui », et il a alors battu un record scolaire au niveau national, il a battu d'autres records nationaux, et il a alors obtenu la première place aux Jeux Olympiques. Plus tard, il a battu le record du monde, avant d'être seulement battu par Matson. Mais Dallas est revenu s'asseoir dans mon bureau après son record du monde, et nous sommes tombés d'accord sur le fait que, tôt ou tard, Dallas devrait être content de voir dans l'avenir quelqu'un battre son record, et j'imagine que Dallas était aussi content que moi lorsque son record a été battu. Pourquoi Dallas ne serait-il pas content devant une prouesse humaine ?

Et je pense que c'est la façon dont on doit traiter le comportement humain.

HYPNOTISABILITÉ D'UN PATIENT : RELATIONS COMPLEXES ENTRE CONSCIENT ET INCONSCIENT

Q. — Quels sont les traits de personnalité et d'autres facteurs que vous considérez comme des indices d'hypnotisabilité lorsque vous voyez un patient pour la première fois ?

E. — Je ne sais vraiment pas ce en quoi peuvent consister ces traits. Ils donnent tous un résultat différent. Chaque individu est un individu. Vous reconnaissez l'individualité de cette personne et vous essayez de répondre à cette personne en tant qu'individu. Vous pouvez reconnaître que cette personne, grâce à l'expérience que vous avez accumulée, va entrer lentement en transe, et que celle-là va entrer en transe rapidement, et qu'avec celle-ci il vaut mieux que vous attendiez environ un jour, ou environ une semaine, peut-être environ un mois.

Prenons l'exemple, disons, d'une neurodermite. Je comprends que la cause de cet état se trouve au niveau de l'inconscient. Si l'inconscient est suffisamment vif, assez vif pour savoir quelle quantité de cet état pourrait être lâchée, ce qui est déterminé sous hypnose, pourquoi ne le fait-il pas spontanément ?

Cela paraît paradoxal. L'esprit conscient doit aussi avoir quelque chose à faire avec cela. Avec quelle fréquence avez-vous fait quelque chose d'effroyablement idiot et d'effroyablement stupide en pleine conscience, et alors avez-vous souhaité à tout prix ne pas l'avoir fait ? Vous le saviez bien en le faisant et vous vous sentez tellement dégoûté de vous-même pour l'avoir fait, parce que vous saviez bien que vous aviez mieux à faire que de perdre votre sang-froid avec Untel ; parce que vous saviez bien que vous aviez mieux à faire que d'injurier le flic ; parce que vous saviez bien que vous aviez mieux à faire que de discuter avec votre belle-mère. Et vous êtes tellement dégoûté de vous-même. Ceci se passe également à un niveau conscient ; et vous le savez consciemment, et vous êtes dégoûté à un niveau conscient.

Mais est-ce que cela ne vous arrive jamais de penser pouvoir faire quelque chose tout à fait innocemment à un niveau conscient, et votre inconscient, grâce à sa sagesse, dit : « Regarde ici, c'est ce qu'il ne faut pas faire. Maintenant, fais-le différemment ! » ? Pourtant, vous insistez consciemment sur le fait de le faire d'une mauvaise manière. Combien de fois cette femme obèse, en regardant un gros gâteau, s'est dit : « Je vais juste en prendre un petit morceau », en sachant consciemment, en même temps, qu'elle se ment à elle-même – qu'elle va prendre une douzaine de petits morceaux. Elle a menti à elle-même, et son inconscient est tellement dégoûté qu'il dit : « Très bien, si tu veux te comporter toi-même comme un porc, mange le reste » ; et l'inconscient tend à punir le conscient. Maintenant, si vous amenez l'esprit inconscient à prendre intérêt à aider ce stupide esprit conscient, vous pouvez alors amener l'inconscient à reconnaître qu'il y a une certaine quantité de difficultés qui peuvent être lâchées. Parfois, j'ai eu à expliquer cette idée à des patients en transe profonde, et ils m'ont écouté attentivement et ils ont alors été d'accord : « Eh bien, oui, c'est mon inconscient qui punit mon esprit conscient, et c'est la raison pour laquelle j'ai cette tendance névrotique. »

CATATONIE CONTRE CATALEPSIE : UNE QUESTION DE RELATION

Q. — Comment faites-vous la comparaison entre la catatonie du psychotique et la catalepsie du sujet en hypnose ?

E. — Si vous examinez la catalepsie que le schizophrène catatonique manifeste, vous découvrirez qu'elle est en relation avec le patient lui-même. Sa catalepsie lui appartient, et vous n'allez pas la contrôler ; vous n'allez pas la diriger. Vous pouvez lever son bras et il va le laisser là où vous l'avez levé, mais il a perdu tout sens de la réalité ; son bras, autant que cela le concerne, peut être ici ou là, mais la position du bras appartient entièrement à ce dernier.

Lorsqu'en hypnose vous levez le bras, le sujet sait cependant où vous avez mis son bras, sauf, bien sûr, si vous lui avez spécifiquement demandé de l'oublier. Mais le sujet en hypnose est conscient de la position du bras et l'expérimente comme une partie de la relation entre vous et lui. Dans la schizophrénie, il n'y a pas de relation en vous et le patient et ainsi, si vous voulez soulever la chose qu'il a rejetée, eh bien c'est votre affaire, et le patient va laisser cette chose que vous avez soulevée à n'importe quel endroit où vous la laissez, mais son identité reste pour lui quelque chose d'entièrement interne.

BIBLIOGRAPHIE

ERICKSON M.H., HERSHMAN S., SECTER I. – *The Practical Application of Medical and Dental Hypnosis*, New York, Julian Press, 1961.

ERICKSON M.H. – *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy : Selected Papers of Milton H. Erickson M.D.*, J. Haley ed., New York, Grune and Stratton, 1967.

ERICKSON M.H., ROSSI E.L., ROSSI S.I. – *Hypnotic realities*, New York, Irvington, 1976.

ERICKSON M.H., ROSSI E.L. – *Hypnotherapy : an Exploratory Casebook*, New York, Irvington, 1979.

ERICKSON M.H. – *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis* (4 vol.), E. Rossi ed., New York, Irvington, 1980.

ERICKSON M.H., ROSSI E.L. – *Experiencing Hypnosis : Therapeutic Approaches to Altered States*, New York, Irvington, 1981.

HALEY J. – *Uncommon Therapy : The Psychiatric Techniques of Milton Erickson*, New York, Norton, 1973.

HALEY J. – *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, EPI, Desclée de Brouwer, Paris, 1984.

HALEY J. – *Changer les couples : conversations avec Milton H. Erickson*, Paris, ESF éditeur, 1990.

LOCKERT O. – *Hypnose : évolution humaine, qualité de vie, santé*, Paris, Éditions IFHE, 3^e éd., 2008.

MALAREWICZ J.-A. – *La stratégie en thérapie ou l'hypnose sans hypnose de Milton H. Erickson*, Paris, ESF éditeur, 2^e éd. 1993.

MALAREWICZ J.-A. – *Cours d'hypnose clinique : études éricksoniennes*, Paris, ESF éditeur, 1990.

MALAREWICZ J.-A. – *Guide du voyageur perdu dans le dédale des relations humaines*, Paris, ESF éditeur, 1992.

MALAREWICZ J.-A. – *Quatorze leçons de thérapie stratégique*, Paris, ESF éditeur, 1992.

MALAREWICZ J.-A., GODIN J. – *Milton H. Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*, Paris, ESF, 2^e éd. 1989.

ROSEN S. – *Ma voix t'accompagnera*, Paris, Hommes et Groupes, 1986.

ZEIG J.K. – *A Teaching Seminar of Milton H. Erickson*, New York, Brunner-Mazel, 1980.

ZEIG J.K. – *Experiencing Erickson : An Introduction to the Man and his Work*, New York, Brunner-Mazel, 1985.

ZEIG J.K. – *La technique d'Erickson*, Paris, Hommes et Groupes, 1986.

INDEX

[Les numéros de page se réfèrent bien sûr à l'édition papier. Pour la version numérique, utiliser la recherche.]

Analgésie/Anesthésie, 60, 73, 75, 79, 87, 107, 159, 163, 165, 166.
Alexie, 128.
Amnésie, 72, 38, 42, 119, 159, 161.
Apprentissage, 179, 38, 43, 44, 59, 67, 101, 118, 151, 183.
Aphasie, 124.
Approche utilisationnelle, 170, 53, 78, 133, 146, 168, 196.
Asthme, 132, 168.
Auto-Hypnose, 9, 180, 181.
Bruxisme, 68.
Cancer, 107, 153, 156, 161, 163, 195.
Catalepsie, 37, 35, 38, 88, 112, 164, 177, 178, 199.
Choc et surprise, 73, 136, 139, 144, 146.
Confusion, 32, 109, 134, 166, 182.
Communication non-verbale, 30, 31, 69, 78, 88, 91, 92, 164, 171, 183.
Dentiste, 64, 49, 51, 63, 68, 70, 73, 82, 84, 120, 152.
Dépotentialisation de la conscience, 32.
Distorsion du temps, 91, 106, 161, 167.

Double lien, 81, 32, 33, 83, 85, 86, 95, 113, 182, 187, 189, 194.
 Douleur, 151, 51, 52, 58, 73, 87, 107, 111, 115, 119, 130.
 Enfant, 29, 62, 64, 66, 67, 70, 74, 81, 86, 112, 115, 132, 157, 161, 162, 174, 189.
 Énurésie, 113, 158, 191, 193.
 Fixation de l'attention, 25.
 Hallucinations, 26, 52, 63, 71, 94, 96, 144, 180, 183.
 Hypnose, 29, 45, 49, 54, 73, 101, 102, 105, 119, 122, 151, 179.
 Hypnose indirecte, 19, 30, 32, 39, 73, 163, 178.
 Hypnotisabilité, 198.
 Implication, 36, 78, 82, 92, 172, 175.
 Inconscient, 21, 28, 39, 45, 51, 79, 102, 104, 174, 180, 182, 198.
 Indices minimaux, 37, 41, 42, 90, 96, 102, 171, 183.
 Induction, 44, 51, 101, 104, 121.
 Insomnie, 181.
 Métaphore, 31.
 Négation, 70, 75, 121, 172.
 Ne pas savoir/Ne pas faire, 33, 36.
 Névrose cardiaque, 61, 146.
 Névrose phobo-obsessionnelle, 23, 141.
 Obésité, 193, 199.
 Obstétrique, 50, 165.
 Permissivité, 104, 84, 158.
 Phobie, 67, 131, 139.
 Profondeur de transe, 77, 40, 58, 63, 69, 88, 89, 121, 177, 178.
 Provocation, 125.
 Question, 94, 97, 146.
 Rapport, 30.
 Ratification, 32, 35, 38, 182.
 Réflexe nauséux, 65.
 Régression en âge, 182, 54, 94, 185, 186.

Résistance, 106, 58, 81, 145, 168, 170, 172, 175.
Séquence d'acceptation, 104, 168, 171.
Suggestion composée, 104.
Suggestion post-hypnotique, 37.
Troubles psychosomatiques, 25, 29, 36, 117, 118, 154.
Voix, 31, 32, 97, 108, 173.

-
- [1](#) Voir la bibliographie en fin d'ouvrage.
 - [2](#) Pour une étude précise des techniques éricksoniennes, voir : J.-A. MALAREWICZ, *Cours d'hypnose clinique*, Paris, ESF éditeur, 1990.
 - [3](#) Responsabilité correspondant au directeur de la Santé (N.d.T.)
 - [4](#) Organisation correspondant au Conseil de l'Ordre (N.d.T.)
 - [5](#) Il s'agit d'un exemple de l'humour d'Erickson. Harold Rosen était un collègue médecin qui avait récemment nourri une controverse pour démontrer le caractère dangereux de l'hypnose.
 - [6](#) Cette histoire est répétée dans la troisième conférence selon des perspectives légèrement différentes.
 - [7](#) Aux États-Unis, il est nécessaire de passer un *Bachelor Degree* (habituellement en quatre ans d'université) avant de pouvoir s'inscrire dans une école de médecine (N.d.T.)
 - [8](#) À l'exception de l'usage par Erickson d'explications pseudo-scientifiques destinées à des sujets intellectuellement naïfs qui avaient besoin d'une image concrète de guérison qu'ils pouvaient comprendre dans leur propre perspective de vie.
 - [9](#) Voir *Experiencing Hypnosis* pour une discussion étendue et des exercices concernant cette approche.
 - [10](#) Voir : « Further Experimental Investigations of Hypnosis Hypnotic and Nonhypnotic Realities », *Collected Papers...*, vol. I, pp. 18-82.
 - [11](#) Voir : « Initial Experiments Investigating the Nature of Hypnosis », *Collected Papers...*, vol. I, pp. 3-17.
 - [12](#) Cette histoire est répétée dans la quatrième conférence (N.d.T.)
 - [13](#) Réflexe de nausée dû au contact d'un corps étranger avec une partie de la cavité buccale (N.d.T.)
 - [14](#) Le bruxisme ou brycomanie désigne l'habitude de grincer des dents (N.d.T.)
 - [15](#) Erickson observait toujours très attentivement les patients chaque fois qu'il leur posait des questions sur leur comportement corporel. Tandis que les patients réfléchissaient, ils montraient habituellement des mouvements corporels minimes (dans ce cas, mâcher du côté droit) qui révélaient la façon dont leur corps se comportait en fait dans la réalité.
 - [16](#) École de danse très connue aux États-Unis (N.d.T.)
 - [17](#) Voir *Collected Papers...*, vol. II.
 - [18](#) Anesthésie de la main dont l'étendue recouvre exactement celle d'un gant (N.d.T.)
 - [19](#) Voir *Collected Papers...*, vol. I, pour une présentation exhaustive des différents types de double lien.
 - [20](#) Erickson reprend ici, en la déformant, une comptine d'enfant (N.d.T.)
 - [21](#) Ceci est une réponse très typique d'un sujet en transe profonde : le rapport psychologique avec l'hypnothérapeute, apparemment, précède ou remplace

toutes les autres formes d'orientation à la réalité.

- [22](#) Ceci est un exemple particulièrement clair d'une suggestion composée, où le comportement actuel du patient relevé dans la première phrase : « Maintenant que vous vous êtes réveillé » est une vérité indéniable qui tend à structurer une séquence d'acceptations pour que les suggestions qui suivent immédiatement soient acceptées : « tout va bien » et « vous rendormir directement ». Voir *Hypnotherapy*.
- [23](#) Précisément parce qu'il s'agissait d'un argument sophistiqué – c'est-à-dire, nouveau et inhabituel pour elle – cela a absorbé et a focalisé son attention d'une manière hypnotique, évoquant ainsi des capacités latentes qui habituellement sont réprimées dans notre orientation typique de tous les jours vis-à-vis de la réalité.
- [24](#) Voir *Hypnotherapy* pour un examen plus détaillé de la notion de « décharge de la résistance par la négation ».
- [25](#) « Hypnotically oriented Psychotherapy in Organic brain Damage », 1963, 6, pp. 92-112, in *Collectors Papers...*, vol. IV, pp. 283-311.
- [26](#) Comptine d'enfants assez connue aux États-Unis et dont le chant s'accompagne de mouvements des mains qu'il s'agit de combiner à deux (N.d.T.)
- [27](#) Le 4 juillet (N.d.T.)
- [28](#) La maladie de Raynaud est caractérisée par des spasmes des vaisseaux sanguins dans les membres, spécialement dans les jambes et dans les orteils. Les spasmes sont provoqués par le froid et le stress émotionnel et se terminent par une sensation douloureuse de froid dans la zone atteinte.
- [29](#) Voir « Psychological Shocks and Creative Moments in Psychotherapy », *Collected Papers...*, vol. IV, pour une discussion de la théorie et la pratique du choc psychologique.
- [30](#) Erickson emploie ici une expression usuelle qui pourrait signifier que l'homme amènera sa femme dans une situation difficile, mais il complète cette expression par une autre qui rend l'ensemble extrêmement confus et interpénétrable à plusieurs niveaux (N.d.T.)
- [31](#) Remarquez la qualité apparemment paradoxale de la technique d'Erickson ici : l'administration d'un *choc* psychologique est utilisée pour amener un état de *bien-être*.
- [32](#) En français dans le texte (N.d.T.)
- [33](#) Erickson revient ensuite sur une anecdote à laquelle il a apparemment fait référence dans une séance précédente qui n'a pas été enregistrée.
- [34](#) Jeu de mots sur les deux sens du mot « left » : gauche et laissé. (N.d.T.)
- [35](#) Premier lundi du mois de septembre (N.d.T.)
- [36](#) Jour de l'Indépendance (N.d.T.)
- [37](#) Une discussion étendue et une démonstration de la régression à deux niveaux sont présentées dans : « A Special Inquiry with Aldous Huxley into the Nature

and Character of Various States of Consciousness », *Collected Papers...*, vol. I, pp. 83-107.

[38](#) Le « block » correspond aux États-Unis, dans la plupart des villes, à la distance séparant deux intersections. Vingt « blocks » équivalent à environ 1600 mètres (N.d.T.)

[39](#) Un médecin présent dans la salle (N.d.T.)