

HYPNOTHERAPIE AVEC L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Séminaire de formation et supervisions cliniques
Dr Gérard SALEM – Dr Catherine BOUCHARA

Service de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent
Pitié-Salpêtrière, Paris VI
Prof David COHEN, médecin chef

CONSYL (anciennement CIMI)
Consultation Systémique de Lucinge
CH-1006 Lausanne
Dr Gérard SALEM, médecin directeur

SYNTHESE PROVISOIRE Janvier 2011 – décembre 2012-12-03



Premier état des lieux du séminaire (adressé aux participants)

Nous remercions celles d'entre vous qui sont venues le ... pour une tentative de réflexion et de synthèse en commun.

Déroulement des séances

En deux ans, le séminaire s'est tenu à la Salpêtrière, à un rythme mensuel, puis à intervalles variables, plus espacés. Toutes les familles reçues étaient proposées par le Dr Bouchara. Elles avaient généralement un ou plusieurs enfants symptomatiques (tics, troubles du comportement, troubles du sommeil, troubles de la conduite, TOCS, état anxieux ou dépressif sévère, troubles psychotiques, etc.). Les enfants étaient déjà en consultation auprès du Dr Bouchara, qui avait déjà utilisé l'hypnose avec eux, et qui avait rencontré les parents pour la plupart avant de les inviter au séminaire.

Ces familles venaient avec l'espoir d'une séance thérapeutique utile, en famille, et avec le recours possible ou non à l'hypnose par les deux médecins. A chaque séance assistaient d'autres cliniciens, spécialisés ou non en thérapies systémiques ou en hypnose. Ces cliniciens étaient souvent invités, en fin de séance, à faire quelques commentaires à la famille (ratifications, validations, renforcements), commentaires généralement bien accueillis par celle-ci. Chaque rencontre était précédée d'une présentation de la famille par le Dr Bouchara, avec un génogramme, suivie d'une première réflexion partagée avec les cliniciens présents au séminaire.

L'intervention en elle-même se caractérisait d'abord par une phase d'accueil et de mise en confort, compte tenu du contexte. Puis un rappel était fait de la problématique pour laquelle la famille était reçue. Les commentaires thérapeutiques des deux médecins consistaient essentiellement en commentaires ou réactions consistant à reconnaître la souffrance de l'enfant et de l'ensemble du système familial, de même que la résonance et l'impact de cette souffrance pour chaque membre, tout en recadrant les symptômes ou attitudes de chacun en termes relationnels. L'accent était mis sur les ressources de chaque membre et sur celles

présentes dans les relations familiales. Certaines séances ont été enregistrées en vidéo, d'autres non. Certaines familles ont été revues dans le cadre du séminaire, d'autres non. Le *follow up* des interventions et des situations était assuré par le Dr Bouchara.

Nombre de familles reçues, nombre de familles revues, nombre de familles qui ont continué le traitement chez CB, nombre de familles qui ont interrompu le traitement après la séance.

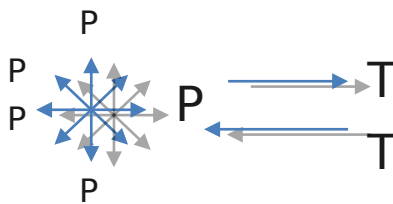
Aspects du setting

Au setting habituel d'une relation thérapeutique (setting 1) confrontant un patient (P) et un thérapeute (T) se substitue ici un setting multilatéral à trois niveaux : le niveau systémique habituel confrontant les membres de la famille entre eux et à deux thérapeutes (setting 2), et le niveau systémique collectif, incluant l'assistance des autres cliniciens (setting 3), comme le représentent les trois diagrammes ci-dessous :

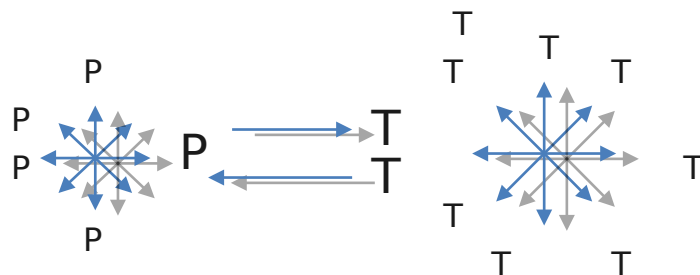
setting 1



setting 2



setting 3



Le setting 3 active puissamment l'*effet d'audience* (Triplet, 19..), soit une intensification de la motivation et de l'implication des sujets en situation d'observation et d'écoute par des tiers. Ici, aux deux médecins qui conduisent la séance s'ajoutent, d'une part, la présence de l'assistance, d'autre part, le contexte hospitalier environnant (cadre universitaire, participation à un séminaire de recherche clinique en tant que sujets individuels et collectif familial).

L'effet d'audience émanant de ce setting pourrait expliquer certains changements significatifs observables dans le système familial pendant la séance ou à son issue. (Du reste, certaines familles ont exprimé à la fin de la séance leur reconnaissance pour toute l'attention dont elles ont fait l'objet).

Types d'interventions systémiques

En premier lieu, bien entendu, mentionnons les stratégies habituelles d'alliance avec

le système familial (en particulier le processus de *partialité multidirectionnelle* (Boszormenyi-Nagy, 19..) et d'instauration des conditions de sécurité et de confiance dans les échanges. Parallèlement, le dialogue thérapeutique visait à encourager l'*expression* et la *reconnaissance des souffrances* de chacun au sein du système familial, et la *valorisation des ressources* naturelles présentes du système, en termes relationnels (attachement, solidarité, loyautés, balance des dettes et des mérites, etc.).

Ce processus met en évidence un autre type d'intervention, tantôt sous-jacent tantôt explicite dans la communication thérapeutique, qui est le *recadrage* (Watzlawick, 19..).

Par exemple des symptômes de type obsessionnel-compulsif chez un enfant sont redéfinis en termes de loyauté envers le système familial, ou envers un parent, un grand-parent, un frère, ou une sœur (effet « rassembleur », pour renforcer la cohésion du système face à un deuil, ou dans un contexte de déménagement problématique pour tous, etc.).

Un autre procédé thérapeutique est la *prescription* d'expériences à vivre en commun (comportements, échanges sur tel sujet, etc.). Ces prescriptions concernent tantôt ce qui se passe ici et maintenant dans la séance, tantôt ce qui devrait se passer après la séance entre les membres de la famille.

Par exemple,

Enfin, les interventions de l'assistance ont été surtout caractéristiques de l'expression, dans une *perspective réflexive*, de la *résonance* de la séance en chacun des participants qui prennent la parole à la fin de celle-ci.

Par exemple,

Aspects hypnothérapeutiques

On sait que le mot *hypnose* est communément utilisé dans la plupart des langues pour désigner une *façon particulière de communiquer*. Cette façon confère un certain «style» et une orientation toute particulière à la relation entre ces individus. On dirait parfois que les partenaires de la communication hypnotique sont dans un rêve éveillé commun. Lorsque le thérapeute hypnotise un patient, il catalyse et facilite en lui un *changement* dans son régime de conscience. Ce faisant, il établit avec lui une forme de relation particulière, et tout observateur pourrait aisément constater que leur façon de communiquer devient «spéciale», qu'elle induit, ou reflète, ou les deux, une forme d'échange qui sort de l'ordinaire.

La même observation est faite lorsque le thérapeute hypnotise plusieurs membres d'une famille en même temps. Dans une telle situation, il ne se trouve plus dans son rôle habituel de confrontation substitutive avec le patient, il confronte celui-ci aux siens et eux à lui. C'est à leur «entre eux», à leur «être-avec» qu'il les renvoie, même si sa propre confrontation à eux reste présente, bien qu'au second plan.

Enfin, il importe de rappeler que, dans tous les cas, le thérapeute change lui aussi de régime de conscience, même si c'est lui qui mène la séance. Mais cela se passe de façon plus discrète et peut-être plus subtile, parce qu'il doit rester d'abord attentif au patient ou à la famille.

Dès l'induction, le thérapeute sait qu'à chacune des ses interventions, verbales ou

non verbales, il s'adresse à chaque membre et en même temps au système familial dans son entier, en tant qu'entité en soi, et ce même lorsqu'il s'adresse à une seule personne à la fois. L'effet d'audience est ici à son maximum, tant tous les membres sans exception (y compris les plus petits ou les plus «invalides»), sont attentifs à chaque parole et à chaque comportement affiché par les autres devant le thérapeute. (Salem & Bonvin, 2012).

Les processus hypnotiques qui ont été utilisés pendant les séances pourraient être regroupés en deux types : procédés conversationnels et procédés par induction classique.

Les *procédés conversationnels* (hypnose indirecte) utilisent principalement un enchaînement de ratifications alternant avec des suggestions, notamment la technique bien connue du « *tricot* » (ou *pacing and leading*) (Salem & Bonvin, 2012). Le thème invariablement indiqué à souligner leurs attaches familiales, leurs rôles et statuts habituels, leurs rapports hiérarchiques «officiels» (et «officieux»!) (travail de rappel et de redéfinition des différences générationnelles et des rapports mutuels). A cela s'ajoutent des suggestions .quant aux changements espérés.

Exemple : Au fil du dialogue avec la famille, les suggestions de changements dans les habitudes familiales exprimées par un enfant servent de point de départ à une discussion thématique sur les bénéfices des bonnes vieilles habitudes et les bénéfices des changements.

Les *procédés par induction classique* consistaient en des inductions collectives directes (adressées à tous en même temps) ou indirectes (adressées explicitement à un ou plusieurs membres seulement, mais implicitement aux autres membres présents aussi).

Exemples :

Dans une famille dont les deux enfants étaient symptomatiques, et parentifiés, en particulier depuis la perte précoce de leur père (**par suicide, après séparation des conjoints ?**), la fille avait des symptômes de type phobo-obsessionnels et dépressifs, le fils montrant quant à lui un tableau dépressif avec inhibition généralisée, repli sur soi, déscolarisation en cours. La mère était « dépassée » par la situation, elle-même en proie au deuil. Il leur a été prescrit de se tenir immobiles dans la posture suivante : la mère debout derrière les deux chaises où ses enfants étaient assis côte à côte en lui tournant le dos et en se tenant par la main. La mère devait maintenir une main sur l'épaule de chaque enfant. Le thérapeute suggérait à chacun d'être très attentif au contact corporel entre les trois personnes, en égrenant en boucle la ratification du contact de la main gauche de la *sœur* avec la main droite du *frère*, de la main gauche de la *mère* sur l'épaule gauche du *fils*, de la main droite du *fils* avec la main droite de la *sœur*, de la main droite de la *mère* sur l'épaule droite de la *fille*... Ceci en y associant des suggestions recadrantes sur la façon dont chacun devine les deux autres, et comment chacun est solidaire des deux autres.

Dans une autre famille, de type recomposée, l'ex-conjoint de l'épouse, père des enfants, était présent et entretenait encore avec elle et son nouveau mari une proximité ambiguë, dans le but de faciliter pour les enfants l'adaptation à un nouveau foyer (ce qui amenait des complications entraînant des dysfonctions chez les enfants). Dans cette situation, nous avons demandé à chacun à tour de rôle de faire poser les autres pour la « photo de famille » selon ses goûts, en définissant les postures et orientations des corps, les distances interpersonnelles, les contacts physiques présents ou non (variante de *sculpture familiale*). A

chaque photo, tous se figeaient immobiles pendant plus d'une minute pour mieux percevoir les différentes configurations, et exprimer ensuite comment il les ressentait (effet différenciateur).

Usage systémique de procédés hypnotiques

Ou usage hypnotique de procédés systémiques ? La pratique est en effet à double courant.

Autres procédés hypnotiques possibles

Une différence majeure est que l'on s'adresse à un collectif de personnes, comme lorsque l'on pratique une hypnose de groupe, à la nuance près qu'il s'agit ici d'une famille, dont les attaches sont autrement plus puissantes et liées à des enjeux vitaux que celles qui relient les simples participants d'une groupe psychothérapeutique.

Prosopopée, techniques narratives, jeux de rôles, sculptures, mirroring, etc.

Aspects de la cothérapie

Et chambre de résonance humaine constituée par l'assistance.

Quelques questions

Un des questionnements qui s'est posé à nous est quel est l'impact sur la famille, notamment avec un spécialiste invité, et devant une assemblée de cliniciens : utilité ou parasitage, peu favorable à la suite du processus thérapeutique (et à l'impact propre du thérapeute habituel)? Autre question de nature épistémologique : avons-nous les mêmes définitions du système familial, de son fonctionnement normal ou pathologique ? Sommes-nous semblant de faire une expérience thérapeutique en commun à partir d'une conceptualisation commune ?

Lieu: Paris (Salpêtrière, Pavillon de l'Enfant et l'Adolescent), Lausanne (CIMI, ch. Lucinge 16)

Dates 2011	Paris	20-01	03-03	24-03	28-04	26-05	16-06	29-09	27-10
	Lausanne	27-01	24-02	31-03	21-04	09-06	30-06	06-10	03-11

Bibliographie liminaire.

Bouchara C., Mazet P., Cohen D. Un premier schéma de l'inconscient par Charcot dès 1892. (A drawing of the unconscious by Charcot from 1892). *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.* 8:163-169, 2010.

Erickson M., Rossi E.L. *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. Ed. Irvington, New York, 1980 ; trad franç *L'intégrale des articles de Milton H. Erickson sur l'hypnose*. Ed. Satas, Bruxelles, Tomes 1 à 5, 1990.

Roustang F. *Influence*. Ed. de Minuit, Paris, 19..

Roustang F. *La fin de la plainte*. Ed. Odile Jacob, Paris, 2000.

Salem G. *Le combat thérapeutique*. Ed. Armand Colin, Paris, 2006 (2^e éd. corrigée et augmentée juin 2011 à venir).

Salem G., Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Ed. Masson, Paris, 2007 (4^e éd).

Salem G. *L'approche thérapeutique de la famille*. Ed. Masson, Paris, 2009 (5^e éd.)