

Communication

# Les Opérateurs Thérapeutiques de Transformation en hypnoanalyse

## Therapeutic Operators of Transformation into hypnoanalyse

J. Masson\*

*Docteur en psychologie clinique, Membre du Centre universitaire de recherche en science de l'éducation et en psychologie, université de Picardie Jules-Verne, chemin du Thil, 80000 Amiens, France, psychologue à l'Unité mobile d'alcoologie, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France*

### Résumé

Au sein de l'hypnoanalyse, il est possible de repérer de nombreux mécanismes facilitant le changement. Afin de mettre en évidence ces derniers, deux grilles de lecture peuvent être proposées : l'étude communicationnelle faite de l'hypnose par Melchior [14,15] et la théorie générale des opérateurs thérapeutiques de transformation de Lorin [10-13] issue en partie de la linguistique pragmatique. L'hypnoanalyse amène progressivement le patient à épuiser son souci de comprendre son passé et à décider de se tourner vers l'avenir. Elle favorise donc un nouveau regard sur soi au travers d'une « dislocation du système perceptif et éthique » [18].

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

Within hypnoanalysis, it is possible to locate many mechanisms facilitating the change. In order to highlight the latter, two grids of reading can be proposed: the communicational study of hypnosis by Melchior [14,15], and the general theory of the therapeutic operators of transformation of Lorin [10-13] resulting partly from pragmatic linguistics. Hypnoanalysis leads the patient gradually to exhaust his concern of including his history and to decide to turn to the future. Thus, it supports a new glance on oneself through a « dislocation of the perceptive and ethical system » [18].

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots-clés* : Hypnoanalyse ; psychothérapie

*Key words*: Hypnoanalysis; psychothérapie

L'hypnoanalyse, telle que je la pratique, tend à se positionner dans la lignée des travaux de Chertok [6]. Elle combine à la fois certaines pratiques psychanalytiques médiatisées par Ferenczi, la pratique de l'hypnose dite semi-traditionnelle et l'usage de certains outils ericksoniens. La transe hypnotique a cette particularité de favoriser un lâcher-prise nécessaire et propice à une reconstruction dans un champ du possible. Dans cette approche phénoméno-existentielle, l'inconscient correspond à une construction théorique particulière qui se veut en partie distincte de la perspective analytique. L'inconscient est conçu comme une instance psychique sub-consciente où peuvent être sollicitées certaines ressources propices au changement. Erickson [8]

précise peu dans ses écrits ce qu'il entend par ressources. Gardons simplement à l'esprit que ce sont des apprentissages emmagasinés tout au long de l'ontogenèse. Melchior [14,15] nous montre en quoi l'étude de la communication nous permet de comprendre ce qui est opérant en hypnothérapie. Le propos de cette communication est de s'appuyer sur ces travaux énumérés et de repérer, au sein d'une pratique personnelle, certains éléments thérapeutiques. Une seconde grille de lecture peut également être superposée au regard initial en s'appuyant sur une théorie générale de l'intervention thérapeutique : les opérateurs thérapeutiques de transformation [10-13].

Lorin place l'action psychothérapique des opérateurs thérapeutiques de transformation (OTT) dans le champ issu de la linguistique pragmatique que sont les énoncés performatifs [2]. Les OTT correspondent à des expressions

\* Auteur correspondant : 10, rue Pointin, 80000 Amiens, France.

Adresse e-mail : joanic.masson@wanadoo.fr (J. Masson).

langagières émises par le thérapeute et qui opèrent au sein du patient un certain nombre de changements se situant sur différents niveaux (cognitifs, émotionnels, physiologiques, etc.). La caractéristique opérante de ces interventions renvoie donc à l'aspect perlocutoire de l'énoncé [19]. L'intérêt de celui-ci se situe en effet dans son pouvoir thérapeutique, c'est-à-dire son effet chez le patient. Cela nous amène donc à poser quelques réflexions sur l'aspect perlocutoire du discours. Prenons l'exemple d'une séance d'hypnothérapie. Le patient vit une transe hypnotique profonde facilitant la levée de la barrière amnésique inconscient/conscient. Il lui est suggéré de visualiser un couloir imaginaire dans lequel il pourrait voir un certain nombre de portes (méthode du couloir et des portes). Il est suggéré également que certaines « choses » plus ou moins en rapport avec ces difficultés actuelles sont derrière celles-ci. Il lui est possible, s'il le souhaite, de faire ce travail maintenant en franchissant ces ouvertures. Le patient peut être amené à vivre certains événements qu'il aurait vécu dans son enfance (régression en âge). En mettant de côté la question de la véracité de ces événements revécus, il est amené à vivre une « expérience affective » [5] qui peut faire l'objet d'une abréaction. L'intervention langagière du thérapeute a entraîné chez le patient une activité mentale (visualisation du couloir, décision de franchir les portes, etc.). Cela est le résultat de l'énoncé de l'hypnotiste (aspect perlocutoire). Mais nous pouvons également constater un second effet de l'énoncé, à savoir le revécu abréactif d'une période passée et peut-être une amélioration symptomatique chez le sujet. Nous sommes ainsi amené à concevoir divers niveaux perlocutoires :

- niveau perlocutoire primaire : résultats directs de l'intervention langagière du locuteur (visualisation du couloir, décision de franchir les portes, etc.) ;
- niveau perlocutoire secondaire : conséquences de l'acte perlocutoire primaire (abréaction et changements provisoires ou définitifs chez le patient).

L'aspect perlocutoire de l'énoncé peut également se manifester en deux étapes. Si nous prenons l'exemple de l'induction hypnotique, l'accompagnement inductif passe par une description, faite par l'hypnotiste, de ce que vit le patient. Cela facilite une déprivation sensorielle et un fonctionnement centripète au travers d'un processus dissociatif où le sujet devient spectateur de ce que l'autre suggère. Le thérapeute utilise certaines manifestations physiques, le plus souvent involontaires (respiration plus calme, gargouillements intestinaux, mouvements involontaires des doigts, etc.) afin de ratifier la transe et déclarer que l'hypnose est déjà vécue par le sujet. Exemple : « Peut-être avez vous remarqué comment votre respiration est maintenant plus calme... ceci montre que vous êtes déjà plus détendu et qu'il vous est maintenant possible d'aller plus profondément en vous-même... » Schématiquement, nous repérons ici trois étapes :

- le thérapeute induit une transe, quels que soient la méthode et le discours utilisés (premier acte de langage) : « Nous allons voir comment vous pourriez entrer en hypnose d'une manière agréable et intéressante pour

vous aujourd'hui... » Cette première étape constitue selon Searle un acte de langage indirect, car deux actes illocutoires se superposent : le thérapeute pose une attente dans son énonciation et sous-entend l'induction future de l'hypnose ;

- le sujet réagit à l'approche par une respiration plus calme. Est-ce le résultat de l'énoncé de l'hypnotiseur ? Nul ne peut l'affirmer. Nous ne sommes donc pas encore dans l'acte perlocutoire ;
- l'hypnotiste utilise ce changement dans le rythme respiratoire et le présente comme un signe typique de l'hypnose. Cette ratification occasionne la transe. L'usage de la ratification et de tout ce qui a été énoncé au préalable permet ainsi la transe hypnotique. Nous pouvons ainsi concevoir cet acte perlocutoire comme étant indirect dans sa construction. Il s'agit donc d'une co-construction perlocutoire en deux étapes impliquant une certaine temporalité subjective.

Tout en gardant à l'esprit ces réflexions, nous pouvons repérer, au sein de l'hypnoanalyse, divers opérateurs et mieux saisir leur portée.

### 1. L'opérateur thérapeutique incitatif

L'incitation est couramment utilisée dans l'hypnose dite autoritaire ; elle apparaît également dans l'approche ericksonienne mais d'une manière moins directive. La suggestion en est l'exemple même. Cet opérateur a pour but d'inviter le patient, au travers d'un acte illocutoire, à vivre un phénomène pouvant favoriser l'établissement de la transe hypnotique ou l'émergence d'un processus thérapeutique (hypermnésie, régression en âge, exploitations de ressources, etc.).

Exemple : « Tout en profitant pleinement de ce sommeil particulier, une autre partie de vous-même peut vous permettre de retrouver certains souvenirs qui vous seraient profitables aujourd'hui. » Dans cette incitation présentée sous une forme indirecte, donc propice à détourner certaines résistances, le patient est amené à travailler sur certains souvenirs qui peuvent surgir spontanément à sa conscience. L'opérateur incitatif invite le patient (ou une partie du patient) à effectuer certaines mobilisations et permet de sortir d'un *statu quo* tenu par certaines rigidités du fonctionnement psychique.

### 2. L'opérateur thérapeutique confrontatif

L'opérateur confrontatif consiste à mettre le patient face à ce qu'il est, ce qu'il peut vivre durant l'hypnose (sensations, pensées, émotions, etc.) ici et maintenant et d'éviter toute fuite défensive. Notre rôle est ici de favoriser une rencontre entre le patient et une partie obscure de lui-même jusque-là inaccessible. Nous pouvons ainsi demander au sujet hypnotisé de focaliser son attention sur une angoisse qui surgit, ce qui peut favoriser un travail émotionnel. Cette pratique se rapproche à l'évidence du *bridge affect* de Watkins [20], renvoie à la notion de chaîne primale [1] ainsi qu'au principe

de résonance. L'opérateur confrontatif est d'ordre chaotique car il ébranle les différentes composantes existentielles du sujet en vue de l'émergence de nouvelles informations.

### 3. L'opérateur thérapeutique de lieu

Le lieu de consultation opère certaines transformations chez le patient d'autant plus que les objets qui s'y trouvent sont investis d'une façon réelle, symbolique ou imaginaire. Le lieu de déroulement des séances comprend des objets précis investis : la méridienne, la couverture, l'espace disponible (cadre thérapeutique), etc. Selon Lorin, l'espace est un lieu de projection des éléments transférentiels ; le lieu est alors opérant si le transfert est positif. Mais nous pouvons penser également que l'effet thérapeutique de lieu est lié au processus d'habituation. Ainsi, cet homme alcoolique âgé de 36 ans qui exprime à la fin de la dixième séance d'hypnoanalyse : « Je ne sais pas si c'est l'endroit, le lieu... mais quand je m'installe, je me détends aussitôt... l'esprit vide. » Ce patient entre dans une hypnose légère et ressent un calme bienfaisant dès son entrée dans le bureau.

### 4. L'opérateur thérapeutique mimétique

L'opérateur mimétique consiste en une imitation inconsciente de sentiments, émotions, fantasmes, décisions ou comportements et se réfère à toutes les identifications au thérapeute. Lorin parle de « transfert idéalisant » où le thérapeute est absorbé en tant qu'objet. Soulignons que ce n'est pas le thérapeute en tant que personne qui est introjecté mais plutôt sa fonction thérapeutique. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'observer le nombre important de patients qui se mettent à pratiquer l'autohypnose chez eux, en imaginant simplement le thérapeute à leur côté et en répétant les phrases souvent prononcées par celui-ci.

Il est fondamental de garder à l'esprit que cet opérateur peut avoir aussi un aspect aliénant dont le thérapeute doit se méfier (au travers de la suggestion, de l'interprétation, etc.). La thérapie du névrosé, souffrant déjà en partie d'une aliénation, doit passer par une désidentification purificatrice (« opérer la catharsis de la mimésis » [3]) et non une nouvelle aliénation dans le discours du soignant. Oughourlian [16,17] envisage ainsi le rapport interindividuel comme un mouvement bidirectionnel où la suggestion proposée par un holon H à un holon h ne fait qu'un avec l'imitation de H par h. Imitation et suggestion constituent un même fait psychologique et forment deux vecteurs homothétiques, d'intensité égale, mais de sens contraire. Ainsi, le rapport hypnotique passe donc par un « mouvement » proposé par H et adopté par h et ce, nous le verrons ensuite, dans un jeu de préférence.

Melchior (*op. cit.*) remarque judicieusement que lors de la thérapie, et en particulier dans l'hypnothérapie, le patient accepte de devenir ce que son thérapeute lui apporte. Il accepte que l'analyste lui donne le sens de son fonctionnement inconscient ou que l'hypnothérapeute lui dise ce qu'il

ressent ou vit durant la transe. Dans cette optique, le rapport interindividuel définit par Oughourlian fautive, lors de la thérapie, les règles de la communication humaine. Le patient accepte donc de se laisser parler par l'autre, le thérapeute se plaçant en position d'« intralocuteur » (Melchior, *ibid.*). C'est justement dans le fait que le thérapeute devient l'intralocuteur du patient que celui-ci perd la distance qui le sépare de l'autre. L'identité personnelle s'abolit temporairement, le rapport hypnotique peut prendre ainsi une forme fusionnelle, comme le décrivait Chertok [6]. Si l'origine de la névrose prend ainsi sa source dans le rapport à l'autre, dans l'identification à l'autre, la thérapie passe à l'évidence par un processus similaire où le patient se laisse dire par le thérapeute. L'aliénation névrotique ne pourrait-elle ainsi qu'être remplacée par une nouvelle aliénation, une aliénation désaliénante ?

### 5. L'opérateur thérapeutique de reconstruction

Si nous suivons l'idée de Lowen selon laquelle, sans passé, le futur n'existe pas, la tâche du thérapeute est de permettre à son patient une reconstruction de son histoire. Il s'agit, par l'intermédiaire de l'hypermnésie, de la régression en âge ou de toute méthode découvrante favorisant ce retour, d'aider le sujet à reconstituer le potentiel de ses souvenirs en laissant venir à lui images, émotions, sensations, etc. afin qu'il organise, avec un nouveau regard, sa vie. Dans une optique plus analytique, accéder à son passé implique de retrouver désirs infantiles, aliénation dans le désir de l'autre et remaniement du rapport principe de plaisir/principe de réalité. Mais la reconstruction ne devient opérante que si elle est suivie par un changement comportemental ; elle doit entraîner une conviction chez le patient — croire en la compréhension résultant du travail psychothérapeutique — et un mieux-être. Elle doit permettre un épuisement émotionnel et favoriser, après une attente plus ou moins longue, la décision de changer [18]. Cette décision passe donc par « la fin de la plainte » et l'ouverture sur l'avenir.

### 6. L'opérateur thérapeutique herméneutique

Les reconstructions se font à partir de souvenirs et d'occultés émergents dont le patient dispose au niveau conscient et inconscient. Ce stock reste toujours incomplet quelles que soient la durée ou la profondeur de la thérapie. Le thérapeute peut donc être amené à retrouver ce qui manque dans l'histoire du sujet. Or, cette construction est aléatoire et se rapproche d'une manière indirecte et le plus souvent inaperçue à la suggestion. Méfions-nous donc des interprétations sauvages qui tendent à aliéner davantage le patient. Le mieux en hypnoanalyse semble être de s'abstenir d'interpréter, ou de limiter l'interprétation aux résistances comme le faisait Reich. Progressivement, le patient peut se reconstruire seul au travers de ce qu'il vit durant les séances. D'ailleurs, selon Chertok et Stengers (*op. cit.*), l'apport essentiel de la recons-

truction en hypnoanalyse est d'être une nouvelle expérience affective.

Dans la terminologie hypnotique, nous utilisons préférentiellement la notion de « recadrage » [21] qui se distingue de l'interprétation psychanalytique car il ne consiste pas à interpréter un contenu latent, refoulé, mais à ouvrir l'énoncé sur d'autres significations possibles, sans souci de véracité comme dans l'analyse classique. Godin [9] insiste bien sur le fait que le recadrage ne permet pas la prise de conscience mais rend « caduc » un ancien jeu de significations et ouvre sur le changement.

### 7. L'opérateur thérapeutique d'écoute

La fonction structurante de l'écoute a été largement développée par Freud et ses successeurs. Elle prend une place moins importante en hypnoanalyse car le travail thérapeutique ne se situe pas principalement au niveau du discours. Elle trouve toutefois son rôle essentiel lors des premières consultations (dans le but d'analyser la demande et de favoriser l'accueil thérapeutique) et à la suite de certaines régressions en âge particulièrement chargées émotionnellement. Les mots permettent ainsi une réorganisation de ce qui a été vécu et poursuivent l'abréaction structurante. Dans les cas où le travail engagé au cours des séances d'hypnose est d'ordre plus inconscient, nécessitant donc la non-intervention perturbatrice du conscient et de la parole, il est fondamental de restreindre l'usage du mot en fin de séance et de favoriser ainsi une amnésie partielle.

### 8. L'opérateur thérapeutique de place

La fonction opérante est de type « désassujettissante ». Elle favorise le passage du sujet de l'énoncé au sujet de l'énonciation et permet d'instaurer une nouvelle liberté dans un avenir possible. En hypnoanalyse, elle facilite la désaliénation du sujet et progressivement l'extinction des sentiments de culpabilité. En offrant enfin une place et un temps régulier au patient, celui-ci peut s'approprier un espace bien à lui (« transfert interne » décrit par Delaunay [7]).

### 9. Le jeu des préférences

En observant ces différents opérateurs dans la pratique hypnoanalytique, nous rejoignons la thèse de Melchior qui considère l'hypnose comme un « opérateur de méta-recadrage ». La thérapie permet de construire avec le patient des nouvelles significations afin d'accroître le champ du possible. L'effet thérapeutique produit apparaît comme le résultat de l'intervention du thérapeute (aspect perlocutoire) et de son aspect autoréalisant. Le principe fondamental du phénomène d'autoréalisation des descriptions, nominations, interventions fait référence à la « préférence » du langage [15 p. 162] : « Les performatifs manifestent très nettement la valeur créa-

tive du discours. » En formulant une expression performative, le locuteur crée quelque chose... Melchior met en évidence quatre principes de préférence, principes que nous tenterons de relier à des moments psychothérapeutiques :

- ne pouvant pas ne pas communiquer (Palo Alto), tout discours comporte un aspect référentiel ou proférentiel. Toute intervention en psychothérapie, que ce soit du thérapeute ou du patient, se fonde sur un système de croyances, structurantes ou non. Ainsi, chaque énoncé renforcera soit une conviction déjà établie (« Je ne m'en sortirai jamais ! ») ou permettra une ouverture sur le changement (« Je crois que ces séances me font du bien ») ;
- la préférence est la construction d'une référence absente de la réalité ; en cela, elle se positionne à l'inverse de la référence. L'hypnothérapeute doit faire en sorte que tout discours négatif ait une influence moindre dans son aspect perlocutoire et favoriser ainsi une attente [18] constructrice et porteuse de possibilités ;
- pour exister dans le réel, la préférence doit faire l'objet d'un consensus. Le patient doit parvenir à l'étape thérapeutique où l'avenir compte davantage que le passé. Cela passe par une co-construction proférentielle entre le patient et le thérapeute. C'est certes adhérer à de nouvelles significations mais aussi amener l'entourage du patient à suivre ces changements ;
- si le consensus s'effondre, la réalité construite par préférence perd de sa consistance. Si l'entourage ne suit pas les modifications des croyances du sujet, si la réalité comporte de nombreux aspects perturbants, le sujet peut faire retour dans un imaginaire « pathologisant ».

Au terme de ces quelques principes, nous pouvons avoir un regard complémentaire sur les OTT et envisager certain d'entre eux sous l'angle proférentiel. L'incitation est, par exemple, de type directif en favorisant la construction d'un phénomène particulier. L'opérateur thérapeutique de reconstruction favorise la formation, au sein du système de croyances du patient, d'une théorie explicative de ses troubles. Il y a construction d'une réalité explicative qui peut aider le malade à choisir le changement. Soulignons que cette réalité fera l'objet d'une interprétation, également proférentielle, d'autant plus que cette reconstruction est lacunaire. L'écoute a également ce pouvoir curatif car dans l'esprit de beaucoup, le fait d'aller se raconter chez un « psy » permet « de se sentir mieux dans sa peau » ensuite. Ce n'est donc pas uniquement l'écoute qui est structurante mais l'attente de la guérison qui opère au travers de l'écoute [4].

De la sorte, l'hypnoanalyse peut être un outil précieux en psychothérapie car elle intègre de nombreux éléments opérants. Ces opérateurs ont tous cette particularité d'aboutir à un méta-recadrage de la situation du patient et de favoriser une nouvelle orientation à la réalité, orientation tournée vers l'avenir et le changement. Mais une des conditions favorisant souvent rapidement cette amélioration est de travailler avec la transe hypnotique. L'hypnose a en effet cette particularité de nous confronter à l'activité imaginante du sujet, celle-ci

étant à l'origine de sa réalité et de sa souffrance psychique. Il est alors possible, à partir de la plasticité psychique mise à nue en hypnose et au travers de l'utilisation de certains outils favorisant la levée de la barrière amnésique, de modifier le système de référence du patient. Cette construction consensuelle se fonde en partie sur la croyance en la validité que le patient se fait de la technique. Elle s'alimente enfin du rapport particulier qui unit l'hypnothérapeute et l'hypnotisant.

## Références

- [1] Allais C. L'analyse primale. Paris : Retz ; 1980.
- [2] Austin JL. Quand dire, c'est faire. Paris : Le Seuil ; 1970.
- [3] Borch-Jacobsen M. Le Lien affectif. Paris : Aubier ; 1991.
- [4] Camut S. Utilisation d'une réponse idéomotrice de Rossi, pour un travail hypnotique à plusieurs niveaux. Actes du 1<sup>er</sup> Forum Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves 1998 ; De SENSus, Éd. de l'Arbousier ; tome 1 : 17-9.
- [5] Chertok L, Stengers I. L'hypnose, Blessure narcissique. Paris : éd. Laboratoires Delagrangé ; 1990.
- [6] Chertok L, Stengers I, Gille D. Mémoires d'un hérétique. Paris : éd. La Découverte ; 1990.
- [7] Delaunay P. Image et langage dans le rêve éveillé dirigé, analyse phénoméno-structurale [thèse]. Lille : université de Lille III ; 1975.
- [8] Erickson MH. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. New York : E. Rossi éd. ; 1980.
- [9] Godin J. La Nouvelle hypnose : vocabulaire, principes et méthode. Paris : A. Michel ; 1992.
- [10] Lorin C. Traité de Psychodrame d'enfants. Paris : Dunod / Privat ; 1989.
- [11] Lorin C. La Psychanalyse comme catastrophe. Cliniques Méditerranéennes 1995 ; 45 : 91-104.
- [12] Lorin C. La Honte : à partir de l'œuvre de S. Ferenczi. Nervure 1998 ; XI, 8 : 22-6.
- [13] Lorin C. La Pratique du psychodrame intra-hospitalier avec des patients adultes psychotiques. Nervure 1999 / 2000 ; XII, 9 : 39-48.
- [14] Melchior T. Les Stratégies communicationnelles en psychanalyse, en psychothérapie et en hypnose. Psychothérapies 1990 ; 3 : 143-51.
- [15] Melchior T. Créer le Réel, Hypnose et thérapie. Paris : Le Seuil ; 1998.
- [16] Oughourlian JM. La Dialectique du désir, Essai d'appréhension psycho-socio-pathologique de l'essence des phénomènes de rite, de théâtre, de possession, d'hystérie et d'hypnose, à l'aide d'une théorie unitaire du désir mimétique [thèse]. Paris : université René Descartes ; 1981.
- [17] Oughourlian J. M. L'hypnose, révélation du rapport interindividuel. In : L. Chertok et al., Résurgence de l'hypnose. Paris : DDB ; 1984 : 191-205.
- [18] Roustang F. La Fin de la plainte. Paris : Odile Jacob ; 2000.
- [19] Searle J. Les Actes de langage. Paris : Hermann ; 1972.
- [20] Watkins JG. The affect bridge : a hypno-analytic technique. International Journal of Clinical Hypnosis 1971 ; 19 : 22-7.
- [21] Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Changements, paradoxes et psychothérapie. Paris : Le Seuil ; 1975.

## Discussion

*Dr Houillon* – J'aimerais avoir quelques précisions sur la notion de « recadrage » sur laquelle l'auteur a beaucoup insisté. Compte tenu des personnalités décrites, les comportements évoqués sont le fruit d'acquisitions issues d'une dysharmonie évolutive. C'est pourquoi, sous l'angle thérapeutique, je me demande si le terme de cadrage ne conviendrait pas mieux. Dans la prise en charge, il a aussi été question « d'une co-construction transférentielle », ce qui suppose une interaction entre le patient et l'entourage soignant et aidant. Dans cette optique, compte tenu d'un « travail en cours » s'exerçant sur une situation à modifier, c'est davantage de cadrage qu'il s'agit. Il y a aussi une autre interprétation de ce terme qui est peut-être celle choisie par les auteurs ; il s'agit de l'analogie possible avec ce que Michel Jovet appelle la « reprogrammation génétique des comportements » qui, selon ce dernier, se produirait au cours du sommeil paradoxal. Cette comparaison peut se justifier dans la mesure où nous avons affaire aux techniques de l'hypnose qui, par vocation, vise à modifier le niveau de vigilance d'une personne en vue d'un résultat à obtenir. Dans cette dernière hypothèse, « recadrage » convient assez bien. Cependant, ce que l'on peut recadrer c'est seulement un comportement acquis qui ne donnant pas satisfaction est précisément celui que le thérapeute est censé pouvoir modifier. C'est à ces différentes interrogations que j'aimerais obtenir, si possible, quelques débuts de réponse.

*Pr Bourgeois* – Pouvez-vous nous dire s'il existe des études empiriques permettant de valider l'efficacité de ces méthodes. Existe-t-il des méta-analyses ?

*Dr Marchais* – Pour rejoindre en partie ce qui vient d'être dit et répondre à la demande de M. Bourgeois, je crois effectivement – pour avoir pratiqué jadis empiriquement cette technique pendant quelque temps dans le service de Maurice Bachet – qu'on peut porter certains résultats positifs à l'actif de l'hypnose. Cependant, en dehors du rôle évident de la suggestion, je reste assez circonspect sur son mode d'action physiologique qui existe pourtant, comme l'ont montré certaines expériences animales. En effet, cette pratique très ancienne a vu chaque utilisateur projeter sur elle une interprétation possible de son mécanisme d'action.

M. Bachet, qui recourait à cette technique sans intervention verbale (c'était avant Chertok), se référait au conditionnement. Je l'ai vu traiter vers 1950 des douleurs d'amputation qui régressaient par des séances d'hypnose rapprochées en les répétant tous les trois à six mois. Les patients déclaraient être soulagés durablement et certains signalaient même des raccourcissements progressifs de leur membre fantôme, voire sa disparition transitoire, non sans quelque surprise. Toutefois, l'emprise psychologique vécue par les patients restait manifeste malgré les explications du thérapeute et ces résultats n'étaient pas définitifs.

*Dr Abdelfattah* – Quelles sont, de votre point de vue, les indications et contradictions de l'hypnoanalyse ?

- Y a-t-il des études statistiques ou méta-analyses concernant l'hypnoanalyse, méthode psychothérapeutique empirique ?
- Avez-vous connaissance de pratiques d'hypnoanalyse non pas individuelles mais groupales ?
- Comment peut-on évaluer l'efficacité de la pratique thérapeutique de transformation en hypnoanalyse ? S'agit-il d'une méthodologie scientifique ?