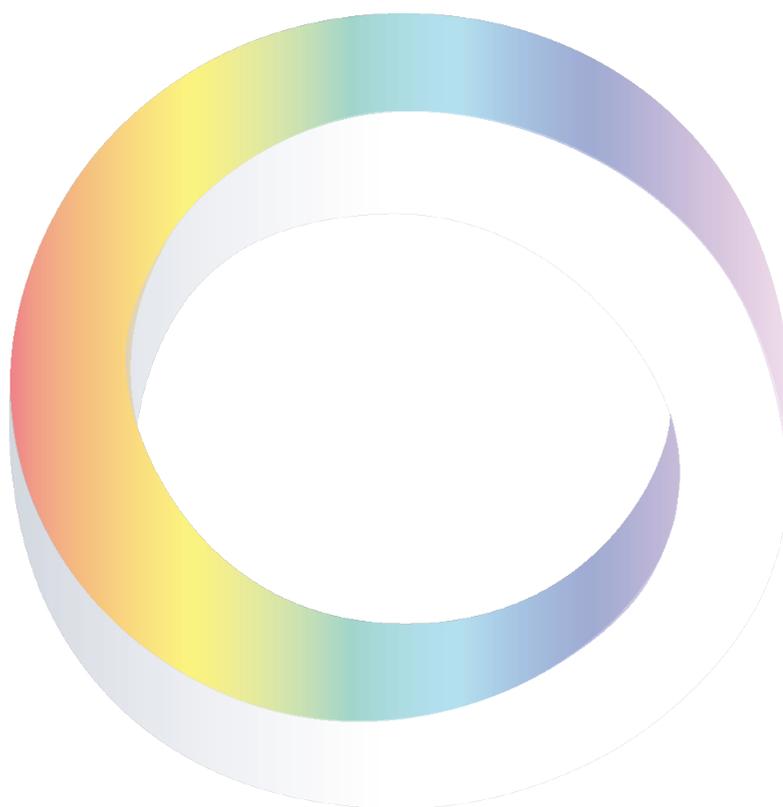


Hypnose & Alcoologie

Épistémologie – Revue de la littérature
Pratique d'une application de l'hypnothérapie en alcoologie

Frédéric HESELMANS



**Certificat Interuniversitaire en
Alcoologie**

2021-2022



Préambule

Ce travail est issu à la fois de mon parcours de formation, de mon expérience professionnelle mais aussi de ma trajectoire personnelle relative à l'alcool. Sociologue de formation initiale j'ai commencé à travailler comme chercheur à l'Université de Liège dès l'obtention de mon diplôme. Vingt ans de recherche (et d'enseignement) s'en sont suivis et j'ai eu l'occasion de diriger une équipe pluridisciplinaire alliant des compétences issues des sciences sociales, de la psychologie, de la philosophie...

Mon parcours professionnel m'avait habitué à la « normalité » de la consommation d'alcool et j'étais sans doute le « bon convive » pour des repas d'affaire ou de travail. Le décès de mon épouse a cependant été un déclencheur dans mon rapport à l'alcool. Une sorte d'urgence de vivre venait de me sauter aux yeux. Un changement de vie s'imposait et je me suis expatrié dans une île « de rêve », la Réunion. Mais le rêve est tout relatif, c'est aussi un lieu où le mésusage d'alcool est plus que fréquent et où l'alcoolodépendance est un réel fléau. Mes rapports avec l'addictologie ont donc commencé à la fois par la prise de conscience de ce que je commençais à percevoir comme problème dans mon propre mode de vie, mais aussi un enjeu de société.

J'ai donc consulté le médecin chef de l'unité d'alcoologie du centre hospitalier universitaire de la Réunion avec lequel j'ai pu avoir des échanges très stimulants que ce soit dans le cadre de ma propre prise en charge mais aussi d'une réflexion sur les mécanismes addictifs et les stratégies thérapeutiques. Le docteur Mété à qui je dois sans doute la première étincelle qui m'a conduit jusqu'à l'écriture de ce texte. Mon parcours personnel est aussi jalonné par des prises en charge dans des services spécialisés d'addictologie et en consultation avec des médecins alcoologues en Belgique. J'ai donc fait de l'observation participative, comme on l'appelle en sociologie, bien que malgré moi, en même temps que je cherchais les outils pour changer mon rapport à l'alcool, les causes ou déclencheurs de son mésusage et les conditions de maintien d'une « abstinence heureuse ».

Mes années « d'exil » je les ai consacrées à me former à l'hypnose, sous diverses formes, qu'elles soient universitaires « classiques » ericksoniennes ou plus innovantes comme l'hypnose en conscience augmentée ou les techniques d'activation de conscience. Quand on me demandait à brûle-pourpoint « vas-y hypnotise moi ! » je me devais, fort de mes formations, de répondre que l'hypnose ce n'est pas ce qu'on voit à la TV, que je n'étais pas Mesmer. Cependant, par défi sans doute, et surtout curiosité intellectuelle, je me suis par la suite aussi intéressé

aux techniques utilisées en hypnose de spectacle que j'ai étudiées avec des professionnels connaissant parfaitement les autres formes et techniques d'hypnose. L'hypnose « flash » ou rapide utilisée en spectacle recourt à des outils sensibles en termes d'éthique car elle repose à la fois sur la fascination, et des techniques de confusion et de manipulation qui s'avèrent particulièrement efficaces. Contrairement à ce qu'il est commun d'admettre, il est en effet possible, dans le cadre d'une prise en charge à long terme de développer chez la plupart des individus cette capacité à passer rapidement dans un état de conscience modifiée. Aujourd'hui on constate que ce qui était perçu comme l'opposé de l'hypnose « universitaire » s'avère de plus en plus comme un outil utilisable pour induire des analgésies quasi instantanées par exemple en milieu médical en ce compris les services d'urgence. La première partie de ce texte sera consacrée à une présentation de ces différentes formes d'hypnose dans une perspective historique et épistémologiques.

Le certificat interuniversitaire en alcoologie permet d'aborder des aspects médicaux très complets et approfondis liés aux préjudices causés par l'alcool sur l'ensemble de l'organisme, son impact sur des métabolismes vitaux, ainsi que tous les aspects physiologiques et neurobiologiques des mécanismes d'addiction. Ceci m'a confirmé dans le rejet de l'hypothèse présupposant que les troubles liés au mésusage d'alcool ont trait à une « faiblesse morale ou de la volonté » de l'individu. Cependant, les déterminants liés à la transmission génétique et épigénétique de facteurs de vulnérabilité neurobiologiques ou de traits de personnalité me sont apparus plus clairement. De même, l'ensemble et la diversité de nos cours démontre que l'alcoologie s'applique à un champ bien plus vaste que la maladie physiologique ou neurologique et qu'elle est aussi l'objet de recherches en lien avec des mécanismes psychologiques, sociaux et environnementaux complexes.

Médecins et hôpitaux sont bien entendu les premiers acteurs de la prise en charge de patients souffrant d'un mésusage de l'alcool ou d'une alcoolodépendance. Mais cette formation est aussi la démonstration que le travail en réseau, la complémentarité des soins et des approches ainsi que le suivi à long terme sont les facteurs déterminants pour améliorer le pronostic lui aussi psycho-bio-social de ces patients. La revue de la littérature concernant les recherches associant hypnose et alcoologie que je présente en seconde partie en est je le pense l'illustration.

La volonté de développer une pratique en cabinet libéral m'a convaincu que je devais aussi me former à d'autres techniques psychothérapeutiques. Ce qui m'a amené à étudier l'analyse jungienne, les thérapies brèves et stratégiques, l'approche existentielle centrée sur la personnes, les thérapies cognitivo- comportementales de dernière génération comme l'ACT et la pleine conscience. Je n'ai pas la prétention de créer une métathéorie avec ces connaissances mais je me propose par contre de les intégrer dans une perspective que je développerai dans la dernière partie de ce texte.

J'ai l'intime conviction que les approches que j'expose dans ce texte trouveront leur place dans les réseaux de soins auquel je m'engage moi aussi à m'intégrer. Il y a toutefois des limites à cet exercice qui consiste à présenter, par un « bref » exposé, ce qui prend déjà presque les proportions d'une thèse. Mais je suis sûr que je poursuivrai cette réflexion et j'espère pouvoir contribuer à faire avancer à la fois la recherche et la pratique dans l'hypnothérapie intégrée à d'autres paradigmes psychothérapeutiques et aux innovations thérapeutiques en alcoologie.

Enfin, je souhaiterais remercier les « porteurs » de ce certificat interuniversitaire et tous les enseignants qui s'y investissent brillamment et m'ont enthousiasmé, inspiré et engagé dans ma pratique professionnelle et dans mon parcours personnel. La formation, l'information et la prévention en alcoologie sont encore malheureusement trop peu développés. J'y apporterai tout le soutien qui est en mon pouvoir. Et je n'oublierai pas, bien évidemment, tous les échanges et le soutien de mes condisciples dont les formations et parcours divers font toute la richesse de cette formation.

Je voudrais également adresser un message tout personnel pour remercier mon médecin traitant, le Dr Xavier Lardinois, avec qui le mot « alliance » thérapeutique est bien trop faible. Son humanisme et son intelligence tant professionnelle que relationnelle forcent l'admiration. Sans son soutien je n'aurais tout simplement pas pu écrire ces lignes.

Éléments d'épistémologie de l'hypnose et de l'hypnothérapie

Avant d'aborder la question des apports possibles de l'hypnose et de l'hypnothérapie à l'alcoologie, il semble pertinent de retracer les contours épistémologiques de paradigmes théoriques évolutifs relatifs à l'hypnose, longtemps controversés quant à leurs fondements scientifiques, et des pratiques thérapeutiques qui en découlent. Cela mériterait un livre en soi et ils sont nombreux (citons Bioy & Michaux, 2019) pour les plus récents. Dans les milieux académiques l'œuvre de Milton H. Erickson, médecin, psychiatre, et psychothérapeute à fait école et est maintenant largement connue... Pas seulement en hypnose mais aussi en « thérapie brève » dont il est l'un des fondateurs. Il est cependant remarquable qu'avant les années 2000 la plupart de ses écrits n'étaient pas été traduits en français. C'est Ernest L. Rossi, psychologue et chercheur en neurosciences, qui depuis les années 80 a permis que ses recherches soient accessibles à un plus large public (voir Erickson et al., 2006).

Comme la psychanalyse, depuis l'émergence du falsificationnisme (tout exposé scientifique doit se soumettre à l'épreuve de l'hypothèse clairement exposée et soumise à l'expérimentation) opposé à l'induction sur la base de l'observation et de la pratique, l'hypnose avait été reléguée au statut de pseudo-science. Loin de moi l'idée que cette avancée fondamentale de la philosophie des sciences n'ai contribué à aider, dans les faits, les chercheurs à mettre en œuvre des protocoles qui ont « révolutionné » la recherche, mais là il faut aussi considérer les apports de Thomas Kuhn, Imre Lakatos... L'épistémologie a donc progressé contrairement peut-être à ce que certains chercheurs croient encore aujourd'hui, en pensant travailler dans le cadre d'une science purement objective, ou « dure » car basée sur les concepts hypothèse-falsification et surtout sur la validité primordiale des méthodes quantitatives. La recherche se pratique et la pratique enrichit la recherche. Je ne suis pas médecin mais je suis enclin à penser et à soutenir que si l'Evidence Based Medicine repose sur l'épreuve des faits, elle l'est aussi de multiples autres facteurs. Il arrive encore régulièrement qu'on me demande des conseils pour établir des protocoles de recherche y compris en psychiatrie par exemple. Et ce qui me surprend le plus souvent c'est la question de la taille de l'échantillon... Si la question est « combien » de mes patients ou combien d'études dois-je agglomérer ? J'ai compris qu'on partait sur de mauvaises bases. Et les études publiant des « statistiques » sur la

base de cohortes de quelques dizaines de personnes alignées les unes aux autres n'ont aucune sorte de validité si les échantillons sont biaisés.

Mais l'intérêt épistémologique de l'hypnose, tout comme sa pratique, n'a pas laissé le monde scientifique indifférent. Une des lectures qui m'a personnellement le plus marqué, près de vingt-cinq ans avant mes formations en hypnose, est celle publiée sous la direction d'Isabelle Stengers (Prix Nobel avec Ilya Prigogine, 1979) est *l'Importance de l'hypnose* (Stengers, 1993) qui est le fruit d'une interrogation transdisciplinaire. Un jalon peut-être dans le retour en grâce de la discipline dans les milieux académiques.

Les théories volontairement iconoclastes du *contre la méthode* de Paul Feyerabend (Feyerabend, 1988) me semblent la fois pertinentes en alcoologie et en hypnothérapie : la recherche est une pratique qui, pour progresser, doit émettre des hypothèses audacieuses et pas seulement suivre, à la lettre, des protocoles déjà confirmés. Même si les neurosciences nous permettent de comprendre un peu mieux à la fois les mécanismes de l'addiction et les états de conscience modifiée nous savons qu'il nous reste beaucoup à apprendre dans les deux champs scientifiques. Par ailleurs, le Professeur Verbanck, comme d'autres formateurs, nous l'ont rappelé : la recherche en addictologie a déjà permis d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé de la population dans des proportions sans commune mesure. Mais aucune piste n'est à négliger, tant l'apport d'une prise en charge *pluridisciplinaire* et dans un cadre *sécuré* pour le patient améliore le pronostic en termes de santé physique et mentale mais aussi d'intégration sociale.

Que sait-on de l'hypnose aujourd'hui ?

L'Hypnose et l'hypnothérapie ont pour origine les plus anciennes formes de « soin par la parole » dont on trouve les premières traces il y a plus de 6000 ans en Mésopotamie. Des manuscrits cunéiformes sumériens décrivaient déjà des états modifiés de conscience. Les premiers philosophes thérapeutes (Thalès, Pythagore, Platon, Xénocrate...) abordaient eux aussi la notion de conscience il y a près de 2700 ans. Mais l'hypnose que nous pratiquons aujourd'hui se fonde tout autant sur ce précieux patrimoine que sur les apports les plus récents des neurosciences, des sciences humaines et sociales et de la philosophie des sciences.

James Braid a posé les bases de ce qu'il a baptisé « hypnose » dès 1841. Cinquante ans plus tard, en 1891, Hyppolite Bernheim a défini l'hypnose comme un état produit par la suggestion et susceptible d'applications thérapeutiques : la « psychothérapie ». Freud et Jung ont été ses élèves et ont tous deux été des pionniers de l'hypnothérapie.

L'hypnose repose sur des bases scientifiques

- La transe hypnotique était attestée, bien avant que l'expérimentation scientifique n'existe. Elle se caractérise par plusieurs indicateurs corporels observables dans la pratique et aujourd'hui confirmés expérimentalement :
 - Modification de chaleur, de couleur de la peau ;
 - Modification de la respiration ;
 - Battement des paupières et mouvements oculaires ;
 - Micro-mouvements ;
 - ...
- Les neurosciences et l'imagerie médicale ont révélé que l'état de *transe hypnotique* est différent de toute forme de sommeil ou de veille et qu'il s'agit bien d'un état de *conscience modifiée*. Les recherches d'Elisabeth Faymonville et de Steven Laureys réalisées à l'Université de Liège depuis les années 1990 ont été pionnières en la matière et sont connues mondialement (voir Vanhaudenhuyse & Faymonville, 2018 ainsi que Vanhaudenhuyse, 2023).
- Les états de « conscience augmentée », et « l'activation de conscience », que nous développerons plus loin, *activent* des régions cérébrales différentes de la veille et du sommeil mais modulent également la *connectivité* entre différentes régions du cerveau. La vision contemporaine du cerveau neurovasculo-glial et du connectome est basée sur les travaux foisonnants depuis plus de 20 ans en neuroimagerie. Les travaux de Jean Becchio et Bruno Suarez ont permis de montrer en IRM fonctionnelle qu'en hypnose il y a en fait plus de régions cérébrales activées que pendant l'éveil simple. Les régions mobilisées sont le cervelet, le cortex cingulaire antérieur et le précunéus (Suarez, 2019). Nous savons, en alcoologie également, que ces régions sont impliquées dans le circuit de la récompense, du désir et de la volonté d'agir. Ce que l'hypnose ouvre comme voie ici c'est l'activation de l'agentivité (le sentiment d'être auteur de nos actes) et du désir d'agir, les deux piliers d'un sentiment de libre arbitre (Darby et al., 2018).
- Les IRMf ont également permis d'identifier que lorsqu'on pense ne penser à rien, le cerveau s'active en fait de manière intensive et de manière hautement organisée. Cet état qui peut être défini comme « mode par défaut » correspond à une inhibition de ce qui peut être appelé « réseau attentionnel » et inversement. Cette approche permet d'expliquer comment nous sommes capables, nous en avons tous fait l'expérience, de faire des choses en « mode automatique », car ces mécanismes correspondent à des apprentissages ancrés profondément, mais aussi comment même dans cet état de « rêverie » ou de « flow » notre attention peut être réactivée et focalisée par des perceptions, des souvenirs ou des valeurs pour donner lieu à une action ou réaction. C'est cet espace travail neuronal comme le définit Stanislas Dehaene

- (Dehaene et al., 1998) que l'hypnose module de manière significative que ce soit en mode « intériorisé » ou « attentionnel » (Becchio, 2021).
- Des études sur les neurotransmetteurs confirment également par exemple que les concentrations gaba et glutamate dans le cortex singulaire antérieur sont modifiés en hypnose et sont différentes chez les personnes hautement hypnotisables (Vanhaudenhuyse et al., 2014). Ce qui ouvre la porte à une augmentation de l'hypnotisabilité par une stimulation extérieure, par exemple par la stimulation électromagnétique transcrânienne. Un sujet qui est actuellement l'objet de plusieurs recherches à l'Université de Liège et de l'équipe pluridisciplinaire Giga-Consciousness (gigaconsciousness.uliege.be).
 - D'innombrables études sur l'hypnose impliquent également l'utilisation de l'EEG et montrent des modulations d'ondes importantes dans plusieurs régions du cerveau. Dans la pratique, des dispositifs de bio-neurofeedback (qui mesurent en temps réel les ondes cérébrales et des mouvements quasi-imperceptibles par exemple), permettent de montrer à un patient qui le souhaite que son état de conscience évolue au cours d'une séance d'hypnose. Plus qu'un gadget pour l'hypnothérapeute ou une curiosité scientifique, ces dispositifs offrent également de nouvelles voies pour aider le patient dans un processus d'acceptation et de changement tel que nous traitons nécessairement en alcoologie (Hammond, 2019).
 - La *visualisation mentale*, figurée ou symbolique, associée à *l'ouverture sensorielle et émotionnelle* ont été identifiés de manière expérimentale comme les facteurs clés des apprentissages profonds et durables. Les recherches en pédagogie foisonnent de publications en la matière et anecdotiquement, comme beaucoup d'étudiants sans doute, mes techniques d'apprentissage personnelles reposent sur l'ensemble des sens. J'étudie en écrivant et visualisant sur de grands tableaux, je crée mentalement des pièces avec ces ensembles, je me promène physiquement et je me parle à voix haute par exemple. Ces éléments de visualisation, d'attention à l'ensemble des sensations et des émotions sont des outils essentiels du travail en hypnose. Et plus particulièrement encore sans doute quand on traite des addictions.
 - La découverte des neurones miroirs par Giacomo Rizzolatti au début des années 90 (Rizzolatti et al., 2007) et les recherches sur la neuroplasticité sont également essentiels dans la compréhension des mécanismes de l'hypnose et surtout de l'hypnothérapie. Les suggestions hypnotiques impliquant une focalisation sur l'observation de la conscience et des idéations psychomotrices ou idéosensorielles activent des neurones miroirs et des « *rappor zones* » situées dans le cortex sensorimoteur et d'autres aires du cerveau. Cette activation permet à l'hypnothérapeute de stimuler la neuroplasticité en créant chez le patient de nouvelles expressions géniques / cycles de synthèse protéinique, et des changements durables (Rossi, 2006).

- Les *analgésies et anesthésies sous hypnose* sont couramment pratiquées dans les milieux médicaux depuis de nombreuses années maintenant. Et continuent à l'être y compris avec de nouveaux outils comme la réalité virtuelle.
 - Depuis 1992, près de 10.000 interventions chirurgicales (opérations de la thyroïde, interventions vasculaires, chirurgies plastiques, extractions dentaires, accouchements, soins aux grands brûlés, etc.) ont été réalisées sous hypnose à l'Université de Liège par exemple.
 - Les formes d'hypnose rapide commencent à être utilisées y compris en services d'urgence hospitalière et l'hypnose se développe également en soins intensifs (Rousseaux et al., 2020).
 - Leur efficacité pragmatique se vérifie chaque jour en soulageant de nombreux patients et en limitant les effets secondaires des médications.

Différentes formes d'hypnose

Depuis ses premières fondations théoriques, l'hypnose a forcément « évolué » comme toute connaissance scientifique. Sans entrer dans les détails je voudrais en rappeler quelques jalons.

L'hypnose classique et l'hypnose de spectacle

L'hypnose de spectacle fait peur tout autant qu'elle suscite la curiosité depuis fort longtemps. Elle fait, aujourd'hui encore, la fortune de quelques artistes tout en étant interdite de manière tout à fait anachronique dans des pays comme la Belgique (par une loi de 1892 tombée dans l'oubli). L'hypnotiseur de spectacle, comme toutes les personnes qui pratiquent l'hypnose, n'a cependant aucun « don » singulier ou « surnaturel ». Il ne pourra jamais obtenir d'autrui d'accomplir des actes qui seraient contraires à ses valeurs ou son instinct.

S'il y a des hypnotiseurs de « talent » c'est bien évidemment parce qu'ils maîtrisent les méthodes et les techniques de leur pratique. Cependant l'hypnose de spectacle est basée traditionnellement sur des mécanismes de fascination. Et il faut reconnaître aux hypnotiseurs qui se mettent en scène que leurs succès et leur réussite reposent sur leur propre charisme ou plus spécifiquement sur l'autorité que leur public leur prête (en sociologue je ne peux me priver de faire une analogie avec le statut du médecin « tout puissant » qui existait il n'y a pas si longtemps, dont l'autorité était indiscutable, et qui était seul responsable de la réussite d'un traitement).

Il y a même une part de ce public, que l'on peut estimer à moins d'une personne sur dix dans la population en général, qui est particulièrement *suggestible*, c'est-à-dire réceptive aux « injonctions » de l'hypnotiseur dans ce cas. Tout l'art de

l'hypnotiseur sera dans un premier temps de repérer ces personnes dans le public... car avec elles les effets des suggestions seront immédiats et spectaculaires, ce qui est le but recherché.

Cependant les techniques de l'hypnose de spectacle reposent également aussi sur des « failles » qui ont pu être repérées, et exploitées, dans le fonctionnement des réactions de notre cerveau à des stimuli extérieurs. L'hypnotiseur va par exemple saturer les perceptions du sujet pour créer un état de confusion, une sensation d'être perdu pour la personne, qui va alors se « raccrocher » aux suggestions qui lui seront faites pour retrouver un fonctionnement psychique apaisé. Et ça fonctionne, pas seulement sur une scène. Les techniques de *confusionnement* ou de *focalisation de l'attention* sont entrées dans l'arsenal de l'hypnose médicale par exemple. Il est en effet utile dans certaines circonstances de pouvoir apaiser une souffrance ou produire une anesthésie extrêmement rapidement. C'est efficace et économique en temps.

L'hypnose « académique » : l'hypnose ericksonienne

Milton H. Erickson est sans doute le théoricien de l'hypnose le plus connu, comme je l'ai rappelé en préambule, le plus avant-gardiste et le plus influent du XX^{ème} siècle. Il inspirera de nombreuses générations d'hypnothérapeutes mais est aussi à l'origine des thérapies brèves et stratégiques (Nardone, 2015). C'est aujourd'hui encore la forme d'hypnose dont l'enseignement est le plus structuré au niveau académique.

Cette forme d'hypnose est, comme l'hypnose classique, basée sur « l'influence » de l'hypnotiseur qui va être aux commandes pour induire un état de conscience modifié et suggérer des changements au niveau inconscient ou subconscient. Les techniques codifiées par Erickson et ses successeurs sont très sophistiquées mais reposent toujours sur un constat : il est possible de créer des failles dans l'attention de la personne hypnotisée, de manière indirecte dans ce cas, pour permettre à l'hypnotiseur d'amener le sujet dans un état de conscience modifiée. Le fonctionnement psychique conscient du patient ou du sujet va se « dissocier » ou être mis entre parenthèses de manière de plus en plus profonde pour ne laisser la place qu'à son inconscient. Le thérapeute pourra alors suggérer des modifications de comportement ou travailler des automatismes psychiques et émotionnels profondément ancrés.

La nouvelle hypnose

En 1979, Daniel Araoz (sexologue) fonde quant à lui la « Nouvelle Hypnose » en tant qu'hypnose intégrative des techniques ericksoniennes, des thérapies cognitivo-comportementales et des courants de pensée centrés sur le rapport de l'homme à son environnement social et écologique au tournant du millénaire (Araoz, 1979)(Araoz, 1995). On lui doit dans la pratique de l'hypnose un rapport plus transparent entre hypnotiseur et hypnotisé. Ce qui semble évident dans le cadre des

consultations de sexologie est applicable d'un point de vue éthique à l'ensemble des interventions en hypnose même si nous avons évoqué les usages pratiques des formes classiques en cas d'urgence ou avec le consentement du patient. Dans ce cadre paradigmatique les interactions entre hypnotiseur et patient se font à double sens et le patient est actif lors des séances. L'hypnotiseur tend à créer une alliance en lieu et place de techniques de « manipulation ». Cette étape fondamentale a donné lieu par la suite à une proposition encore plus audacieuse. Une petite révolution copernicienne pour l'hypnose.

L'hypnose en conscience augmentée (hypnose humaniste)

Une quatrième vague de développement de l'hypnose depuis ses fondations représente une *voie innovante et complémentaire*. En effet, contrairement à toutes les approches qui la précèdent, elle ne *plonge* pas le patient dans son inconscient : elle n'est pas « dissociante » comme l'hypnose ericksonienne (bien qu'elle tienne compte des dissociations du patient, j'y reviendrai). Au contraire, cette nouvelle forme d'hypnose, basée sur l'utilisation de techniques hypnotiques spécifiques, dites « en ouverture » permet de gommer la fracture naturelle qui existe entre l'esprit conscient et l'inconscient. Ce paradigme est représenté, entre autres, par l'hypnose humaniste (Lockert, 2010).

Les techniques d'activation de conscience

Sur la base de recherches en neuroimagerie, Jean Becchio et ses collègues ont émis l'hypothèse, jusque-là inconcevable, que la notion d'inconscient était peu pertinente. Le cerveau aurait bel et bien la capacité de fonctionner en mode « non-conscient », le mode de la rêverie par exemple, mais la conscience n'en est pas moins active. C'est selon ce courant il n'y a donc pas de séparation entre les deux. C'est la notion « d'attention » qui est ici centrale. Les techniques d'activation de conscience utilisent de façon consciente l'attention et la focalisent vers ces mécanismes non conscients (Becchio, 2021). L'objectif de cette forme d'hypnose est, sans doute comme les autres, de produire un changement chez le patient. Mais la nature de ce changement est ici questionnée.

Paul Watzlawick, dans son livre *Changements* (P. Watzlawick et al., 1975), présentait avec beaucoup d'humour l'histoire d'un patient souffrant d'alcoolisme, il buvait quatre litres de vin rouge par jour. Après une séance il revient et dit « *docteur ça a marché je ne bois plus cinq litres de vin rouge, je ne bois plus que cinq litres de vin blanc* ». Il s'agit donc bien d'un changement, réel mais inefficace. Un changement de type 1. Le changement de type 2 est celui recherché par les formes de thérapie utilisant l'hypnose pour obtenir un résultat immédiat, le patient revient et dit « *docteur je ne bois plus* ». Mais nous savons que ce changement est fragile et éphémère et la rechute est la norme. Les TAC revendiquent la possibilité d'un

changement de type 3, le patient chez Watzlawick revient et dit « *docteur, je ne me reconnais plus* ».

Pour cela, les promoteurs des techniques d'activation de conscience suggèrent qu'il faut passer de la psychopathologie à l'utilisation des potentialités et des ressources. Ils rejoignent de ce fait les principes de la psychologie positive (Seligman, 2013). Le travail en hypnose utilise ici tous les sens en ajoutant un sixième : la proprioception (l'image mentale du corps dans son environnement). Il utilise également la notion d'émotion dans son sens étymologique, la mise en mouvement, par opposition à la notion d'abréaction, de décharge émotionnelle, traditionnellement utilisée pour décrire les émotions exprimées par un patient « en souffrance ». C'est une forme d'hypnose résolument *associante* et dont les fondements peuvent être mis en parallèle avec le *mindfulness*.

Conscience, conscient, inconscient

Ces deux derniers paradigmes montrent à quel point la définition du conscient, de la conscience et de l'inconscient sont au cœur à la fois de l'hypnose mais aussi de débats épistémologiques qui restent contemporains. Psychologues cliniciens, neuropsyches, analystes..., chacun en aura une définition. Et les sociologues dont je suis s'en mêlent également. Dans le contexte de l'addictologie, l'inconscient du point de vue sociologique pourrait être celui des « décisions absurdes ». Donc de la rationalité de référence, « c'est-à-dire un ensemble de raisonnements et de croyances partagées par la communauté des personnes qui participent à la décision, la soutiennent et l'utilisent » (Morel, 2009). Je garde donc personnellement à l'esprit que ce que nous pouvons prêter à la partie inconsciente de nos décisions est aussi agie par le cadre culturel et l'environnement social dans lequel nous évoluons. Et nous n'avons eu de cesse dans ce cycle de formation d'avoir des illustrations de l'importance du contexte familial, social, professionnel, environnemental et épigénétiques... des mécanismes dits « inconscients » de l'addiction.

Il y a sans doute une dimension paradigmatique qui peut parfois paraître plus idéologique que scientifique dans ce débat. Je n'ai donc aucune ambition de prendre parti mais de présenter un cadre avec lequel je peux travailler concrètement sur la base de mes propres sources de connaissance, et de veille scientifique.

L'inconscient n'est pas une « sous-conscience » mais au contraire peut-être un mode de fonctionnement primordial, faisant partie de la conscience, porteur des programmes de base indispensables à notre fonctionnement et pour lesquels nous pouvons fonctionner sans avoir besoin d'en être conscient. En me repenchant dans les cours que nous avons pu suivre sur les mécanismes de l'addiction, force est de constater que ce dont nous n'avons pas conscience ce sont d'abord des mécanismes neurobiologiques extrêmement complexes. L'évolution nous a doté d'une machine très perfectionnée en interaction constante avec son milieu. Mais cet

« automate intérieur » ne fait rien sans déclencheur. Il est en quelque sorte notre pilote automatique personnel s'adaptant en *réaction* aux stimuli extérieurs et nous vivons pratiquement en permanence dirigés par ces programmes de base « sans nous en rendre compte ».

Depuis Freud, l'idée d'une *fracture* entre cet être profond et notre conscience s'est popularisée jusqu'à en devenir une évidence pour la plupart des gens. Toutefois, les travaux les plus récents en hypnose à la suite des neurosciences, ont pu montrer que si l'être humain est parfois *in-conscient* de ce qu'il fait, il peut en *prendre conscience*. Dès-lors on peut postuler que l'inconscient est tout *ce qui n'est pas encore conscient*.

Nous savons aujourd'hui que ce pilote automatique n'est pas totalement autonome. Il est « sous contrôle », mais pas de la raison ou de l'activité de la partie frontale du néocortex car c'est physiologiquement impossible. Les travaux de Benjamin Libet (1995), entre autres, tendent à démontrer que le *raisonnement* s'active 0,5 seconde après une stimulation alors qu'une *réaction* ne prend que 0,025 seconde. En d'autres termes, il est impossible de « réfléchir » avant que « l'inconscient » ait enclenché une réaction. Toutefois, nous savons que « même par instinct » nous n'obéissons par toujours aux réactions des strates les plus profondes et primitives de notre cerveau. Quelque chose est capable de stopper une impulsion inconsciente déjà lancée, c'est notre conscience qui ne peut être réduite au « conscient ». L'être humain n'agit pas comme un « zombie » (même sous hypnose...) car la conscience à un « droit de véto » sur l'inconscient. Ce que votre morale, vos valeurs, votre éducation et vos connaissances vous « inspirent » vous donnera « l'intuition » de ne pas agir « par reflex » si l'acte que vous vous apprêtez à commettre ne leur est pas conforme.

L'inconscient répond à toute situation par ordre de priorité. Par exemple : survie – plaisir – facilité « le rat de laboratoire cherche la nourriture, celle qu'il préfère et par le chemin le plus facile ». Mais nous savons que nous pouvons *prendre conscience* de ce qui pourrait sembler être des déterminismes et agir sur différents niveaux de notre inconscient. Dans ma pratique de l'hypnose je retiens ces quelques éléments, qui sont bien évidemment réducteurs et ne peuvent refléter « parfaitement » la complexité neuro-bio-psychologique des comportements, émotions et cognitions de l'humain, j'en suis bien « conscient » sans jeux de mots. L'inconscient ne concerne pas seulement la régulation et la coordination des fonctions biologiques, l'instinct de survie ou la propagation génétique par la reproduction. Il est aussi le siège des apprentissages profonds dont on sait aujourd'hui qu'ils sont inscrits de manière génétique et non seulement neuronale (Gräff, 2021). Il est le régulateur de nos émotions et aussi du besoin d'appartenance ou de reconnaissance qui font de l'humain un être social. Mais une grande part de ce que nous considérons comme « la conscience réflexive », notre capacité à apprendre, dépend aussi d'une « carte

mentale » forgée par des convictions, des modèles sociaux qui sont acquis et nous amènent à fonctionner en mode « normalisé », comme on l'a toujours appris ou comme font les autres.

La conscience est en constante balance entre conscient et inconscient. Sans en suivre de manière dogmatique le courant de pensée et les théories, je rejoins personnellement plutôt une approche jungienne d'un inconscient porteur de potentiels et créatif que l'approche freudienne le limitant aux instincts primaires et aux affects refoulés. Par apprentissage l'être humain est capable de *prendre conscience* et d'augmenter sa flexibilité psychologique. C'est aussi ce que démontrent aujourd'hui les neurosciences.

C'est le constat ou l'apport aussi de la psychologie positive (Seligman, 2013). De fait, depuis la naissance de la psychologie moderne, il y a cent ans, on peut dire sans caricaturer que la définition de la « santé mentale » s'est focalisée sur la « réduction des troubles neuropsychiatriques ». Une analyse bibliométrique montre empiriquement qu'il y a à peine dix ans, 90 % des articles scientifiques en psychologie étaient consacrés aux troubles comme l'anxiété et la dépression. En psychologie « classique », il faut le reconnaître, l'individu était parfois réduit à la résultante de conflits de l'enfance, d'instincts plus ou moins jugulés, et de forces biologiques qu'il ne contrôle pas ou plus... Le courant de recherche de la psychologie positive ouvre des perspectives, que nous connaissons en alcoologie, en s'intéressant à la santé, mais aussi aux ressources du patient et pas seulement ses faiblesses, au bien-être et pas seulement aux sources des psychopathologies. Cela nous amène à repenser les formes possibles d'intervention, non pas seulement dans l'orientation « il faut se débarrasser du problème » mais aussi du « comment mettre en place les outils pour une vie épanouissante ».

La pleine conscience de soi

La philosophie des sciences, et les théoriciens de la physique par exemple, ont depuis plus d'un siècle fait sauter l'illusion d'une connaissance universelle qui ignorerait la place et l'influence du chercheur lui-même dans le processus de « vérification » des hypothèses scientifiques par l'observation. Qu'en est-il de la connaissance de nous-même ? Peut-elle être indépendante du contexte, de l'espace et du temps, et de notre environnement ? Sans verser dans la citation pour la citation et le « name dropping » cette réflexion d'Albert Einstein fait particulièrement sens aujourd'hui.

« Un être humain est une partie de l'ensemble, que nous appelons "Univers", une partie limitée dans le temps et l'espace. Il se ressent lui-même, ressent ses pensées et ses sentiments comme quelque chose de séparé du reste – une sorte d'illusion d'optique de sa conscience. Cette illusion est une sorte de prison pour nous, nous limitant à nos désirs personnels (...) Notre tâche est de nous libérer de cette prison. ».

Ce qu'il décrit ici, en miroir des théories physiques, est la nécessité de *prendre conscience* de notre existence en dépassant notre illusion de singularité *dissociée* du reste de notre environnement. Cette vision se rapproche de la notion de conscience augmentée ou de la pleine conscience qui est centrale dans l'approche que j'applique en hypnose.

La pleine conscience de soi est un état unificateur qui intègre l'être humain, son environnement, ses interactions sociales et aussi son inconscient. Cette pleine conscience nous est familière au quotidien. En temps normal, nous ne cherchons pas à plonger en nous-même en ignorant volontairement tout le reste. Nous interagissons naturellement avec notre environnement et nous pouvons ressentir de l'empathie pour les autres, nous sentir « intégré » à une communauté, à la nature...

Mais nous sommes parfois "perdus dans nos pensées", c'est à dire souvent en train d'être en état de conscience modifiée. Il arrive qu'on éprouve le sentiment de s'écouter soi-même (les idées obsessionnelles ou les boucles phonologiques sont des éléments parfois pathologiques bien connus en alcoologie). Mais nous avons aussi une faculté de percevoir les choses aux travers de nos sens de manière plus subtile, plus « fluide ». L'état de « flow » ou d'aisance naturelle bien connu des sportifs en est un bon exemple (Csikszentmihalyi, 2014).

La pleine conscience est un mode de fonctionnement distinct du conscient réflexif bien qu'elle l'intègre. C'est un état de conscience qui permet de ressentir physiquement les états de notre corps, nos états émotionnels et, en hypnose telle que je la pratique, d'accéder à une perception augmentée de ce qui n'était pas encore conscient, l'in-conscient. On peut penser que c'est complexe par la nécessiter d'intégrer toutes les informations et ressentis mais dans les faits cela apparaît comme simple voire « évident ».

Revue de la littérature concernant l'application de l'hypnose à l'alcoologie

Les publications scientifiques relatives à l'application de l'hypnose spécifiquement à l'alcoologie sont peu nombreuses. Je me trouve donc à la fois un peu démuni et stimulé par l'existence d'un champ de recherche encore à explorer. La bibliographie que je présente est cependant longue, pour un travail de ce type, car j'ai étendu ce champ de recherche à la fois à titre comparatif à *d'autres addictions* et également aux *approches psychothérapeutiques* en lien avec l'hypnothérapie telle que je la pratique ou souhaite la pratiquer. Mon exposé prendra donc quelques détours car mon objectif est bien de proposer un cadre théorique et pratique pour des interventions hypnothérapeutiques en alcoologie.

Peu de publications associant hypnose et alcoologie ?

Il n'est pas surprenant, si je prends la perspective du sociologue de la recherche, de constater que pendant longtemps il y eu un relatif désintérêt du domaine scientifique en matière d'hypnose. Au premier chef, force est de constater que le recours à l'hypnose et l'hypnothérapie, toutes causes confondues, reste encore marginal bien qu'en augmentation. Les études les plus récentes menées aux États-Unis et en Europe sur des échantillons représentatifs de la population montrent une prévalence de 3 à 8% du recours à l'hypnothérapie au cours d'une vie (Palsson et al., 2019). On ne dispose cependant pas de statistiques spécifiques concernant l'hypnose en milieu hospitalier et les hypnosédations. C'est pourtant par ce biais que la recherche sur l'hypnose a connu ses plus grandes avancées et où les publications scientifiques ont été les plus nombreuses ces dernières années. De fait, de nombreuses revues scientifiques traitent aujourd'hui de l'hypnose, de ses aspects théoriques et de ses applications. Mais en matière de publications dans ces revues, l'intérêt pour l'alcoologie semble quelque peu « phagocyté » par la tabacologie dont l'hypnose s'est déclarée spécialiste et revendique de nombreux succès.

Nous le savons, et comme sociologue ce sujet m'a interpellé depuis longtemps, l'alcoolisme a un impact majeur et un « coût social » énorme sur la société. Mais en matière de recherche la sociologie médicale a été en retard sur ce qu'on était en droit d'attendre d'elle. Le livre fondateur du nom même de « sociologie » est celui d'Émile

Durkheim, *le suicide* ou il aborde l'alcoolisme. Friedrich Engels à la même époque écrivait *La situation des classes laborieuses en Angleterre* et dressait un portrait de l'usage d'alcool dans une société dualiste. Les bases étaient donc posées dès le XIXe siècle pour la recherche dans le domaine de la sociologie médicale et de la sociologie relative à l'alcool. On aurait pu imaginer une entreprise de recherches successives sur les grands fléaux de morbidité de l'époque : tuberculose, syphilis... et alcoolisme. Mais ce champ de recherche a été laissé en friche au bénéfice d'autres thématiques jusque très récemment. Je retiendrai toutefois que la sociologie s'est opposée dès ses fondements à la vision hygiéniste et moralisatrice de l'alcoolisme à laquelle elle a préféré la notion de relation de l'individu avec son milieu et fait l'hypothèse d'un alcoolisme par défaut de régulation et d'intégration sociale sans exclure ses aspects « pathologiques » (Drulhe & Clément, 1995). Cette approche « sans jugement » et multifactorielle me sert de référence dans l'approche que je développe avec l'hypnose en alcoologie.

Dans la sphère médicale je considérai apriori, je dois le reconnaître, que la recherche concernant l'alcoolisme avait longtemps été confinée à la détermination de l'impact de l'alcool sur la morbidité puis sur sa dimension pathologique et la prise en charge clinique du patient alcoolique. Mais j'ai dû constater que je faisais une erreur. Depuis Benjamin Rush et son *Enquête sur l'effet des spiritueux sur le corps et l'âme humains* publiée en 1784 la maladie alcoolique est bel et bien considérée sous ses aspects psychologiques, biologiques et sociaux. On y ajoutera très peu de temps après la dimension neurologique jusqu'aux avancées considérables qu'on permit les neurosciences contemporaines. Il faudra cependant attendre la seconde moitié du XXe siècle pour qu'émergent les concepts contemporains de dépendance à l'alcool et d'addiction (Dupont JC & Naassila M., 2016). L'analyse des troubles cliniques de la maladie s'est ensuite considérablement affinée et a donné lieu à des modifications conceptuelles repérables dans les éditions successives du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). La découverte du circuit de la récompense, des neurotransmetteurs centraux, des récepteurs aux drogues et de la neuroplasticité ont considérablement modifié la compréhension de la dépendance à l'alcool, comme nous avons pu le voir au cours de notre formation.

Dans le même temps les sciences comportementales ont également considérablement progressé et ont permis de modéliser plus complètement le phénomène de l'addiction. Dans la prise en charge du patient alcoolique, nous avons eu maintes fois l'occasion au cours de cette formation d'aborder les aspects psychosociaux et systémiques liés à l'alcoolisme au-delà des dimensions bio-pathologiques. Les techniques d'entretien motivationnel (Rollnick et al., 2018) et la métathéorie du changement de Prochaska et DiClemente (Prochaska et al., 1992) sont des outils pour l'alcoologie aujourd'hui bien connus. L'impact des émotions et des biais attentionnels comme déclencheurs des cravings (Cox & Klinger, 2022), tout comme les déficits cognitifs et du système exécutif comme facteurs de rechute également

(Bordeaux et al., 2022). Toutes ces techniques et aspects font nécessairement partie du travail en hypnothérapie pour la prise en charge d'une demande liée à la consommation d'alcool et on peut donc considérer que la littérature scientifique qui leur est associée est directement liée à l'objet de ce travail.

Le « suivi à long terme » du patient alcoolique a peut-être été, par défaut, laissé pendant longtemps aux groupes d'entraide et plus particulièrement aux Alcooliques Anonymes qui comptent des millions d'adhérents. Leur approche « fonctionne », les études le montrent (Kelly et al., 2020), pour le maintien d'une *abstinence complète* à long terme. Bien mieux que l'approche cognitivo-comportementales classique sur ce point. Mais si l'on considère les cas de reconsommation occasionnelle les deux approches donnent les mêmes résultats en matière de résilience à long terme. Nous le verrons plus loin leur programme en 12 étapes a « inspiré » d'autres programmes thérapeutiques et le « long terme » est ici l'enjeu majeur de santé tant individuelle que publique. Le rôle de l'hypnose sera également d'inscrire des changements profondément ancrés, de type 3 chez Watzlawick comme je l'ai exposé plus haut, et d'éviter le « syndrome de la porte tournante » que connaissent les services d'alcoologie (le même patient revient avec les mêmes causes et les mêmes attentes) (Steffenhagen, 1983).

En résumé une littérature scientifique foisonnante en lien avec les fondements épistémologiques de l'hypnose et de l'alcoologie existe, et me sert de cadre de référence. Cependant les études portant directement sur les applications de l'hypnose à l'alcoologie sont rares et le plus souvent intégrées au domaine de l'addictologie en général.

Revue de la littérature « hypnose » et « alcoolisme »

Cette revue de la littérature sur « hypnose » et « alcoolisme » ne se veut pas exhaustive. Elle est basée sur les ressources documentaires disponibles via les réseaux des bibliothèques de l'ULiège et de l'ULB (et leurs méta-moteurs de recherche) ainsi que PubMed et Google Scholar plus spécifiquement. J'ai choisi de commenter les ressources qui me sont apparues comme pertinentes en tant que telle ou comme jalons dans l'évolution de la recherche (certaines des références présentées reprennent elles-mêmes des revues de la littérature étoffées). Pour refléter l'évolution de la réflexion et de la recherche sur la thématique j'ai choisi de présenter les références de manière chronologique.

Avant 1990 les ressources documentaires sont plus difficilement accessibles car rarement disponibles en version électronique (comme chercheur je constate qu'on s'est vite habitué au vaste terrain d'exploration offert par internet et l'« open access » qui ont fait leur apparition dans les universités au cours des années 90). Il s'agit cependant de la période d'émergence de l'hypnose « académique » portée par les travaux de Milton Erickson ainsi que des TCC et de l'addictologie. Il existe dès

lors une importante littérature depuis le milieu du XXème siècle qui a piqué ma curiosité. Nous le verrons toutefois, les bases théoriques tant de l'hypnose que de l'alcoologie sont encore diverses et parfois divergentes à cette période et les recherches scientifiques se basent donc le plus souvent sur des méthodologies difficilement comparables.

La période 1900-1989

Dans la périodes 1900-1989, la référence la plus ancienne accessible par les outils disponibles est une publication datant de 1910, *Hypnotism: Its History, Practice and Theory* par J. Milne Bramwell qui est un classique, aujourd'hui dans le domaine public, republié par plusieurs éditeurs (Bramwell, 2022). Il y reportait des résultats positifs de l'utilisation de suggestion directes en hypnose pour la modification des comportements de consommation abusive d'alcool et de stimulants. Un autre ouvrages très recherché par les bibliophiles est celui de Lewis Robert Wolberg, psychanalyste américain qui a préconisé l'utilisation de l'hypnothérapie dans le traitement psychiatrique et fondé le Postgraduate Center for Mental Health à New York. Dans son traité *Medical hypnosis* (Wolberg, 1948) il rédige un chapitre sur hypnose et alcool. La technique qu'il y présente est celle de la substitution face à un symptôme. Le patient sous hypnose reçoit une suggestion de détourner son envie ou besoin d'alcool vers une autre source de satisfaction, dans ce cas un morceau de chocolat. Bien qu'il s'agisse manifestement d'un évitement expérientiel il est intéressant de noter que cette technique reste aujourd'hui encore d'actualité et Milton Erickson y fera référence.

En 1952 dans le *Bulletin of the Menninger clinic*, Aaron Paley propose un article intitulé « Hypnotherapy in the Treatment of Alcoholism » (Paley, 1952). Celui-ci cite lui-même des recherches datant de 1937 par Copland et Kitching (dont je n'ai pu retrouver la trace) et l'ouvrage de Wolberg en mentionnant que ces deux références ne citaient aucune référence bibliographique pertinente (sic). Le propos de Paley est de discuter de l'existence d'un effet de « dernier recours » du patient qui fait appel à l'hypnose. Les techniques d'hypnoses classiques basées sur la fascination provoquaient dans certains cas des *conversions radicales* du tout au tout : une forme de reddition permise par l'ordre autoritaire de l'hypnothérapeute du type « *vous ne boirez plus jamais d'alcool, je le veux* », après une longue période de lutte contre l'addiction et de multiples autres tentatives. Il se posait cependant déjà la question du nombre limité des individus réceptifs à cette forme d'hypnose. La même année ce sont des techniques reposant sur l'aversion qui sont présentées et notamment le recours à l'administration d'un émétique associé à la consommation d'alcool testée sous hypnose (Kroger, 1952). Une méthode pour le moins radicale qui mettait la vie du patient en danger. Dans le même temps l'aversion provoquée par des chocs électriques associée à la consommation n'est pas réservée qu'aux souris non plus... Un peu plus tard, en 1959, une étude portant sur 24 patients avait pour but de créer

une aversion au produit par la *simple suggestion* hypnotique et revendiquait un taux de rechute à neuf mois de seulement 12,5%. L'auteur mentionne toutefois les apports de thérapies complémentaires auprès de ces patients (M. M. Miller, 1959).

Dès les années 60 des études correspondant à nos critères méthodologiques contemporains apparaissent. Une revue de ces études rapporte que les thérapies d'aversion (réflex négatif conditionné) ont un taux de succès significatif. A la même époque des techniques de conditionnement négatif ne recourant pas à l'hypnose sont toujours expérimentées et l'auteur en souligne la dangerosité et la moins bonne efficacité (Abrams, 1964). Une étude randomisée portant sur 40 patients a attiré mon attention par son protocole très détaillé (Edwards, 1966). Non seulement les patients ont été évalués initialement sur la base d'échelles psycho-comportementales (intelligence, personnalité, « neuroticism », stabilité sociale...) mais également en post traitement sur la base d'indicateurs médicaux et sociaux. Tous les patients de cette étude étaient médiqués avec du disulfiram, suivaient une psychothérapie, pouvaient avoir recours à une assistance sociale et étaient invités à participer à des groupes AA. Le groupe « hypnose » recevait en complément 6 séances en hypnose classique et protocoles d'aversion puis des séances de renforcement, chaque semaine, puis chaque mois, pendant 12 mois. Cette étude conclut à l'absence de différence significative sur l'ensemble des indicateurs entre le groupe contrôle et le groupe hypnose avec un taux de rechute de 35 à 45%. Cependant les auteurs se sont intéressés aux facteurs pouvant avoir un impact sur cette rechute. Ils ont vérifié statistiquement l'hypothèse que la stabilité sociale, l'émotivité (névrose, neurotisme) et l'extraversion (Maudsley Personality Inventory) ont une haute corrélation avec la réussite du traitement. Au contraire de la durée de consommation ou de l'intelligence qui ne sont pas corrélés avec le taux de succès. Paradoxalement la durée du séjour hospitalier était négativement corrélée avec la réussite du traitement. Leur conclusion est donc que l'hypnose en tant que telle n'est pas remise en cause dans le traitement des patients alcoolodépendants, mais *c'est le traitement par aversion qui manque sa cible*. Ils préconisent le développement d'autres outils basés sur les déterminants de la rechute mis en évidence par leur étude, en particulier la stabilité sociale, la personnalité et l'émotivité (qui sont étroitement corrélés). Un autre article revendique quant à lui des résultats favorables des méthodes d'hypno-conditionnement (Pacheco e Silva, 1967).

D'autres auteurs se penchent sur des alternatives aux techniques basées sur l'aversion et proposent un focus sur l'indifférence au produit et le « détachement » des réactions automatiques et des situations de conflit interne, ce qui reste nous le verrons d'actualité aujourd'hui (Langen, 1967). L'importance des apports de l'école russe de psychothérapie et d'hypnothérapie dans le traitement de l'alcoolisme est revendiquée par des articles en Grande Bretagne et d'autres pays. C'est l'importance du *travail pré-hypnotique d'explication*, de *motivation* qui y est mentionné entre autres comme élément déterminant dans les protocoles qui se montrent efficaces.

L'hypnose intervenant comme « consolidation » au niveau subconscient (Smith-Moorhouse, 1969). L'application des techniques d'hypnose en groupe interactif ou non est explorée par plusieurs auteurs. La principale observation est que *des suggestions relatives à la mise en situation de craving ont un effet de blocage* et sont contre-productives au contraire des suggestions d'augmentation de l'attention aux autres et à soi-même (Beahrs & Hill, 1971).

L'importance de la *structure de la personnalité* du patient alcoolodépendant fait l'objet de nombreuses études. Les auteurs suggèrent que l'hypersensibilité, l'isolement social, le manque d'estime de soi et la faible tolérance à la frustration sont des facteurs déterminant du risque d'alcoolodépendance. Les auteurs suggèrent dès lors des techniques hypnothérapeutiques allant à l'inverse des suggestions d'aversion. Les patients sont invités à revivre en hypnoses des expériences positives, le « plaisir » associé à la consommation et à vivre pleinement ce moment. C'est à ce moment que le patient est invité à comprendre qu'il est parfaitement capable de ressentir le même état de bien-être par la simple suggestion et sans le produit. La suite du traitement sera de ramener le même état en maximisant les sensation de plaisir et de bien-être dans d'autres situations sans le produit (je l'exposerai plus tard, ce protocole fait partie des outils que je propose en hypnothérapie). L'importance de l'hypnothérapie individuelle associée à des techniques de groupe est soulignée ainsi que la nécessité d'entamer un travail dès l'hospitalisation qui devra être poursuivi en ambulatoire à long terme (Wadden & Penrod, 1981). Des techniques de suggestion relatives à l'indifférence à l'alcool et au bien-être sans le produit sont testées expérimentalement sans résultat statistiquement significatif selon les auteurs mais avec une tendance plus favorable pour le groupe hypnose. En résultat, ce sont les difficultés méthodologiques de ce type d'expérience qui sont discutées (Jacobson & Silfverakiold, 1973).

L'utilisation de métronidazole en lieu et place du disulfirame en conjonction avec l'hypnose est explorée dans une étude américaine. C'est la possibilité d'utiliser l'hypnose chez un patient qui est en période de sevrage qui est ici questionnée et les auteurs font l'hypothèse qu'il faut aider le patient en utilisant toutes les approches pharmaceutiques disponibles pour le rendre moins « résistant » à la recherche des causes ou déclencheurs de son besoin et de ses compulsions à s'alcooliser (B. J. Hartman, 1976). Ils pointent également la phase, que nous qualifions maintenant parfois de « lune de miel », immédiatement post sevrage, qui laisserait le patient dans une illusion de guérison et une moins bonne adhésion aux traitements en hypnose. Le patient perd pour un temps l'intérêt à poursuivre un traitement psychothérapeutique. A cette époque les modes de traitement par l'hypnose se diversifient également et se structurent notamment autour des développements de l'hypnoanalyse (Bryan Jr, 1961). Ce protocole est synthétisé par les cinq R : *Relaxation* (mise en condition hypnotique), *Realization* (reviviscence des alcoolisations et de leurs conséquences positives et négatives et des émotions

associées), *Re-education* (changement d'attitude face au stress et autres déclencheurs), *Rehabilitation* (rupture avec les patterns et habitudes de consommation), *Reinforcement* (suivi à long terme).

En 1980 Norman W. Katz publie une revue critique de la littérature existante dans *Addictive Behaviors*. Il y regrette le cloisonnement entre les recherches en hypnothérapie et les programmes menés en thérapie comportementale et y présente une nouvelle approche qu'il appelle « *hypnotic skills model* » dans une tentative de faire se rencontrer les deux paradigmes. A cette époque aucune évidence scientifique du phénomène de transe ou de modification de conscience n'était établie. L'auteur suggérant donc que l'induction hypnotique n'avait pas besoin de cette notion de transe mais que, dans les faits, son application en thérapie permet de focaliser l'attention du patient, de créer un contexte d'attente, et d'utiliser l'imaginaire d'une manière subjectivement « convaincante ». Cette vision n'est en fait pas très éloignée de ce que proposent les derniers développements de l'hypnose avec les théories de l'activation de conscience. Il inventorie une grande variété d'approches thérapeutiques en hypnose face à l'addiction : la suggestion directe d'arrêter la consommation, la suggestion directe de ne pas ressentir d'effet de manque, les *régressions en âge* jusqu'au moment où est apparue l'addiction et les états émotionnels associés, les *futurisations* vers un avenir heureux sans addiction, les aversions ou récompenses vis-à-vis des comportements liés à l'addiction, les *rêves éveillés* où le patient explore librement et symboliquement son rapport au produit, l'entraînement à une certaine forme de relaxation ou d'auto-hypnose, la substitution face à un symptôme (le morceau de chocolat de Wolberg), l'amnésie relative au plaisir éprouvé avec le produit, les *intentions paradoxales* (suggérer la consommation jusqu'à la noyade dans le produit), les renforcements de l'estime de soi, l'*augmentation de conscience des états émotionnels* et enfin les *suggestions indirectes métaphoriques* « à la Milton Erickson » (en français dans le texte). L'auteur pointe également l'importance de la suggestibilité du patient et constate que peu d'études en font l'évaluation a priori, ce qui empêche la comparaison des résultats. Il considère enfin que toute hypnose est une auto-hypnose, ce qui est une vision qui reste tout à fait contemporaine. Une phrase clé que je retiens est que « l'hypnose n'est pas [simplement] une méthode *per se* mais plutôt un lentille grossissante psychologique : elle peut amplifier tous les processus sur lesquels son optique est focalisée ». Le « *modèle des compétences* » qu'il propose est « d'entraîner » le patient plutôt que de s'attarder sur la transe. Donc clairement de faire entrer l'hypnose dans les pas des thérapies cognitivo-comportementales et de la recherche expérimentale que la psychologie clinique codifie. Deux courants entrent donc en concurrence apparente : une approche analytique d'une part et une approche cognitivo-comportementale d'autre part à l'image de la rivalité entre psychanalyse et psychologie clinique.

Dans les années qui suivent d'autres méta-analyses continuent à pointer l'absence de rigueur méthodologique des études relatives à l'application de l'hypnose en alcoologie. L'argument principal reste qu'il est difficile d'isoler l'apport de l'hypnose des autres outils thérapeutiques mis en œuvre dans la prise en charge du patient (Wadden & Penrod, 1981) (Wadden & Anderton, 1982).

Certains essaient toutefois de poser un cadre théorique autour de ces applications de l'hypnose. C'est ce que fait R.A. Steffenhagen dans un article publié en 1983 « Hypnosis in the Treatment of Alcoholism : A theoretical Perspective » (Steffenhagen, 1983). L'auteur fait le constat que la littérature mentionne pas moins de 43 *paradigmes théoriques différents en matière d'addiction* (Lettieri et al., 1980) passant de la psychiatrie à la psychologie, la psychologie sociale, la sociologie, la criminologie, la biologie, la génétique, les sciences bio médicales et les neurosciences. Donc en partie non négligeable originaires des sciences sociales. Si les traitements se font dans le cadre du modèle médical de la *maladie alcoolique* (par opposition au modèle moraliste-volontariste), une partie importante des approches thérapeutiques sont d'inspiration psycho-sociale. Il propose de distinguer la « *rehabilitation* » de la « *cure* ». La « *rehab* » consistant à ramener le patient à une vie « normale » ou « normale après que », comme la réinsertion d'un criminel ou la réadaptation d'un patient handicapé ou souffrant d'une maladie chronique. Alors que la cure fait référence à l'idée de « guérir » de restaurer la santé du patient à son état avant la maladie. La réhabilitation définie ainsi consiste à être « guéri » mais avec des restrictions. C'est un état de santé conditionnel. Les AA entrent dans le paradigme de la réhabilitation et voient l'alcoolisme comme une maladie chronique incapacitante. Et dans les faits ils ont un taux de succès (pas de retour à la conduite addictive) très important et viennent en substitution d'un système de soins de santé qui, selon l'auteur, n'a un taux de succès que de 5 à 10% sans intervention post sevrage. Cependant si les AA utilisent le modèle médical comme hypothèse de base, ils fonctionnent dans les faits avec un modèle qui fait explicitement référence aux aspects volontaristes et à la spiritualité. D'autre part l'hypnose qui était notamment largement utilisée en Angleterre ou en Inde comme anesthésie pour les chirurgies avant l'arrivée des sédatifs et hypnotiques chimiques a perdu de ses lettres de noblesses lorsqu'elle a été abandonnée pour un temps aux amuseurs de foire. Steffenhagen répertorie différentes théories de l'hypnose incluant les états de conscience modifiée (mesurables physiologiquement), le paradigme interactionniste ou le modèle du jeu de rôle et la suggestibilité ou de l'influence motivationnelle de hypnotiseur. Deux courants thérapeutiques coexistent au moment où il écrit : l'hypnoanalyse et l'hypnose intégrée aux programmes behavioristes. Tant l'hypnothérapie que l'hypnose reposent donc sur de multiples paradigmes. L'auteur propose un renversement de paradigme et propose sa propre métathéorie de l'addiction qu'il appelle « *self-esteem theory of deviance* » ou le recours à l'alcool serait un comportement compensatoire pour protéger le self-estime. L'alcool protègerait dans ce cadre des sentiments de culpabilité, d'anxiété, de colère... Il

serait à la fois un « médicament » et une « bonne excuse » en cas d'échec ou face à des objectifs non atteignables. Les thérapies devraient dès-lors simplement, selon lui, se centrer sur le renforcement de ce self-estime avant tout et pas sur les causes ou les symptômes de l'alcoolisme (que le patient est sensé bien connaître en fait sans l'intervention d'un thérapeute). Ceci permettrait de passer, selon l'auteur, d'un modèle basé sur la réhabilitation à un modèle où la cure serait le but. Le traitement en hypnothérapie se situant alors à un niveau au-dessus du problème de mésusage d'alcool ou d'alcoolodépendance en prenant en charge le patient dans son cheminement existentiel et sa réalisation. Je reviendrai plus loin sur ma propre approche qui intègre à la fois la dimension comportementale (que l'auteur met ici de côté) et la dimension existentielle dans cette perspective de réalisation ou plus précisément *d'individuation*.

En 1985 Schoen présente un article où il propose un cadre théorique et une stratégie de traitement pour faire face aux envies de boire que les alcooliques éprouvent pendant leur rétablissement. Deux modèles sont proposés : le modèle de défense et le modèle de conditionnement. Chaque modèle couvre une période de temps spécifique pendant la récupération au cours de laquelle les envies de boire se produisent. Le modèle de défense décrit les envies qui résultent de la période de récupération initiale, tandis que le modèle de conditionnement est invoqué pour expliquer les envies qui se matérialisent dans les phases ultérieures de la récupération. La stratégie de traitement est divisée en trois phases, les première et deuxième phases traitant de l'inconscient de l'alcoolique et la troisième phase étant dirigée vers le conscient de l'alcoolique (Schoen, 1985). On voit là l'émergence d'une possible approche hypnothérapeutique en « ouverture » où la frontière inconscient / conscient est remise en question.

En 1987 Stanton publie un résumé de la littérature sur l'utilisation de l'hypnose comme méthode de traitement de l'alcoolisme, attirant l'attention sur l'échec le plus souvent des études expérimentales à détecter tout effet positif d'un tel traitement. Il détaille cependant trois études de cas de recherche qu'il a lui-même menées fournissant des descriptions détaillées des techniques hypnotiques employées. Deux de ces études ont produit un résultat positif, le critère de succès étant une période d'abstinence de 2 ans d'alcool. Malgré une approche hypnotique brève de 2 séances de 50 minutes, 21 des 37 patients alcooliques traités ont pu rester abstinentes pendant des périodes allant de 2 à 4 ans (Stanton, 1987).

Le problème épistémologique de l'évaluation ou de la validation de l'efficacité de l'hypnothérapie dans la prise en charge de l'alcoolisme reste central à la fin de cette décennie (Stoil, 1989). L'hypnose seule n'est définitivement pas une thérapie, c'est un outil qui a l'ambition d'amplifier les effets des traitements issus de l'arsenal thérapeutique classique. Stoil conclut que l'utilisation de l'hypnose est une question de pratique clinique et d'observation de résultats chez « certains » patients à ce stade

de la recherche scientifique portant sur l'intégration de l'hypnose dans les programmes de prise en charge des patients alcooliques.

De 1990 à nos jours

Les années 90 voient l'émergence de nombreux programmes de recherche dans la sphère académique, associant la clinique, qui mènent à la production de thèses doctorales sur l'hypnose et l'alcoologie. Dans les universités californiennes (notamment à l'Université de Stanford) se développe un courant qui sera appelé *l'école de Palo Alto*. Fondée par Grégory Beatson cette « école » est à l'origine des thérapies brèves, familiales, systémiques... et, par les apports de Paul Watzlawick, de l'idée d'une hypnose « simplifiée » et sans transe (Nardone & Watzlawick, 1993). A l'Université du Massachusetts les réflexions foisonnent, notamment les travaux de Jon Kabat-Zinn et de ses équipes sur le *Mindfulness* et le *stress post traumatique (PTSD)* avec les programmes de réduction du stress (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003). Elles ont un impact majeur sur la psychothérapie aux États-Unis, mais tardent à être transférées sur le continent européen et principalement dans les pays francophones encore très influencés par les écoles psychanalytiques freudiennes et lacaniennes ou dans le cadre universitaire par la psychologie clinique « dure » (Kabat-Zinn, 2012).

En 1996, dans sa thèse présentée à Palo Alto, Gerda Young reprend à son compte les conclusions de Stoil, précédemment cité, sur « pourquoi un outil utilisée en thérapie pour l'alcoolisme depuis de si nombreuses années a échappé à des évaluations conclusives sur son efficacité ? ». On trouve en effet selon son évaluation une large part d'études produites par des cliniciens qui dégagent des résultats positifs alors que les conclusions des rapports quantitativistes concluent plus souvent à l'absence de « significativité » statistique. Elle mentionne un « trou » de près de 14 années sans revue systématiques de la littérature depuis la publication de Wadden que j'évoquais plus haut (Wadden & Penrod, 1981) et (Wadden & Anderton, 1982). Sa propre étude portant sur un suivi à long terme de 40 patients, recourt à une méthodologie rigoureuse et utilise des échelles standardisées comme le *Symptom Checklist (SCL-90-R de Derogatis)*, le *Situational Confidence questionnaire (SCQ-39 de Annis & Graham)* ainsi le *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS : A de Shor & Orne)*. Tous les patients ont reçu un traitement pharmaceutique de sevrage classique ainsi qu'un accompagnement psychopédagogique. Les patients du groupe hypnose ont reçu en addition des séances d'hypnose intensives pendant 3 mois. Les conclusions statistiques sont que les résultats à 9 mois n'apportent pas de résultat statistiquement significatif quelles que soient les variables étudiées : symptômes (SCL-90-R), confiance (SCQ-90) et abstinence. L'hypothèse d'une différence dépendant du degré d'hypnotisabilité est également écartée. Cependant les questionnaires administrés post-traitement montrent que les patients ayant reçu le traitement en hypnose déclarent une amélioration dans leur gestion du stress à 95%, un meilleur contrôle des comportements impulsifs à 80%, un sentiment de bien-

être amélioré à 75%, de meilleures capacités à se concentrer sur leur traitement à 70% et un meilleur sommeil à 65%. La doctorante fait donc le constat que sa propre recherche corrobore ce qui était déjà observé dans les années 80 : il y a divergence entre les résultats statistiquement observés et les rapports cliniques sur l'impact positif observé chez les patients.

Les années 90 sont aussi le terrain d'un vaste débat sur la « suggestibilité » ou « l'hypnotisabilité ». En effet les problèmes de comparaisons méthodologiques et de la validation des résultats des recherches sont suspectés d'être en partie liée à l'absence d'homogénéité entre la réceptivité des patients à l'hypnose. Les échelles standardisées se généralisent sur la base de la *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility* (Shore & Orne, 1962) encore issue de l'école de Palo Alto et du MRI. Nous savons toutefois aujourd'hui que le lien entre l'hypnothérapeute et la patient est tout aussi déterminant que ses dispositions intrinsèques et que le type d'hypnose modifie fortement la proportion de patients réceptifs. Le rôle du thérapeute, de son « style » d'intervention et des conditions environnementales dans la prise en charge du patient alcoolique sont mis en évidence et explorés expérimentalement (W. R. Miller et al., 1993) et c'est toute l'importance de l'entretien motivationnel comme socle de base de toute intervention qui est également mis en évidence (Brown & Miller, 1993). Nous connaissons bien aujourd'hui les travaux de Prochaska et Di Clemente et leur métathéorie du changement de comportement qui est devenue le cadre de référence en psychologie de la santé notamment pour ce qui est de l'adhésion thérapeutique (Prochaska et al., 1992). A cette période de nombreux auteurs tentent de construire des outils pour mesurer la motivation au changement du patient comme Brown et Miller que j'ai déjà cité mais aussi (Heather et al., 1993)(Cox et al., 1991). Miller et Tonigan ont quant à eux développé un échelle basée sur le modèle de Prochaska et Di Clemente spécifiquement dédiée au champ de l'alcoologie : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) (W. R. Miller & Tonigan, 1996).

En 2002 une thèse de doctorat défendue en France par Joanic Masson a étudié la prise en charge de patients à l'aide d'une technique hypnotique aménagée en milieu hospitalier. Sa réflexion porte sur ce que l'hypnose amène non seulement au patient, mais aussi au clinicien dans sa propre appréhension de son pouvoir opérant. Le chercheur mène une réflexion approfondie sur la notion de traumatisme qu'il conceptualise dans le champ théorique développé par Laboritz de « l'inhibition chronique à l'action » (Kunz, 2014). C'est l'importance du travail émotionnel dans l'arsenal hypnothérapeutique qui est ici soulignée (Masson, 2002).

Dans une publication de l'*American Journal of Clinical Hypnosis*, Greg Potter présente en 2004 une technique « Intensive » utilisant l'hypnothérapie dans le traitement des troubles de l'abus de substances (Potter, 2004). Il fait le constat que l'efficacité de l'hypnose a été vérifiée pour traiter les principaux symptômes du

sevrage post-aigu (PAW) : les troubles des fonctions cognitives, les problèmes de mémoire, l'hyperémotivité, les troubles du sommeil, les problèmes de coordination physique et la sensibilité au stress. Cependant l'hypnose reste considérée comme une méthode alternative alors qu'elle est selon lui un des meilleurs choix disponibles. Dans le modèle qu'il propose, l'hypnose agit comme un renforçateur dans le cadre d'un traitement intensif quotidien. Chez le patient les nouveaux patterns comportementaux sont mieux engrammés, modulés et intégrés. Les états de relaxation profondes agissent également sur la gestion du stress et des cravings. Le programme commence par deux séances sans hypnose où c'est l'anamnèse et l'évaluation de la motivation et du « stade » dans le processus de changement sont évalués. Il suggère également l'utilisation d'une échelle standard de suggestibilité ou des tests standards comme les paupières collées ou la rigidité du bras (comme en hypnose de spectacle). La deuxième séance est consacrée à l'établissement d'un accord sur les objectifs et le plan de traitement. S'en suivent 20 séances en hypnose d'une durée de 60 minutes (dont près de la moitié pour la phase d'induction), 5 jours par semaine. Il commence par développer avec le patient une image positive de lui-même sobre au travers de suggestions directes basées sur les entretiens motivationnels préalables. Un ancrage d'une phrase de type « *je ne veux pas de ça, je suis libre* » est créé pour que le patient puisse se répéter ces mots, et revivre l'état de bien-être associé que l'hypnothérapeute lui aura suggéré, si un craving ou des pensées obsessionnelles apparaissent. Potter demande aux patients de lire le livre *Staying Sober* (Gorski & Miller, 1986) comme support aux séances. Les séances suivantes sont personnalisées en fonction des besoins du patient. Les outils utilisés sont ceux de l'hypnose classique et de l'hypnose ericksonienne (suggestions directes et indirectes, métaphores, recadrages, réassociations émotionnelles), la thérapie des états de l'ego (Watkins, 1993) pour gérer les conflits internes ou systémiques et l'enseignement de l'auto-hypnose. Ses résultats sont un taux de succès de 77% à un an (abstinence ou consommation contrôlée sans conséquences sociales ou affects négatifs). L'auteur se questionne cependant sur les comorbidités qui pourraient être un frein à l'utilisation de l'hypnose et insiste sur le fait que l'hypnose ne peut être considérée comme une méthode de « réparation rapide » (même si certains patients n'auront pas besoin de 20 séances) et que le suivi à long terme reste important.

Hypnose et auto-hypnose sont les deux facettes d'une même réalité je l'ai déjà mentionné. Toutefois dans une logique de prise en charge à long terme des patients alcooliques le développement de capacités d'auto-hypnose semble représenter un apport intéressant dans la prévention de la rechute. C'est ce que montre une vaste étude menée par Ronald J. Pekala en 2006. Partant du constat que l'addiction à l'alcool est déterminée par de multiples facteurs, les auteurs ont mis en œuvre quatre protocoles d'intervention hypnotique différents dans cette étude portant sur la confiance en soi, le renforcement de la sérénité (comme dans les programmes AA) et la diminution de la colère et de l'anxiété. Il ont confronté ces approches à une approche motivationnelle basée sur le modèle de Prochaska et Di Clemente, à un

programme de réduction du stress et à un groupe témoin. Les conclusions sont ici encore que les groupes hypnose ne montrent pas un taux de rechute inférieur à 2 mois que les autres groupes ayant bénéficié d'une intervention motivationnelle ou de réduction du stress. Cependant, dans les groupes ayant suivi la formation en auto-hypnose, 75% de la variance pour la prédiction d'une rechute pouvait toutefois être expliquée par la compliance des patients et leur pratique effective ou non de l'auto-hypnose pendant la période post-traitement. L'auteur conclut donc, à la lumière de l'amélioration significative des indicateurs de confiance en soi, de sérénité et d'anxiété pour les patients ayant été compliants (facteurs étant identifiés par d'autres recherches comme augmentant le risque de rechute à long terme) que les apports de l'auto-hypnose pour la prévention de la rechute sont utiles et pertinents.

En 2010 Hartman rappelle dans un article que les techniques hypnotérapeutiques comme l'imagerie et la visualisation mentale ainsi que le travail sur les rêves et les émotions sont des outils parfaitement adaptés à la gestion des aspects psychosociologiques de la dépendance à l'alcool (D. Hartman, 2010). Dans un chapitre du livre *Substance Abuse* (Gulati et al., 2015) les auteurs rappellent que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise dans ses *guidelines* pour une prise en charge du traitement de la dépendance, qu'un traitement pharmacologique soit assisté par une intervention psychosociale, en insistant sur les conséquences biophysiologicals mais aussi sociales et psychologiques des addictions. Cependant le praticien peut se demander quel type d'intervention préconiser en l'absence parfois de réelles connaissances de l'arsenal disponible et peut-être aussi par une inclination à vouloir répondre lui-même à tous les besoins de ses patients dans le cadre hospitalier. Et dans ce cadre hospitalier ce sont les techniques motivationnelles et cognitivo-comportementales qui constituent le plus souvent l'essentiel des ressources disponibles. Toutefois, l'hypnose selon les auteurs (qui écrivent depuis la Grande Bretagne) tend à devenir de plus en plus populaire. Ils distinguent les approches visant à changer les habitudes « reflex » du patient des approches hypnotérapeutiques qui portent sur les croyances, les patterns et seulement en conséquence sur les comportements. L'hypnose en agissant sur le système de croyances peut permettre de contrôler y compris des réponses physiologiques et amener à un changement de la personnalité elle-même. Il y a cependant à cela des limites : les renforcements positifs sont plus efficaces que les conditionnements négatifs, les problèmes doivent être ramenés à des choses simples et gérables une à la fois et c'est du patient que doit venir la motivation de changement (elle ne peut être induite par des forces extérieures mais seulement stimulée et guidée). Ils insistent sur la chronologie de la prise en charge qui doit d'abord selon eux passer par une détoxification et/ou un sevrage (ils rejettent la possibilité d'utiliser l'hypnose chez un patient sous influence). Ils préconisent une approche d'inspiration ericksonienne pour les patients alcooliques car ceux-ci sont attachés à des rituels rigides et les techniques utilisées seront pour eux l'élément déstabilisant nécessaire (paradoxes,

métaphores imbriquées...). Ils soulignent également les bons résultats obtenus en hypnothérapies de groupe et le rôle potentiel de l'auto-hypnose à la sortie de cure.

Guillaume Leclerc publie un article sur les utilisations de l'hypnose ericksonienne en addictologie (Leclerc, 2016). Le principe est d'élargir les schémas d'interprétation sur la base des ressources du patient auxquelles il ne pouvait pas avoir accès ou ne pouvait pas appliquer à son problème car ils appartiennent au domaine de l'inconscient (qu'il définit comme un ensemble de phénomènes cognitifs, physiologiques et apprentissages du domaine de l'automatisme non conscient). L'auteur insiste sur la dimension holistique de l'hypnose qui fait appel à la fois à l'expérience du patient et à tout ce qui déroule dans le corps. Ce potentiel « réassociatif » de l'hypnose apparaît pertinent dans le cadre d'une pathologie où le patient se « dissocie » et utilise l'alcool comme stratégie d'évitement. Leclerc propose que l'hypnose peut intervenir dans la gestion des émotions, la gestion des pulsions, la modification des habitudes, la modification du rapport au produit, le travail des problématiques sous-jacentes (troubles anxieux, dépression, estime de soi...) et le travail des phénomènes de « dissociation négative » (une partie de moi le veut, l'autre l'interdit). Il conclut sur l'importance de la motivation du patient (l'idée que l'hypnose est une technique « magique » est un frein) mais aussi sur les limites liées à l'impact neurobiologique de l'addiction.

En 2017 le docteur Tracie O'Keefe présente un programme hypnothérapeutique pour l'arrêt de drogues et de l'alcool en 6 étapes (O'Keefe, 2017). Son hypothèse de base est que la dépendance « chimique » est le résultat du recours et du pouvoir accordé au produit exogène autre que la personne elle-même pour trouver un état de bien-être. C'est en développant les capacités de la personne elle-même, en la rendant pleinement « mature » comme dit l'auteure, qu'elle « n'aura plus besoin du produit ». L'approche qui se présente comme scientifique est toutefois « à la limite » d'un point de vue strictement médical à mon sens, car elle implique, d'une manière qui apparaît idéologique voire dogmatique, l'abstinence à tout produit a potentiel addictif, y compris les médicaments psychiatriques (« sous la supervision d'un médecin relevant »). Selon l'auteur elle-même, le patient est « engagé » dans le programme de manière contractuelle et contraignante : « les patients dépendants doivent apprendre leur responsabilité sur leur propre vie ». Toute communication entre le patient et l'hypnothérapeute est considérée comme hypnotique et l'hypnothérapeute « bombarde » le patient de suggestions même dans les conversations. O'Keefe se définit également comme *naturopathe* et propose donc que c'est un bien-être global corps et esprit que doit être le but de l'hypnothérapie. Les six étapes sont : premièrement de faire sortir le patient du déni par rapport à son addiction et à ancrer des mécanismes d'auto-observation. Le patient doit ensuite cesser toute consommation sans compromis et des patterns de réponse alternatifs à l'inconfort ressenti en l'absence de produit sont suggérées en hypnose. Le troisième volet consiste à travailler la notion de « style de vie » positif et à construire chaque

jour une vie plus saine et épanouissante. La quatrième phase utilise des techniques de régression (le patient revit en hypnose des expériences passées) pour trouver les causes ou les traumatismes à l'origine de l'addiction. En suite le rôle de l'hypnothérapeute est de devenir un « modèle » pour le patient. La dernière étape étant d'installer chez le patient un sentiment de pleine réussite et de fierté ainsi qu'un engagement à suivre en tous points ce qu'il aura appris. Bref, la technique proposée pose selon moi des questions du point de vue éthique et frôle les limites de la relation « gourou – disciple » ou à tout le moins d'une vision spiritualiste et idéologique de l'hypnothérapie appliquée à l'alcoolodépendance et aux addictions. Cependant cette publication nous rappelle le lien particulier qui existe entre patient et hypnothérapeute. Une alliance particulière où les mécanismes de transfert, comme on le dirait en psychanalyse, sont particulièrement activés ce qui m'invite à titre personnel à y rester vigilant dans ma pratique.

Dans la littérature en addictologie une publication de François Paille fait l'état des lieux des innovations thérapeutiques en alcoologie (Paille, 2018). Il y mentionne les stratégies médicamenteuses mais fait aussi le constat qu'il existe d'autres pistes que les TCC (pour lesquelles il constate le nombre insuffisant de personnes qualifiées) et notamment les thérapies d'acceptation et d'engagement basées sur la pleine conscience sur lesquelles je reviendrai plus tard et qui sont étroitement liées aux courants actuels en hypnothérapie.

Diana Roberts, psychiatre, présente les résultats d'une étude qualitative sur le vécu subjectif des patients ayant bénéficié de l'hypnose thérapeutique dans la prise en charge de leur addiction (Roberts, 2019). Basée sur la méthode IPA (*Interactive Phenomenological Analysis*), des entretiens semi-dirigés, cette recherche fait suite à la publication du rapport de l'Inserm en France sur l'hypnose qui incitait à mener un tel type d'études (Inserm, 2015). Elle définit l'apport de l'hypnose pour retrouver des alternatives à la consommation (pour que le patient retrouve sa « démocratie psychique »). Pour aider le patient à prendre du plaisir et apaiser une douleur ou une angoisse sans le produit. Dans l'alliance thérapeutique étroite qui se tisse en hypnose par l'accordage et la synchronisation et son rôle dans l'amélioration des chances de succès à long terme (Ramseyer & Tschacher, 2011). Par la focalisation de l'attention qui fait partie du processus hypnotique et qui intervient dans le processus thérapeutique pour réorienter l'attention du patient qui pouvait être focalisée sur des ruminations anxieuses ou sur l'envie de consommer. Roberts attire également notre attention sur la sensorialité, le patient en hypnose n'imagine pas les situations, ils les revis mentalement et toutes les sensations s'activent comme si elles étaient réelles (ce qui a pu être démontré en imagerie médicale). Ainsi les patients décrivent l'expérience en hypnose comme « retrouver un plaisir de fonctionner avec mon corps ». L'hypnose telle qu'elle est pratiquée en addictologie au centre hospitalier Marmottan inclut également des séances dynamiques, en mouvement, en utilisant les pertes d'équilibre comme métaphore des écarts de consommation ou des

tentations et la nécessité de réajuster en permanence son équilibre¹. Les témoignages des patients après ces séances font état de sensations qui n'avaient plus été ressenties sans le produit depuis des années parfois. En entretien individuel Roberts et ses équipes utilisent des techniques de *réification des émotions* (passer de l'émotion à son ressenti corporel puis en le transformant en une chose ou une métaphore qui pourra être modifiée)². L'hypnose est ici particulièrement intéressante pour les patients qui fuient leurs émotions en consommant mais également chez les patients ayant vécu un traumatisme (le PTSD est une comorbidité fréquente en alcoologie nous l'avons vu). Les patients interrogés rapportent des effets bénéfiques sur leur bien-être global et un accès à une connaissance d'eux-mêmes plus « sincère » indépendamment de la problématique d'addiction ainsi qu'une amélioration de leurs relations sociales, professionnelles et familiales. Ils rapportent également des effets plus directs sur leur comportement addictif, moins d'affects négatifs lors de cravings, moins de sentiments de perte de contrôle, et le retour à un hédonisme, une recherche de plaisir sans le produit. L'auteur rapporte également des témoignages de l'effet substitutif direct de l'hypnose par rapport au produit que ce soit pour l'effet anxiolytique, la réaction aux émotions douloureuses, le sentiment de sécurité, le plaisir et pour certains patients une reconnexion avec leur libido.

Bruno Suarez s'intéresse particulièrement à la neuroplasticité et la vulnérabilité du cerveau adolescent face aux produits addictifs. Au-delà de cette spécialisation, ses propres études et les études les plus récentes en neurobiologie nous permettent de mieux comprendre les mécanismes d'action de l'hypnose. Le constat de ces études est qu'en état d'hypnose le cerveau est en réalité plus « activé » qu'en état de veille. L'hypnose ne consiste donc pas à mettre en sommeil les activités cérébrales mais au contraire elle les mobilise (le cervelet, le cortex cingulaire antérieur et le précunéus) et modifie leurs interconnexions (Suarez & Becchio, 2010). Par ailleurs, les études sur le *connectome* ont permis de lier la dépendance à une modification cérébrale (une perte de souplesse de certains neurones) (Pascoli et al., 2018) et la modification de six circuits cérébraux (Zilverstand et al., 2018). L'auteur utilise la métaphore du réseau routier qui est fluide chez le sujet sans addiction mais qui perd toutes les routes secondaires qui permettent d'absorber une augmentation du trafic chez les sujets dépendants, provoquant un déficit d'adaptabilité et des « embouteillages ». Les recherches en neurobiologie trouvent donc un terrain commun à l'hypnose et l'addictologie (Suarez, 2019). Suarez met en avant le rôle du cervelet jusque-là peu étudié et pourtant déterminant à la fois des symptômes d'ébriété comme on pouvait s'y attendre (troubles de la marche et de la coordination) mais aussi du déficit de certaines fonctions cognitives de haut niveau comme le

¹ Ma propre pratique inclut un exercice de *poussée aux épaules* pour mettre en lumière l'état de stabilité psychique ou émotionnel du patient.

² Je l'exposerai plus loin il s'agit de la technique de base (thérapie symbolique simple) de ma propre pratique. Elle repose aussi sur les mêmes principes que l'acceptation et la défusion que je présenterai également plus loin dans la section consacrée à l'ACT.

jugement. Les connexions directes du cervelet avec l'aire tegmentale ventrale sont impliquées également dans le circuit de la récompense et au niveau cellulaire les cellules granuleuses du cervelet encodent l'attente d'une récompense. L'hypnose et les techniques d'activation de conscience permettent de « remettre en mouvement » ces connexions et aires cérébrales. Suarez et Becchio utilisent en activation de conscience, en hypnose donc, la remémoration d'un souvenir positif et d'un « savoir-faire » pour stimuler ces zones et la volonté d'agir (cortex singulaire antérieur) et l'agentivité, le sentiment d'être l'auteur de nos actes (précunéus) (Becchio, 2021).

En 2019 une étude randomisée a été menée pour mesurer les effets comparés des techniques d'entretien motivationnel et de l'hypnose (Shestopal & Bramness, 2019). Deux groupes de patients souffrant d'alcoolodépendance ont été constitués l'un pour suivre 5 séances d'entretien motivationnel et l'autre 5 séances d'hypnose d'une heure (en complément des activités de groupe prévues dans l'hospitalisation de six semaines). Les techniques d'hypnose utilisées étaient ericksonienne et le travail s'est fait par visualisation de situations à risque de consommation ou de stress principalement. Les résultats ont été comparés sur la base de test AUDIT, Timeline FollowBack (TLFB) et Hopkins Symptoms Check List (HSCL-25) avant les séances et à un an. Les résultats ont été que les différences observées entre les deux groupes n'étaient pas statistiquement significatives même si un changement plus important pour le test AUDIT était observé pour le groupe hypnose. En conclusion d'auteur suggère que l'hypnothérapie est « au moins aussi efficace » que l'entretien motivationnel. On peut cependant se demander si la taille de l'échantillon est suffisante (N=49), si les 5 heures au total d'intervention « en sus » de tout le reste des activités n'était pas nécessairement marginale sur une période de 6 semaines, et si le suivi postcure absent n'est pas un déterminant commun du résultat.

O'Keefe qui a déjà été mentionnée dans cette revue de la littérature, publie en 2020 un article où elle fait le constat de l'échec de la plupart des traitements concernant l'addiction en remettant en cause les études sur les taux de rechute habituellement cités avec l'argument que les patients alcooliques sont « cognitivement incapables » de participer à des études à long terme et donc sous-estimés. Elle remet en cause les techniques thérapeutiques qui sont, selon elle, administrées par des personnes peu qualifiées ou des volontaires sans aucune compétence (elle évoque entre les lignes les groupes AA). Mais surtout l'échec face à un objectif de « changer de personnalité », le manque de support social, les mauvaises conditions de vie et l'alternative que représente une vie marginalisée ou criminalisée (O'Keefe, 2020). Elle souligne le fait que le titre « hypnothérapeute » n'indique pas la formation initiale du praticien et ne peut être une indication fiable de la compétence du thérapeute (Heap, 2007). Selon elle les études comme celles de Shestopal et Bramness que j'ai présentée précédemment ne cernent pas la nature et la complexité du travail en hypnothérapie. Et dans les faits l'impact de la qualité de

l'hypnothérapeute lui-même devrait être intégré comme variable indépendante pour la prédiction des résultats dans les études statistiques, ce qu'aucun auteur n'a fait. D'autre part l'addiction est selon elle une interaction complexe de pensées et de comportements auto-destructeurs qui ont peu à peu forgé une personnalité « dépendante ». Pour arriver à sortir de l'addiction c'est cette personnalité qu'il faut transformer en reconstruisant une structure psychologique qui permettra un fonctionnement « automatique » dans un nouveau mode de vie sans le produit. Et c'est « par l'exemple » et les interactions avec l'hypnothérapeute qu'elle considère que ce changement se produit. Elle conclut son article par des guidelines pour les hypnothérapeutes travaillant en alcoologie et en addictologie qui sont essentiellement d'avoir une formation complète dans ces matières et de s'appliquer à soi-même ce que l'on attend du patient. Si ces recommandations sont tout à fait fondées et quasi tautologiques on retrouve selon moi encore dans ce texte un biais vers une intervention spiritualiste de l'hypnothérapie à laquelle je ne peux personnellement souscrire.

Marion Delmas signe un chapitre du livre *17 cas pratiques en hypnothérapie* où elle présente un modèle de prise en charge de patients dépendants en hypnothérapie (Delmas, 2021). Bien que basé sur l'exemple de la consommation de cocaïne ses recommandations et conclusions m'apparaissent pertinentes dans le cadre de la prise en charge hypnothérapeutique en alcoologie. Trois grands objectifs d'une prise en charge hypnothérapeutique en addictologie sont ici proposés : Décoller le patient de son symptôme, de sa réalité figée, en s'appuyant sur *l'éveil de son imaginaire* ; Actualiser la problématique du patient par des *rêves éveillés* ; Débloquer *l'élan personnel du patient* en le mettant en position *d'acteur de sa vie*, et en encourageant *l'apparition de la nouveauté*. Sur la base de sa pratique l'auteure nous présente le profil du patient qui arrive souvent en consultation avec la demande « je veux garder tous les avantages de ma consommation sans rien perdre ou lâcher », la consommation étant à la fois liée à une satisfaction personnelle mais aussi à une pratique sociale valorisée. Les comportements addictifs enferment donc le plus souvent dans un mécanisme de répétition et une perte de la capacité de changer. La difficulté pour le patient addict est d'arrêter de prendre la sortie (la consommation) qui mène à l'intérieur de la spirale négative. Chez le patient c'est une confusion entre plaisir et bonheur, entre sensations et émotions qui s'installe. Le produit induit un plaisir immédiat intense qui rend fade tout le reste. Le patient se sent pleinement « vivant » avec le produit alors que dans le même temps il se met à distance de toute forme d'existence possible. C'est le temps présent qui se fige, sans avenir, qui induit à terme un état dépressif. Le traitement passe par une reconnection à un autre mode de vie que le réflexe d'évitement expérientiel par le produit. Car le plus souvent la consommation est devenue un mode de *survie* où le produit est la béquille et un brouilleur qui ne permet plus un accès efficace entre le corps, l'esprit et l'environnement. L'hypnose agit ici pour *retisser tous les liens et interactions existantes*. On retrouve dans ce texte la réflexion sur la nature du lien entre

hypnothérapeute et patient addict. Cependant, contrairement à une posture « descendante » du thérapeute, c'est l'ouverture au « monde » du patient qui est ici mise en œuvre. La confiance réciproque est un lien qui se constitue et qui prend une importance centrale avec un patient addict. De même, selon l'auteure si le patient aura toujours tendance à intellectualiser, un système de protection qui le met à distance de ses ressentis, le rôle de l'hypnose sera de le ramener à prendre contact avec son corps, avec l'ensemble de ses sensations en assouplissant sa position mentale. Ce qui signifie prendre en compte l'analyse la rationalisation et en réorientant l'attention sur le vécu. L'auteur utilise le planigrème d'anticipation de Mario Berta (Berta & Vlahussich, 1983) qui est un exercice de futurisation recourant à une approche symbolique. Le patient est confronté à un double projet existentiel positif, mouvement d'attraction, et négatif, ce qui est tenu à l'écart mais qui fait partie de la personnalité du patient. Le patient est donc mis en mouvement entre ces deux pôles antagonistes, ce qui constitue le fil de cette approche hypnothérapeutique. Le « rêve éveillé » est présenté comme outil thérapeutique. Le patient est invité à explorer une image mentale sous toutes ses facettes et à décrire ce qu'il voit, ressent, ce qu'il fait, ce qu'il veut en faire... Ce « matériel » sera en suite retranscrit par écrit le patient, ce qui l'inscrit à la fois dans l'action et dans une position d'acteur de sa thérapie, de sa vie. Ce que l'auteur nous décrit s'inscrit dans les techniques d'hypnose conversationnelle que j'adopte moi-même dans ma pratique. La reprise itérative de ce rêve éveillé et la recherche de nouveauté est le second fil conducteur de l'approche thérapeutique présentée. En matière d'addiction le patient sera amené à transformer une recherche de liberté sans contrainte (la fuite dans le produit) en une liberté en plein accord avec lui-même. Une vie qui s'invente jour à jour mais qui n'est plus bloquée dans la répétition du même comportement.

Bien entendu au fil de mes lectures et de l'écriture de ce texte d'autres références émergent et cette recension de la littérature pourrait encore s'étendre très largement. Je fais cependant le choix d'en rester ici à ces références en me fixant pour objectif de maintenir à jour cette revue par d'autres moyens, comme un site internet dédié et une version *open access* de cette revue de la littérature qui suscitera je l'espère d'autres analyses et réactions. Il reste toutefois d'autres aspects en lien avec ma pratique mais qui dépassent un le stricte cadre de l'hypnose ou de l'alcoologie que je ne peux pas ne pas aborder en raison de leur impact majeur sur ces deux champs.

Autres références pour la pratique de l'hypnose en alcoologie

Hypnose et Tabac

Il est impossible de ne pas faire un petit détour en marge de la problématique du mésusage d'alcool car si l'hypnose est bien « connue » de la population c'est aujourd'hui grâce à l'une des premières demandes en consultation qui concerne l'arrêt du tabac, donc l'addictologie. Il faut bien dire que le « marketing de

l'hypnose » a bien fonctionné dans ce domaine. Et c'est heureux parce que cela « fonctionne ». De nombreuses études ont été menées sur le sujet, portant sur des cohortes de plus de 6000 participants, pour comparer l'efficacité de l'hypnose à d'autres formes de prise en charge (Wadden & Penrod, 1981). Ces études montrent toutes un effet significatif de l'hypnose avec un taux de succès en moyenne de 36% (jusqu'à 50%), supérieur à tous les autres traitements (substituts nicotiques, aversive smoking, plan de 5 jours...). Ce taux de succès a été confirmé par une méta-analyse portant exclusivement sur des études incluant un suivi à au moins six mois (Law & Tang, 1995). Une étude américaine portant sur 1177 patients consultant pour l'arrêt du tabac a montré que 27% d'entre eux utilisaient une technique alternative pour l'arrêt du tabac et que l'hypnose était la plus utilisée (13%). Toutefois les patients pratiquant régulièrement la méditation reportent une plus grande efficacité perçue que celle de l'hypnose (Sood et al., 2006). On peut se demander ici si ce n'est pas l'effet d'une pratique qui peut être utilisée à long terme comparée à des interventions en hypnose le plus souvent ponctuelles dans les approches classiques. Les méta-analyses montrent d'ailleurs un lien significatif entre la durée du traitement et le succès de l'hypnothérapie pour l'arrêt du tabac (Lynn et al., 2010).

Si on a pu constater dans des études « randomisées » que le travail en hypnose avait un impact statistiquement significatif plus efficace sur l'arrêt de la consommation à un an comparativement aux techniques classiques d'entretien motivationnel et des substituts nicotiques, cette signification statistique peut être questionnée (Lourmière et al., 2022). C'est peut-être parce qu'une approche purement statistique est ici (encore) quasiment impossible pour « isoler » l'effet hypnose des autres paramètres. Dans les faits l'hypnose utilise des outils d'entretien motivationnel et agit de concert avec des interventions issues d'autres psychothérapies ce qui permet difficilement de déterminer son impact spécifique. Cependant on peut considérer que les études montrent un effet « amplificateur » de l'hypnose et c'est bien dans cette perspective que j'envisage ma propre pratique je l'ai déjà mentionné.

Au-delà des études basées sur du « déclaratif » des patients, l'efficacité de l'hypnose a été mise à l'épreuve de marqueurs biochimiques par d'autres études (Carmody et al., 2008). Sur la base de ces indicateurs biochimiques à 12 mois les patients ayant suivi une hypnothérapie étaient abstinents à 24% (35% pour les patients ayant une longue expérience en hypnose) contre 18% pour ceux ayant suivi une TCC. Il est intéressant de noter ici que les auteurs ont pu mettre en évidence que la combinaison avec des patchs nicotiques augmentait encore ce score. Ceci renforce l'évidence scientifique et mon intime conviction du bénéfice d'une prise en charge pluridisciplinaire dans une perspective de complémentarité.

D'autres études ont utilisé l'EEG pour analyser les effets de l'hypnose sur le craving tabagique. Les auteurs ont pu montrer une plus grande cohérence des ondes

delta entre les régions frontales et postérieures gauches après hypnose, ce qui s'avère être un prédicteur d'une réduction des cravings. Au-delà des EGG qui offrent une faible définition l'IRMf a également été utilisé par les mêmes auteurs. Il s'agissait ici de mesurer l'activation de régions cérébrales quand on présente au sujet un stimulus visuel représentant soit une cigarette, soit une image neutre après hypnose ou en état de conscience normal. La technique de suggestion était celle de l'aversion au produit. Les premières conclusions sont que la réduction du craving (moins grande réaction au stimulus cigarette) est corrélée à l'activation des réseaux préfrontal-insula augmentée pour les patients ayant bénéficié de l'hypnose. C'est donc bien la connectivité entre ces deux régions et non leur activation seule qui joue un rôle dans la diminution du craving (Li et al., 2020). Notons toutefois ici que l'activation de l'insula gauche est directement liée aux suggestions d'aversion et que d'autres suggestions hypnotiques donneraient sans doute d'autres résultats.

Ceci n'est pas encore une conclusion mais nous pouvons d'ores et déjà dire que, dans la prise en charge d'une addiction en hypnothérapie, l'hypnose a « fait ses preuves ». Toutefois, la *durée de la prise en charge* et l'*approche pluridisciplinaire* sont des facteurs augmentant les chances de succès. Il y a cependant ici des éléments que je n'ai pas évoqué dans la présentation des études qui méritent d'être relevés. On parle ici d'hypnose « classique » c'est-à-dire avec des suggestions directes ou au mieux indirectes ericksoniennes et des techniques dissociantes. Or on sait par toutes les études récentes que seule une petite proportion de la population est « naturellement » réceptive à ce type d'hypnose, ce qui en limite donc le champ d'utilisation sauf à « forcer » le patient en multipliant les techniques hypnotiques. Ce qui fonctionne mais demande à la fois beaucoup d'énergie au thérapeute et au patient « résistant » et implique une proportion importante d'attrition et un risque de sortie du réseau de soins par une perte de confiance du patient. Toutefois, comme j'ai pu l'exposer, l'hypnose s'est ouverte de nouvelles voies et aujourd'hui, avec les techniques d'activation de conscience et d'hypnose en augmentation de conscience, on estime pouvoir toucher la très large majorité de la population (près de neuf patients sur dix selon ma propre expérience) et surtout de maintenir le patient dans une adhésion, une observance et une persistance thérapeutique qui s'étend à tout le réseau de soins au-delà de l'hypnothérapie elle-même.

Psychologie positive et mindfulness

Comme je l'ai exposé en première partie de ce travail, l'hypnose « en ouverture » et les techniques d'activation de conscience ont amené la pratique de l'hypnothérapie sur un terrain épistémologiquement très proche de la « pleine conscience ». L'hypnose n'est toutefois pas une simple méditation guidée (Otani, 2016). Cependant les parallélismes méritent qu'on fasse un détour par ce champ qui a fait ces dernières années l'objet de programmes de recherche importants qui ont débouchés sur des protocoles de prise en charge validés scientifiquement .

S'il est bien un champ de la psychologie positive qui s'est « diffusé », y compris dans les services d'alcoologie, c'est la méditation en pleine conscience ou la relaxation, la sophrologie ... quel que soit le nom qu'on lui donne, peut-être pour ne pas faire peur au patient. Plus ou moins structurée autour d'un paradigme théorique ou de méthodes, on l'utilise en milieu hospitalier comme j'ai pu en faire l'expérience personnellement. D'expérience également je sais aussi que les patients, peut être sans information adéquate, sont peu nombreux à y participer. Et je suis en tout cas surpris que ne se diffusent pas plus en Belgique des applications scientifiquement documentées et éprouvées ou que celles-ci passent inaperçues dans un brouillard de pratiques, plus ou moins dépendantes de compétences acquises « à la marge » par des intervenant souvent de qualité et de bonne volonté, mais qui restent à mon sens peu intégrées dans un projet thérapeutique global.

De nombreuses recherches portant sur l'efficacité de ces méthodes en alcoologie ont été menées. Chiesa et Serretti ont réalisé une méta-analyse des études portant sur l'efficacité de la méditation de pleine conscience en matière d'addiction. Leur conclusion est que la pleine conscience a un impact supérieur aux TCC, aux approches en 12 étapes (type AA) ou à la psychoéducation sur les objectifs de consommation raisonnée et d'abstinence en alcoologie (Chiesa & Serretti, 2014).

En hypnose, derrière la demande initiale, qu'elle porte sur une addiction, des phobies ou des questionnements de développement personnel, il y a très souvent un stress post-traumatique ou une difficulté à « gérer » les situations d'indécision ou d'incertitude concernant le futur. La question du stress post traumatique est intéressante car elle a donné lieu à la suite des conflits armés du vingtième siècle à de nombreuses études. Les programmes structurés de pleine conscience en alcoologie sont très souvent basés directement sur ces travaux (*Mindfulness-based stress reduction authorized curriculum guide*, Santorelli et al., 2017)(Kabat-Zinn, 2003).

Récemment deux méta-analyses ont porté sur divers *programmes structurés* (d'au moins 8 séances) de prévention de la rechute : le mindfulness-based relapse prevention (MBRP) que je présenterai plus loin, le mindfulness oriented recovery enhancement (MORE) qui intègre mindfulness et la restructuration cognitive, le mindful awareness in body-oriented therapy (MABT) qui introduit la notion d'*intéroception*, le mindfulness-based addiction treatment (MBAT) qui reprend les outils des TCC en pleine conscience, le mindfulness training for smoking cessation (MTS) et le Moment-by-moment in Women's recovery (MMWR) qui comme son nom l'indique s'adresse aux femmes spécifiquement. Leurs conclusions sont également que ces protocoles sont efficaces pour réduire les cravings, diminuer la fréquence de consommation ou augmenter la durée des périodes d'abstinence et améliorer le pronostic à long terme de symptômes de dépression. (Korecki et al., 2020)(Ramadas et al., 2021).

D'autres études ont fait le constat, également par des méta-analyses, que les traitements de type « *exposure therapy* » ou de « *craving control* » ne sont que faiblement efficaces. Une explication pourrait-être que les TCC classiques ne traitent pas le craving en soi mais sont basées sur une forme, alternative à l'alcool, de stratégie d'évitement. On apprend au patient à se concentrer sur autre chose ou à se mettre à distance du déclencheur. C'est un processus top-down, du conscient vers les compulsions ou réactions « automatiques » qui fonctionne mais ne traite pas le problème de fond et maintient le patient dans un stress permanent... qui finit par favoriser une rechute. La pleine conscience quant à elle intervient comme interface entre le stimulus et la réponse. Elle agit comme régulateur émotionnel. Un processus bottom-up. Ce n'est plus une contextualisation de l'expérience qui est à l'œuvre mais une expérience sensorielle (Witkiewitz et al., 2013). Le patient apprend à reconnaître et à accepter l'inconfort associé au craving et à défusionner avec la réponse automatique associée à la consommation du produit par la création de nouveaux répertoires de réponse.

Il n'est cependant peut-être pas pertinent d'opposer TCC et pleine conscience. En effet le *mindfulness* a fait peu à peu son entrée dans l'arsenal des techniques cognitivo-comportementales dans leur troisième vague de développement.

Les apports spécifiques des thérapies d'acceptation et d'engagement

L'ACT, mise au point par Steven Hayes (professeur de psychologie clinique à l'université du Nevada, États-Unis) dans la fin des années 1990, qui s'inscrit dans le mouvement de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales, se propose de modifier notre relation aux événements psychologiques (pensées, émotions, sensations) plutôt que de chercher à en modifier le contenu (Hayes et al., 1999).

De nombreuses études mettent en évidence l'acquisition de compétences spécifiques par le patient ACT. Certaines de ces compétences apparaissent être déterminantes dans la prévention de la rechute en alcoologie et dans l'amélioration du bien-être psychologique et de la qualité de vie du patient à long terme : la diminution de l'évitement expérientiel et l'augmentation de la défusion cognitive et du contact avec l'instant présent.

Une méta-analyse sur 2781 citations et 10 études randomisées sur un total de 658 participants a pu montrer un effet significatif des interventions ACT ciblées sur la *flexibilité psychologique* sur l'abstinence à long terme comparativement aux approches motivationnelles classiques (Li et al., 2019). Les mécanismes d'auto-stigmatisation, les sentiments de culpabilité et de *honte*, que ressentent souvent les patients en alcoologie ont fait l'objet d'une étude clinique sur 138 patients et démontrent de meilleurs résultats par une approche en pleine conscience basée sur l'ACT. Outre une diminution des affects négatifs et des sentiments de honte les

patients ayant suivi le protocole ACT ont aussi eu une meilleure compliance aux autres traitements et un meilleur pronostic d'abstinence (Luoma et al., 2012). Une autre étude, ne portant pas spécifiquement sur l'alcool mais sur les consommations d'opiacés et autres substances en général, a tenté de comparer résultats obtenus avec des protocoles ITCF, basés sur les 12 étapes des AA, et l'ACT. Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs pour distinguer les deux approches sur les aspects liés à l'abstinence ou les quantités reconsommées à court terme mais ils le sont à long terme avec des meilleurs résultats pour l'ACT (Hayes et al., 2004). Enfin dans une autre étude les patients ayant participé au groupe ACT ont rapporté de meilleurs résultats sur la durée d'abstinence cumulée (CAD) à 3 et 6 mois et sur les indicateurs de dépression (BDI), d'anxiété (BAI) et de cravings, obsessions et compulsions (OCDS) sur les mêmes périodes (Thekiso et al., 2015).

Je présenterai dans la suite de ce texte la manière dont je propose d'intégrer ces acquis et nouveaux développements dans le champ de l'hypnose, de la pleine conscience et des formes de thérapies pour la prise en charge addictions et des troubles liés au mésusage de l'alcool en particulier. Une fois encore j'insiste sur le fait que ces champs de recherche sont en « effervescence » et que la veille scientifique restera le socle de ma pratique au-delà de cette contribution.

Pratique d'une application de l'hypnothérapie en alcoologie

Limites et précautions

Le travail en hypnose avec des patients alcooliques fait l'objet de controverses depuis plus d'un siècle (Stoil, 1989). Et au final l'hypnothérapeute peut se sentir démuni pour prendre la décision d'accepter ou non un patient qui vient avec la demande « je voudrais gérer ma consommation » ou « je veux arrêter de boire » et « je veux maintenir mon abstinence ». Dans les faits une large proportion des praticiens en hypnose refuseront d'ailleurs de travailler avec un « alcoolique » soit par crainte d'avoir en face de soi un patient qui est déjà en état modifié de conscience, soit par « jugement moral » et plus encore par la mécompréhension des mécanismes de l'addiction en dehors de protocoles bien rodés et standardisés pour le tabac ou l'estime de soi...

Il est évident cependant que l'application de l'hypnose à l'alcoologie demande des précautions élémentaires. Tout d'abord, si un sevrage s'avère nécessaire pour des raisons médicales, sociales, judiciaires... ou à la demande du patient, celui-ci nécessitera toujours une prise en charge médicale ET par un réseau de soins. Mon travail sera dans ce cas, que je sois en première ligne ou non, d'utiliser à la fois les compétences que j'ai acquises dans cette formation et ma propre expérience pour orienter le patient vers une prise en charge par un service d'alcoologie idéalement (mais je sais que parfois les délais pour obtenir une prise en charge sont malheureusement trop longs) et de veiller à ce qu'il y ait un coordinateur de soins, si j'estime qu'il est plus pertinent de confier ce rôle à un autre intervenant dans le réseau de soins, comme le médecin traitant par exemple. L'orientation vers un service hospitalier non spécialisé ou les urgences ne se fera qu'avec la mise en place d'un suivi étroit du patient, en coordination avec les équipes médicales et par un contact personnalisé.

Le risque de voir le patient sortir d'un réseau de soins après le sevrage est, on le sait, très important. Une hospitalisation pour un patient souffrant d'alcoolodépendance est toujours une expérience « paroxystique ». À la fois parce qu'elle peut être vécue comme stigmatisante vis-à-vis de l'entourage et qu'elle invite

le patient à se définir comme « malade » ce qui est une phase d'acceptation qui ne va pas de soi et ne se « décrète » pas comme certains intervenants ont parfois tendance à le penser. D'expérience et par les observations que j'ai pu faire, les effets physiques et neuropsychologiques, rapidement positifs post sevrage, ressentis par le patient peuvent être perçus comme une « guérison » et la tentation de retourner à « une vie normale », loin de ce milieu d'« alcooliques » est souvent grande (je l'ai déjà évoqué dans la revue de la littérature). Sans anticipation de cette phase on retrouvera quasi mécaniquement le même patient avec des affects psychologiques négatifs plus sévères et une reconsommation « problématique » à plus ou moins brève échéance. Dans ce cas, soit le patient aura le réflexe de recourir à nouveau à une hospitalisation (et l'effet « porte tournante » risque de se produire), soit ses précédentes expériences pourront l'amener à penser que rien n'est possible pour « sortir » de la spirale addictive, qu'il ne veut plus revivre la stigmatisation ou les souffrances du sevrage, et le risque de le voir s'enfoncer psychologiquement, physiquement et socialement est précisément ce qui est la conséquence la plus péjorative pour le pronostic du patient. L'anticipation est donc ici le maître mot non seulement dans la prévention de la rechute mais dans la prise en charge globale de la dynamique du changement chez le patient. Dans le cas de la nécessité d'une prise en charge médicale, je ne « jeterai donc pas l'éponge » en ce qui me concerne en déléguant la prise en charge du patient aux équipes hospitalières ou au médecin traitant. Dans le cas où le travail en hypnose n'est pas possible avant sevrage, un travail sur l'acceptation, la défusion et l'engagement dans un processus de changement durable sont possibles et sont de ma responsabilité si le patient en fait la demande.

Par ailleurs on sait que les TUA sont liés à des comorbidités psychiatriques dans certains cas. L'hypnose pourra soulager certaines comorbidités dépendantes du mésusage d'alcool (le stress, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil) mais peut se révéler incompatible ou délicate avec des comorbidités indépendantes comme la schizophrénie ou certains troubles de la personnalité. Il est donc aussi important que le praticien soit formé à identifier ces psychopathologies. Je m'y emploie en ce qui me concerne.

De l'hypnose à l'hypnothérapie

L'hypnose dépasse largement le cadre thérapeutique pour trouver sa place dans différents domaines. Ses principales applications cliniques sont les analgésies et anesthésies comme je l'ai déjà mentionné. L'hypnose a donc aussi un rôle à jouer en dehors de l'hypnothérapie dans le cadre de l'alcoologie. Cela pourra être dans la gestion de la douleur dans le cadre de neuropathies périphériques par exemple (Teuwis et al., 2008), de pancréatites, ou chez des patients ayant à subir un traitement lourd comme une chimiothérapie (Grégoire et al., 2017) entre autres. Cependant ces techniques, bien documentées, s'appliquent le plus souvent au patient alcoolique comme à tout autre patient, avec les précautions de mise relatives aux états de

conscience modifiée liés à l'alcoolisation ainsi qu'aux comorbidité psychiatrique possibles. Je ne m'y attarderai donc pas et je renverrai le lecteur à la vaste littérature existante (voir Stoelb et al., 2009) ainsi qu'aux travaux menés par l'équipe GIGA-Consciousness de l'ULiège que j'ai déjà cités et qui font référence en la matière.

L'hypnothérapie c'est l'hypnose mise au service de la thérapie. Elle peut donc s'intégrer à toute approche psychothérapeutique et différents paradigmes de référence sont donc possibles. Il est cependant utile de distinguer la forme d'hypnose pratiquée qui se manifeste par des techniques d'induction différentes, du travail thérapeutique utilisé en hypnose. La première partie de ce texte a été consacrée à une présentation épistémologique des différentes formes d'hypnose. La seconde à une revue de la littérature sur l'utilisation de l'hypnose en alcoologie. Au travers de ces deux approches je pense avoir pu montrer à la fois que la pratique de hypnose est multiple et en constante évolution et que la pertinence de l'hypnothérapie en alcoologie est souvent questionnée sous un angle biaisé. En effet de quoi parles-t-on ? De quelle forme d'hypnose ? Intégrée à quels autres accompagnements, dans quel cadre et avec quel paradigme thérapeutique de référence ? C'est pourquoi il me paraît nécessaire (même si je suis particulièrement « ouvert » et en veille constante des évolutions des champs de l'hypnose, de la psychothérapie et de l'alcoologie) de préciser mes propres choix épistémologiques et méthodologiques.

Le choix d'une forme d'hypnose

Toutes les formes d'hypnose sont liées par un socle commun, les états modifiés de conscience. Il y a toutefois une frontière entre les approches « dissociantes » et « associantes ». Dans ma pratique je privilégie ces dernières pour plusieurs raisons. Il y a, selon moi à la fois un intérêt scientifiquement prouvé mais aussi une éthique ou une philosophie plaidant pour que le sujet participe pleinement et activement tant dans le cadre de la transe hypnotique que de la thérapie en général. J'ai donc clarifié pour ma part ma position en ce qui concerne la forme d'induction hypnotique que je privilégie. Il s'agit de l'hypnose en augmentation de conscience et des techniques d'activation de conscience. Ceci ne signifie pas que je ne retiens pas les acquis des formes d'hypnose qui les ont précédées.

L'hypnose classique utilisant des suggestions directes peut avoir des résultats spectaculaires (sur scène comme en cabinet) mais n'est a priori efficace qu'auprès de patients hautement suggestibles. L'hypnothérapeute se positionne en situation dominante, comme nous l'avons vu, et c'est au travers de brèches créées dans le fonctionnement psychologique du sujet qu'il s'immisce pour le « convaincre » qu'il a pris le contrôle. Cette phase de confusion place réellement le patient en état de conscience modifiée, ce n'est plus à démontrer, mais à quel prix ? En tout cas on ne peut pas vraiment parler d'alliance quand tout le processus repose sur des techniques de manipulation de la conscience... Sauf peut-être lorsqu'on parle d'auto-hypnose. Si je me fais à moi-même des suggestions directes, comme en hypnose classique, je

peux d'évidence marquer mon accord avec cette pratique. J'y reviendrai mais cette pratique de l'auto-hypnose est l'un des outils qui peut se révéler déterminant dans le pronostic à long terme en alcoologie, je garde donc dans mon arsenal hypnotique ces outils issus de l'hypnose classique qui peuvent être transmis au patient.

L'hypnose ericksonienne a marqué le retour de la pratique de l'hypnose dans les cénacles universitaires. Ses apports sont inestimables et ont fait progresser tant la recherche que la clinique à pas de géants. Les suggestions indirectes et l'activation de l'imaginaire restent les outils de base dans les inductions que j'utilise. De même les théories de la communication et du métalangage qui découlent des travaux d'Erickson puis de Watzlawick (1975) ainsi que Bandler et Grinder (1975) structurent mon travail à la fois de manière positive (un ensemble de règles de clarification du discours) que négative (j'évite d'utiliser des formes de langage qui ont pour objectif de « dissocier » le sujet).

Le « méta-modèle » ericksonien m'aide par exemple à relever dans le discours du patient bien avant la phase hypnotique :

- Les *généralisations* : croyances générales et souvent exagérées qui limitent la perception du patient (Origine perdue, quantifieurs universels) ;
- Les *distorsions de la pensée* : erreurs logiques courantes dans lesquelles une personne interprète les événements de manière incorrecte (Présuppositions, équivalences complexes, causes à effet, lectures en pensée, nominalisations).
- Les *délétions* : informations importantes qui sont omises dans une description, ce qui peut donner une image incomplète de la réalité (verbes non spécifiques, comparatifs ou superlatifs absents, omissions simples)
- Les *universalisants* : affirmations générales telles que "tout le monde" ou "jamais", qui peuvent être inexactes.
- Les *modalités* : moyens par lesquels le patient perçoit et interagit avec le monde, tels que "devoir" ou "pouvoir".

Mais j'ai donc choisi de ne pas utiliser les outils hypnotiques induisant une dissociation. Pour que le lecteur se fasse une idée plus précise de ce dont il s'agit j'ai retranscrit un script d'induction « à la Milton Erickson » en annexe (voir p.92). Cet exemple montre que, comme en hypnose classique, l'hypnose ericksonienne utilise des formulations et des structures de langage suscitant la confusion pour obtenir chez le patient une modification de l'état de conscience. En insistant sur la suggestion d'un état de sommeil et l'approfondissement de cet état, le sujet va perdre peu à peu contact avec la réalité pour se « laisser emporter » dans un état hypnotique : il va se dissocier. On voit aussi que le patient est renforcé dans la conviction qu'il est lui-

même aux commandes, même si dans les faits l'hypnothérapeute fixe réellement le cap pour amener le patient là où il le souhaite... En tout cas c'était bien la manière de travailler de Milton Erickson même si ce paradigme a évolué parallèlement aux autres formes d'hypnoses plaçant le patient au centre de la thérapie.

Pour illustrer également comment ce type d'induction peut être adaptée en « gardant » le patient pleinement auteur et conscient de ce qui se passe, j'ai également retranscrit un exemple de mes propres inductions hypnotiques (voir p.95). Dans ce cas le patient « plonge » également dans un état lui permettant d'avoir accès à des processus inconscients mais il est constamment invité à en avoir conscience et à rester pleinement présent.

Cela signifie pour moi que le patient hypnotisé doit être pleinement « associée » dans tous les sens du terme :

- Actif et en pleine conscience ;
- Sans usage de suggestions hypnotiques détournées, technique subliminale ou manipulation de l'inconscient par l'hypnothérapeute ;
- En lui permettant de comprendre ce qui se passe et change en lui, car le *sens* est thérapeutique, c'est une approche également pédagogique ;
- En le laissant être guidé par le thérapeute ET en le renforçant dans son rôle d'acteur de son propre changement.

Mon approche s'adresse dès lors aussi à un large public car, d'expérience et selon plusieurs études, seul un patient sur dix dit n'être pas « réceptif » à cette forme d'hypnose en conscience augmentée et en activation de conscience, je l'ai déjà évoqué mais il est utile de le rappeler. Cela s'explique par le fait qu'elle convient également à des personnes rationnelles (car il n'y a ni mystère, ni mystification) ou qui craignent de lâcher prise (car il n'y a pas de perte de conscience ni d'affaiblissement de la volonté) qui seraient « bloquées » par les autres formes d'hypnose. Les outils thérapeutiques que je vais exposer proposent également un cadre sécurisant pour les personnes introverties, car elle pourront se laisser guider dans un travail symbolique respectant leur pudeur, mais aussi créatives ou ayant entrepris un travail de développement personnel car le champ d'expérimentation qui leur est proposé est totalement libre.

Les outils en support de l'hypnothérapie

L'entretien motivationnel et les thérapies comportementales

Mon travail ne peut être abstrait des techniques issues du modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (1992) et des techniques d'entretien motivationnel (W. R. Miller & Rollnick, 2012) que tout alcoologue garde bien entendu à l'esprit dans sa prise en charge du patient. Les principes de base des thérapies cognitivo-comportementales de Ellis (1988) concernant les émotions dans

le processus addictif et de Beck (1993) sur les croyances et erreurs de jugement sont également inévitablement intégrées au processus dès-lors qu'elles sont connues et nous permettent repérer les croyances irrationnelles ainsi que les pensées facilitantes, permissive, centrées sur le produit et culpabilisantes par exemple.

Mais ces approches ont aussi montré, à contre-exemple, que certaines thérapies comportementales ont leurs limites. Typiquement, comme pour le tabac, le travail en hypnose avec les alcooliques a reposé sur une thérapie d'aversion depuis ses origines (M. M. Miller, 1959). Il s'agissait de faire une suggestion post-hypnotique au patient lui indiquant que la consommation d'alcool lui provoquerait des nausées ou autres symptômes désagréables. Débutant hypnothérapeute je me suis moi-même fait cette suggestion en auto-hypnose. Et cela a fonctionné. J'ai pu faire l'expérience de la sensation de dégoût à la simple vue d'un verre d'alcool. Mais à ce dégoût s'opposait quelque chose que j'ai identifié comme mon « mode de vie » et mes croyance relatives à l'alcool. Après quelques semaines d'exposition régulière à la vue de l'alcool cette sensation de dégoût a brusquement disparu. Le conflit interne entre mes croyances et la suggestion a basculé vers les croyances. Aucun changement durable n'a été acquis. Je pense donc que l'hypnose comme « effet antabuse » peut fonctionner mais qu'il ne s'agit pas d'un « remède miracle » comme certains patients peuvent l'attendre. La revue de la littérature nous avait permis de le constater. Comme pour le disulfirame, ce type de suggestion ne me semble plus en ligne avec les connaissances contemporaines en alcoologie et devrait être utilisée avec prudence et faire l'objet d'une réflexion éthique.

Dans mon approche, les pensées concernant les effets positifs du produit (plaisir, anxiolytique, facilitation sociale, augmentation des compétences) sont intégrées au même titre que les pensées négatives (impossibilité de vivre sans le produit, effet destructeur, point de non-retour, regard des autres, attributions externes...). La présence simultanée de ces deux types de pensée sont une cause de souffrances chez le patient et agissent comme une boucle de renforcement de la consommation. Les TCC classiques auront toutefois classiquement l'ambition de les effacer ou de les rationaliser, ce qui ne sera pas l'angle sous lequel je les aborderais.

La stratégie d'exposition au produit utilisée très souvent dans les TCC impliquant systématiquement une notion qui est de « s'habituer à la privation » du produit me semble également datée dans son approche par ses impératifs normatifs et le rôle d'expert « prescripteur de comportements » de l'autorité psycho-médicale. La gestion (qui peut être un refoulement ou un déni dans les faits) des affects positifs et négatifs liés à la consommation ne peuvent générer à mon sens qu'une « réponse conditionnée » fragile et dépendant d'un impératif extérieur au patient qui ne correspond pas nécessairement à un changement de perspective ou au développement de nouvelles compétences.

La thérapie symbolique

Je privilégierai de fait, sur la base des connaissances actuelles, des protocoles plus diversifiés et positivement orientés que ceux historiquement utilisés. La longue expérience acquise en application de l'hypnose d'addictologie dans le domaine du tabac nous en donne des exemples qui peuvent être aisément transposés.

Exemple de protocole hypnothérapeutique humaniste pour l'arrêt du tabac

Un protocole d'hypnose humaniste pour l'arrêt de tabac peut être écouté ici : ["Arrêtez de fumer"](http://t.ly/2dAs) (<http://t.ly/2dAs> - Olivier Lockert, 2022). Cet enregistrement, présenté comme une « auto-hypnose », puisque le thérapeute n'est pas en présence du sujet, est une bonne illustration d'une intervention comme je peux la pratiquer. Il s'agit ici de la forme la plus simple de thérapie symbolique :

- Dans un premier temps l'hypnothérapeute pose les bases du travail qui interviendra par la suite et cadre l'objectif de la séance : « Réussir » à arrêter de fumer. Il demande au patient d'imaginer une situation où il a une forte envie de fumer et la sensation, la tension ou le sentiment d'oppression qui l'accompagne. Il suggère que cette sensation est la marque de la « chose » qui pousse à fumer. Il introduit subrepticement qu'il est pourtant facile d'arrêter de fumer entre deux cigarettes (orientation positive pour la suite) et il présente la possibilité pour travailler cette sensation de lui donner forme (introduction à l'aspect symbolique). Cette phase dure 5 minutes.
- Vient ensuite la phase d'induction hypnotique en augmentation de conscience. Le thérapeute mobilise la capacité du patient à visualiser et à ressentir une sensation positive. Puis il transforme cette sensation en une autre perception sensorielle (ici la lumière) qui circule partout dans le corps. Il mélange les sens, augmente les sensations et diversifie les endroits où elle peuvent être ressenties. Il invite alors le patient à se focaliser sur le moment présent en se concentrant sur la respiration et en laissant passer les pensées parasites. L'augmentation de conscience à proprement dit vient ensuite pour que le patient se sente appartenir à un ensemble plus vaste que sa dimension corporelle. Il va alors créer un point d'ancrage en « activant » un souvenir positif et invite le patient à se concentrer sur le « plaisir » éprouvé. Une métaphore est utilisée pour introduire l'idée que le patient est le créateur de sa propre réalité. Cette induction relativement simple dure ici 20 minutes mais pourrait être plus longue en cabinet (cette phase d'induction est généralement plus développée que dans les hypnothérapies dissociantes).
- La phase de « travail » à proprement dit commence et consiste en la transformation de la sensation d'une forte envie en une forme ou une image symbolique, dans le corps ou en dehors. Le patient est invité à l'examiner et à la décrire en détail et à l'« accepter » sans l'éviter ou chercher à le détruire. Si ce symbole est dans le corps le patient est invité à le sortir de celui-ci, en

faisant les gestes nécessaires si il le souhaite. Il « défusionne » symboliquement et est invité à transformer, avec plaisir, ce symbole en quelque chose de plus beau, de plus agréable en lui enlevant tout ce qui peut blesser ce qui n'est pas harmonieux (activation de la « proprioception »). Lorsque le symbole est devenu agréable, le thérapeute demande au patient de chercher les causes qui ont fait que le symbole était devenu laid ou agressif et l'invite à symboliquement effacer ou déplacer ces causes. Enfin le symbole « nettoyé » est réintégré au corps et le patient est invité à protéger l'endroit où il a été réintégré.

- Une suggestion post-hypnotique est ensuite introduite. Le patient est invité à imaginer et visualiser un endroit, un paysage où il se sent bien. Il va imprimer cet endroit « refuge » dans un espace intérieur confortable. A tout moment le patient pourra revenir à cet endroit de sérénité et de bien-être.
- Il n'y a pas de suggestion de « sortie de transe » comme classiquement mais simplement de maintien de l'état de conscience augmentée après la réouverture des yeux pour que les effets de l'hypnose se prolongent et qu'une prise de conscience plus approfondie encore de ce qui a été travaillé puisse continuer à se développer dans les heures qui suivent.

Il ne s'agit ici qu'un exemple, mais il m'a permis d'introduire quelques-uns des éléments clés de ma pratique hypnothérapeutique en addictologie et en alcoologie. Une orientation positive plutôt qu'aversive où le patient prend du *plaisir* et est le propre *acteur libre de son changement*. L'importance des *sensations*, des *émotions*, de la *visualisation* mentale. Les outils de focalisation sur les perceptions corporelles, environnementales et la respiration (communes au *mindfulness*). L'activation de ressource et de souvenirs positifs opérants (qu'utilisent les techniques *d'activation de conscience*). Les *métaphores* (issues de *l'hypnose ericksonienne*). Les notions de *défusion*, *d'acceptation* et de *mise en mouvement* (émotion au sens étymologique) qui seront développées plus loin et sont issues des *thérapies d'acceptation et d'engagement*. Ainsi que l'absence de rupture nette entre l'état de conscience augmentée et l'état de fonctionnement « de base » ouvrant la perspective d'une action à long terme et d'une réappropriation des outils par le patient.

Les acquis des recherches sur la pleine conscience

La question de l'efficacité des pratiques de pleine conscience versus soins habituels et/ou hypnose ne se pose pas à mes yeux. Dans un objectif d'abstinence tous les outils mis à disposition du patient fonctionnent de concert. Et la revue de la littérature nous a permis de montrer que tenter d'isoler l'influence des uns est des autres est, dans le cadre de méthodologies quantitatives, quasiment impossible. L'hypnose en augmentations de conscience intègre de fait les acquis du *mindfulness* et peut agir de concert ou comme renforçateur dans la plupart des protocoles développés dans ce cadre (Alladin, 2014)(Otani, 2016)(Olendzki & Elkins, 2017).

Nous avons pu observer cependant un apport de la pratique du mindfulness au-delà de l'objectif d'abstinence spécifiquement déterminant pour réduire l'anxiété, les difficultés de concentration, les biais attentionnels et surtout pour induire un plus grand sentiment d'auto-efficacité pour orienter les affects négatifs et les ressentis émotionnels en réponses positives (Spears et al., 2017). Ces éléments sont à mes yeux des clés importantes du maintien de l'abstinence, si tel est l'objectif, mais surtout des ressources nécessaires pour permettre au patient de *choisir* une vie épanouissante qui ne soit pas déterminée par le produit, ni même stigmatisée par l'étiquette « alcoolique ». L'hypnose comme technique d'amplification des états de pleine conscience trouve ici une application particulièrement pertinente selon moi. C'est précisément ce que je fais dans ma pratique en structurant une prise en charge notamment sur la base des protocoles validés comme le MBRP.

MBRP : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience

Je présenterai ici les travaux de Sarah Bowen, Neha Chawala et G. Alan Marlatt (Bowen, 2019) qui ont abouti au développement d'un protocole validé et aujourd'hui enseigné à de nombreux praticiens dans le monde, le programme Mindfulness Based Relapse Prevention qui est une adaptation de programmes liés à la réduction du stress (MBSR) (Kabat-Zinn, 2003) (Santorelli et al., 2017). Les protocoles que je développe en hypnose intègrent des aspects de cette méthode issue des travaux de John Kabat-Zinn et des équipes de l'école de Médecine de l'Université du Massachusetts.

A la base de ce protocole les auteurs partent d'un constat : expérimentalement les techniques d'aversion conditionnée (présentation du produit associée à un stimulus négatif comme un choc électrique) produisent des résultats significatifs à 3 mois après la sortie de cure et une plus grande abstinence que le groupe contrôle. Toutefois à 15 mois c'est l'effet inverse qui se produit avec un effet de rebond important et des consommations plus importantes (Okultich & Marlatt, 1972). En l'absence de réponses alternatives, le patient reprend les mêmes réponses en présence des mêmes déclencheurs. Ils constatent également que la plupart des épisodes de rechute peuvent être attribués de façon surprenante à un nombre restreint de catégories : d'une part des conflits interpersonnels qui engendrent frustration, colère et les pressions sociales directes ou indirectes en lien avec l'alcool; d'autre part les mécanismes intra-personnels, en incluant les cravings-copings déclenchés par des stimuli environnementaux. Ils font l'hypothèse d'un point commun entre toutes ces situations à haut potentiel de rechute : le besoin de « s'automédiquer » lorsque l'individu expérimente des états émotionnels négatifs.

Le *programme de prévention de la rechute basé sur la pleine conscience* (MBRP) est un programme de postcure (ou de post-sevrage) intégrant les outils de prévention de la rechute cognitivo-comportementaux et une pratique de la pleine conscience. Les pratiques, dans ce programme, sont destinées à favoriser une conscience accrue des déclencheurs, des habitudes récurrentes et des réactions

automatique qui semblent être « aux commandes ». En s'arrêtant pour observer l'expérience présente pour amener à la conscience la somme des choix possibles moment après moment. Les participants sont amenés à faire la différence entre l'expérience primaire (comme une sensation physique) et les pensées ou réactions qui s'en suivent (tension, résistance, pensées, récits et émotions) qui peuvent entrer dans un mécanisme de prolifération. Ce programme implique des séances guidées en groupe restreint (8 à 12 participants) de deux heures en moyenne (éventuellement par demi-journées) et une pratique à domicile (l'intégration de la méditation dans la vie quotidienne est essentielle à long terme).

Certains ont pu le comparer avec l'approche en 12 étapes des AA et il y a en effet des points communs comme l'importance de l'*acceptation*, d'une *vie équilibrée* et du *lien social*. Toutefois l'une des bases de l'approche MBRP est de considérer que le patient peut être renforcé dans sa propre capacité de changement à l'opposé du modèle spirituel sous-jacent des AA (bien qu'ils s'en défendent souvent ou s'en écartent dans certains groupes) où les participants sont encouragés à accepter l'étiquette « alcoolique » et à confier à une « puissance supérieure » le pouvoir de les aider dans leur rétablissement. Le modèle des AA est efficace, je l'ai déjà mentionné, à condition que le patient ne « dérape pas » car la transgression d'une règle assignée par un engagement vis-à-vis d'un groupe social engendre nécessairement une crainte du rejet et une expérience de culpabilité et d'autocritique qui favorise le risque de rechute (Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Le BMRP est formellement structuré autour d'un protocole en huit séances (Marlatt et al., 2008) normalement en groupe « fermé » (les participants commencent tous en même temps à la séance 1) mais des expériences sont actuellement également réalisées en groupes « ouverts » pour augmenter les possibilités d'intégrer des participants lors d'un séjour dans un service d'alcoologie par exemple.

- Séance 1 : Pilote automatique et rechute (expérience du mode *pilote automatique* ; pleine conscience pour prendre conscience des *patterns* de l'esprit ; méditation du *bodyscan* (voir un exemple de script p.89) pour prendre conscience des manifestations physiques.
- Séance 2 : Conscience des déclencheurs et des fortes envies ; Exercice de *visualisation d'une expérience frustrante* et expression des pensées, images, émotions, sensations physiques et émotions qui y sont associées ; exercice de *surfer sur les envies*, métaphore conçue pour modifier la relation des patients avec les cravings en les accueillant sans crainte et dans une attitude curieuse et bienveillantes, rester présent sans être submerger, introduction de l'importance de la respiration ; exercice de méditation *de la montages* où les participants sont invités à fusionner avec des qualités de stabilité, de force et de dignité.

- Séance 3 : La pleine conscience dans la vie de tous les jours (méditation *de la respiration* ; introduction de l'espace de respiration SOBER : Stoper, Observer, Baser sur la respiration, Élargir, Réfléchir avant d'agir).
- Séance 4 : La pleine conscience dans les situations à haut risque ; Exercice de méditation incluant *sons, respiration, sensation et pensées* dans une logique itérative d'élargissement des expériences de méditation précédentes ; partage autour des situations à risque individuelles pour mettre en lumière des patterns partagés ; application de SOBER à une situation présentant un défi ; méditation de *la marche*, augmentation de conscience kinesthésique, marcher simplement plutôt que de se fixer un but.
- Séance 5 : Acceptation et comportements efficaces ; Méditation intégrant les dimensions précédemment explorées et les *émotions* ; exercice SOBER en interaction ; exploration des signaux physiques, émotions et cognitions qui pourraient servir de signal pour pratiquer SOBER ; discussion autour de la relation entre acceptation et changement ; *mouvements en pleine conscience*, prise de conscience de la relation que le participant entretient avec son corps et donner un espace à l'inconfort émotionnel et physique tout autant qu'aux sensations agréables et de bien-être.
- Séance 6 : Voir les pensées comme des pensées ; Méditation des *pensées*, focalisation sur la nature des pensées plutôt qu'à leur contenu, les pensées ne sont pas des réflexions fiables, étiqueter les pensées souvenirs-planification-ruminant-imagerie... ; *pensées et rechute*, identification des pensées « résistantes » ; *cycle de la rechute*, déclencheurs et réaction en mode pilote automatique, rôle des pensées et des croyances).
- Séance 7 : Prendre soin de soi et style de vie équilibré ; Méditation de la *bienveillance*, envers soi-même et envers les autres, identification des résistances ; *où commence la rechute*, élargir l'attention aux choix et styles de vie, identifications de facteurs qui peuvent augmenter le niveau de vulnérabilité : stress, fatigue, solitude, manque de soutien social... ; carte de rappel du plan d'urgence : raisons pour rester sobre, numéros de contact, espace de respiration SOBER, activités alternatives et projets.
- Séance 8 : Soutien social et poursuite de la pratique ; *Body scan* et métaphore des paradoxes ; observer les réponses au sein de la communauté, l'importance d'avoir du soutien au-delà des compétences développées ; intentions pour le futur ; méditation du *parcours*, pierre brute symbole de la beauté de l'imperfection.

Ces huit étapes sont toutes intégrables ou transposables dans une pratique d'hypnose individuelle et de groupe. Dans les faits les outils comme le *bodyscan* ou la *focalisation sur la respiration* font partie de la plupart des scripts d'induction que j'utilise en hypnose. De même les notions d'*acceptation*, d'*engagement conforme à des valeurs* et de *flexibilité* par rapport aux pensées sont aussi centrales dans les

stratégies thérapeutiques que je développe basées sur les TCC de nouvelle génération.

La psychologie positive et les TCC de 3^{ème} génération (ACT)

On peut situer l'ACT dans le champ de la psychologie positive et ses outils, que je transpose dans ma pratique de l'hypnose, sont simples et efficaces pour aider un patient à sortir d'une existence enlisée par un vécu douloureux de quel qu'origine que ce soit et dans le domaine de l'alcoologie d'une vie repliée sur le produit. Cette approche est basée sur l'acceptation des événements psychologiques et l'engagement dans des comportements en direction de valeurs (Harris et al., 2012) (Wilson, 2015). La démarche clinique de l'ACT pourra être résumée comme suit : « Étant donné qu'il existe une différence entre vous et les sensations/pensées contre lesquelles vous luttez et que vous essayez de changer (soi comme contexte), êtes-vous d'accord pour percevoir ces sensations/pensées pleinement (acceptation), pour ce qu'elles sont et non pour ce qu'elles disent être (défusion), et de faire ce qui vous fera avancer dans la direction (actions) de ce qui est important pour vous (valeurs), dans l'instant présent (contact avec l'instant présent) » ? (Ducasse & Fond, 2015)

Les outils de l'ACT

Dans le résumé qui précède certaines notions essentielles de l'ACT apparaissent. Elles sont en fait au nombre de six et sont les facettes de la *flexibilité psychologique* :

- Le *contact avec le moment présent* (on pourrait dire la pleine conscience de ce qui se passe ici et maintenant, le *mindfulness*) ;
- La *défusion* (apprendre à faire un pas en arrière, à se détacher de ses pensées, images et souvenirs) ;
- L'*acceptation* (s'ouvrir et faire de la place aux sentiments, aux sensations, aux pulsions et aux émotions quelles qu'elles soient) ;
- Le *soi comme contexte* (certains l'appelle la « pure conscience » ou l'aspect de nous qui est conscient de tout ce que nous pensons, ressentons et faisons à chaque instant) ;
- Les *valeurs* (la boussole qui nous dirige dans nos choix de direction de vie) ;
- L'*action engagée* (une action efficace et guidée par nos valeurs au quotidien y compris si ça doit engendrer des pensées et des émotions désagréables, ceci intègre les outils classiques des TCC).

Ces six processus peuvent être regroupés en trois unités fonctionnelles :

- La défusion et l'acceptation visent ensemble à se distancier des pensées et des émotions, à leur faire une place et à « s'ouvrir » ;
- Le soi comme contexte et le contact avec le moment présent impliquent tous deux d'être « pleinement présent » ;
- Les valeurs et l'action engagée impliquent la *traduction en actes* du langage vers des comportements qui enrichissent la vie, en d'autres termes « faire ce qui importe » ;

La *flexibilité psychologique* est dès lors la capacité d'être ouvert, pleinement présent et de faire ce qui importe. En français, l'acronyme ACT est parfois traduit par acceptation, choix et traduction en actes. C'est bien le cheminement que je pratique avec mes patients.

Les thérapies brèves ou stratégiques

Les thérapies brèves ou stratégiques, peuvent être définies comme « l'application de l'analyse systémique » et du principe d'auto-organisation des « problèmes » humains. Elles sont orientées sur la question du *comment fonctionne* une difficulté pour pouvoir atteindre *l'objectif de résolution du problème* qu'elle engendre. Elles sont inspirées par les travaux Gregory Bateson mais aussi des successeurs de Milton Erickson et donc « par nature » intrinsèquement liées à l'hypnose. Un ouvrage, qui a fait référence dans ce champ thérapeutique, est intitulé « *L'art du changement. Thérapie stratégique et hypnose sans transe* » (Nardone & Watzlawick, 1993), ce qui ne laisse pas de doute sur ce lien de filiation avec l'hypnothérapie. Mon travail intègre les outils développés par ces auteurs dont la bibliographie compte plusieurs dizaines d'ouvrages et plus encore d'articles scientifiques qu'il m'est impossible de recenser et commenter ici.

Au travers d'un recueil d'articles intitulé « *Stratégie de thérapie brève* » (P. Watzlawick & Nardone, 2000) il est cependant possible de cerner les fondements de ce qui est aujourd'hui considéré comme l'Ecole de Palo Alto. Selon cette approche l'individu vit et *construit sa propre réalité* (concept central dans mon approche de l'hypnose). L'expérience de chacun résulte d'interactions successives et constantes entre une vision du monde et ce que la personne en fait en pratique en interaction avec son environnement. L'illusion, ou le « blocage », pour la personne peut-être de croire qu'il n'existe qu'une seule réalité. Le postulat épistémologique de base est donc qu'aucune explication n'est vraie en soi. C'est seulement du rapport entre un message et son contexte qu'émerge une signification.

La thérapie brève applique une logique du changement dont les outils reposent sur un ensemble de méthodes axées sur la *résolution de problèmes abordés dans une perspective relationnelle*. L'intervention est brève par souci d'efficacité, mais d'abord

et surtout parce que les objectifs y sont sciemment limités. La stratégie clinique qui y est alors employée consiste en la co-construction, entre le patient et le thérapeute, d'un problème accessible à une solution, ici et maintenant. La recherche de solutions trop complexe maintient et renforce souvent le problème que l'on essaie de résoudre. En ce sens, même si les difficultés peuvent s'expliquer par des événements du passé, seul le présent en « détient les clés ». La thérapie consiste ainsi à « conduire le patient à créer une situation à l'intérieur de laquelle le changement de ses perceptions et réactions n'est pas seulement souhaitable mais *inévitable* » afin de créer une rupture dans le système des réactions circulaires qui entretiennent le problème. Il est aisé de percevoir en quoi ceci est directement lié aux phénomènes rencontrés en alcoologie.

L'exploration systématique avec le patient des tentatives de résolution de son problème avec l'alcool est également un point des protocoles de thérapie brèves que j'intègre nécessairement dans ma prise en charge en alcoologie. J'ai déjà eu l'occasion de le mentionner, une des caractéristiques récurrentes des TUA est que les mêmes problèmes amènent de manière récurrente le recours aux mêmes solutions (que ce soit dans les consommations ou dans les tentatives de résolution de leurs conséquences). Cependant à la lumière des autres outils que j'ai déjà présentés, je garde à l'esprit que le patient ne peut être « réduit » à n'être qu'un problème ou « le » problème. C'est bien tout l'inverse. Je m'attache à percevoir et faire émerger avec le patient tous ses potentiels, ses ressentis et émotions, sa « carte du monde », ses valeurs et rapports avec son environnement. Je perçois ainsi mon rôle en hypnothérapie comme le facilitateur de la prise de conscience de la part de ces aspects qui ne sont pas encore pleinement conscients pour co-construire avec lui une voie de « sortie » à la fois atteignable et « commencement » d'un autre processus de changement durable.

Indications et prise en charge en alcoologie par une hypnothérapie brève

L'Hypnothérapie est une forme de psycho-thérapie au sens générique (méthode thérapeutique qui fait uniquement appel à des moyens psychologiques afin de traiter les troubles psychiques ou somatiques) qui trouve des applications tant dans le domaine de la santé que de la qualité de vie. Elle est indiquée, le plus souvent en alcoologie en complément d'une approche médicale, pour des aspects plutôt fonctionnels en *hypnothérapie brève* ou le travail se fait sur les processus, les comportements et les symptômes ou ressentis envisagés en interactions chez l'individu et avec son environnement. C'est ce que j'applique pour d'autres addictions avec produits, principalement aujourd'hui le tabac, le cannabis et les psychostimulants... mais aussi les anxiolytiques et anti-douleurs ainsi que les addictions sans produits comme le jeu et de plus en plus les écrans et le sexe. Derrière cette indication on retrouve souvent également des pathologies croisées comme des *troubles de l'alimentation*, de *l'hypersensibilité*, du *sommeil*, des *déficits de concentration* ainsi que les troubles *anxieux* et *dépressifs* dans les prises en charge

en alcoologie. Cette formation a contribué à renforcer une préoccupation, bien présente déjà, qui est celle de l'identification de psychopathologies parfois plus graves qui peuvent également être associées et pour lesquelles la collaboration avec un psychiatre est nécessaire. La nécessité d'un sevrage le plus rapide possible suivi médicalement et dans un milieu « sécuritaire » doit également être envisagée comme je l'ai déjà évoqué. Mon intervention est rarement de première ligne mais je suis bien conscient que l'hypnose peut faire penser à la « baguette magique » dont rêvent les patients. Et mon engagement et ma conscience professionnelle sont précisément de ne pas « vendre du rêve » et d'être particulièrement vigilant quant aux risques que représente le sevrage alcoolique pour le patient.

Il ne peut il y avoir de prise en charge « standard » en hypnothérapie car je considère que chaque patient demande une approche centrée sur « lui-même » et non sur sa pathologie. La co-construction des objectifs de la thérapie déterminera les outils que je mettrai en œuvre. Je présenterai donc ici des jalons ou étapes qui pourront être modulés, agencés et utilisés adéquatement en thérapie individuelle.

Une approche en hypnothérapie brève dans le cadre d'un trouble d'usage d'alcool demandera entre trois et huit séances tout en impliquant un suivi ou à tout le moins un feedback à plus long terme. Une stratégie de prévention de la rechute sera élaborée dans le processus qu'il arrive et le travail pourra être poursuivi et complété en séances de groupe. Une séance individuelle d'hypnothérapie dure entre 45 minutes et 1 heure 30 en règle générale et la fréquence des rendez-vous pourra varier de trois séances par semaine à une séance toutes les deux semaines dans ma pratique. Cette fréquence sera décidée à la fois en fonction des besoins exprimés par le patient mais aussi de ses capacités tant cognitives (parfois fortement impactées pendant et immédiatement après un sevrage comme le montrent de nombreuses études), que financières. Les addictions et les TUA ont pour conséquence une précarisation dans de nombreux cas et si je peux pratiquer un tarif « juste et responsable » dans certains cas, le patient doit pouvoir se sentir pleinement capable d'assumer son engagement dans le processus thérapeutique en toute connaissance de cause.

Déroulé d'une séance

Tout d'abord il s'agira à chaque séance de définir un objectif précis et formulé de manière positive. Cela inclura un retour sur ce qui s'est passé avant la séance ou depuis la dernière séance le cas échéant. Cette phase est non hypnotique mais mon attention sera portée tout autant sur les éléments de langage utilisés, les attitudes et signes non verbaux exprimés par le patient que sur les contenus de l'entretien. Je vais créer une *synchronisation positive* en adaptant ma propre attitude à celle du patient (verbale, para-verbale, non-verbale, état psychologique ou émotionnel et « modèle du monde » ou système de croyances et valeurs). Le méta-modèle issu des travaux en hypnose ericksonienne que j'ai présentés me sert de cadre d'analyse pour repérer

les omissions, distorsions, contradictions... centraux dans tout processus motivationnel. Les indicateurs d'orientation sensorielle (le VAKOG acronyme pour les modalités sensorielles visuelles, auditives, kinesthésiques et olfactives/gustatives) me permettent de moduler les canaux de communication que je vais privilégier. L'objectif de ces observations va être de *calibrer* les phases suivantes sur le patient lui-même et de les *nourrir* avec des expressions, références ou tout élément qui le caractérise.

Pour arriver à co-construire un objectif avec le patient je vais procéder de manière itérative. Après la question « Que souhaitez-vous ? » je fais préciser la demande jusqu'à obtenir une réponse positive et cohérente sous forme d'objectif. Je peux utiliser par exemple des relances du type « En quoi est-ce important ? », « Comment savez-vous que vous aurez atteint votre objectif ? », « Quels sont les obstacles qui vous en empêchent ? », « Où ? Quand ? Comment ? Avec qui ? », « Concrètement qu'est-ce qui va changer ? », « Qu'est-ce qui vous empêche de réussir maintenant ? », « Quels sont les raisons des échecs passés ? », « De quoi avez-vous besoin ? », « Quels sont vos ressources propres ? », « De quel soutien disposez-vous ? », « Qui vous en empêche »... En fait le type de relance d'un entretien motivationnel classique afin d'obtenir à la fois un *engagement au changement* et de révéler les *freins* et les *croyances limitantes*.

Pour une première séance, cette phase pourra prendre à elle seule près de trois quarts d'heure afin de s'assurer que l'anamnèse (antécédents, médicaux ou psychothérapeutiques, avec les résultats des différentes explorations déjà faites et les traitements entrepris) soit suffisamment étayée et que la « demande » soit parfaitement claire tant pour moi que pour le patient. Pour les séances suivantes elle durera moins d'une quinzaine de minutes.

La phase d'hypnose commencera ensuite le plus souvent par une relaxation et une focalisation de l'attention sur les sensations et une induction le en ouverture de conscience (voir un exemple p.100). L'objectif étant ici d'induire un état modifié de conscience en aidant le patient à « *gagner en conscience* » et non pas plonger dans l'inconscient comme dans les formes d'hypnose dissociatives. Cela peut prendre plus de temps que dans d'autres formes d'hypnose, parfois plus de vingt minutes, car il est plus facile de « laisser » le patient se dissocier que de lui permettre d'entrer en hypnose tout en restant conscient et pleinement présent.

Ensuite le principe est fondamental est toujours le même. *C'est le patient qui travaille* avec les outils que je lui propose et avec lesquels *je l'accompagne*. La phase du travail en hypnose sera donc active pour le patient qui sera amené tout au long du processus hypnotique à faire des gestes (parfois même à se déplacer) et à « converser » avec moi en répondant à mes questions. Je vais utiliser des *métaphores*, stimuler l'*imaginaire* et l'inviter le plus souvent à utiliser des *symboles* ou à explorer

librement un champ qu'on pourrait décrire comme un *rêve éveillé* (qui inclus aussi des remémorations de rêves ou de pensées « parasites »). Dans les approches thérapeutique plus longues et analytiques sur lesquelles je reviendrai plus tard le patient sera également amené à explorer ou manipuler des *archétypes* et ses *blessures intérieures* également de manière symbolique. Cette phase de travail pourra durer entre dix et vingt minutes par séance (c'est le patient qui décide quand il estime avoir « accompli » le travail entrepris).

Au terme cette phase le patient n'est pas « ramené » à la conscience puis qu'il ne l'a jamais quittée. Au contraire il est invité à profiter de cette activation de sa conscience et de ses perceptions après la séance. Une suggestion d'environnement « sécuritaire » comme un « fond d'écran » de bien-être est souvent utilisée. Un débriefing et un « plan d'action » jusqu'à la séance suivante concluent la séance. Le patient peut également être renvoyé à des lectures ou des exercices d'auto-hypnose (ou de méditation) qu'il pourra pratiquer à domicile ou dans différentes situations de sa vie quotidienne.

Étapes possibles ou proposées pour une prise en charge de 3 à 8 séances

La notion d'intervention brève n'a pas ici le même sens que ce qui nous a été présenté pour la médecine générale. L'hypnothérapie prendra nécessairement plus de temps que celui qui pourra être consacré en consultation chez le médecin traitant mais ne la remplacera jamais. Je ne suis pas médecin et mon rôle sera limité à mes compétences en alcoologie, en hypnothérapie (et à ma capacité de mobiliser un réseau de prise en charge si nécessaire). Le médecin traitant pourra être la personne qui oriente le patient vers moi et si même si tel n'est pas le cas je m'assurerai toujours de pouvoir le consulter ou lui transmettre des informations relatives à une prise en charge médicale.

La première séance est cependant structurée, dans ses fondements, comme toute séance en alcoologie. Je reprends pour ma part dorénavant une prise de note sur la base d'une fiche signalétique inspirée par les Dr. Orban et pour cette première séance et je garde toujours à l'esprit le « mode d'emploi » du Professeur Verbanck :

- Établir une relation avec la personne qui consulte
- Évaluer avant d'intervenir (selon un modèle bio – psycho – social)
- Évaluer le « problème » de boisson avec le patient
- Estimer les possibilités de changement et les attentes du patient
- Jugez la situation, mais pas la personne
- Évaluer mes propres moyens d'action
- Répertoire les partenaires potentiels et, si nécessaire, passer la main en gardant le lien
- Faire en sorte que le patient « reste en traitement » quelle que soit son évolution

Les exemples pratiques que nous ont transmis le docteur Dor (ou qui sont disponibles sur le site internet de la SSMG, reseualcool.be et mongeneraliste.be par exemple) me servent également dans ces premiers contacts avec le patient. Pour prendre de l'information dans un premier temps : explorer avec le patient le motif de la consultation, son parcours personnel, le contexte familial et professionnel, ses consommations et ses relations à l'alcool (et à d'autres produits le cas échéant). La consommation déclarée (CDA) est la première porte d'évaluation pour moi car je n'aurai pas accès le plus souvent à d'autres indicateurs biologiques. Lors d'une première séance j'inviterai toutefois le patient qui n'est pas abstinente à tenir un carnet de consommation sur lequel nous pourrions revenir ensemble lors des séances suivantes. Le cas échéant je pourrai proposer au patient de répondre aux questions du questionnaire CAGE, FACE ou AUDIT, et je consignerais toujours ces résultats par écrit ainsi que mes observations sur la base des critères du DSM. Dans les séances suivantes je pourrai introduire des questionnaires comme l'OCDS, des échelles de qualité de vie (AQoLS) par exemple.

La poursuite de l'anamnèse m'amènera en suite à faire formuler au patient ses attentes et les bénéfices escomptés de la démarche qui l'a amené à me consulter. Je cherche les motivations positives et s'il y a des motivations négatives j'utilise une reformulation positive ou je demande au patient de le faire (la crainte de la maladie deviendra par exemple l'objectif d'être en bonne santé pour...). Mon rôle sera également d'évaluer et le cas échéant « d'améliorer » les connaissances du patient relatives à l'alcool. Je prépare pour cela des « supports pédagogiques » sous la forme de visuels (et de fiches pratiques que le patient pourra emporter ou retrouver sur internet) comme les verres standards, les étapes qui mènent à une consommation à risque ou à une dépendance, les recommandations OMS... la notion de réduction de l'espérance de vie en bonne santé attribuable à l'alcool (DALY). Je veille cependant à aborder cette étape sous la forme d'une question du type « Que savez-vous de l'alcool ? » et à amener le patient à me questionner plutôt que de lui faire une « leçon » magistrale, ce qui est totalement contre-productif selon mon expérience. Mon objectif étant à chaque stade de créer une relation de confiance et non de respect d'une forme d'autorité avec le patient.

Dans le cadre de cet entretien, je vais également recadrer le recours à l'hypnose. Démystifier et rectifier des attentes « magiques » s'il y en a en adaptant mon explication aux cadres de pensée du patient. Mon discours s'adaptera donc mais il visera toujours à souligner que l'arrêt d'un comportement addictif, comme tout comportement « automatique » est nécessairement en partie au moins « inconscient », ne relève pas d'un « effort conscient » : la volonté n'est pas capable d'une vigilance permanente.

Pour un patient que je perçois curieux ou potentiellement réceptif à un petit test de suggestibilité, je vais proposer l'expérience suivante (empruntée à Antoine

Bioy) : debout face à moi je demande au patient de tendre un bras sur le côté et de résister à la pression (vers le bas) que je mets dessus. Puis je lui demande de recommencer en *essayant* à nouveau de résister (avec un ton particulier sur l'expression « *essayant* ») tout en se *concentrant* sur l'expression verbalisée intérieurement « Je veux résister ». Quasi invariablement la résistance, à la grande surprise du patient va être moindre (l'attention est détournée vers la pensée, je vais créer un effet de surprise en appuyant sur le bras au même moment qu'une répétition mentale de la phrase, et je vais « déclarer » que la résistance est moindre). Puis je propose de tendre le bras une troisième fois en « imaginant » que le bras est une barre métallique et s'il le faut plusieurs barres métalliques jusqu'à ce qu'il soit impossible de le baisser (ce qui est une suggestion hypnotique en fait). Je vais effleurer le bras puis exercer, sans surprise cette fois, et en focalisant l'attention du patient sur son bras, exactement la même force vers le bas. Invariablement la résistance va être supérieure. Ceci me permet d'introduire la notion de « plus on *veut essayer* d'arrêter moins on y arrive »... et je peux utiliser d'autres métaphores illustratives des boucle de renforcement ou des actions inconscientes en fonction du profil du patient.

Ensuite je vais reformuler la question « Que souhaitez-vous ? » selon le protocole général d'une séance que j'ai présenté plus haut jusqu'à l'obtention d'une formulation positive et cohérente d'un objectif. Si celui-ci est généraliste, je vais l'accepter mais je vais demander au patient de « nous » fixer un objectif ici et maintenant pour cette séance. Peut-être est-il déjà atteint ? Idéalement je souhaite pouvoir lors de ce premier contact ne pas laisser le patient repartir sans faire l'expérience d'un état modifié de conscience et de l'hypnose telle que je la pratique. De nombreux hypnothérapeutes sont, je le regrette, soit tout de suite dans l'hypnose (avec un protocole standardisé) soit dans une forme d'hésitation de « passer à l'hypnose » lorsqu'ils sont à la base psychothérapeutes. Dans les deux cas le patient risque soit d'être « brusqué » dans sa démarche, soit d'être déçu ou frustré de ne refaire souvent que ce qu'il a déjà fait maintes fois : « raconter son histoire avec l'alcool ». La multiplication et la diversification des interventions dans le parcours du patient est certes un atout potentiel mais le caractère cyclique de la maladie alcoolique et la brièveté des prises en charge induit souvent que le patient a le sentiment de refaire la même chose, sans pouvoir aller plus loin ou sans avoir de vision claire de ce que le thérapeute pourra lui apporter.

Dans les séances de travail qui vont suivre, soit au minimum trois et de manière optimale huit ou plus je vais toujours aborder de manière *symbolique et métaphorique* les notions *d'acceptation des ressentis* liés à la consommation d'alcool *agréables et désagréables* (les *déclencheurs émotionnels*) et la *défusion* avec ces sensations. Puis *l'engagement au changement*, en puisant dans les *valeurs* (des *ressources présentes* mais non encore activée ou inhibées par la consommation) et leur traduction en *actions*, menant à un *bien-être durable*, sans fausses illusions

ni fuite (dans l'alcool ou un produit de substitution). C'est **l'activation et l'agentivité** plus que l'inhibition qui seront le fil conducteur.

Lors de cette première séance, parfois première expérience en hypnose, je débiterai dans la plupart des cas par une relaxation focalisée sur la respiration (ce que les patients ont souvent déjà fait ailleurs), un rapide body scan, et une induction hypnotique en augmentation de conscience relativement simple comme une invitation au voyage par exemple (*expansion matérielle*). En voici des extraits :

« Vous êtes ici, avec moi... Dans cette pièce... vous vous rappelez du mobilier... peut-être de quelques éléments de décoration... balayez cette pièce dans votre esprit... redécouvrez-la... intérieurement... c'est ça... les mouvements de vos yeux m'indiquent que vous parcourez la pièce... intérieurement... Vous vous rappelez peut-être des vêtements que je porte... ou peut-être pas... peu importe... vous pouvez m'imaginer avec une chemise rose ou bleue... c'est vous qui êtes aux commandes de ce voyage... c'est votre imagination. Vous savez aussi qu'au-delà de cette pièce... il y a la rue... et seulement en y pensant, votre esprit peut croire que vous êtes dehors... vous voyez les voitures passer... peut-être entendez-vous des gens qui se parlent... et pourtant vous êtes toujours bien ici... Pour votre cerveau, vous êtes à la fois ici et devant ce bâtiment, en même temps... c'est amusant de penser à plein d'autres endroits... même juste un peu plus loin dans la rue... allez-y... Vous êtes un peu plus loin et toujours ici et avec moi, parfaitement éveillé... vous entendez la musique en bruit de fond et le son de ma voix. Vos sens et votre conscience sont en éveil... À vrai dire, votre esprit ne se contente pas de percevoir juste ce qu'il y a devant vos yeux... Sa perception est bien plus vaste, sans que vous le sachiez... Alors, ce que vous faites en ce moment, c'est juste prendre conscience de ce que vous percevez déjà d'habitude... sans le savoir... Par exemple, vous êtes capable de détecter d'infimes variations de température, d'odeurs, de vibrations, de couleurs... sans pour autant avoir un don particulier... c'est naturel... il suffit d'en prendre conscience... Et vos sens peuvent s'ouvrir, comme pour vous permettre de mieux percevoir tout ça, maintenant. C'est bien... c'est ce que vous faites... (...) Et cela peut aller bien plus loin... car, parfois, quelque chose attire notre attention ... vous savez, comme lorsqu'un poste de télé est allumé et que le regard est sans cesse attiré... C'est que votre conscience aime ce qui regorge d'informations, ce qui bouge, ce qui pétille, ce qui change... Par exemple, lorsque vous regardez la télé, à chaque changement de plan, d'image... et bien, votre cerveau produit un peu d'endorphine et de dopamine, des hormones du bien-être... Il aime ça ! Les images vous donnent du plaisir... tout comme le fait de faire fonctionner votre imagination... comme vous le faites en ce moment... Votre esprit aime créer... il aime la nouveauté... quand les choses changent... (...) Quand vous serez prêts nous pourrons poursuivre le voyage... votre voyage... et maintenant vous savez que vous êtes aux commandes... (...) Peut-être que ça fait déjà beaucoup de choses pour vous... et que ça bouge beaucoup... mais comme le disait Francis Blanche "Face à un monde qui change, il

vaut mieux penser le changement que changer le pansement "... La suite c'est par là... on y va ? »

Cette « première » induction a pour objectif à la fois de donner le « ton » du type de suggestion hypnotique que j'utiliserai dans les autres séances et d'introduire les outils que sont *l'imagination*, la capacité d'être à la fois bien présent et capable d'être ailleurs, autrement, de *mieux percevoir*, le *plaisir dans le changement* dans la *création*, le *voyage intérieur...* et les *jeux de mots*.

Dans la phase de travail qui suit je vais utiliser la visualisation d'une « grande montagne » très imposante, et demander au patient de ressentir et exprimer ce qu'elle représente pour lui, si le fait de la visualiser change quelque chose... s'il a des ressentis positifs ou négatifs... des sensations, puis de ne garder que les aspects *plaisants* de cette perception, de les rassembler et de les transformer en un symbole qu'il sera invité à garder quelque part dans son esprit comme un outil ou une *ressource rassurante* pour en ressentir tous les aspects positifs : de la force et de la stabilité ? De la majesté, de la pureté ? ... Une envie de voir la vue depuis le sommet ? Je lui suggère alors qu'un alpiniste au pied de cette montagne observe la voie qu'il va *réussir* à escalader (métaphore, issue du paradigme de *l'activation de conscience* que j'adapte d'après Jean Becchio). « *Ayant fait de l'escalade moi-même, je sais que pour atteindre l'objectif qui est de « sortir » une voie (comme « sortir » d'un problème), le grimpeur expérimenté va lire celle-ci en partant du sommet, de l'objectif, avant d'imaginer à rebours tous les « pas » qu'il va devoir réaliser, toute les prises et points d'appui qu'il va utiliser jusqu'au début de la voie avant qu'il n'y pose ses mains, puis ses pieds.* » Ceci permet à la fois de revenir à la co-définition d'un objectif (je peux m'introduire dans la métaphore comme guide de l'alpiniste) mais aussi d'amener l'attention du patient sur la « sortie » tout en visualisant l'importance de chaque pas, en partant du premier... « *L'alpiniste se lance, peut-être avec des appréhensions, mais confiant... ET pleinement conscient de tous les relais par lesquels il va devoir passer...* » Tout comme le patient que je vais accompagner... Il pourra ensuite s'éloigner de la montagne qui devient de plus en plus petite (j'introduis ici la notion de *défusion de l'ACT*)... Jusqu'à n'être plus qu'un point sur une carte... L'Alpiniste a-t-il « sorti » cette voie ? Nous ne le savons pas... mais il a fait le premier pas et sait ce qu'il a à faire, c'est le plus important et quoi qu'il arrive il apprendra de son expérience du parcours s'il devait le reprendre (c'est souvent le cas quand on essaie de s'attaquer à une « première »...) ce qui conclut cette première séance en hypnose. Il n'y a pas de sortie de « transe » ici. J'invite simplement le patient à garder avec *lui* tout le positif du symbole de la montagne et de l'expérience de l'alpiniste avant de réouvrir les yeux. Une dizaine de minutes seront consacrées en suite au retour du patient sur son vécu et la planification de la séance suivante.

Une deuxième séance pourra être centrée sur une version approfondie du *bodyscan*, qui sera présenté comme une pratique possible à domicile. De

nombreuses études ont montré que c'est l'adoption de cette capacité à prendre du temps « pour soi », pour observer ses états internes, qui sera déterminante à long terme pour induire un changement *de mode de vie* au-delà d'un changement de comportement lié à l'alcool. Le script du bodyscan sera utilisé cette fois non pas en phase de préparation à l'induction mais dans le travail en hypnose. Après une induction en élévation de conscience, devenir *plus grand que soi* par exemple, le patient sera invité à faire un scan complet de ses sensations corporelles, à repérer les endroits du corps où il se sent bien, à faire grandir ces sensations de bien-être... Puis, lorsque des tensions ou des inconforts seront ressentis (l'augmentation de conscience lui permet de les identifier même si ils étaient avant imperceptibles) le patient sera invité à les observer, à les décrire, puis à les « faire sortir » du corps sous forme symbolique et en « faire » quelque chose (les soigner, les jeter... où les jeter ?) et à profiter de cette augmentation de la conscience de ses sensations pour combler ce qui a été enlevé par une ressource positive ressentie ailleurs dans le corps et qui a été maximisée. Il pourra la canaliser sous toute forme symbolique, lumière, chaleur...

Si on suit le déroulé des séances MBRP, la même séance pourrait être consacrée au travail de la notion de pilote automatique. J'utilise donc après le body scan une métaphore de la conduite automobile : « *Lorsque vous conduisez vous êtes parfaitement capable de faire la conversation avec un passager ou d'écouter la radio. C'est parce que la partie technique de la conduite est assurée par des modules automatiques, qui sont le résultat d'apprentissages acquis lors de toutes vos expériences de conduite antérieures... Votre attention est principalement occupée à entretenir la conversation ou à écouter les informations routières, un morceau de musique qui vous rappelle des souvenirs... Mais vous êtes ici et maintenant avec moi et votre attention est portée sur ma voix, comme si c'était moi le passager... et à la fois vous pouvez vous imaginer être au volant de cette voiture, en mode « pilote automatique », les voitures ressemblent de plus en plus à des avions de ligne n'est-ce pas ?... Votre inconscient est capable de conduire cette voiture alors que vous êtes attentif au son de ma voix et peut-être à ce morceau de musique qui passe à la radio, qui trotte dans votre tête et amène des images agréables... c'est ça, je vois un sourire se dessiner sur votre visage... Soudain votre pied droit écrase la pédale de frein... Immédiatement sans que vous ayez à penser à quoi que ce soit... un ballon de football passe devant la voiture... votre attention s'est focalisée sur ce ballon, sans que vous ayez le temps d'y penser, à une vitesse incroyable, et a activé toute une chaîne de réactions en augmentant votre vigilance et votre capacité à passer à l'action... Un module automatique de sécurité s'est activé et a occupé tout le champ de votre conscience pour un instant. Le petit garçon qui courrait après ce ballon est sain et sauf... vous lui faites un petit coucou de la main... et vous pouvez reprendre la route... avec à la fois ce sentiment d'hyper activation (c'est de l'adrénaline), mais aussi un sentiment de quiétude... il y a en vous cette capacité à préserver votre vie et celle des autres et à focaliser votre attention sur ce qui est important, vital, ici et maintenant, dans le plus petit instant qui soit... vous êtes ici et maintenant avec moi...*

et vous pouvez ressentir ces sensations, ce potentiel qui est en vous, plus que ce dont vous êtes conscient la plupart du temps, où vous fonctionnez en mode pilote automatique... » Encore une fois ce script n'est là qu'à titre illustratif et il sera « improvisé » à chaque séance tout en gardant une suite logique pour faire prendre conscience du mode pilote automatique et des patterns de comportement activables « avant » que nous en soyons conscients.

Si le temps que le patient souhaite consacrer à un travail en hypnose est limité je devrai privilégier une approche « plus stratégique » lors de la troisième séance (identifier et agir sur un schéma ou un blocage systémique) en proposant, comme outil de base, un « contre rituel » symbolique à la compulsion et l'obsession de consommation. La situation d'envie de consommer, ou de consommer encore plus, correspond à des ressentis émotionnels qui surviennent et placent le patient devant une bifurcation, un choix qui est souvent « bloquant ». C'est ce blocage lui-même qui en augmentant la charge émotionnelle pousse à la réaction acquise et *devenue automatique* de consommation. Pourtant une émotion, étymologiquement, c'est ce qui met en mouvement... Sur la base de cette métaphore, je vais proposer comme travail en hypnose au patient d'élargir son répertoire de réponses aux déclencheurs émotionnels liés à la consommation en activant « ce qu'il sait bien faire ». La technique de base de l'activation de conscience que j'utilise dans ce cadre sera d'inviter le patient à *imaginer* qu'il revit une scène où il *réalise* une tâche ou une activité avec *aisance* et *dextérité*... Les sensations que cette expérience provoquent seront ensuite *ancrées* comme ressources activables face à une situation correspondant à un schéma de consommation ou toute sensation de mal-être. Qu'il s'agisse d'un craving ou de tout autre affect désagréable qui pourrait appeler à chercher une solution d'apaisement rapide. Le rituel, qui sera co-élaboré avec le patient, sera apparenté à la technique SOBER mais unique au patient. Il consistera nécessairement à créer une réaction « automatique mais pleinement consciente » aux signes physiques du craving ou des déclencheurs émotionnels. Cette réaction, contre-rituel, *ancrée* en hypnose sera, selon le canal de communication privilégié par la personne, une visualisation, une phrase, un geste, ou toute forme de focalisation y compris sur la respiration... permettant de créer une parenthèse offrant un *choix* entre stimulus et réaction. L'activation des ressources positives ancrées par l'expérience du *savoir-faire* déblocuera la situation et ouvrira le champ des réactions possible à un niveau pleinement conscient.

S'il le faut je pourrai aussi recourir à ce que Watzlawick lui-même appelle un « tour de magie » en hypnose (adaptations de la transcription d'un script présenté lors d'une conférence, 2019). Je le présente, un peu de manière anecdotique, comme illustration de ce que les techniques d'hypnose classique sont encore d'actualité. Le principe de base pour Watzlawick est que toute hypnose est une auto-hypnose, avis que je partage. Dans ce contexte, je l'ai déjà évoqué, les suggestions directes et les formes d'hypnoses qui « jouent » avec l'inconscient posent à mon sens moins de

questions éthiques si elle ont pour but d'être utilisées par le patient lui-même pour se faire des auto-suggestions. A la fin de la phase de travail, je demande au patient de ressentir que sa main est de plus en plus légère, puis son coude, son bras... « (...) *laissez votre main et votre bras devenir plus légers, ils se soulèvent car c'est vous qui êtes aux commandes sans avoir besoin de le vouloir, plus haut, s'il vous plaît, encore plus haut... oui, oui, c'est très bien (...)* Prenez tout le temps nécessaire pour constater comment vous parvenez à ce résultat. Rendez-vous compte de ce que ce mouvement est naturel, sans effort, sans que vous ayez besoin de le vouloir, ça vient naturellement. La position de votre main et de votre bras est la plus agréable qui soit... Une position tellement agréable que quand j'essaierai d'abaisser votre bras, celui-ci aura envie, sans que vous ayez rien à faire, de remonter dans la position la plus agréable qui soit... ». Lorsque j'exerce une légère pression sur le bras pour l'abaisser il descend puis remonte dans la plupart des cas, si non j'appuie la suggestion avec « *tout votre bras a vraiment envie de remonter, et vous le laissez faire... il n'y a pas de raison de résister puis que c'est agréable* ». Je vais en suite suggérer un rituel d'auto-hypnose. « *Maintenant, je voudrais vous suggérer trois phrases que vous utiliserez pour arriver à atteindre l'objectif que vous-vous êtes fixé. Vous répétez l'exercice que nous venons de faire et une fois dans la condition qui est la vôtre là, maintenant, vous prononcerez ces trois phrases : "Pour mon corps et non pour moi, l'alcool est une prison" ; "J'ai besoin de mon corps pour jouir de la vie"; "je suis libre de donner à mon corps la protection dont il a besoin". Voilà tout ce que vous devez faire. Cela ne prend pas plus de 30 secondes et vous répérez ces phrases plusieurs fois par jour. Une fois chose faite... c'est-à-dire répéter ces trois phrases dans votre tête... les trois phrases que je viens de prononcer, vous pourrez faire un petit mouvement avec votre main gauche, de haut en bas ou bien encore de droite à gauche, serrer le poing, cela n'a pas d'importance. Et vous retrouverez la sensation de votre main gauche, de votre bras gauche puis vous ouvrirez simplement les yeux sur la Joie de vivre... en même temps que votre bras va se reposer sur l'accoudoir ou votre cuisse.* » Je fais ensuite répéter l'exercice au patient en lui rappelant les différentes phases et les phrases... « *voilà donc les trois phrases que vous devez répéter. Il est nécessaire de pratiquer cet exercice au moins trois fois par jour... et dès que vous en ressentez le besoin. Une fois que votre main commence à se lever. Vous répétez les trois phrases, vous serez le poing, vous rabaissez la main et le tour est joué.* » Je le laisse faire. « *A mon avis ce moment de votre vie est le début d'une vraie libération, vous êtes d'accord ? Il vous suffit de répéter ces trois phrases autant que nécessaire* ». Ceci peut sembler simpliste et n'est évidemment pas « magique ». Le principe de faire pratiquer une forme d'auto-hypnose, et d'associer dans un ancrage un geste et une chaîne de réflexion « logique » qui signifie en fait « je suis libre de jouir de la vie si je ne m'enferme pas dans une prison qui est l'alcool ». Derrière cette apparente simplicité, c'est le principe de la nécessité systémique des réponses stratégiques qui est mis en œuvre en même temps que les sentiments d'agentivité et d'engagement conforme à des valeurs (liberté et joie de

vivre). Ces notions peuvent bien évidemment être déclinée dans d'autres exercices d'auto-hypnose.

Lors d'une autre séance le travail en hypnose (que j'aie recouru à l'approche stratégique ou non préalablement) mon travail se focalisera sur les sensations et les notions de plaisir d'abord. La première phase sera donc de revivre une expérience de consommation réellement positive, agréable... et de décrire toutes les sensations de plaisir que ça représente. Les études nous ont en effet montré que commencer par une reviviscence d'une sensation désagréable, comme un craving, peut définitivement bloquer le patient ou altérer l'alliance thérapeutique, essentielle en hypnose comme en alcoologie. Ces effets positifs seront donc maximisés et le patient sera amené à décrire toutes ses sensations physiques et les émotions qui y sont associées... Il sera invité à être *lui-même* aux commandes de ces affects positifs... Il va pouvoir les ressentir, *sans avoir besoin de l'alcool* en fait, par son imagination (on pourrait observer une forme d'ébriété, ce à quoi je serai attentif). Si le temps le permet c'est la variation des scénarios de « ce qui fait plaisir » qui sera abordée de manière métaphorique en nuancant les notions qui y sont associées comme la joie, le bonheur et le bien-être... Ces thématiques pourront également servir de parenthèse lors des sessions suivantes. Le principe fondamental de cette séance sera de maximiser le sentiment d'agentivité et de lever l'illusion que seul l'alcool peut amener les sensations et états émotionnels recherchés.

Lors de la même séance ou d'une séance ultérieure c'est la notion de déclencheur et de situation à risque qui sera principalement travaillée en hypnose. En fonction du profil du patient, je vais lui suggérer de revivre une autre situation imaginaire où il a agi sans pouvoir « se contrôler ». Le patient va visualiser la situation et décrire tous ses ressentis, pensées, absence de capacité de penser (?), émotions et sensations physiques associées... qui ont immédiatement précédé l'action *impulsive* ou *compulsive*. Est-ce de la colère ? De la peur ou de l'anxiété ? De la tristesse ? Du dégoût ou une forme de rejet ? De la frustration ?... Quelle est la part de surprise ? Est-ce une situation inattendue ? Un contexte répétitif ?... Que s'est-il passé après ? Quelles sensations... qu'elle émotion ? Du soulagement ? De la gaieté ? Vraiment ?... Le but de l'exploration sera de distinguer les émotions qui font « perdre le contrôle » et les émotions que l'on « noie » dans la consommation d'alcool par exemple... pour la fuir. La métaphore de « surfer sur les émotions » sera ici introduite : « *Je vais maintenant vous demander de vous imaginer dans une autre situation que vous estimez représenter un défi pour vous, une difficulté dans votre vie actuelle... Peut-être une situation dans laquelle vous pourriez être tenté de consommer de l'alcool ou de vous engager dans un autre comportement qui a été problématique pour vous. Prenez soin de vous-même en choisissant quelque chose qui représente un défi mais qui n'est pas trop envahissant (...) et si à n'importe quel moment cela devient envahissant, vous pouvez peut-être bouger votre corps pour vous remettre dans le moment présent sans jamais vous laisser submerger. Une*

situation qui pourrait provoquer de fortes envies ou qui provoque des réactions impulsives que vous ne voulez plus. Peut-être êtes-vous avec une personne en particulier ou dans un endroit précis. Rappelez-vous que dans ce scénario vous allez faire le choix de ne pas consommer de l'alcool ou de vous engager dans n'importe quelle autre réaction impulsive (...) Vous pouvez à tout moment vous focaliser sur l'ici et maintenant, vous écoutez le son de ma voix qui vous guide. Vous êtes ici et maintenant et vous pouvez observer de manière pleinement conscience tout ce qui se passe. Prenez quelques instants pour vous représenter réellement dans cet endroit, ou dans une situation avec cette personne. Imaginez les événements ou situations qui conduisent à cette réactivité, et allez jusqu'au point où vous vous sentez prêt à céder à la tentation de céder, de vous comporter de manière réactive. Nous avons souvent tendance à céder aux envies ou à les combattre ou encore à y résister. Ici, vous allez, parce que vous êtes aux commandes de votre imagination, explorer cette expérience différemment, trouver un équilibre, simplement en restant avec ces sensations et en observant vos réactions, sans réagir automatiquement. Observer à nouveau les émotions qui surgissent. Observez les pensées qui vous traversent l'esprit. Les sensations physiques que vous êtes en train d'expérimenter cette fois-ci... (...) Rappelez-vous que vous êtes en train de pratiquer le fait de rester avec l'expérience d'une manière bienveillante et avec curiosité. Vous êtes en train de faire le choix de ne pas réagir à n'importe quelles envies ou impulsions qui surgissent ... simplement en restant avec les envies et en observant, du mieux que vous pouvez, ce qui se passe dans votre corps et votre esprit, à quoi ressemble une envie ou une impulsion ? Regardez si vous pouvez ressentir ce qui est là sans vous y accrocher ni résister à cette expérience. En ressentant comment cela se passe quand vous ne réagissez pas par un comportement impulsif, en découvrant ce qui arrive quand vous restez avec cette expérience et que vous l'explorez un peu: de quoi avez-vous réellement besoin ? Y a-t-il un désir pour quelque chose ? Demandez-vous de quoi avez-vous réellement besoin maintenant ? L'envie ou la pulsion à réagir devient-elle plus intense ? Si c'est le cas vous pourriez l'imaginer comme une vague dans l'océan... imaginez que vous chevauchez la vague, en utilisant la focalisation de votre conscience, comme vous savez maintenant le faire, sur l'image d'une planche de surf qui vous permet de rester à flot, mieux encore, de rester en équilibre. Votre job est de surfer sur la vague de l'envie depuis son commencement jusqu'à ce qu'elle grandisse, de vous faire plaisir en restant avec, jusqu'au sommet de son intensité, en gardant votre équilibre pendant que la vague monte, c'est cool de surfer, de rester sur son sommet, jusqu'à ce qu'elle commence naturellement à descendre. Vous êtes en train de surfer sur cette vague plutôt que de succomber à l'envie et la laisser vous submerger et vous vous faites plaisir en restant en équilibre. Simplement en observant comment les fortes envies et impulsions montent et puis descendent, et en faisant confiance au fait que, toutes les vagues des envies, des pulsions automatiques qui poussent à réagir sans réfléchir, ainsi que les vagues dans l'océan, viennent et s'en vont, et effectivement disparaissent. Observez maintenant comment vous pouvez simplement rester présent à cette vague plutôt que d'immédiatement vouloir vous en

débarrasser. En acceptant l'envie, la poussée pulsionnelle, sans lutter pour qu'elle disparaisse. Maintenant, prenez le temps dont vous avez besoin, en laissant calmement partir ce scénario que vous avez imaginé, et lentement et doucement ramenez votre attention à cette sensation d'équilibre et de facilité... c'est vous qui avez surfé, sans couler, sans fuir. La meilleure façon de chuter c'est de refuser l'obstacle... Et vous vous l'avez accepté pour mieux ressentir ce plaisir de rester en équilibre. C'est une sensation agréable non ? ... ». La fin de la phase d'hypnose pourra être de fixer en « fond d'écran » cette image de surfeur... dans un beau décor où le patient pourra se ressourcer quand il doit faire face à une difficulté.

Tout comme dans le protocole MBRP je pourrai consacrer la séance suivante à la place du corps et de l'action dans la dynamique de changement. Le mode d'action de l'hypnose en décentrant l'activité psychique du registre réflexif place nécessairement le patient dans le registre du corporel. Il existe donc un vaste répertoire d'interventions hypnotiques potentielles dans ce domaine (bien plus qu'une seule séance). L'objectif ici est d'abord de développer une *prise de conscience de soi* dans un contexte de mise en action, en focalisant l'attention sur les sensations en lien avec l'état émotionnel et aussi les pensées « en mouvement ». En phase d'induction j'amènerai par exemple le patient à faire l'expérience de la synesthésie, à croiser les ressentis, pour développer son répertoire « bien plus large qu'il ne croit » d'émotions (j'aurai en face de moi le plus souvent des patients qui souffrent d'alexithymie mais aussi le plus souvent d'hyperémotivité en partie induite par le sevrage). En transition avec la phase de travail qui va suivre je place une métaphore sur la chance d'être hypersensible (un trait vécu comme une difficulté pour les patients alcooliques dans de nombreux cas). Ensuite le travail en hypnose pourra être, par exemple encore, de visualiser un chemin que l'on parcourt et au fil duquel on rencontre différents paysages, endroits, librement... une métaphore d'une vie quotidienne où l'on décide d'où on va... J'invite le patient à me décrire à la fois ce qu'il voit et ce qu'il ressent physiquement dans cette marche. Je l'invite à voir cette marche comme une forme de méditation à se « *focaliser encore plus, encore mieux sur cette mise en mouvement, sur la marche qui nous mène toujours quelque part et qui est l'occasion de laisser des pensées, parfois enfuîtes, venir à la conscience* ». Le patient en état d'hypnose se ressent en train de méditer sur sa marche, pendant sa marche, ce qu'il pourra faire par la suite au quotidien, rappelant l'état d'hypnose et la capacité de focalisation. Y a-t-il des choses qui l'empêchent d'avancer ou qui rendent la marche moins confortable ? Dans les deux cas une transformation symbolique sera proposée (alléger le poids qui empêche d'avancer, relativiser la taille des obstacles, grandir ?...).

Si je sens que le patient est prêt à entamer le mouvement vers ce qu'il veut pour lui-même, ce à quoi je vais l'amener à s'engager, je vais enchaîner, après les transformations, par une suggestion de mise en route vers un lieu où vit « *le meilleur de vous-même, votre soi idéal* ». « (...) *et maintenant si je vous demandais de vous*

mettre en route vers un lieu particulièrement agréable, paisible... et si ce lieu était l'endroit où vit le meilleur de vous-même, celui qui aura construit la vie qu'il souhaite, pas après pas, ou brique après brique, librement et avec ténacité. Êtes-vous prêt à vous engager sur la voie qui mène à ce lieu ? Je vois que vous être prêt, alors il suffit de faire le premier pas, je vous accompagne (...). » Comment est-il ce lieu ? Comment est-il lui-même ? A quoi ressemblerait la sensation globale que cela dégage ? Ce symbole est ensuite augmenté, en taille, en puissance puis réintégré au corps. Puis « *Vous ressentez cet état de bien-être, d'être pleinement vous-même ? Gardez avec vous ce sentiment. Il va vous accompagner et être votre meilleur soutien à présent (...).* ». Ce travail en hypnose peut cependant être mené lors d'une séance ultérieure, voire rappelé plusieurs fois en conclusion de séance pour voir « ce qui a changé » et renforcer la dynamique de changement orienté sur des valeurs.

Après ces séances où la personne s'est mise en mouvement, par la focalisation de sa pensée, je vais inviter le patient à réellement faire quelques pas dans le cabinet. Rappelons que les états d'hypnose activent les mêmes aires cérébrales que celles effectivement à l'œuvre dans l'exercice lui-même. Le patient qui a marché en hypnose en ressentira les même effets psychologiques et parfois physiques que la marche elle-même. Je l'inviterai alors à faire quelques étirements, que je vais lui montrer. Je lui suggère également de répéter à domicile régulièrement cette pratique et de s'activer physiquement, en commençant par la marche, pourquoi pas ? Ces exercices exerceront comme une forme de rappel du travail en hypnose, et des augmentations des états de *congruence* de la personne par rapport à ses valeurs et de son sentiment de *bien-être*. L'exercice physique a fait l'objet de nombreuses études dans la prise en charge des patients souffrant de TUA (Hallgren et al., 2017) démontrant son impact positif post-sevrage. Mais de études plus récentes ont encore permis d'observer un rôle important de l'étirement des muscles dans la production de certaines protéines responsables de la « flexibilité » du système endocrinien, la *titine* et l'*irisine*. Au-delà de ce rôle bien connu sur le métabolisme des graisses par exemple, d'autres recherches ont permis de démontrer que l'*irisine* intervient également dans les mécanismes de neuroplasticité et de neurogénèse (Shen et al., 2022). Deux mécanismes, on le sait, très importants dans la « reconfiguration » neuronale nécessaire à des changements profonds de comportements, à un retour à un état de *bien-être basal* et à une remédiation des *fonctionnements cognitifs* qui ont été altéré par la consommation chronique d'alcool.

Une séance sera ensuite consacrée aux pensées et plus particulièrement aux ruminations. Ces pensées obsédantes et qui reviennent dans un cycle d'auto-renforcement. J'évoquerai avant de passer au travail en hypnose dans cette séance la question de cycle de la rechute. Des supports visuels seront présentés le cas échéant mais comme à chaque fois je partirai de la question « que savez-vous de la rechute ? ». Je sais à ce stade, en connaissant le parcours alcoologique du patient, s'il a lui-même vécu ce qu'il estime être des rechutes, mais je vais lui faire redécrire celles-ci.

Ceci me permettra de recontextualiser la rechute dans le maladie alcoolique et surtout de rappeler que le chemin vers « l'indifférence » et la construction d'une vie où l'alcool n'est plus un piège est fait d'apprentissages. L'alcool a souvent mis longtemps à devenir un « problème », mais il arrive un *moment* où tout le monde peut trouver les moyens de « neutraliser » ce problème pour qu'il ne devienne plus une obsession, ni une préoccupation centrale dans l'existence.

Deux modes d'action s'offrent à moi. La première qui semble aller de soi dans un cadre manifestement systémique est l'approche stratégique. Dans cette approche je vais donc travailler les pensées obsédantes en créant par exemple un contre-rituel comme je l'ai illustré précédemment. Mais je pense personnellement qu'il s'agit là encore d'une stratégie qui relève souvent de l'évitement. Les boucles de rétroaction cognitives relèvent selon moi, que ce soit dans le craving, les pensées obsessionnelles ou les boucles phonologiques (dont le patient ne perçoit pas le sens), d'un blocage lié à un *doute qui ne trouve pas de solution rationnelle*. Leur résolution apparaît comme une *mission impossible* car il est toujours possible d'opposer un doute à une affirmation quelle qu'elle soit. Contrairement à ce qu'on croit, le patient piégé par l'alcool, est peut-être « trop » rationnel. Il cherche une porte de sortie aux pensées qui s'auto-renforcent par la réflexion. La réponse classique serait donc en thérapie cognitivo-comportementale « d'apprendre à ne pas penser » ou à « penser à autre chose ». Cependant, vouloir contraindre l'esprit à « bloquer » le doute crée plus de doute encore. Prenons un exemple, si je demande au patient alcoolique d'observer un moment où il se sent bloqué ou piégé dans une boucle entre envie de consommer et volonté rationnelle de ne pas consommer, et en suite de lui *prescrire* de *penser* à changer d'endroit, consommer autre chose... etc, il va quand même pouvoir se demander à chaque fois *pourquoi ?* Ce n'est pas la question de la balance décisionnelle rationnelle qui va être mise en œuvre car le mécanisme de *doute* va s'activer et le sentiment de *malaise* restera présent. En thérapie stratégique il faudra donc travailler non pas la réponse, mais la *validité de la question*. Si la question est « Ais-je envie de consommer ? » et la réponse « Je ne dois pas consommer. » le patient est devant un blocage. C'est donc sur le thème de la liberté que je vais choisir d'agir. Le patient sera invité, s'il lui arrive de se poser la question « Ais-je envie de consommer ? » à répondre par un « Oui, il est toujours possible que j'en aie envie, ce n'est pas une question ! ». La suite du « rituel » qui lui sera proposé stratégiquement sera, puisque ce n'est pas une question pertinente, de proposer une autre question « Suis-je libre de ne pas consommer d'alcool ? » et la réponse sera « D'évidence, OUI je suis *toujours libre* de faire ce que je veux ! A chaque instant je fais des choix, sans avoir besoin d'y réfléchir, ce que je veux, au fond de moi, c'est garder cette liberté de les faire ». Ce sentiment d'évidence de liberté sera travaillé par le patient en autosuggestion plusieurs fois par jour, associé à un geste symbolique ou une musique, un rappel sur son téléphone avec une appli de méditation...

L'autre approche est une application de l'hypnose humaniste qui utilise les symboles, les métaphores et l'activation de conscience par l'imagination et l'éveil de tous les sens en ce compris la proprioception. J'amènerai le patient à rencontrer «cette part de lui qui le maintient dans de mauvaises habitudes dans sa vie, la partie qui bloque. Ressentir la frustration de ne pas réussir ce qui est bon pour lui... ». Il me semble intéressant de retranscrire ici un script un peu plus complet de ce travail, car il est à la fois très illustratif et un moment clé, dans mon approche, de la prise en charge d'un patient qui souffre de dépendance à l'alcool. Ce script est adapté d'Olivier Lockert (2021) sans en être une transcription fidèle car j'y ai apporté des éléments de ma propre approche :

« Vous avez exprimé le besoin de retrouver votre liberté... Vous vous sentez parfois obnubilé par quelque chose qui ne quitte plus vos pensées. C'est plus fort que vous, vous savez, nous sommes tous très facilement "addict" il est bien normal d'aimer les bonnes choses ce qui nous fait plaisir comme le sucre le chocolat ou... même l'alcool... ce genre de choses tant que cela reste "raisonnable" comme on dit. Tant que vous pouvez vous abstenir de consommer ou de faire ce que vous aimez. Mais parfois c'est comme si votre corps vous imposait sa volonté, qu'il vous envoyait une tension, quelque chose qui vous pousse jusqu'à ce que vous craquiez. Il devient difficile de vous passer votre dose de plaisir, que le désir se "déguise" en un besoin impérieux. (...) Il se présente comme une pulsion et malheureusement les tentatives conscientes de contrôler cette force profonde inconsciente sont souvent vouées à l'échec. Et vous rentrez comme dans une lutte vis-à-vis de vous-même, pour retrouver votre liberté d'esprit, votre humanité... Et vous savez que plus on résiste en cherchant à trouver des réponses conscientes aux pulsions et aux questions que nous soumet notre inconscient, plus il insiste, encore plus, et plus le problème et le doute s'accrochent. Les questions et le besoin assiègent notre esprit et nous nous sentons prisonniers. Prisonniers jusqu'à offrir un soulagement à ce « maître intérieur », sachant qu'il viendra vous questionner et vous pousser à agir dans une direction que vous n'aurez pas vraiment choisie, encore et encore, alors qu'au fond de vous, vous savez que votre intelligence, votre imagination et votre pleine conscience sont parfaitement libres ! Vous êtes prêt à tourner la page et à passer à autre chose. Nous allons partir ensemble à la recherche de cette facette de vous-même qui vous empêche de retrouver votre liberté, moi je l'appelle un saboteur intérieur. C'est celui qui fiche le bazar, qui empêche que ça aille mieux, qui bloque, qui fait de l'obstruction. Là nous allons rechercher ce qui vous ennue spécifiquement par rapport à vos soucis d'addiction... à vos ruminations. Ce n'est pas forcément quelque chose qui ressemblerait à un personnage, ça peut être aussi tout simplement comme un grain de sable dans la mécanique bien huilée de votre inconscient... une simple petite branche à retirer dans vos engrenages intérieurs... une chose qui n'a peut-être l'air de rien mais qui suffit à tout bloquer. Donc ça ne sera pas forcément difficile à retirer. Nous verrons bien et pour cela vous allez avoir besoin de rencontrer ce fameux saboteur intérieur quelque part au fond de vous et c'est à ça que sert

l'hypnose, à vous emmener à la rencontre de vous-même, tout entier, un peu comme dans un rêve, mais avec vous aux commandes. (...) [Induction en intériorisation consciente puis voyage intérieur] (...) Juste un tout petit peu au-dessus de vous, il y a une porte qui va vous permettre de passer d'un monde à un autre... une porte que vous allez ouvrir dans un instant sur un grand paysage intérieur. Alors quand vous êtes prêts, vous pouvez prendre une grande inspiration et en soufflant poussez la porte et découvrez votre paysage intérieur. C'est un endroit de calme protégé où vous vous sentez bien en sécurité, un endroit où les choses commencent déjà parfois même à changer en vous ... Comme un endroit de nature peut-être à la montagne, ou à la mer, ou dans une grande forêt. Et ressentez cet endroit tout en restant bien présents ici et conscient de votre corps... à la fois bien ici et en même temps dans cet ailleurs... ici et là-bas à la fois. Ressentez... le sol, peut-être l'herbe ou la terre, le sable où les roches sous vos pieds... devinez le sol de cet endroit... et respirez les parfums qui flottent dans l'air... Observez tout ce qui vous entoure, les couleurs, les lumières, les formes... Et d'écrivez moi le mieux possible votre monde intérieur... [le patient décrit] Bien... donc vous êtes prêt et vous savez pourquoi vous êtes là... Pour rencontrer cette partie de vous qui bloque, cette partie qui ne respecte pas vos désirs et qui vous empêche de retrouver votre liberté, cette chose qui tourne en boucle et qui vous fait douter (...) Alors vous allez ressentir ce blocage, le truc qui vous oblige, qui crée cette tension en vous, ce besoin. Ressentez aussi peut-être votre frustration de ne pas réussir à faire ce qui est bon pour vous... de ne pas avoir de réponse qui soit conforme à votre pulsion de vie la plus profonde. Cherchez la sensation en vous de ce qui vous empêche de faire ce que vous voulez... Repensez au moment où vous avez décidé de résister à une forte envie ou un idée qui tourne en boucle et puis... vous avez craqué, quelle était la sensation à ce moment-là en vous... Imaginez que vous fassiez un effort de volonté pour réussir malgré tout, et que cette force là en vous vous oblige à craquer quand même... Ça vous fait un effet... c'est quoi ça comme effet... c'est quoi cette sensation, c'est la sensation qui est en vous à chaque fois que vous ne parvenez pas à trouver une réponse rationnelle au doute, au dilemme que vous ressentez... c'est ce qui vous pousse à... c'est peut-être une impression... une émotion qui vous oblige à craquer et à recommencer à chaque fois... avec la même réponse... [temps de méditation]...ok...vous l'avez à peu près, alors donnez-lui un visage, une forme, donnez un aspect à ce qui représente le mieux pour vous cette part de vous avec laquelle vous luttez. Imaginer à quoi pourrait ressembler votre saboteur intérieur. Est-ce que c'est un être normal au une sorte de monstre ? Est-ce que c'est un adulte ou un enfant ? Peut-être comme un personnage d'une histoire fantastique ou d'un conte de fées... Peut-être est-ce juste comme une ombre une impression, ou encore c'est une chose, en fait c'est pas vivant... en tout cas c'est ce qui coince, laissez faire votre intuition et dès que vous avez une idée... alors... prenez le temps de me le décrire le mieux possible, cela sert à rendre ce que vous trouvez encore plus réel, plus concret, car ce qui est vrai est solide et concret on peut l'attraper et si on peut l'attraper on peut le changer. [temps de méditation] C'est bon ? Vous l'avez ? A quoi ressemble-t-il ou à quoi ressemble-t-elle ? [le patient

décrit] *Alors première chose à faire, demandez-lui pourquoi il-elle est comme ça ? Pourquoi il-elle vous sabote quelque part ? Posez la question et percevez la réponse... même si c'est une chose ou un objet... Vous sentirez où vous entendrez, vous comprendrez la réponse en vous... Soyez intuitif... La réponse est souvent subtile, parfois juste comme une impression, vous savez mais vous ne savez pas comment ça se fait que vous savez... Ça peut être une sensation qui vous a effleuré, une pensée... Ou encore parfois cela peut être un geste de la part de ce que vous avez rencontré là... Ce qu'on peut y trouver, un mouvement même une grimace ou un sourire... Saisissez la réponse... Quand vous avez capté la réponse, faites-vous confiance.... Acceptez ce à quoi vous avez pensé... Et puis... Apportez à cette part de vous, à cette facette de vous, tout ce dont elle a besoin. Aidez-la peut-être à se transformer ou à guérir. Permettez lui d'aller mieux selon sa demande et s'il y a besoin juste de le-la laisser partir alors c'est comme un adieu quelqu'un ou quelque chose que vous avez longtemps connu, qui était en vous et qui s'en va d'une manière ou d'une autre... Finalement c'est toujours ce qui arrivera à l'ancienne chose qui se sera transformée, aura changé et donc vous ne serez plus jamais comme avant. Pour cela laissez faire votre imagination du moment que ce à quoi vous pensez, vous en avez envie, ça vous attire.... Ou vous y avez simplement déjà songé, si vous y avez pensé, c'est ce qu'il faut faire... Faites-vous confiance et allez-y je vous accompagne un moment en silence [temps de méditation] C'est bon, parfait... Alors maintenant expliquez à cette part de vous que vous avez besoin d'elle, qu'elle est importante car vous savez qu'elle est utile à sa manière... Elle vous protège des choses désagréables de la vie cette présence en vous. C'est une facette de vous qui peut vous accompagner dans les grands changements de votre existence. Dites-le lui, faites-lui comprendre par une pensée, un regard... J'ai besoin de toi.... Tu es important pour moi, mais j'ai besoin de toi comme d'un protecteur... est-ce que tu es d'accord ? J'ai besoin que tu m'aides... je comprends pour l'ancienne manière d'agir et je comprends pourquoi tu faisais tout ça mais tu as changé et j'ai envie de changer aussi alors j'ai besoin de toi comme tu es maintenant, mon protecteur intérieur... Et apportez lui toute votre présence, retrouvez ce lien profond qui vient comme une évidence... comme lorsque l'on retrouve un ancien ami que l'on n'aura pas vu depuis tellement longtemps... Ressentez sa présence et toutes la protection, la force qu'il vous apporte [temps de méditation]. Maintenant que tout est réglé... Remerciez cette part profonde de vous. Vous savez qu'elle restera toujours là en vous, pour vous accompagner. Et quand vous êtes prêts, alors prenez une bonne inspiration et sentez l'air qui est en entré en vous... Et fusionnez maintenant avec votre protecteur, votre force intérieure, jusqu'à la sentir vraiment en vous, circuler en vous, partout... car c'est là sa juste place. Respirez maintenant cette sensation de force, de protection et de paix et sentez-vous changer et bien en vous... [temps de méditation]. Et avec toutes ces belles choses en vous, faites un bond dans le temps. Lancez votre conscience dans le futur proche dans cinq minutes, cinq mois, ou quinze jours et imaginez à quoi ressemble votre vie maintenant que tout va bien. Avancez même encore plus loin dans le temps et imaginez-vous dans... 2... 3 ans quand tout cela*

vous paraîtra si loin du passé... tout va bien depuis si longtemps maintenant... allez-y maintenant laisser venir les idées, même amusantes et peut-être quelques détails de votre belle vie à venir et je suis là avec vous... [temps de méditation]. Voilà c'est très bien... Garder tout cela bien précieusement en vous et laissez les différents changements germer et s'accrocher profondément en vous ... Le reste va se faire tout seul maintenant... Profitez de votre nouvelle vie ! Celle dont vous être pleinement l'auteur... Celle ou la liberté n'est pas une question. C'est une évidence. »

La lecture de ce script vous aura peut-être emmené « ailleurs », ou au contraire le symbolisme vous aura-t-il fait décrocher. Comme je l'ai souligné auparavant, aucun script ne peut-être la transcription d'une séance telle qu'elle se passe. Tout le discours sera adapté pour coller et interagir parfaitement avec le patient. Mais les outils sont là et l'illustration vaut mieux parfois qu'une longue explication. Je n'ai pas placé cette intervention au début de la prise en charge, a dessein. En effet elle demande d'être déjà familiarisé avec le travail symbolique et je l'utiliserai chez un patient chez qui ce type de travail a déjà donné un feed-back positif.

La séance qui suit m'amènera à préparer le patient à ce que nous rencontrons s'espacent ou qu'il choisisse un chemin pour la suite de son parcours. Je ne me limiterai donc pas à lui présenter ce que je peux moi-même proposer mais j'évoquerai avec lui toutes les pistes et ressources que je connais et qui sont accessibles géographiquement ou en fonction de son emploi du temps pour lui. A ce stade, je vais veiller, à tout le moins, à vérifier que les outils mis en place de prévention de la rechute sont bien intégrés. Je questionnerai donc le patient, comme à chaque fois sur son « vécu » du travail qu'il a entrepris avec moi et sur ce qui s'est passé entre les séances. Des supports visuels ainsi que des outils classiques comme les plans d'urgence lui seront présentés. La question d'une rechute « consommée » sera ensuite abordée. Il s'agira de dédramatiser sans déresponsabiliser. Mon rôle d'alcoologue sera de mettre en avant le lien thérapeutique que j'aurai pu créer pour maximiser les chances que le patient ait une réaction rapide de retour vers moi ou vers le réseau de soins en cas de reconsommation qu'elle soit un écart ou une rechute. Je n'utiliserai pas l'argument de marketing que je vois parfois sur les sites internet de confrères hypnothérapeutes : « si ça ne marche pas je vous offre une séance gratuite »... Mais je garantirai au patient tout mon soutien, sans jugement, quoi qu'il arrive et mon engagement à l'accompagner aussi longtemps qu'il le faudra et que je pourrai l'accompagner d'une manière ou d'une autre. Le dernier point du « mode d'emploi » du professeur Verbanck que j'ai cité restera une de mes préoccupations premières : veiller à ce que le patient garde le contact avec le réseau de soins, à ne pas le « perdre » complètement si il rechute.

Après cette première partie sous forme de « rappels », et assez pragmatique, je proposerai au patient ce qui pourrait être un début d'une approche plus analytique, centrée sur le bien-être global du patient. Elle pourra être une adaptation de la méditation de bienveillance de l'avant dernière séance du programme MBRP

si je n'envisage pas que le patient soit « réceptif » à poursuivre le travail dans une approche symbolique plus avancée. Dans ce cas, le travail se déploiera en trois temps. Le premier consistera à focaliser l'attention sur les sensations ressenties en imaginant être en présence d'une personne, un proche, un ami, un parent (sans lien trop intime et sans conflit manifeste) envers lequel le patient a des « sentiments naturels de bienveillance, de chaleur, de gentillesse ». Quelqu'un qui donne le sourire simplement en pensant à lui. La zone corporelle de ce ressenti sera explorée, puis le patient sera invité à formuler des vœux de bienveillance envers cette personne, presque aussi naturellement que de lui souhaiter « une bonne journée ». Dans un second temps la perspective sera inversée, le patient imaginera que cette personne lui retourne des vœux de « bonté » et explorera à nouveau, de manière répétitive, ses ressentis et sensations corporelles. Enfin, le patient formulera des vœux de bienveillance pour lui-même. Éventuellement il pourra le faire comme si il s'adressait à lui-même enfant. Le programme MBRP emploie les termes de « compassion envers sa propre expérience », j'emploierai également des termes comme « indulgence » ou « non jugement ». Mais, si je le peux, j'essaierai d'aller un peu plus loin avec le patient dans l'exploration des sentiments qui pourraient le pousser à avoir une mauvaise estime de lui-même. Le lecteur trouvera en annexe (p.104) un protocole que j'utiliserai « en avant-goût » de l'approche inspirée des travaux de Jung que je propose dans le cadre d'une prise en charge plus longue. Il s'agit d'un protocole adapté des travaux de Patricia d'Angeli avec qui j'ai eu l'occasion de me former en thérapie symbolique. La première partie de ce protocole cadre le terrain qui sera exploré dans la phase de travail en hypnose. Toute personne se constitue par des apprentissages qui se font dans la joie mais aussi dans la douleur et dans la peur. Le patient qui souffre de TUA a souvent connu des phases de culpabilisation et des pertes successives de liens, de confiance et d'estime de proches, de relations amoureuses ainsi que dans le milieu professionnel et familial. Ces pertes constituent autant de blessures, de deuils parfois non résolus, qui induisent une chute de l'estime de soi. Amenant parfois à des états dépressifs et, dans la plupart des cas, une forme de découragement de plus en plus sévère. Mais si le patient est en consultation, il a forcément encore une petite étincelle qui le pousse à vouloir sortir de ce état. Tout au long de ma prise en charge c'est bien cette notion de *capacité intrinsèque* du patient à *s'en sortir* que je cherche à alimenter et à renforcer. C'est à la « lumière » de ces ressources, propres au patient, que je vais l'inviter à rencontrer son « critique intérieur ». Un *archétype* dans la terminologie jungienne. Après une induction en « intériorisation consciente », que j'ai présentée comme une adaptation des techniques dissociantes au paradigme de l'augmentation de conscience, le patient dans un environnement chaleureux et sécurisant et ayant fait grandir sa petite étincelle vers une grande lumière, va « se rêver » (le protocole dans la forme que je présente est assez onirique et pourrait se présenter sous une forme plus sobre métaphoriquement pour un patient très rationnel ou matérialiste) volant librement sur le dos d'un oiseau. Celui-ci sera son allié pour aller à la rencontre de l'endroit

« où existe cette blessure qu'il faut soigner » et derrière laquelle se cache « l'être exceptionnel et unique » qu'il est. Dans cet endroit se trouve le *critique* à qui le patient va progressivement apporter son soutien et des soins pour qu'il se transforme et devienne son allié. Ces transformations symboliques seront vécues sur le registre de l'intuition et des perceptions subtiles. Le protocole implique une notion de régression en âge qui est un outil fréquent dans ce type d'approche. Les notions de bienveillance envers soi-même, de confiance en ses propres capacités, de résilience et d'espoir sont le fil conducteur de la dernière partie du travail comme en témoignent ces extraits : « Vous portez en vous cette chance inouïe d'être vivant... et la force de créer vos pensées positives, car vous avez su transformer vos blessures en lumière. (...) Votre beauté intérieure va pouvoir maintenant illuminer votre entourage et métamorphoser votre vie. Jetez-vous à cœur ouvert dans ce nouveau monde plus positif, plein d'espoir, de bonheur, de confiance en vous. (...) La vie est merveilleuse et vous faites partie intégrante de la vie. (...) Votre vie est une histoire à suivre... Vous en êtes à la fois le héros, l'écrivain et le réalisateur... Alors faites de vos rêves votre réalité... ».

Dans un cadre de huit séances ou quoi qu'il en soit lors d'une « dernière » séance planifiée dans le cadre d'une première prise en charge brève, celle-ci sera idéalement consacrée aux notions de soutien social et de la poursuite d'une pratique (quelle qu'elle soit) permettant de maintenir les acquis des séances engrangées. Le temps de la prise en charge en hypnothérapie et le temps d'une vie ne sont pas les mêmes, cela va de soi. Mais qu'en est-il de la prise en charge en alcoologie ?... Il est prudent de dire qu'il vaut mieux planifier le maintien d'un contact que d'attendre qu'il advienne. Ça... cette formation me l'a plus que confirmé si ma propre expérience ne suffisait pas. Ceci va toutefois un peu à l'encontre de l'ambition que j'ai exprimée de permettre au patient de vivre une vie où l'alcool n'est plus le principe organisateur et qui mieux est, une vie où l'alcool est passé au statut de l'indifférence. Comment dès-lors maintenir le lien tout en restant dans la ferme conviction, ou l'espoir affirmé en tout cas, qu'un changement de vie durable et irrévocable est en route ? Je pense que c'est précisément sur ce dernier point que je peux trouver un « compromis ». Comme le protocole que je viens de présenter plus haut le dit, la vie est une « histoire à suivre ». Dans tous les cas je proposerai donc au patient de rester moi-même son allié, quel que soit le soutien que je pourrai lui apporter après cette série de séances. J'ai d'autres outils à lui proposer pour son épanouissement personnel et son bien-être, je les esquisserai dans la suite de ce texte, mais je ne me sens pas seul non plus dans ce suivi du patient. Dans ce sens, j'espère pouvoir nouer des contacts suffisamment étroits avec les médecins traitants au premier chef, pour que ceux-ci restent attentifs à l'évolution de « leur » patient. Car c'est avec eux que le temps thérapeutique et le temps de vie peuvent correspondre le plus étroitement dans les faits. En les tenant moi-même informés j'espère qu'ils n'hésiteront pas à m'alerter si un incident de parcours se produit, si une rechute plus sévère se profile ou si d'autres faits de vie risquent de semer des

embuches sur le projet de vie pleinement épanouissant du patient. Dans le même registre j'aurai à suivre des patients hospitalisés en services d'alcoologie et en milieux hospitaliers pour des sevrages ou d'autres prises en charges psychopathologiques pour ce citer que celles-là... Les contacts personnalisés avec les équipes soignantes sont donc du même ordre et de la même importance. Parmi les stratégies que je vais soumettre au patient, je ne ferai pas non plus l'impasse sur les réseaux de soutien ou d'entraide. Au premier chef, si besoin est, je donnerai au patient toutes les informations nécessaires pour l'orienter sans a priori et en m'adaptant, encore et toujours, à chaque profil spécifique.

La phase de fixation de l'objectif, propre à chaque séance, prendra donc ici un angle plus large par la clarification explicite d'un projet de vie émancipé de l'addiction. Le patient sera invité à, lui-même, présenter ce qu'il a acquis et ce qu'il va en faire. Une forme de feed-back pour moi-même mais aussi un exercice pédagogique de fixation des acquis (je pourrais le cas échéant les répéter, avec les mots du patient, dans la phase d'hypnose). Il est aussi important que le patient exprime comment il envisage de trouver du soutien auprès de ses proches et quoi qu'il arrive de « demander de l'aide » s'il en a encore besoin dans le futur, si le moindre « grain de sable » vient le mettre en difficulté. Une première phase de travail, ne nécessitant pas une induction en hypnose, pourra utiliser le « *cercle de conception* » pour l'aider à faire le point sur ses atouts, son expérience et ses objectifs. Debout, les yeux fermés, sur la base d'une question qu'il a formulée et verbalisée, son objectif, du type « Comment vais-je réussir à mener une vie pleinement épanouissante sans alcool ? », il s'oriente vers les différentes facettes qui le constituent représentées par huit segments autour de lui. D'abord le patient va se tourner sur ce qui se passe sur sa droite, cela représente les aides concrètes, par exemple les personnes qui peuvent l'aider. Je lui demanderai à chaque fois « *Veillez laisser venir leurs conseils ou suggestions. Dites-moi mois ce que ces aides, ces ressources vous apportent, pas forcément en paroles, ça peut-être des intuitions, des sensations... Qu'est-ce que c'est ?* ». Puis il se tournera sur sa gauche, vers des aides plus subtiles « *Vos autres forces, parfois inconscientes...* ». Derrière lui se trouve « *La personne que vous avez été, le jeune vous-même...* » ; Derrière sur sa gauche « *La source de votre vie et de toute vie, les leçons du passé.... (le féminin, la mère de toute existence)* » ; Derrière sur la droite, le « *le reflet concret, masculin, logique et concepteur... la famille, le travail... (ce que l'on nous demande aujourd'hui dans la société)* » ; Puis en face de lui se trouve son « *Le plus bel avenir* ». Sur la droite, « *Le guide d'avenir social, le meilleur pour toute la société et pour votre travail, votre famille... un idéal collectif* » ; Sur la gauche, « *Ce qui la vie elle-même à offrir de plus beau, le meilleur pour tout le monde...* » ; Et face au patient « *Il est temps maintenant d'orienter vos pensées vers la personne la plus à même de faire évoluer votre situation...Celui qui est le seul à pouvoir vous dire ce qu'il convient de faire pour atteindre cet objectif, d'être le meilleur de vous-même, vous-même dans le futur ayant déjà réussi à [l'objectif formulé dans les termes du patient]. Comment-a-t-il*

fait ? ». Et pour conclure le patient est invité à rassembler tous ces conseil « *Toutes ces réponses sont autant d'ingrédients, qui vont s'intégrer en vous et concrétiser la réponse à vos questions... pas forcément tout de suite mais au fur et à mesure des jours qui viennent* ». Cet outil pourrait être utilisé dès la première séance... mais en hypnothérapie comme dans tout forme de psychothérapie le temps d'attention du patient est limité. La planification des séances est nécessaires mais tout le déroulé que j'ai exposé ici n'est qu'un fil conducteur et le rôle de l'hypnothérapeute est aussi de savoir être flexible et suivre parfois ses intuitions plutôt qu'un protocole.

Le travail en hypnose pourra ensuite être basée sur une induction en expansion globale (voir p.100) et une technique de reconnexion entre consciences. Les éléments ayant émergé du cercle de conception viendront nécessairement en support pour le patient et pour moi-même. Après avoir conduit le patient au plus près de son *Soi Idéal* (ce qu'il aspire à être, le « meilleur de lui-même »), je vais lui demander « *d'appeler la ou les consciences de proches, comme une intuition, une sensation subtile, pas nécessairement des visages ou des symboles cette fois... prenez contact avec ces présences... que vous apportent-elles d'abord au niveau des sensations ? Ressentez-vous une émotion particulière ? Qu'est-ce que cela éveille à votre conscience ? Que pouvez-vous en faire ?* ». Le patient va pouvoir prendre conscience que ces rencontres ne sont pas fortuites. Tout ce qui a fait, fait et va faire de sa vie est connecté. Le terrain d'expérience de la vie que ces rencontres représentent va pouvoir l'aider à percevoir cette connexion globale avec son environnement relationnel et le guider pour agir en connaissance de cause à l'avenir.

Dans le cas où des évènements traumatisants avec des proches ou en rapport avec des proches à pu être observé lors des anamnèses, une autre technique, celle de la ré-empreinte pourra également être utilisée. Un technique classique en hypnose, adaptée au modèle humaniste, car il s'agit d'une régression hypnotique dans le passé du patient. Ceci doit être manipulé avec précaution car les outils classiques impliquent souvent de devoir « revivre » de mauvaises expériences, ce que j'éviterai le plus possible pour ma part. Elle commence par une métaphore sur le temps. Le patient est invité à remonter le fil du temps pour retrouver *la trace* de ce qui a fait mal « *sans visualiser l'expérience elle-même, mais en acceptant cette trace pour ce qu'elle, une sensation avec laquelle vous pouvez défusionner* ». La trace transformée en symbole pourra être « laissée » à un endroit symbolique « *non pas enfouie mais, là, quelque part où elle est détachée de vous. Loin des chemins que vous emprunterez à l'avenir* ». Ce travail pourra être poursuivi en cherchant à rencontrer la trace de « *ce qui a fait mal* ». Comme je l'ai exposé pour le protocole du *critique*, le patient fera ensuite régresser ce qu'il aura « *symbolisé en une personne mais pas une personne connue, un personnage symbolique* » jusqu'à son enfance, puis lui prodiguera les soins symboliques nécessaires pour la faire revenir à son âge d'ici et maintenant « *équilibré et suscitant de la peut-être de sympathie, de l'empathie même. Et en tout cas le genre de personne avec qui vous pouvez choisir librement*

de garder le contact ou de le laisser partir. Que souhaitez-vous faire maintenant ? Le laisser partir ou lui dire quelque chose ? Vous être libre. »... Je n'utiliserai pas ici les termes du type « sans crainte » car on le sait en état hypnotique le patient risque de ne pas entendre les négations... ce qui créerait en fait l'effet inverse à ce qui est cherché. Le patient atteint une banalisation de ce qui pouvait être un « démon », et l'indifférence par rapport à celui-ci. Pour conclure cette phase de travail et ce cycle, toujours en état d'augmentation de consciences, j'inviterai le patient à rejoindre un lieu où il peut se ressourcer, le cas échéant « son » refuge, l'endroit où tous les éléments sont réunis pour qu'il se sente bien. Puis je lui demanderai de tendre le bras la paume tournée vers le haut. Je lui demande la permission de poser quelque chose dans sa main... puis je dépose une pierre « presque brute », un petit pavé à peine dégrossi d'un centimètre de côté. Je lui annonce « Cet objet symbolise le parcours que vous avez accompli jusqu'ici avec moi. Toute l'énergie et le travail que vous avez investi dans nos séances. Prenez quelques instants pour apprécier ce chemin parcouru... vous pouvez maintenant refermer votre main et examiner cet objet, sa forme, sa texture, son grain... ce qu'il vous évoque... ce n'est pas un exercice de devinette... non cet objet que je vous ai confié est pour vous. Il agira comme un rappel quand vous en aurez besoin. Ce n'est pas non plus un porte bonheur... le bonheur, vous le savez, est entre vos mains... comme cet objet... c'est à vous de le construire, de le façonner. Ce que j'ai placé entre vos mains est une petite pierre, brute ou presque, c'est votre pierre. Je ne pense pas que vous allez la façonner de vos mains plus tard [le patient n'entend pas la négation]... quoique... la sculpture comme tous les arts est une manière de laisser libre cours à votre imagination, comme vous l'avez fait avec moi. Mais c'est vous que vous allez continuer à façonner... en gardant à l'esprit que ce travail est le travail de toute une vie. Il ne s'arrête pas maintenant... votre pierre vous le rappellera. »

Ceci conclut le cycle que je propose et que j'ai développé dans le cadre de cette recherche. Je n'ai aucunement la prétention ni les moyens de le soumettre à l'épreuve d'une étude clinique se soumettant à un protocole de validation. Cependant je continuerai à le documenter sur la base des recherches en cours dans les différents champs qu'elle implique.

L'hypnothérapie dans une perspective de développement personnel

Mon travail ne s'arrête cependant pas là. Dans des approches plus longues je traite avec les personnes qui me sollicitent des aspects plus existentiels ou le travail se situera plutôt sur les processus et les causes et le développement personnel. En lien avec l'alcoologie les enjeux de la gestion des émotions sont centraux tout comme le mal-être existentiel, les échecs personnels ou professionnels à répétition, les syndromes post-traumatiques (les abus, les violences, les deuils), les sentiments d'impuissance chronique (plus de 60% des patients qui consultent pour un TUA sont en rechute ou ont déjà un parcours en alcoologie), les problèmes de couple, la peur de l'abandon, les questions identitaires et d'ordre sexologique.

Les troubles et les affects qui ont été abordés en hypnothérapie brève peuvent également être avantageusement et durablement traités en hypnothérapie analytique (un problème trouve sa solution la plus efficace à « un niveau logique au-dessus de ce qui a créé le problème » ...), en prenant davantage en compte la psychologie profonde, l'histoire de vie et les mécanismes émotionnels dans la perspective du développement de la personne. J'ai déjà illustré ce type d'approche dans le protocole de thérapie symbolique avancée du « critique ». Il ne me sera pas possible de présenter ici tout l'arsenal des outils qui sont utilisés dans le cadre de mon approche, je vais cependant, en faisant un détour par ses sources d'inspiration, vous en tracer les grands axes.

Mon travail se base sur des théories développées par Carl Jung tout au long de sa carrière et sur leurs développements foisonnants ces vingt dernières années. Il faut en effet noter que la pensée de Jung a le mérite d'avoir été évolutive et d'avoir intégré de multiples apports au fil du temps et de ses écrits, jusqu'à son décès en 1961. Lire Jung dans le texte n'est cependant pas chose aisée car sa bibliographie est immense et pour le lecteur francophone encore très partiellement traduite. Le lecteur curieux en trouvera une *bibliographie raisonnée* dans un texte de Juliette Vieljeux et Florent Serina (2014) et une liste des publications en français sur le site du GERPA (<https://www.gerpa-cgjung.com/lire-jung/jung-en-francais/>). Je vais tenter d'en présenter ici quelques éléments clés.

La psychologie analytique de C.G. Jung

Carl Gustav Jung (1875 - 1961) a appelé « Psychologie Analytique » sa contribution à l'approche de l'inconscient individuel et collectif de l'homme. Jung a développé ses théories principalement en Allemagne et en Suisse alémanique, et sa popularité a été très rapidement importante dans les pays Anglo-Saxons depuis le début du vingtième siècle alors qu'elle est passée presque inaperçue pendant de longues années en francophonie et en France en particulier. Les psychanalyses freudiennes puis plus tard lacaniennes ont été, il faut le dire, dominantes en France surtout. Dans ce contexte les théories de Jung ont été vues comme étant en concurrence. De plus, l'accent mis par Jung sur l'importance de la spiritualité et de la mythologie a également, peut-être sur la base d'aprioris, été « mal jugée » par les milieux scientifiques et académiques dans les pays francophones, où il la « vague dominante » se concentrait sur des approches résolument empiriques de la psychologie en s'opposant à tous les paradigmes psychanalytiques.

L'influence de Jung a continué de croître aux États-Unis et en Angleterre au cours des dernières décennies et suscite un regain d'intérêt actuellement qui déborde ces territoires pour parvenir maintenant à susciter des recherches et à entrer dans le mode académique plus largement. Dans un texte disponible en version libre ([Originalité et actualité de la pensée jungienne](#)) de Paul Lardinois, membre honoraire de la Société Belge de Psychologie Analytique, on peut découvrir le parcours riche

et semé de rencontres de Jung. A commencé par sa trajectoire partagée avec Freud aux débuts de la psychanalyse. Sept années de relation amicale qui se solderont par une « séparation » tant personnelle qu'épistémologique. Freud invoquera tout au long de ses écrits l'amour et les pulsions sexuelles comme étant les ressorts des comportements et conduites humaines. Tandis qu'à partir de 1911 Jung, ayant lu des auteurs invoquant d'autres facteurs pour expliquer ces conduites, comme Adler, va développer une théorie se voulant reposer sur une base épistémologique plus large que l'approche freudienne. « C'est ainsi que Jung a été amené à distinguer deux types psychologiques : l'introverti et l'extraverti. Le premier l'*introverti* ressortirait davantage à la psychologie d'Adler, le second l'*extraverti* à celle de Freud » écrit Paul Lardinois. Cette première typologie psychologique relevant de la *personnalité* sera complétée par Jung au travers de théories comme celle des fonctions qui nous permettent d'appréhender la réalité : pensées, sentiment, sensations et émotions. En combinant ces deux approches Jung en arrivait à caractériser huit types de personnalités. Aujourd'hui les tests de personnalité les plus étudiés sont précisément issus de cette typologie. C'est le cas du Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), qui mesure les préférences de personnalité en utilisant les concepts de Jung de l'extraversion et de l'introversion, de la sensation et de l'intuition, de la pensée et de l'émotion, et de la perception et du jugement. Je l'utilise dans ma pratique et le lecteur curieux pourra s'y essayer via de nombreux sites internet dont le site de référence (<https://www.myersbriggs.org/>) ou comme (<https://www.16personalities.com/>) qui intègre également d'autres dimensions issues de recherches plus récentes comme la *dispositional theory*.

Je vais donc me risquer à tenter de tirer à grands traits les éléments essentiels de la psychologie analytique de Jung qui me sont utiles dans le développement de ma pratique, en ce compris en alcoologie. En commençant par la première dyade conscient et inconscient, concepts que j'ai déjà longuement explicités.

La polarité psychique : Jung divise la psyché en deux parties agissant en interaction. Le conscient et l'inconscient sont toujours actifs chez l'individu et agissent comme le pendant l'un de l'autre. L'inconscient n'est donc pas comme chez Freud le siège de ce qui est « refoulé » par la conscience, au contraire il agit au même titre que le conscient de manière centrale pour guider nos modes de pensées et nos interactions avec notre environnement. Jung a également défini deux tendances, en balance, à l'intérieur de la psyché, appelées extraversion et introversion. L'extraversion se concentre sur les interactions avec le monde extérieur, tandis que l'introversion se concentre sur les expériences intérieures.

Les archétypes sont des images mentales « universelles » ou en tout cas qui représentent des idées fondamentales telles que le *féminin*, le *masculin*, la *mère*, le *père*, l'*enfant*, l'*ombre*, *héros*... Selon Jung, ces archétypes peuvent être activés par des expériences personnelles ou culturelles et peuvent influencer les pensées, les

émotions et les actions des individus. Les archétypes peuvent également se manifester dans les rêves et on en trouve souvent la trace dans les mythes présents de manière très similaire dans de nombreuses cultures. Le sociologue que je suis nuancera quelque peu mais il s'agit bel et bien d'une typologie pertinente en psychothérapie que l'on retrouve épistémologiquement en sociologie sous le vocable d'*idéal-types* chez Max Weber. Ce sont dans les deux cas des cadres explicatifs s'appliquant aux *fonctionnements individuels* dès lors qu'ils sont *actualisés* en société. Mais en sociologie ces fonctionnements individuels sont aussi à l'origine de la construction de la réalité sociale. Il y a donc une double perspective qui, il me semble, n'est pas incompatible avec l'approche jungienne.

Les *personae* sont également un des concepts clés de la psychologie analytique jungienne. On peut les considérer comme des expressions concrètes et externalisées des archétypes. Selon Carl Jung, la persona est également le masque ou le rôle social que nous jouons pour adapter notre comportement aux attentes de la société. Il peut s'agir d'un ensemble de traits de personnalité ou de comportements que nous présentons aux autres pour être acceptés ou pour remplir des obligations sociales. C'est également le type d'analyse qu'a présenté le sociologue américain Erving Goffman dans son livre *La mise en scène de la vie quotidienne* (Goffman & Kihm, 1973). Parfois la persona peut être vue comme une façade que nous utilisons pour cacher notre véritable soi, et peut nous empêcher de développer une identité personnelle authentique. Jung a également soutenu que la persona peut créer un conflit avec notre soi profond, qui est notre véritable nature intérieure. En psychothérapie jungienne, le travail consiste souvent à aider les patients à comprendre ces *personae* pour accéder à un soi véritable et vivre une vie plus satisfaisante et significative.

L'*individuation* : L'individuation est le processus par lequel un individu devient conscient de son potentiel inconscient et de son propre soi véritable. Jung a soutenu que c'est un cheminement vers l'unité et la totalité de la personnalité, qui implique la reconnaissance et la résolution des conflits entre les tendances extraverties et introverties. Il a également soutenu que c'est un processus continu tout au long de la vie et qu'il peut être stimulé par des expériences difficiles ou des moments de crise.

Les rêves et les symboles : Selon Jung, les rêves sont des moyens par lesquels l'inconscient peut communiquer avec le conscient. Il a étudié les symboles présents dans les rêves et dans la vie quotidienne et a soutenu que ces symboles peuvent révéler des aspects de la psyché inconscients. Il a également soutenu que la compréhension des symboles peut aider les individus à résoudre les conflits psychiques et à poursuivre leur processus d'individuation.

Les protocoles de la thérapie symbolique avancée

Tous les éléments que je viens de présenter brièvement entrent dans une pratique hypnothérapeutique utilisant à la fois le travail sur les rêves et les symboles, ainsi que les concepts d'archétype et de personae. Je ne pourrais cependant présenter ici que quelques exemples de protocoles qui en découlent. Je renvoie le lecteur à l'ouvrage de Patricia d'Angeli, *Guérir vos blessures intérieures* (2013) pour une description plus complète de quelques-unes des techniques dont je me suis inspiré.

Selon l'approche jungienne, tout individu est constitué d'une part masculine et d'une part féminine. Les deux s'expriment consciemment et inconsciemment. En hypnothérapie je suis amené à la fois à aider le patient à rencontrer ses parties féminines et masculines *intérieures*, non encore conscientes, au travers de divers protocoles d'*harmonisation*. Comme je l'ai exposé pour la rencontre avec le *critique*, le patient partira à la rencontre de ces archétypes en augmentation de conscience pour les faire régresser jusqu'à leur naissance et, en leur prodiguant symboliquement tous les soins dont ils ont besoin, leur permettre de s'épanouir pleinement à l'instant présent. L'harmonisation consistera à associer ces deux facettes dans une forme de « mariage » qui donnera naissance à un troisième terme, l'enfant « divin ». Bien que ce terme soit « connoté » et qu'il fasse référence à une forme de transcendance qui n'est pas à mon sens essentielle au modèle, on pourrait dire que ce troisième terme est l'enfantement d'un modèle d'équilibre « idéal » qui pourra élever la connaissance de soi à un autre niveau, spirituel chez certains, symbolique et opérant pour chacun. En alcoologie cela peut être particulièrement intéressant chez des patients qui présentent un trouble de la personnalité ou une recherche identitaire. Il arrive bien souvent en effet que le produit induise à la fois une recherche d'un autre soi-même, plus sûr de lui, plus dans l'action ou qu'il soit l'instrument d'un repli sur soi et une quête de sens sans solution rationnelle.

Le travail pourra également porter sur le soin de *l'enfant intérieur*. Ses indications en lien avec l'alcoologie sont innombrables et portent sur toutes les *blessures* profondes. On parlera d'enfant *martyr* (le Calimero si souvent rencontré et décrit dans les outils psycho-éducatifs en alcoologie), d'enfant *manipulateur* (le menteur ou le charmeur qui se cache derrière un masque en société), d'enfant *affamé* (souvent présent dans le cadre de troubles de l'alimentation, mais aussi en cas de manques affectifs), de l'enfant *coffre* (porteur de secrets familiaux par exemple) ou encore de l'enfant *tyran* (victime le plus souvent d'humiliations)... pour ne citer que ceux-là.

La place des rêves, qu'ils soient des *rêves éveillés* et induits en hypnose ou la reprise de thématiques réellement apparues en rêves nocturnes ou *inconscients*, est centrale dans l'approche analytique et structurera souvent une séance dans les prises en charge de longue durée. Les rêves permettent de laisser émerger des *symboles* qui sont des messagers de *blessures intérieures*. Le travail en hypnothérapie sera alors de

les expliciter, de leur permettre de s'exprimer plus complètement. En psychanalyse on parlera souvent de rêves de *compensation*. Ils sont des « soupapes » face à une pression extérieure ou un conflit interne. Ce qui advient souvent chez le patient en proie à une consommation incontrôlée ou incontrôlable d'alcool. Mais dans l'approche jungienne, le rêve peut également, contrairement à la théorie freudienne, être l'expression d'une solution. Le patient porte en lui les réponses à ses propres difficultés et son imaginaire travaille pour lui proposer une vision d'avenir et des pistes pour « sortir » d'une difficulté existentielle. À la différence des rêves *lucides* ou le patient pourrait aussi prendre lui-même le contrôle, ce n'est pas seulement sa « réflexion » qui le guidera en hypnose. Ce sont toutes les potentialités non-conscientes qui lui apparaîtront. En hypnose en augmentation de conscience, le patient aura pleinement accès à toutes ses ressources. Les solutions proposées par son inconscient lui deviendront pleinement accessibles. Il n'y a également pas de crainte à avoir à rêver en hypnose en augmentation de conscience, car s'il y a bien un terrain ou rien de désagréable ne peut arriver c'est bien en pleine conscience. Le vécu des patients dans d'autres formes d'hypnothérapie peut être différent et j'ai déjà mentionné que la reviviscence d'expériences traumatiques est un terrain qui demande à être particulièrement attentif au bien-être du patient par exemple.

Un attention particulière en alcoologie pourra également porter sur le *deuil* et plus particulièrement son acceptation qui touche de nombreux aspects de la vie de chacun d'entre nous. Pas seulement lors de la perte d'un être cher mais pour tout ce à quoi nous devons renoncer : les séparations, la confiance « aveugle » de l'être aimé... et le lien fusionnel avec le produit à l'origine de l'addiction. Le protocole impliqué invitera à « rendre sa liberté » à l'être ou au symbole de la chose à laquelle on doit renoncer. Ça veut dire couper le cordon ombilical, en ayant fait tout ce qu'on avait encore à faire avec l'autre partie de ce lien intime, avant d'en accepter pleinement *la perte*. C'est bien la notion de « cordon » qui est ici centrale dans l'approche. En ne plaçant pas l'accent, par exemple en alcoologie, sur le produit lui-même mais sur le lien d'attachement qui s'est créé.

La thérapie symbolique avancée en hypnose humaniste permet également des approches plus systémiques, notamment en couple. L'approche sera ici souvent centrée sur le fait que nous cherchons, sans le savoir, chez un partenaire la « solution » à nos problèmes, comme le patient le fait souvent avec l'alcool. Mais cette attente est par définition vouée à l'échec. Au contraire elle renforce souvent le problème. Des protocoles spécifiques impliquent donc également d'intégrer d'autres membres du système familial, individuellement ou en groupe.

J'en resterai là dans le cadre de ce texte pour la présentation de l'approche que je développe dans le cadre « pratique d'une application de l'hypnothérapie en alcoologie » comme le sous-titre de ce travail de mentionne. J'ai déjà sans doute débordé le cadre attendu pour ce travail... et il me faut conclure.

Conclusions

Le texte que j'ai présenté ici dans le cadre du certificat interuniversitaire en alcoologie, que j'ai eu la chance de suivre, n'est pas seulement un travail de fin d'études. Il est une manière pour moi de prendre le temps de revenir sur ce que j'ai appris, lu et échangé, par le biais de cette formation et au fil des années au cours desquelles mon intérêt pour les champs de la recherche en alcoologie et en hypnose n'a cessé de se développer et de s'approfondir. Il a tout d'abord l'ambition d'enrichir ma pratique et de rassembler en un tableau, le plus cohérent possible, ce qui est pour moi encore un vaste champ des possibles.

Je pourrais dire que c'est une photographie de l'état de ma réflexion à l'instant présent et mon propos ne se veut ni exhaustif, ni constituer un point final à la démarche que j'ai entreprise. Comme je l'écrivais en introduction, j'ai tenté ici d'apporter ma pierre à l'édifice, comme il est coutume de le dire, pour contribuer à faire avancer la recherche et la pratique en hypnothérapie en la recontextualisant dans le sillage des innovations thérapeutiques en alcoologie.

A la lumière de la réflexion épistémologique que j'ai menée, d'une revue de la littérature circonscrite mais s'ouvrant aussi largement aux marges disciplinaires et aux innovations, et d'une tentative de synthèse pratique, j'ai le sentiment d'avoir fait un long chemin. J'espère avoir semé au fil de celui-ci des graines qui vont germer et m'aideront aussi à faire mieux connaître à l'avenir les champs de l'hypnose et de l'alcoologie à leurs praticiens et susciter l'intérêt pour les approches que j'ai présentées. Ce texte ne restera donc pas lettre morte je l'espère et je serai très heureux qu'il puisse nourrir des échanges avec d'autres intervenants en alcoologie au premier chef.

Je n'ai pas eu l'occasion de développer spécifiquement dans ce texte les applications de l'hypnose en groupe, car je pense qu'il s'agit là d'un champ qui mérite à lui seul une vaste réflexion, là aussi épistémologique mais aussi technique. L'hypnothérapie en groupe s'accommode en effet mal de la nature conversationnelle de la pratique que j'ai présentée. Cependant je proposerai prochainement je l'espère à des patients de travailler en groupes thérapeutiques et de soutien, dans un cadre guidé et encadré. Cela en complément des outils d'hypnothérapie individuelle que je peux proposer dans le cadre d'une prise en charge en alcoologie. Il y a selon moi un vide encore trop grand laissé entre la prise en charge en milieu hospitalier et les groupes d'entraides non encadrés par des intervenants qualifiés.

De même, je n'ai pas beaucoup insisté sur l'auto-hypnose au-delà des exercices que j'ai pu présenter dans une approche stratégique. Je pense cependant que, dans le cadre d'une approche comme la mienne, celle-ci a beaucoup à apprendre de la méditation guidée et vice-versa. Je n'ai pas eu l'occasion de creuser plus en profondeur cet axe et je ne propose pas moi-même des « enregistrements » que le patient pourrait écouter ou réécouter après ou entre les séances. Mais ce n'est pas une méthode que j'exclu a priori de ma pratique. Les méditations proposées dans le programme MBRP me paraissent toutefois en être un bon exemple (voir Bowen, 2019, pour une liste des ressources disponibles) et me semblent tout à fait indiquées et convergentes en complément des outils que je propose. Jean Becchio et Bruno Suarez (Becchio, 2021) proposent également en annexe de leur ouvrage *Du nouveau dans l'hypnose* un grand nombre d'exercices d'activation de conscience très simples qui me semblent particulièrement intéressants pour les patients en alcoologie et je me permettrai de les suggérer aux personnes que j'aurai en consultation.

Un vaste champ que je souhaiterais explorer, mais qui est plutôt « une thèse annexe » comme on avait coutume de l'imposer par le passé dans les recherches doctorales dans les facultés de philosophie (à la grande crainte des récipiendaires lors de leur défense orale), est celui de l'utilisation des dispositifs et méthodes de bio-neurofeedback dans le cadre de l'hypnose et de la remédiation cognitive et émotionnelle. Les recherches dans ce secteur sont foisonnantes, j'en mentionne quelques-unes dans ma bibliographie même si je n'ai pas eu l'occasion ici de les commenter. Toutefois les méta-analyses montrent que ce champ émergent cherche encore ses outils de validation malgré des résultats prometteurs.

Quoi qu'il en soit, j'espère avoir pu transmettre au lecteur mon enthousiasme et mon engagement réitéré à m'insérer à un réseau de soin pluridisciplinaire en alcoologie. Dans cette perspective je suis particulièrement motivé par des collaborations, que ce soit sur un terrain thérapeutique, de recherche, d'intervention ou de transmission des connaissances que j'ai pu acquérir et développer grâce à ce temps de recherche que m'a offert cette formation.

La bibliographie qui conclut ce travail est très vaste et toutes les références n'ont pas nécessairement été citées. Il s'agit cependant réellement du corpus que j'ai exploré et exploité pour écrire ce texte et j'espère que le lecteur pourra ainsi lui-aussi poursuivre ou approfondir des aspects que j'ai abordés et qui auront éveillé sa curiosité.

Méditation du body scan

Ce script est adapté d'un enregistrement de John Kabat-Zinn, *guided mindfulness meditation*, enregistré en 2002. Il est une illustration de ce que pratiquent, souvent « en raccourci », les coachs ou animateurs de groupes qui utilisent la pleine conscience, la relaxation voire la sophrologie dans ses différentes variantes. Il est utilisé dans le protocole MBRP que j'ai présenté.

Script

« Permettez à vos yeux de se fermer tranquillement. En prenant quelques moments pour être en contact avec les mouvements de votre respiration. Quand vous vous sentez prêt, portez votre attention aux sensations dans votre corps, particulièrement aux sensations de contact ou de pression, là où votre corps est en contact avec la chaise ou le sol. A chaque expiration, permettez-vous de vous laisser aller, de vous enfoncer toujours davantage dans le sol (ou la chaise).

L'intention de cet exercice n'est pas de changer quoi que ce soit ou de se sentir différemment, relaxé ou calme ; même si cela peut être le cas parfois. Au contraire, l'intention de la pratique est d'amener, du mieux que vous pouvez, votre conscience à toutes les sensations qui vont apparaître au fur et à mesure que l'attention va se porter sur les différentes parties du corps. Si vous notez que votre esprit vagabonde, ramenez-le simplement à la conscience de votre corps.

Maintenant, portez votre conscience aux sensations physiques dans votre abdomen, en étant conscient des sensations dans cette région à chaque inspir et à chaque expir. Prenez quelques minutes pour sentir les modifications des sensations ; pour vérifier comment l'inspir est ressenti différemment de l'expir.

Étant connecté(e) aux sensations dans l'abdomen, déplacez maintenant le focus de votre conscience au travers du corps, en descendant jusqu'aux orteils du pied gauche. Focalisez votre attention sur le gros orteil du pied gauche. Notez toutes les sensations dans cet orteil. Ensuite, permettez à votre attention de se déplacer vers chacun des orteils du pied gauche tour à tour, en portant une curiosité bienveillante à la qualité des sensations que vous constatez, peut-être en notant les sensations de contact entre les orteils, de picotement, de la chaleur, ou aucune sensation particulière. S'il y a des régions que vous ne ressentez pas, portez simplement votre attention à cette zone, en notant juste ce que vous pouvez par rapport à cet endroit du corps.

Quand vous vous sentez prêt(e), lors d'une inspiration, ressentez ou imaginez que l'air rentre par les poumons, et ensuite descend à travers le corps dans le pied et les orteils du pied gauche. Et quand vous expirez, imaginez que la respiration retourne en arrière depuis les orteils, à travers le corps, jusqu'à ce qu'elle sorte par le nez. Ainsi, vous envoyez votre respiration en bas vers les orteils gauches, et ensuite

vous lui permettez de faire le chemin inverse au travers de votre corps, jusqu'à votre nez. Du mieux que vous pouvez, continuez à faire cela lors de quelques respirations. Cela peut sembler difficile de tenir bon - continuez simplement à faire cet exercice, peut-être en prenant cela comme une sorte de jeu.

À présent, quand vous êtes prêt(e), quittez la conscience des orteils du pied gauche et portez l'attention sur les sensations du bas du pied gauche, en portant une conscience bienveillante et curieuse aux sensations au niveau de la plante du pied et du talon, en ressentant toutes les sensations dans cette région. À présent, portez votre attention au haut du pied gauche et à la cheville. En ressentant les muscles, les os, les tendons dans la cheville gauche. Maintenant, déplacez votre attention au mollet et au tibia. En ressentant les sensations de contact des vêtements contre la peau dans cette zone, ou peut-être des sensations dans les muscles. Et ensuite, montez vers le genou gauche. Notez du mieux que vous pouvez toutes les sensations présentes dans cette région du corps, en faisant l'expérience encore une fois de respirer dedans, à mesure que vous continuez à déplacer votre attention vers la jambe. Vous pourriez considérer votre attention comme un projecteur, qui se déplace lentement au travers du corps, en vous focalisant sur chaque sensation dans chaque région. Encore une fois, s'il y a des régions où il semble difficile de détecter des sensations, essayez juste de ressentir du mieux que vous pouvez. Maintenant, portez votre attention à la cuisse gauche. Notez les sensations dans cette région. Peut-être que vous ressentez la pression de votre jambe contre la chaise, ou les endroits où cette partie du corps touche le sol si vous êtes couché(e).

En faisant cet exercice, il arrivera inévitablement que l'esprit parte ailleurs, quitte la conscience de la respiration ou des sensations dans le corps moment après moment. Ceci est tout à fait normal; c'est ce que fait l'esprit: Lorsque vous constatez cela, simplement prenez conscience de cette expérience, en notant là où l'esprit est allé, et ensuite, tranquillement, portez votre attention à nouveau sur la partie du corps que vous êtes en train d'observer.

À présent, portez votre attention sur les sensations physiques de la jambe droite, en descendant jusqu'au pied droit, jusqu'aux orteils du pied droit. À nouveau, imaginez votre respiration descendant jusqu'aux orteils droits, et en suite en retournant à travers le corps jusqu'à ressortir par le nez. Continuez à porter votre attention, avec une curiosité bienveillante aux différentes sensations physiques en permettant à n'importe que sensation présente dans les orteils d'être simplement là, telles qu'elles sont. Observez maintenant ce que vous ressentez sur la plante de votre pied droit, sur le coup de pied, et la cheville. Portez maintenant votre attention au mollet et observez les sensations dans cette région. Et à présent, le genou droit.

Si vous ressentez une douleur ou un inconfort dans une de ces régions, soyez simplement conscient de cette sensation, et continuez à amener la respiration dans cet endroit. Du mieux que vous pouvez, en laissant les sensations être telles qu'elles sont. Maintenant, guidez votre conscience à la cuisse droite, en notant les sensations dans cette zone. Et à présent, montez vers votre hanche et votre taille. En ressentant votre poids sur la chaise (ou sur le sol). Maintenant, déplacez lentement votre

attention vers votre abdomen. En ressentant votre abdomen qui se gonfle et se dégonfle, à chaque inspir et chaque expir. Maintenant, déplacez votre attention à votre cage thoracique. Simplement, ressentez autant de sensations que vous pouvez. Projetez votre attention à votre dos - au bas du dos, et le haut du dos, en ressentant les endroits où il touche la chaise ou le sol. En notant les endroits où il y a de la tension ou de l'inconfort. Et à présent, remontez vers votre poitrine et vos épaules.

Si vous êtes conscient(e) d'une tension, ou d'une autre sensation intense dans un endroit particulier du corps, vous pourriez essayer de « respirer dedans » - en utilisant la respiration pour amener la conscience dans ces sensations, et du mieux que vous pouvez, lors de l'expir, laisser aller.

Si vous notez que vos pensées vagabondent, ou si vous êtes distrait ou agité, simplement notez cela aussi. C'est O.K. Guidez calmement votre attention à nouveau vers les sensations de votre corps.

Maintenant, guidez votre attention en descendant vers le bras gauche jusqu'aux doigts de la main gauche. Ressentez chaque doigt, et les endroits où ils sont en contact avec la chaise ou le sol. Remontez à présent vers le poignet et l'avant-bras gauche. En notant chacune des sensations ici. Dans le coude gauche, le haut du bras gauche, l'épaule. Observez chaque tension, toute sensation de raideur.

Maintenant, déplacez lentement votre attention à travers votre corps vers le côté droit, en descendant vers le bras droit, et ensuite les doigts de main droite. En ressentant chaque doigt séparément. Observez les sensations de picotement ou l'envie de les bouger. Notez s'il y a des doigts que vous ne sentez pas aussi bien que les autres doigts. Maintenant, guidez votre attention dans la paume de la main, le poignet, l'avant-bras droit, le coude droit. À présent, focalisez sur le haut du bras et sur l'épaule.

Laissez votre attention venir à présent vers votre cou. Ressentez là où il y a des raideurs ou de la tension. Soyez conscient(e) des régions où il est plus difficile de ressentir une sensation. Maintenant, portez l'attention vers l'arrière de votre tête. Notez si vous pouvez ressentir les cheveux sur votre tête. Portez l'attention vers l'oreille gauche, et ensuite à l'oreille droite. Et à présent, vers le front.

Explorez maintenant les sensations sur votre visage. Vos yeux, vos joues, votre nez. Notez si vous pouvez ressentir la température du souffle lors de votre respiration, et si cela change lors de l'inspir et de l'expir. Notez toutes les sensations présentes sur vos lèvres, votre menton, toute raideur dans votre mâchoire. Et portez votre attention au sommet de votre tête.

Après avoir « scanné » tout le corps de cette manière, prenez quelques minutes pour prendre conscience du corps dans sa totalité, ainsi que du souffle circulant librement à chaque inspiration et chaque expiration.

Maintenant, très lentement, calmement, en maintenant toujours une attention sur votre corps, quand vous vous êtes prêt(e), peut-être bougez un tout petit peu votre corps, remuez les doigts et les orteils ou étirez-vous gentiment, et ensuite,

permettez à vos yeux de s'ouvrir et à votre conscience de s'élargir à la salle où nous sommes, et aux personnes autour de vous. »

Analyse

John Kabat-Zinn utilise ici plusieurs outils que l'on retrouve dans la pratique de l'hypnose en ouverture de conscience. Il s'agit en effet d'un exercice de focalisation de la conscience. Ici sur la respiration, point central dans la pratique du mindfulness (que l'on retrouve dans la technique SOBER), et les sensations physiques. Il est intéressant de noter que Kabat-Zinn recourt au tout début du script à une suggestion directe quasiment « standard » en hypnose classique : (...) *permettez-vous de vous laisser aller, de vous enfoncer toujours davantage (...)* ». Tout en disant par la suite qu'il ne s'agit pas de vouloir se relaxer ou changer d'état de conscience, *suggestion paradoxale*, il procède comme dans une *induction hypnotique* avec les notions de lâcher prise et « d'enfoncement ». Le poids du corps étant une métaphore de l'état de conscience. La respiration est ensuite utilisée de manière symbolique, en lui donnant la capacité de « circuler » à travers le corps. La notion de *conscience* de ce que l'esprit « fait » est également introduite. C'est une suggestion de *dissociation* même si le participant est constamment ramené à l'ici et maintenant. Une suggestion est également utilisée pour soulager les tensions ou sensations désagréables. Le participant est invité symboliquement à « respirer dedans » et à « laisser aller » ces affects négatifs. La conclusion est une suggestion à *l'élargissement de la conscience* après la séance. Comme le fait l'hypnose en augmentation de conscience en ne créant pas de rupture entre l'état de conscience modifiée et la suite du dialogue avec l'hypnothérapeute puis le retour aux activités normales.

Induction hypnotique de type ericksonienne

Tout « l'art » d'Erickson a été de raffiner le discours suggestif et de développer de multiples formes de suggestions indirectes, qui agissent de manière permissive mais aussi à l'insu du patient. Cependant le script que je présente ici, cité dans (Bioy & Michaux, 2019), démontre également que ce type d'hypnose (je le rappelle, le plus enseigné) amène aussi le patient à se sentir « à l'origine de ses actes », ce qui est central dans les approches thérapeutiques telles que je les envisages en alcoologie. Pour donner une idée du « relief » du discours de l'hypnothérapeute les mots en gras représentent un changement de ton, une insistance et un ralentissement du débit oral. Entre parenthèse ce sont les types de suggestion utilisées qui sont commentés.

Script

« Bon... alors vous allez commencer par vous installer aussi **confortablement** que vous le pouvez... en prenant bien tout votre temps... vous avez conscience de tout ce qui vous entoure... vous sentez votre position sur ce siège... voilà, c'est bien (ratification)... qui est comme il est... (truismes pour faciliter l'adhésion, réalisant une séquence d'acceptation pour donner davantage de poids suggestif au mot « confortable » qui va suivre) et vous êtes libre... à tout moment... votre corps peut faire tout ce qu'il faut (suggestion ouverte) pour que vous soyez bien **confortable**... il sait trouver une position pour votre tête... et pendant que vous continuez à respirer bien régulièrement... il y a peut-être des phénomènes variés que vous pouvez explorer (suggestion ouverte, floue)... vous pouvez explorer la façon dont vous sentez le **poids** de votre corps... pendant que vous continuez de laisser venir ce qui vient... et il n'y a rien de particulier à faire pour cela, car vous savez n'est-ce pas que vous n'allez pas entrer dans un agréable état d'hypnose maintenant... avant (implication) de laisser votre corps trouver le meilleur confort possible... parce que c'est lorsque vous commencerez à vous sentir plus à l'aise... que vous commencerez... à rentrer un peu à l'intérieur de vous-même... (suggestion composée) et peut-être que vous ne sentez déjà plus votre montre à votre poignet tandis que **les paupières deviennent plus lourdes**... (favoriser la dissociation et suggestion composée)... vous pouvez préférer profiter de cette expérience... de la manière qui vous convient le mieux... peut-être aussi est-il encore trop tôt pour... **fermer les yeux maintenant**... (implication et couverture de toutes les possibilités d'une classe de réponses) vous savez qu'on peut garder les yeux ouverts et ne plus voir ce que l'on regarde... et on peut aussi continuer à voir... même une fois qu'on a... **fermé les yeux** (confusion, utilisation de la similitude entre infinitif ou participe passé et impératif des verbes du premier groupe)... cela n'a pas d'importance... c'est comme lorsque vous regardez un film qui vous intéresse vraiment et que vous n'avez pas besoin d'être attentif à ce qui est autour de vous... absorbé par les seules perceptions **utiles**... celles qui vous intéressent... et quand vous commencerez à être vraiment satisfait de ce **confort**... est-ce que vous aurez la surprise de sentir qu'un de vos doigts?... on ne peut pas savoir lequel... est-ce que vous serez intéressé de ressentir comme une petite sensation, un doigt (questionnement)... qui peut même bouger tout seul (préparation

signaling)... un mouvement automatique... un mouvement involontaire d'un doigt... c'est très fréquent dans cet état... tout à fait naturel... (validation de l'état d'hypnose)... en même temps... vous pouvez prendre conscience de votre propre manière de laisser se développer toutes ces impressions et de les explorer... comme un paysage qui défile... **un paysage familier et un peu exotique** (confusion et suggestion de vécu hypnotique)... et pendant ce temps... l'impression que vous pouvez flotter librement... et vous profitez bien de ce sentiment particulier... **comme une rêverie**... et vous savez que l'on peut rêver que l'on est éveillé... on peut rêver que l'on dort... rêver que l'on rêve... (confusion pour favoriser l'approfondissement)... réellement prendre plaisir à retrouver certains **rêves**... des rêves... des **souvenirs**... parce que pendant que vous êtes en train de vous occuper de vous-même de cette façon un peu particulière... à un autre, niveau de votre esprit certaines **recherches** se poursuivent et vos pensées peuvent flotter au gré de votre rêverie... flotter librement dans l'espace... flotter dans le temps... l'espace et le temps sont parfois si relatifs... et même si vous "savez quel jour nous sommes il est tout à fait possible qu'à cet instant même **hier** soit plus proche que **tout à l'heure**... ou **qu'avant-hier** vous semble beaucoup plus loin que tel souvenir précis de votre enfance... vous pouvez vous rappeler aussi librement que vous voulez un détail précis de **ce passé qui reste présent** (confusion pour faciliter une éventuelle régression temporelle)... comme vous pouvez vous souvenir de tout ce qui se sera passé dans cette expérience... et oublier tout ce qui ne sera pas important... (suggestion d'amnésie) ou tout ce qui sera important simplement sur le plan inconscient mais qui n'a pas besoin d'encombrer votre esprit (choix illusoire)... vous savez comme on **oublie facilement**... comme on peut oublier un rendez-vous... penser à autre chose... se tromper de jour... penser que c'est demain alors que c'était hier... comme on peut donner la date de l'année précédente à la place de la date de l'année en cours... ou prendre conscience que demain aujourd'hui sera hier et que cela n'a pas d'importance (confusion et suggestion d'amnésie)... ou alors vous pouvez être tout à fait ailleurs et ne pas faire attention à mes paroles, glisser vers autre chose (couvrir toutes les possibilités d'une classe de réponse)... profiter de ce moment pour entrer en contact avec vous-même d'une manière qui vous soit bénéfique pour le présent et pour l'avenir... ou vous pouvez tout simplement vous laisser au **calme**... au **repos**... et je ne sais pas (truisme et « ne pas savoir, ne pas faire ») de quelle manière vous allez utiliser cette expérience dans le temps à venir... peut-être dans les instants qui vont suivre... peut-être plus tard aujourd'hui... ou au moment de vous endormir... peut-être plus tard... ou dans les jours suivants... on ne peut vraiment pas dire à quel moment... plus tard... mais peut-être cela sera-t-il **intéressant** pour vous... ou peut-être plutôt **plaisant**... je ne sais pas vraiment... de remarquer quelque chose à un certain moment... plus tard plard... et peut-être préférerez-vous ne pas l'identifier tout de suite consciemment... on ne peut pas savoir à quoi on peut s'attendre... et plus tard dans la Journée, vous ressentez juste ce sentiment de **grand bien-être** (suggestion post-hypnotique)... (...) »

Analyse

Ceci n'est qu'un extrait de l'induction hypnotique utilisée mais il permet de voir apparaître les principales composante de l'approche ericksonienne, et des techniques de suggestion indirecte issues de ce qu'on appelle maintenant le *Milton model*. La première partie consiste à établir un rapport de communication à double sens par une synchronisation (l'hypnothérapeute va ajuster le débit de ses paroles au rythme de la respiration du patient) et une ratification en miroir des signes physiques ou attitudes observées chez le patient (ou supposées observées). Une surabondance de réponses positives (le « yes set ») amène le patient à être en confiance et prépare les suggestions suivantes.

L'utilisation de la négation « car vous ne savez pas que » est une caractéristique de la communication orientée vers « l'inconscient » car selon la théorie ericksonienne celui-ci entend « vous savez que ». La suggestion composée « tandis-que » est au cœur de la technique dissociante : un ressenti, une suggestion de modification de conscience. En couvrant par le discours toutes le possibilités de ressenti, le patient est quoi qu'il arrive de plus en plus engagé dans le processus hypnotique. La confusion et la saturation de l'esprit viennent ici « ouvrir une brèche » pour que l'hypnothérapeute amène le patient dans une état de conscience modifiée de plus en plus « profond ».

La *métaphore* du rêve et de la sensation de flotter sont des « classiques » de ce type d'induction. Dans ce cas l'hypnothérapeute induit un sentiment de confusion temporelle car la *régression* et la *futurisation* seront souvent utilisées dans les phases de travail qui suivront. Les suggestions d'amnésie sont aussi caractéristiques de ce type d'hypnose car la conscience du patient est supposée être mise entre parenthèses pour que l'inconscient soit seul à l'œuvre. Au-delà de cet effacement de la conscience l'hypnothérapeute prépare une action de l'inconscient après la phase d'hypnose par une suggestion « post-hypnotique » comme on l'appelle dans ce cas.

Les énoncés orientés vers l'activation de ressentis positifs et la capacité d'action du patient témoignent d'une approche réellement centrée sur la personne, ce qui est le point de rupture entre les techniques ericksonienne et l'hypnose « classique » où la place de l'hypnothérapeute était centrale et l'effacement de ressentis négatifs et l'aversion les techniques de base du travail avec le patient.

Induction hypnotique en intériorisation consciente de type humaniste

Les inductions en augmentation de conscience ne visent généralement pas à inviter le patient à « plonger » dans un état de conscience modifiée comme le font systématiquement les techniques dissociantes. Toutefois toutes les techniques d'induction hypnotiques ericksoniennes peuvent être « traduites » dans une version humaniste ou en augmentation de conscience. J'ai développé le script que je présente ici dans le cadre de ma formation en Hypnose Humaniste et il s'inspire des travaux d'Oliver Lockert et Patricia d'Angeli.

Script

Introduction

« Je vous invite à vous installer confortablement et à vous préparer à découvrir d'autres aspects de vous-même... Vous pourrez fermer les yeux quand je vous le dirai mais vous ne sombrerez pas dans le sommeil. Au contraire, vous allez vous **éveiller en conscience**. Vous resterez attentif **à la fois** à mes paroles **et** à vos propres sensations. Je vois que vous êtes-vous bien installé... On peut commencer ? »

Relaxation

« Je vais vous demander de garder les yeux ouverts pour l'instant... sans rien regarder de particulier... ou en regardant ce vous voulez... tiens votre main par exemple ? C'est bien... **Fixez juste ce point**... Vous êtes bien installé dans ce fauteuil... confortablement... vos pieds posés sur le sol, vous vous détendez le plus possible, votre dos est en contact avec le dossier et les muscles de votre nuque se décontractent... vous pouvez bouger un peu les épaules et votre tête si vous le souhaitez... Vous essayez d'évacuer toutes les tensions qui peuvent exister en vous... **On est bien ici non ?** La musique vous convient ? Vous **fixez** votre main **et** vous **sentez en sécurité**, tout ici est rassurant. Vous vous sentez de plus en plus serein et décontracté **tout en restant pleinement attentif** à mes paroles et à toutes vos perceptions. Vous ressentez le poids de votre corps sur l'assise du fauteuil, cela signifie que **vous êtes bien ici et maintenant, ancré et parfaitement conscient de ce que vous vivez et ressentez**. Vous entendez les bruits autour de nous... vous sentez la fraîcheur de la pièce... les odeurs peut-être... Voilà... détendez-vous... Vous écoutez toujours attentivement le son de ma voix et vous regardez votre main... mes paroles vous aident à vous décontracter encore plus, à vous sentir de mieux en mieux... Vous êtes **ici et maintenant** avec moi **et** vous vous préparez à glisser vers un **état de conscience différent**. Vous êtes parfaitement en éveil et à l'écoute de toutes vos sensations. »

Focalisation

« Vous regardez votre main et vous prenez conscience de l'effet que cela vous fait... Vous sentez ?... Sitôt que vous avez commencé à fixer le point il y a quelques minutes, votre respiration s'est apaisée... Vous respirez plus calmement... Cela s'est fait tout naturellement... Alors, continuez de bien fixer ce point... Vous pouvez

cligner des yeux, bien sûr... mais gardez bien encore les yeux ouverts. Voilà, c'est bien... comme ça... **je ne sais pas si vous avez remarqué** mais depuis que vous fixez votre main, plus rien ne bouge dans votre main... cela paraît bizarre mais **vous avez fait disparaître tout un tas de réactions** parasites, de micro mouvements qu'on a d'habitude... sans rien faire d'autre que de d'y **focaliser votre attention...** »

Absorption

« D'habitude, lorsqu'on fixe un point comme ça, cela nous focalise tellement que l'on en perd la perception du monde autour... Vous pouvez laisser venir cette impression... **d'entrer en vous...** comme si le monde se repliait sur vous... cette impression de **plonger...** Et pourtant, vous restez parfaitement conscient... vous écoutez ma voix qui vous parle... C'est très bien... Vous êtes en train de faire comme ces plongeurs, qui se **laissent descendre de plus en plus profondément** dans l'océan... très lucide... **très conscients justement** ... de tout ce qui les entoure... pour découvrir ce monde silencieux... caché au plus profond... Voilà, respirez toujours calmement... Sentez comme vous vous alourdissez... Vous pouvez maintenant donner l'autorisation à vos paupières de se refermer... et continuer ainsi à vous enfoncer, guidé par ma voix... **de plus en plus profondément... Tout en restant ici et avec moi...** Vous descendez vers les merveilles des grands fonds... de plus en plus naturellement... sans effort... profondément... vous commencez votre voyage intérieur... »

Prise de conscience

« Et, lorsque vous serez arrivé assez profond en vous... assez profond en vous pour pouvoir me décrire ce qui se passe... ce que vous ressentez... ce que vous percevez... alors, vous pourrez commencer à me raconter, en quelques mots simples... juste ce qu'il faut pour que je comprenne... »

Vous avez les yeux fermés afin de vous **focaliser sur vos sensations...** et vous restez attentif à votre **ouverture d'esprit...** Parfois, on se sent s'assoupir, un peu comme lorsque l'on s'endort au volant... mais vous ne voulez pas vous endormir, au contraire, **vous voulez éveiller votre conscience...** D'accord ?... Bien. Alors, continuez à rester bien vigilant... C'est votre attention grande ouverte qui va permettre le succès de cette séance... **Vous entrez de plus en plus profondément dans un état d'hypnose... en toute conscience !** Bien... Vous avez pris conscience que les petits mouvements que l'on a, en permanence, involontairement comme les petits spasmes inconscients dans les doigts avaient disparu depuis le début de notre expérience... Aucun petit mouvement... C'est même tout votre corps qui semble maintenant particulièrement calme... Et savez-vous ce qui provoque ce calme ?... C'est que **votre Inconscient se sent observé** : comme un petit lapin à l'entrée de son terrier, il n'ose plus bouger... Mais, c'est bien, ça... car cela vous montre qu'il est là, tout près, votre Inconscient... Alors, voici ce que vous pouvez faire : envoyez une pensée vers votre main celle de tout à l'heure... et demandez-lui... sans un mot... sans même penser... souhaitez simplement qu'elle retrouve sa liberté de mouvement... Souhaitez qu'elle produise à nouveau l'un de ces micro-mouvements,

un peu spasmodiques... Comme une saccade nerveuse... Je vous laisse faire...
Envoyez votre intention... *intensément... et pourtant très calmement... Attendez-vous vraiment à ce que votre main bouge... et, à la fois, n'ayez aucun mouvement volontaire...* **Vous voulez un mouvement automatique...** *Non pas inconscient, puisque vous en êtes l'origine, très consciemment... mais bel et bien automatique... C'est bien, c'est exactement ça... votre main est légère et libre...*

Maintenant vous allez imaginer que votre autre main est lourde... de plus en plus lourde... vous pouvez ressentir son poids sur votre cuisse... tout votre bras est de plus en plus lourd, de plus en plus décontracté... relâché... vous sentez qu'il peut même glisser... tellement il est lourd et votre main est attirée vers le sol... vous êtes ici et avec moi... en pleine conscience... **et votre main est irrémédiablement attirée vers le sol...** *comme naturellement... votre bras et totalement relâché... et plus vous sentez que votre bras est relâché, plus il est attiré vers le sol, plus vous prenez conscience que vous vous êtes dans un état d'hypnose de plus en plus profond... c'est bien... vous êtes parfaitement détendu... tout votre corps est parfaitement détendu... vous êtes attentif au son de ma voix... vos pieds sont bien posés au sol... vous êtes ici et maintenant avec moi et dans un état d'hypnose profond... en pleine conscience... c'est vous qui êtes aux commandes de ce voyage intérieur...*

Vous êtes toujours attentif à tous les bruits qui nous entourent... à toutes vos sensations... et vous êtes en état d'hypnose... en contact avec votre propre intérieur... et en même temps, votre conscience se déploie tout autour de vous, de manière holographique... vous pouvez laisser émerger l'intuition de ce véritable pays à l'intérieur... et partout à la fois. C'est bien... Vous avez compris que si vous voulez vraiment rêver il faut vous éveiller... Et c'est ce que vous venez de faire... vous éveiller pour explorer votre monde intérieur... Finalement, en hypnose, le plus dur n'est pas de vous faire entrer dans un état modifié de conscience... mais de dépasser l'état dans lequel vous êtes souvent plongé... sans vous en rendre compte... et c'est ce que vous faites maintenant... C'est très bien... [Option si la personne semble trop « partie »] Parce que comme le dit Coluche "Si vous ne faites pas aujourd'hui ce que vous avez dans la tête, demain vous l'aurez dans le ... " »

Analyse

On a bien ici affaire à une induction qui « plonge » le patient dans ce qui est supposé être son inconscient, ce qui est non conscient en hypnose classique et ericksonienne. Mais le script que je présente ici montre qu'il est possible, par la métaphore et l'utilisation systématique de l'association entre une suggestion de pleine présence à l'ici et maintenant ET la modification de l'état de conscience, de « garder » le patient dans un état « non dissocié » tout en utilisant les techniques de focalisation et les outils linguistiques ericksonniens. Le travail de l'hypnothérapeute est ici un peu plus complexe car la tendance naturelle est bien à la dissociation si les suggestions l'amenaient à entrer dans un « sommeil » plutôt qu'un « éveil » de sa conscience. L'utilisation des techniques issues d'autres

paradigmes de l'hypnose se fait donc ici avec la plus grande vigilance. La phrase de conclusion « optionnelle » que je présente ici est un exemple de « réveil » de la conscience, par l'humour ici et par une forme de dédramatisation du travail hypnotique. La légèreté, la flexibilité et la libération des processus cognitifs, des ressentis et de l'imagination sont ici les objectifs premiers qui préparent à un travail d'introspection pleinement associé.

Induction hypnotique en expansion globale de conscience

Le script présenté ici est, comme les précédents, un « exemple » de ce qui pourrait être dit lors de la phase d'induction hypnotique en hypnose en conscience augmentée. En aucun cas celui-ci ne sera lu tel quel. L'hypnothérapeute en changera les éléments à chaque fois en utilisant les informations qui lui auront été apportées par l'anamnèse, la définition des objectifs avec le patient, les hypnoses précédentes..., et en se *synchronisant* et en se *centrant* sur le patient. Je le présente car il recourt à une grande variété de suggestions d'augmentation de conscience : spatiales, temporelles, en élévation, en expansion, matérielles et subtiles. Il peut donc ressembler à un catalogue un peu « caricatural » mais dans les faits un hypnothérapeute à l'aise avec sa technique produira des inductions de ce type, de longue durée (au moins vingt minutes), dès les premières séances. La « profondeur » de la transe n'est pas vraiment une préoccupation en hypnose telle que je la pratique, mais l'état d'augmentation de conscience doit être « bien » vécu et ressenti par le patient, ce qui prend du temps. Avec de l'entraînement cependant, la plupart des patients pourront retrouver cet état de conscience modifiée par des inductions plus rapides par la suite. Avec des patients réceptifs ceux-ci pourront même être extrêmement rapides avec des inductions « flash » mais c'est l'exception et non la règle.

Script

Introduction

« Je vous invite à vous installer confortablement et à vous préparer à voir et ressentir les choses autrement... Vous pouvez fermer les yeux si vous le souhaitez mais vous ne sombrerez pas dans le sommeil. Au contraire, vous allez vous éveiller en Conscience. Vous resterez attentif à la fois à mes paroles et à vos propres sensations. Vous sentez-vous prêt ? Êtes-vous bien installé ? Je vous invite à fermer les yeux, **car on ne voit bien qu'avec le cœur...** »

Relaxation

« Pour mieux vous préparer à voir et ressentir les choses autrement, je vous propose de commencer par essayer de vous décontracter... de vous détendre le plus possible. **Vous sentez** votre corps assis dans ce fauteuil... vos pieds posés sur le sol... **et vous allez vous détendre** le plus possible. Vous êtes attentif à ce que votre tête reste bien droite... sans effort... en équilibre... car **il ne s'agit pas de s'endormir...** vous l'avez bien compris... mais de **se relâcher et d'être à l'écoute de vos sensations...** Vous sentez que la tension qui pouvait exister en vous disparaît de plus en plus, rien qu'en **écoutant le son de ma voix et en étant pleinement attentif à toutes vos sensations.** Vous vous sentez bien... de mieux en mieux... de plus en plus décontracté... en sécurité... tout ici inspire le calme... Vous vous sentez de plus en plus serein et décontracté tout en restant pleinement attentif à mes paroles et à toutes vos perceptions. Le son de ma voix et la musique qui nous accompagne vous aident à vous décontracter encore plus, à vous sentir de mieux en mieux... vous êtes ici et

*maintenant avec moi et **vous atteignez peu à peu un état de conscience différent en même temps que vous vous décontractez de plus en plus.***

Prenez le temps de ressentir chaque partie de votre corps en même temps que vous vous décontractez... Vos bras se relâchent... de plus en plus... peut-être ressentez-vous qu'ils sont de plus en plus lourds... vous ressentez leur poids sur vos cuisses. Vos jambes et vos cuisses sont en contact avec le fauteuil... le poids de votre corps est lui aussi perceptible à chacun de ces points de contact... vous en prenez parfaitement conscience **en même temps** que vous vous décontractez de plus en plus... Vous ressentez le poids de vos pieds sur le sol... et vous sentez que vous êtes bien enraciné dans ce sol, à la fois stable et relâché... sans effort, naturellement. **Laissez-vous guider** par vos sensations, vos perceptions... votre intuition. **Vous êtes parfaitement en éveil tout en étant de plus en plus serein et décontracté.**

Peut-être voulez-vous prendre une grande inspiration bien ressentir le flux de l'air qui rentre en vous ? Allez-y... respirez profondément et... expirez lentement... profondément... **ressentez le bien que ça vous fait.** Une fois encore respirez... ressentez... prenez conscience de ce que fait en vous cet air que vous respirez... Ce n'est pas seulement votre poitrine qui se gonfle... je le vois... mais cette respiration est de plus en plus profonde, instinctive... **c'est tout votre corps qui respire...** Respirez encore... C'est ça... à votre rythme... naturellement... C'est tout votre corps qui se remplit d'oxygène à chaque respiration... Vous le ressentez ce corps... encore mieux... et vous vous décontractez de plus en plus encore. Effectuez ces mouvements à votre rythme **en les accompagnant par la pensée...** **Vous pouvez visualiser** l'air qui rentre en vous et lui donner une couleur par exemple. Vous voyez cette couleur ? Vous pouvez imaginer cette couleur qui vous remplit et ressort de vous. À votre rythme, au rythme de votre respiration... Vous pouvez imaginer une couleur de détente qui circule dans tout votre corps... sentir sa vibration... sa chaleur... sa douceur... La détente s'installe partout où l'air que vous respirez se propage dans votre corps, dans chaque cellule... Chaque partie de vous se nourrit de cette lumière, de cette vibration... c'est comme un baume de bien-être... et **vous sentez ce sentiment de bien-être s'installer en vous, partout...** »

Globalisation

« C'est très bien... Continuez comme cela, à votre rythme, **pendant que je vous raconte mes histoires** ... Inspirez... et sentez la douceur de l'air qui entre en vous... Vous savez que lorsque vous êtes dans une pièce climatisée, l'air peut devenir irritant pour vos bronches... C'est que l'air est trop sec... Il manque l'eau qui est dans l'air... C'est l'eau qui donne sa douceur à l'air que vous respirez... l'eau... qui est là... sans que l'on s'en préoccupe, d'habitude... Parce que votre corps à vous est aussi fait d'eau, pour plus de la moitié... **C'est incroyable, n'est-ce pas, de penser ça ?...**

Votre corps est en majorité constitué d'eau... La vie elle-même est née dans l'eau... Et vos cellules contiennent de l'eau... Et saviez-vous que cette eau a quasiment la même composition que les eaux des océans qui couvraient la planète...

au tout début des temps ?... **Incroyable !... La même eau qu'au début des temps, dans chacune de vos cellules...** Un peu comme si vous étiez dépositaire de toute la **mémoire de la vie** sur Terre... D'ailleurs, quand nous sommes fœtus, nous parcourons en quelque sorte l'histoire de la vie... en repassant par tous les stades de l'évolution, des poissons aux lézards... La vie est étonnante... **Nous portons en nous la grande histoire de la vie...**

Et comme vous respirez toujours tranquillement... vous accueillez en vous à chaque fois un peu de cet air, qui a voyagé, d'êtres en êtres, tout autour de la planète... Eh oui car **nous partageons** tous le même air, forcément... L'air que vous respirez en ce moment est peut-être celui qu'a respiré un animal majestueux à l'autre bout de la planète... Ou il était peut-être dans la sève d'un arbre il y a des millions d'années déjà... D'ailleurs, la chlorophylle qui circule dans les feuilles de l'arbre a une structure très proche des globules rouges qui circulent dans votre sang... Le sang qui coule dans vos veines, pour emporter dans tout votre corps l'air que vous respirez en ce moment... Et **vous commencez à comprendre à quel point tout est lié...** Alors, continuez donc de suivre cet air... en esprit... à la fois ici, avec moi et plus grand, plus large... plus vaste... comme si votre être se répandait ici... comme un parfum... en suivant les courants de l'air... partout jusqu'au dehors... Jusqu'aux arbres et aux brins d'herbe... qui ont laissé leur trace... leur mémoire... que vous respirez...

Vous avez peut-être déjà vu ces formidables images de plancton, phosphorescent, dans les océans... Vastes masses d'eau... véritables poumons méconnus de la planète ... Ce plancton, qui est l'espèce végétale la plus répandue dans les mers... gorgé aussi de chlorophylle... tout comme vous du sang qui circule dans vos veines... au milieu de toute cette eau... Presque comme si... vous étiez vous aussi un vaste océan... Et peut-être sentez-vous votre respiration onduler... comme les vagues océaniques... profondes... et puissantes... Un beau temps... le ciel bleu... et l'ampleur des vagues... comme votre respiration... calme... et qui ondule... vivante... Voilà... Sentez-le en vous ! Sentez-vous aussi vaste que l'océan... **Aussi riche, profond et connecté à toute cette vie... Aussi sage que la mémoire du monde...**

Et laissez la nuit vous couvrir de son manteau d'étoiles... Ces étoiles... dont la lumière vous parvient du début des temps... et qui vient danser... en reflet... sur l'ondulation de votre respiration... **Prenez conscience de ce qu'il y a d'infini et d'universel en vous...** C'est comme... magique... indescriptible... Vous le sentez-le en vous ? Sentez-vous... vaste... comme la Vie. **Profitez de ce sentiment de force, de sagesse et de beauté...** Vous avez pris Conscience qu'en ouvrant votre âme, vous pouvez percevoir les choses différemment... avec une grande justesse et globalement à la fois... la connaissance est bien plus vaste... **La conscience est le tout, ce qui vous construit et ce que vous créez...** Depuis la nuit des temps jusqu'au cœur des océans... La lumière brille, même dans l'obscurité la plus profonde... car cette lumière c'est vous **en pleine conscience ! »**

Analyse

Les métaphores sont ici multipliées en cascade en recourant à des associations « matérielles ou rationnelles » et « subtiles ou poétiques ». Mais il ne s'agit pas d'un « bombardement » de suggestions hypnotiques comme on pourrait le faire en hypnose ericksonienne par exemple, pour *confusionner* le patient et « prendre le contrôle ». Au contraire il s'agit de donner au patient « le plein contrôle », en passant par la pleine conscience de l'ensemble de ce qui le constitue, du plus élémentaire et universel au plus complexe et singulier, de sa propre relation avec lui-même et de son intégrations dans un vaste réseau d'interactions avec son environnement . Si le ton peut paraître solennel il est aussi parsemé de trait de légèreté et de joie, ce qui est une caractéristique me paraissant essentielle dans ma pratique de l'hypnose.

Travail en hypnothérapie symbolique sur le critique intérieur

Le script que je présente ici est basé sur l'approche développée par Patricia d'Angeli (2013). Il est une adaptation d'un protocole que vous pourrez également retrouver sous forme d'un enregistrement disponible pour le grand public en ligne sur la chaîne Youtube de l'IFHE (Olivier Lockert, 2016).

Script

« La vie que vous avez vécu jusqu'à présent a été pour votre esprit une succession d'apprentissages. Certains de ces apprentissages ont été intégrés dans la joie et la bonne humeur mais nous le savons tous, beaucoup d'autres apprentissages ont été intégrés dans la douleur et dans la peur. Les souvenirs de ces apprentissages ont provoqué des blessures dans notre esprit. Le manque d'estime de vous-même ou la mauvaise image que vous avez de vous en ce moment est la conséquence des années passées (...) Mais comme vous le savez, tout a une fin, même les mauvaises choses et le temps est venu pour vous de récolter les bénéfices de vos apprentissages (...) Une étincelle s'est allumée en vous, sans quoi vous ne seriez pas ici avec moi pour trouver une nouvelle voie, pour construire une vie pleinement épanouissante désencombrée de l'alcool. On dit que, pour savoir qu'il fait noir il faut connaître la lumière... Vous avez peut-être parfois été convaincu dans votre parcours que vos défauts sont plus importants que vos qualités. C'est à ces moments que votre esprit profond a peut-être abdiqué sous la pression négative. Mais il y a bien une lumière en vous qui vous est en train de renaître, c'est elle qui vous a permis d'accepter de voir en face le côté sombre de votre vie. En tout cas, j'en suis convaincu et j'en suis le témoin depuis que nous travaillons ensemble... Vous allez utiliser votre imagination pour donner une forme ou un nom à l'ensemble de vos souvenirs négatifs (...) Tout ce qui entretient la piètre idée que vous avez de vous, on sait que cela vient peut-être des jugements que certains ont porté sur vous, ou d'un sentiment de culpabilité parfois, mais disons que vous pourriez l'appeler le critique comme s'il s'agissait d'un personnage, pourriez même en imagination lui donner un visage... un visage exagérément méchant même si vous voulez. Comme un homme agressif avec de grandes dents prêts à vous mordre ou bien une femme très violente les cheveux hirsutes rouge de colère et qui vous critique vertement. Laissez aller votre imagination... Tout ce qui passera dans cette vilaine personnes ne sera plus en vous. Allez y franchement. Par contre cet homme ou cette femme ne doit ressembler à aucune personne de votre connaissance. Si vous avez pensé à un visage connu alors retirez-le comme on enlève un masque et voyez le vrai visage qui se cache dessous. C'est le visage de cette partie cachée de votre esprit inconscient et c'est avec cette image inventée que vous allez pouvoir communiquer. Cette image rassemble symboliquement vos blessures, elle regroupe les souvenirs qui vous font du mal, jusqu'aux critiques que vous avez subie depuis votre enfance... Alors que cette image, ce visage, devient plus nette et plus précis en vous, souvenez-vous qu'au-delà de vos blessures il existe une lumière très positive, cette énergie qui peut vous rendre heureux, confiant... et qui est capable de chasser les idées fausses et les pensées les plus sombres. Vous allez vous connecter à cette énergie positive, cette belle image

de vous-même maintenant. Allons à la rencontre de vous-même. [Induction en intériorisation, lieu serein et sécure] (...) L'horizon s'éclaircit pour laisser apparaître un grand oiseau de lumière qui se pose près de vous et vous invite à le suivre. Installez-vous confortablement sur le dos de l'oiseau, accrochez-vous bien, vous êtes en sécurité, vous pouvez lui faire confiance, il s'envole doucement en prenant soin de vous. Sentez l'air autour de vous et sur votre visage... L'oiseau vol et les paysages défilent au-dessous de vous. Profitez de cette sensation de bien-être et de liberté. Vous êtes libre, là, vous pouvez vous sentir pleinement vous-même, maître de votre vie sur votre oiseau de lumière survolant le monde... vraiment libre. Appréciez ce voyage au cœur de votre immensité intérieure, si belle et si lumineuse... Et tout à coup une voix vous implore doucement... écoutez cette voix. C'est celle de votre sensibilité la plus profonde. Cette voix souhaite que votre sensation de bien-être se prolonge dans la vie de tous les jours et, si vous le voulez bien, vous pouvez demander à l'oiseau de lumière de vous y aider. Allez-y, en pensée ou en lui chuchotant à l'oreille, demandez-lui de vous emmener là où il sait... Vous savez précisément là où existe cette blessure qu'il vous faut soigner pour pouvoir enfin vivre heureux et vous sentir bien chaque jour dans votre corps et dans votre esprit... Et enfin vous accepter tel que vous êtes vraiment. C'est derrière cette douloureuse et vilaine blessure que se cache l'image de l'être exceptionnel et unique vous êtes. Laissez-vous faire, l'oiseau sait où aller il va voler vers l'endroit sombre où se cache la créature qui affaiblit votre esprit, le critique intérieur dont je vous parlais tout à l'heure. Ça y est nous arrivons. Allez doucement, vous pouvez déjà le voir au loin. Ses formes apparaissent dans la pénombre. Voyez votre critique, découvrez l'endroit où il vit. Parfois on a l'image d'une créature qui semble sans pitié, elle fait peur, il se peut aussi qu'elle vous accuse et vous critique. Rassurez-vous, c'est le critique, il est comme ça... Vous reconnaissez peut-être la voix qui vous démotive et qui vous insulte. C'est la même voix intérieure qui vous rabaisse et qui vous traite de moins que rien. C'est donc bien lui le critique, celui qui vous donne ces affreuses sensations parfois. Alors si vous en avez besoin un instant, éloignez-vous de cette créature. Envolez-vous sur le dos de votre oiseau de lumière et prenez vos distances ainsi vous allez pouvoir vous calmer, vous relaxer et reprendre des forces. Votre respiration qui s'était accéléré sans que vous le sachiez devient plus lente et plus profondes... Voilà tout doucement, tranquillement, c'est bien... allez-y doucement. Prenez un temps de réflexion, prenez conscience que la créature que vous avez vue à l'instant n'est pas une créature heureuse... Elle a dû beaucoup souffrir pour devenir ce qu'elle est. Oui on ne devient pas méchant, accusateur, injuste ou cynique lorsqu'on a vécu une vie sans aspérités, sans tracasseries, sans souffrances... personne ne vit vraiment en permanence dans une bulle d'amour et de bienveillance... Alors il est bien normal et compréhensible d'avoir été blessé à un moment ou un autre et de souffrir de ses blessures. C'est de cela qu'il souffre... votre critique. Il souffre de ses blessures. C'est ce qui le rend si hargneux et grognon qu'il semble vous détester. La douleur le prive des choses heureuses de la vie et du coup il voit tout en noir. Vous y compris... Il a perdu la belle image qu'il pourrait avoir de vous. Maintenant... ça... vous le comprenez et votre critique le sait. Il sent que désormais quelque chose a changé. Quelque chose d'important. Vous le comprenez, lui qui se sentait seul et incompris.

Il a gagné votre amitié. Peut-être même acceptez-vous de l'aider à guérir... Vous savez que si vous soignez votre critique intérieur il deviendra bon, aimant, et il prendra soin de vous. Ce ne sera plus un critique et vous pourrez découvrir sa vraie lumière, car dans le fond depuis toujours il est votre protecteur. Alors approchez-vous de lui. Lancez vos pensées vers lui et ressentez ce dont il a besoin. Laissez venir honnêtement la réponse juste, sans rien faire que laisser faire, laisser venir la réponse. La toute petite voix intérieure qui vous dit comment vous pouvez aider votre critique à devenir votre protecteur, en pensée ou en intuition... Ce qui vous est venu. Engagez-vous à le faire pour vous et pour lui... Pour améliorer votre vie, prenez tout le temps qu'il vous faut pour laisser résonner en vous cette question "Que puis-je faire pour aider cette part de moi-même ?" Et surtout la réponse. Tout ne vient jamais d'un coup... La réponse continuera d'arriver dans les heures et jours qui viennent par les divers hasard de la vie. Certaines coïncidences qui auront du sens pour vous. Des choses que tout à coup vous comprendrez différemment... Et puis des rêves aussi. Ce genre de rêve que l'on fait et dont on se souvient bien au réveil. Tout ça ce sera votre réponse... Et puis, vous en avez le désir, vous allez pouvoir créer un vrai changement pour votre vie en comprenant cette part de vous. Malgré ce qu'elle vous a fait par le passé... En lui accordant votre amour et votre bienveillance, en lui pardonnant car vous comprenez ce qui l'avait rendu aussi méchant. Grâce à cette belle lumière en vous, vous allez pouvoir changer votre vie et gagner le bonheur que vous méritez... Vous sentir en confiance et enfin pouvoir vaut aimer... [temps de méditation]. Vous avez eu un peu de temps pour prendre la décision d'aller mieux. L'oiseau de lumière est toujours à vos côtés et il est votre allié pour la vie. Il vous donne le courage de comprendre et d'accepter les choses. Il va aussi vous aider à soigner votre critique. Si vous êtes d'accord on y va alors... Prenez une grande respiration et, si vous étiez resté au loin, retournez voir le critique en volant sur le dos de votre oiseau de lumière. Approchez-vous mais restez dans les airs et observez le critique de haut. Là vous allez faire régresser votre critique dans le temps jusqu'à ce qu'il devienne un tout petit bébé... Allez-y, voyez votre critique rajeunir, redevenir enfant... et tout bébé, de plus en plus, voilà... Maintenant vous allez envoyer à cet enfant tout ce dont il a besoin pour grandir dans la paix et le bonheur. Je vous laisse faire... Voyez, votre oiseau de lumière vous aide... C'est bien... Sentez le et observez. Sous vos yeux l'endroit où se niche le critique se transforme, cela devient beau et accueillant, agréable et lumineux. Le critique redevenu enfant est rayonnant. On voit bien qu'il se sent bien, il est heureux, il aime votre amour et le bel endroit où il vit désormais... Alors faites-le grandir en conservant toute cette magie en lui. Faites le grandir dans la sagesse et la sérénité. Vous lui offrez ce merveilleux cadeau de changer complètement de vie. Vous lui avez permis de changer l'ombre en lumière, la souffrance en bien-être... Et il grandit vite... Voyez comme il est joyeux et joueur. Vous le voyez aimer la vie et les gens autour de lui. Il va devenir adolescent et adulte. Il va grandir jusqu'à ce qu'il ait exactement votre âge. Laissez faire... Jusqu'à ce qu'il ait exactement votre âge. Il va devenir quelqu'un de merveilleux... Un idéal, un modèle pour vous, qui saura vous encourager et vous féliciter chaque fois que vous en aurez besoin. Il est devenu votre protecteur capable de vous regarder avec un regard rempli d'amour, de respect et d'admiration pour tout ce que vous êtes. Vous

avez su rester vivant malgré ou peut être grâce aux épreuves de la vie. Vous avez grandi aussi et vous savez relever la tête et regarder dans le miroir de la réalité. Il suffit juste d'oser... Alors, osez maintenant, imaginez un beau miroir là juste en face de vous. Regardez votre corps se redresser et se remplir de lumière, de confiance. Vous êtes un être rempli de bienveillance et de confiance en vous. Vous êtes une grande âme... Et vous pouvez voir auprès de vous votre protecteur. Lui que vous avez aidé et transformé. Il pose sur vous un regard plein d'admiration... Vous pouvez laisser votre cœur se remplir de fierté pour ce que vous êtes car vous l'avez mérité. Cette victoire c'est la vôtre. Et il y a tant d'envie et tant de rêves qui naissent d'une vraie souffrance. Vous avez su puiser dans vos blessures la force de réaliser vos rêves. Moi aussi je suis fier de vous... Savez-vous que cette bienveillance et cette confiance vont vous permettre de vraiment changer votre vie ? Elles vont lui donner la couleur du bonheur et de l'espérance. Laissez glisser en vous ce plaisir de vous savoir maintenant plus fort, plus conscient de tous vos potentiels. Vous êtes le héros de votre vie, vous êtes roi ou reine de votre réalité intérieure, et cela va forcément se refléter à l'extérieur. Vous portez en vous cette chance inouïe d'être vivant... et la force de créer vos pensées positives, car vous avez su transformer vos blessures en lumière. Vous pourrez le faire quand vous en aurez envie, au besoin. Alors profitez de l'instant présent, c'est ce qui vous rend unique et en même temps c'est aussi cela qui vous relie à cet espace infini qui concentre toutes les pensées positives et toutes les lumières qui existent dans les individus de ce monde. Votre beauté intérieure va pouvoir maintenant illuminer votre entourage et métamorphoser votre vie. Jetez-vous à cœur ouvert dans ce nouveau monde plus positif, plein d'espoir, de bonheur, de confiance en vous. Et profitez de cette merveilleuse sensation de vous savoir exceptionnel. La vie dans ses fondations les plus intimes est exceptionnelle n'est-ce pas ? La vie est merveilleuse et vous faites partie intégrante de la vie. Vous pourrez conserver en vous cette énergie et cette sensation... bien après cette séance. Qu'allez-vous faire maintenant de votre nouvelle façon de voir la vie et de vous sentir si bien ? Votre vie est une histoire à suivre... Vous en êtes à la fois le héros, l'écrivain et le réalisateur... Alors faites de vos rêves votre réalité... »

Bibliographie

- Abraham, Y.-M., Martinet, A.-C., & Sardais, C. (2009). Christian Morel, Les décisions absurdes: Sociologie des erreurs radicales et persistantes, [absurd decisions: sociology of radical and persistent errors] Paris, Gallimard, 2004, 379 pages. *Management international / Gestión Internacional / International Management*, 13(3), 111-115.
- Abrams, S. (1964). An evaluation of hypnosis in the treatment of alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*, 120, 1160-1165.
- Alladin, A. (2014). Mindfulness-Based Hypnosis: Blending Science, Beliefs, and Wisdoms to Catalyze Healing. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(3), 285-302.
- Andrade, A. L. M., & De Micheli, D. (2016). *Innovations in the Treatment of Substance Addiction* (1st ed. 2016.). Springer International Publishing.
- Anselme, P., & Robinson, M. J. F. (2016). « Wanting, » « Liking, » and Their Relation to Consciousness. *Journal of experimental psychology. Animal learning and cognition*, 42(2), 123-140.
- Araoz, D. L. (1979). *Hypnocounseling*.
- Araoz, D. L. (1995). *The new hypnosis: techniques in brief individual and family psychotherapy*. Jason Aronson.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *The structure of magic* (Vol. 1). Science and Behavior Books Palo Alto, CA.
- Barra, J.-D., Trojak, B., & Wallenhorst, T. (2008). Apports d'un groupe de parole en service d'addictologie. *Alcoologie et addictologie*, 30(4), 407-410.
- Batel, P. (2011). *Pour en finir avec l'alcoolisme: réalités scientifiques contre idées reçues*. la Découverte.
- Beahrs, J. O., & Hill, M. M. (1971). Treatment of Alcoholism by Group-Interaction Psychotherapy under Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14(1), 60-62.
- Becchio, J. (2021). *Du nouveau dans l'hypnose: les techniques d'activation de conscience*. Odile Jacob.
- Berta, M., & Vlahussich, M. (1983). *Prospective symbolique en psychothérapie: l'épreuve d'anticipation clinique et expérimentale*. Ed. ESF.
- Bioy, A., & Michaux, D. (2019). *Traité d'hypnothérapie: Fondements, méthodes, applications*. Dunod.
- Bordeaux, M. P., Koob, G., Baillaige, M. M., Kennedy, M. P., & Lapointe, M. J.-M. (2022). *Se libérer de l'addiction en reprogrammant son cerveau* (Illustrated édition). de l'Homme.
- Bowen, S. (2019). *Addictions: prévention de la rechute basée sur la pleine conscience* (2e édition.). De Boeck Supérieur.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556.
- Bramwell, J. M. B. (2022). *Hypnotism: Its History, Practice and Theory / by J. Milne Bramwell*. LEGARE STREET Press.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of addictive behaviors*, 7(4).

- Bryan Jr, W. J. (1961). The treatment of alcoholism. *Journal of the American Institute of Hypnosis*, 2(1), 38-50.
- Byers, A. P. (1975). Training and Use of Technicians in the Treatment of Alcoholism with Hypnosis. *American journal of clinical hypnosis.*, 18(2).
- Carmody, T. P., Duncan, C., Simon, J. A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., & Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(5), 811-818.
- Champion, F. (2008). *Psychothérapie et société*. Armand Colin.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252. Cambridge Core.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512.
- Cottencin, O. (2009). Thérapie systémique brève en addictologie. *Annales médico psychologiques*, 167(7), 518-522.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2022). *Why People Drink; How People Change: A Guide to Alcohol and People's Motivation for Drinking It*. Springer International Publishing AG.
- Cox, W. M., Klinger, E., & Blount, J. P. (1991). Alcohol use and goal hierarchies: Systematic motivational counseling for alcoholics. In *Motivational interviewing: Preparing people for change*.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the Foundations of Positive Psychology: The Collected Works of Mihaly Csikszentmihalyi*. Springer Netherlands.
- Damasio, A. (2010). *Autre moi-même (L') : Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Odile Jacob.
- d'Angeli, P. (2013). *Psychothérapie - Guérir vos blessures intérieures* (2e édition). IFHE.
- Danvers, F. (2017). Shankland, R. La Psychologie positive: Paris : Dunod. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, 46/4.
- Darby, R. R., Joutsa, J., Burke, M. J., & Fox, M. D. (2018). Lesion network localization of free will. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, 115(42), 10792-10797.
- Dehaene, S., Kerszberg, M., & Changeux, J.-P. (1998). A Neuronal Model of a Global Workspace in Effortful Cognitive Tasks. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS*, 95(24), 14529-14534.
- Delmas, M. (2021a). Chapitre 3. Hypnose et addictions. In *17 cas pratiques en hypnothérapie* (2e éd., p. 48-65). Dunod.
- Delmas, M. (2021b). Hypnose et addictions. *17 cas pratiques en hypnothérapie-2e éd.*
- Dessy, E., Van Puyvelde, M., Mairesse, O., Neyt, X., & Pattyn, N. (2018). Cognitive Performance Enhancement: Do Biofeedback and Neurofeedback Work? *Journal of Cognitive Enhancement*, 2(1), 12-42.
- Doidge, N., & Lavigne, P. (2016). *Guérir grâce à la neuroplasticité: découvertes remarquables à l'avant-garde de la recherche sur le cerveau*. Belfond.
- Doutrelepont, R., Jacquemain, M., Vandekerke, M., & Italiano, P. (1995). *A l'ombre des paradigmes en fleurs. Métiers de sociologue et modes de validation*. L'harmattan, Paris, France.
- Drulhe, M., & Clément, S. (1995). Pour une sociologie de l'alcoolisme et des alcooliques. In *Sciences sociales et alcoologie* (p. 93-164). L'Harmattan.
- Ducasse, D., & Fond, G. (2015). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *L'encéphale* :

journal de psychiatrie., 41(1).

- Dupont JC & Naassila M. (2016). Une brève histoire de l'addiction. *Alcoologie et Addictologie*, 38(2), 93-102.
- Edwards, G. (1966). Hypnosis in treatment of alcohol addiction. Controlled trial, with analysis of factors affecting outcome. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27(2), 221-241.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Pergamon Press.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. I. (2006). *Traité pratique de l'hypnose: la suggestion indirecte en hypnose clinique*. Grancher.
- Feyerabend, P. (1988). *Contre la méthode: esquisse d'une théorie anarchiste de la connaissance*. Editions du Seuil.
- Feyerabend, P. (2010). *Against method: Outline of an anarchistic theory of knowledge*. Verso Books.
- Gabrynowicz, J. (1977). Hypnosis in a treatment programme for alcoholism. *The Medical Journal of Australia*, 1(18), 653-656.
- GERPA. (s. d.). *Lire Jung en français – C.G Jung – GERPA*.
- Ginger, S. (2008). Guide pratique du psychothérapeute humaniste. In *Guide pratique du psychothérapeute humaniste*. Dunod.
- Goffman, E., & Kihm, A. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne* (Vol. 2). Editions de minuit Paris.
- Gorski, T. T., & Miller, M. (1986). *Staying sober*. Herald Publishing House.
- Gräff, J. (2021). *La mémoire dans les gènes*. cerveauetpsycho.fr; Pour la Science.
- Grégoire, C., Faymonville, M.-É., Jerusalem, G., Bragard, I., Charland-Verville, V., & Vanhauzenhuyse, A. (2017). Intérêt et utilisation de l'hypnose pour améliorer le bien-être physique et psychologique en oncologie. *Hegel*, 4(4), 267-275. Cairn.info.
- Guen, C. L. (1991). « Le coeur et la raison... l'hypnose en question, de Lavoisier à Lacan » de Léon Chertok et Isabelle Stengers. *Revue française de psychanalyse*, 55(2), 537-.
- Gulati, S., D'Costa, Y. A., Zador, L., & Kunnumpurath, S. (2015). Hypnosis for Substance Abuse. In *Substance Abuse* (p. 369-378). Springer New York.
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A., & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(14), 1058-1064.
- Hammond, D. C. (2019). Integrating Clinical Hypnosis and Neurofeedback. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(4), 302-321.
- Harris, R., Penet, C., & Milleville, L. (2012). *Passez à l'ACT*. De Boeck Supérieur.
- Hartman, B. J. (1972). The use of hypnosis in the treatment of drug addiction. *Journal of the National Medical Association*, 64(1), 35-38.
- Hartman, B. J. (1976). Hypnotherapeutic approaches to the treatment of alcoholism. *Journal of the National Medical Association*, 68(2), 101-103, 147.
- Hartman, D. (2010). Hypnosis in the management of alcohol dependence. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 13(1), 5-.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press New York.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A Preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate

- addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
- Heap. (2007). HHypnosis: Theory, Research and Application. *American Journal of Clinical Hypnosis: Medical Applications of Hypnosis*, 50(2), 194-195.
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88(12), 1667-1677.
- Heselmans, F. (2008). Philosophie des sciences et sociologie de la recherche : les théories de la validation. Lectures croisées de Popper, Kuhn, Lakatos et Feyerabend. In *Épistémologie de la sociologie* (p. 87-96). De Boeck Supérieur.
- Holm, R. (2007). Relax your mind ...: More people are turning to hypnosis to overcome addictions and anxieties. *Knight-Ridder/Tribune Business News*.
- li, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 109-120.
- Inserm. (2015). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*. Inserm.
- Jacobson, N. O., & Silfverakiold, N. P. (1973). A Controlled Study of a Hypnotic Method in the Treatment of Alcoholism, with Evaluation by Objective Criteria. *Addiction.*, 68(1).
- JAY LYNN, S., SURYA DAS, L., HALLQUIST, M. N., & WILLIAMS, J. C. (2006). Mindfulness, Acceptance, and Hypnosis: Cognitive and Clinical Perspectives. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 54(2), 143-166.
- Jensen, M. P., Jamieson, G. A., Lutz, A., Mazzoni, G., McGeown, W. J., Santarcangelo, E. L., Demertzi, A., De Pascalis, V., Bányai, É. I., Rominger, C., Vuilleumier, P., Faymonville, M.-E., & Terhune, D. B. (2017). New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis. *Neuroscience of Consciousness*, 3(1), 1.
- Jouvent, R. (2013). *Le cerveau magicien: de la réalité au plaisir psychique*. Odile Jacob.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Où tu vas, tu es*. JC Lattès.
- Katz, N. W. (1980). Hypnosis and the addictions: A critical review. *Addictive behaviors.*, 5(1).
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012880.

- Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 51.
- Kroger, W. S. (1952). The Conditioned Reflex Treatment of Alcoholism. *J.A.M.A.*, 120:174.
- Kunz, E. (2014). Henri Laborit and the inhibition of action. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(1), 113-117.
- Lacroix, A. (s. d.). *Jusqu'à plus soif*. Philosophie magazine.
- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*, 321(7257), 355-358.
- Langen, D. (1967). Modern Hypnotic Treatment of Various Forms of Addiction, in Particular Alcoholism*. *Addiction.*, 62(1-2).
- Lardinois. (s. d.). *LARDINOIS - Originalité et actualité | Jung - SBPA*. SBPA DEF.
- Law, M., & Tang, J. L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of internal medicine*, 155(18), 1933-1941.
- Leclerc, G. (2016). Hypnose et addiction. *HEGEL : think for yourself*, 2(2), 239-239.
- Lejoyeux, M. (2019). Chapitre 34. Thérapies Cognitivo-Comportementales et Mindfulness. In *Addictologie* / (2e éd., Vol. 3). Elsevier Masson,.
- Lenoir, F. (2021). *Jung, un voyage vers soi*. ALBIN MICHEL.
- Lettieri, D. J., Sayers, M., & Pearson, H. W. (1980). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (Vol. 30). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol
- Li, X., Chen, L., Ma, R., Wang, H., Wan, L., Bu, J., Hong, W., Lv, W., Yang, Y., Rao, H., & Zhang, X. (2020). The neural mechanisms of immediate and follow-up of the treatment effect of hypnosis on smoking craving. *Brain imaging and behavior*, 14(5), 1487-1497.
- Libet, B. (1995). Neurophysiology of Consciousness: Selected Papers and New Essays by Benjamin Libet (Contemporary Neuroscientists Series). *Neurology*, 45(2), 405-405.
- Lockert, O. (2010). *Hypnose humaniste: voie de guérison et d'éveil*. IFHE éditions.
- Lourmière, G., Lacroix, A., Girard, M., & Nubukpo, P. (2022). Comparison of withdrawal symptom intensity between hypnosis and nicotine-replacement-therapies: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 64(3), 263-276.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Lynn, S. J., Green, J. P., Accardi, M., & Cleere, C. (2010). Hypnosis and Smoking Cessation: The State of the Science. *The American journal of clinical hypnosis*, 52(3), 177-181.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Carden~ a, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239-259.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2008). *Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: therapist training and therapeutic relationships*. New York: Guilford Press.

- Masson, J. (2002). Hypnose et prise en charge du patient alcoolique : étude clinique portant sur douze consultants externes alcooliques pris en charge à l'aide d'une technique hypnotique aménagée en milieu hospitalier [Thesis, Amiens]. In <http://www.theses.fr>.
- McClure, S. M., & Bickel, W. K. (2014). A dual-systems perspective on addiction: contributions from neuroimaging and cognitive training. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327(1), 62-78.
- Mété, D. (2022). *Alcoolisme à La Réunion : le docteur MÉTÉ tire la sonnette d'alarme sur les campagnes de publicité*. Linfo.re.
- Mété, D., Maillot, A., Peyré, A., Bastard, S., Combe, P., Miremont-Salamé, G., Molimard, M., Castaing, N., Titier, K., & Daveluy, A. (2020). La "chimique" dans les départements français de l'Océan Indien : importance d'un phénomène. *28e congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique Grenoble, 8-11 décembre 2020*, 32(4, Supplement), S23-S24.
- Miller Jr, W. A. (1991). Using hypnotherapy in communicating with the recovering addicted patient. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 1-18.
- Miller, M. M. (1959). Treatment of chronic alcoholism by hypnotic aversion. *Journal of the American Medical Association*, 171(11), 1492-1495.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996a). Assessing Drinkers' Motivation for Change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996b). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Nardone, G. (2015). *La stratégie de résolution de problèmes*. Paris, Enrick B. Éditions.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1993). *L'art du changement: thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. L'Esprit du Temps.
- Obukhov, N. V., L.N.Naish, P., Solnyshkina, I. E., Siourdaki, T. G., & Martynov, I. A. (2022). Teaching a computer to assess hypnotic depth: A pilot study. *bioRxiv*, 2021.11.13.467562.
- O'Keefe, T. (2017). Recovering from the lost years: Four cases of instant cessation of drug addiction utilising the Clinical Hypnotherapy Stop Drugs and Alcohol 6 Step Program. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 39(1), 3-14.
- O'Keefe, T. (2020). Clinical hypnotherapy for stopping drug and alcohol addiction: Building resilience in clients to reduce relapses and remain clean and sober. *Australian journal of clinical hypnotherapy and hypnosis*, 41(1), 16-26.
- Okultich, P. V., & Marlatt, G. A. (1972). Effects of varied extinction conditions with alcoholics and social drinkers. *Journal of abnormal psychology (1965)*, 79(2), 205-211.
- Olendzki, N., & Elkins, G. (2017). Mindfulness and hypnosis. In *Handbook of medical and psychological hypnosis: Foundations, applications, and professional issues*. (p. 579-588). Springer Publishing Company.

- Olendzki, N., Elkins, G. R., Slonena, E., Hung, J., & Rhodes, J. R. (2020). Mindful Hypnotherapy to Reduce Stress and Increase Mindfulness: A Randomized Controlled Pilot Study. *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 68(2), 151-166.
- Olivier Lockert (Réalisateur). (2016, mai 8). *Estime de soi - Séance d'Hypnose par Patricia d'Angeli*.
- Olivier Lockert (Réalisateur). (2018, décembre 21). *Libérez-vous du tabac avec l'auto-hypnose*.
- Olivier Lockert (Réalisateur). (2021, novembre 28). *Surmontez vos ADDICTIONS*.
- Olivier Lockert (Réalisateur). (2022, février 6). *Arrêtez de FUMER*.
- Orban, T. (2022). *Alcool: ce qu'on ne vous a jamais dit*. Mardaga.
- Orman, D. J. (1991). Refraining of an addiction via hypnotherapy: A case presentation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(4), 263-271.
- Otani, A. (2016). Hypnosis and Mindfulness: The Twain Finally Meet. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(4), 383-398.
- Pacheco e Silva, A. C. (1967). L'hypnose dans le traitement de l'alcoolisme. In J. Lassner (Éd.), *Hypnosis and Psychosomatic Medicine* (p. 233-235). Springer Berlin Heidelberg.
- Paille, F. (2018). Les innovations thérapeutiques en alcoologie. *Annales médico-psychologiques*, 176(8), 750-757.
- Paley, A. (1952). Hypnotherapy in the Treatment of Alcoholism. *Bulletin of the Menninger clinic.*, 16(1).
- Palsson, O., Twist, S., & Walker, M. (2019). A National Survey of Clinical Hypnosis Views and Experiences of the Adult Population in the United States. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(4), 428-448.
- Pascoli, V., Hiver, A., Van Zessen, R., Loureiro, M., Achargui, R., Harada, M., Flakowski, J., & Lüscher, C. (2018). Stochastic synaptic plasticity underlying compulsion in a model of addiction. *Nature*, 564(7736), 366-371.
- Pekala, R. J., Maurer, R., Kumar, V. K., Elliott, N. C., Masten, E., Moon, E., & Salinger, M. (2004). Self-Hypnosis Relapse Prevention Training with Chronic Drug/Alcohol Users: Effects on Self-Esteem, Affect, and Relapse. *The American journal of clinical hypnosis*, 46(4), 281-297.
- Penal, J. A. M. del. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38.
- Poliakow, O. (2020). L'éveil de l'âme en thérapie: le rêve éveillé. *L'éveil de l'âme en thérapie*, 1-288.
- Polk, K., Olaz, F., Schoendorff, B., & Webster, M. (2017). *Guide de la matrice ACT*. De Boeck Supérieur.
- Potter, G. (2004). Intensive Therapy: Utilizing Hypnosis in the Treatment of Substance Abuse Disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 21-28.
- Poupard, G. (2015). *Manuel pratique d'hypnothérapie: démarches, méthodes et techniques d'intervention*. Armand Colin.
- Prigogine, I. (1979). *La nouvelle alliance: métamorphose de la science*. Gallimard.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *The American psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Ramadas, E., Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 11(10).

- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal Synchrony in Psychotherapy: Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 284-295.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., & Raiola, M. (2007). *Les neurones miroirs*. O. Jacob.
- Roberts, D. (2019). Hypnose et addictions. *Psychotropes (Paris, France), 25*(2), 91-103.
- Rollnick, S., Miller, W. R., Butler, C. C., Languérand, É., Lécallier, D., & Michaud, P. (2018). *Pratique de l'entretien motivationnel: communiquer avec le patient en consultation*. InterÉditions.
- Rossi, K. L. (2006). The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 48*(4), 263-278.
- Rotaru, T.-Ștefan, & Rusu, A. (2016). A meta-analysis for the efficacy of hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64*(1), 116-136.
- Rousseaux, F., Bicego, A. Y., MALENGREAU, C., FAYMONVILLE, M.-E., LEDOUX, D., MASSION, P., NYSSSEN, A.-S., & VANHAUDENHUYSE, A. (2020). Can hypnosis be used in Intensive Care Units? *Médecine Intensive Réanimation*.
- Roustang, F. (2003). *Qu'est-ce que l'hypnose?* Minuit.
- Rumpala, Y. (2019). Quelle place pour une « sobriété heureuse » ou un « hédonisme de la modération » dans un monde de consommateurs?: Entre (re)construction d'un ethos et tensions non résolues. *L'Homme et La Société, n° 208*(3), 223-248.
- Santorelli, S. F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L., Kabat-Zinn, J., Blacker, M., & Herbet, G. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide. Worcester, MA: Center for Mindfulness in Medicine. *Health Care, and Society*.
- Schoen, M. (1985). A conceptual framework and treatment strategy for the alcoholic urge to drink utilizing hypnosis. *International journal of the addictions, 20*(3), 403-415.
- Scott, E. M. (1968). Hypnosis without Conscious Intent in an Alcoholic. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 29*(3), 709-711.
- Seligman, M. E. P. (2013). *S'épanouir: pour un nouvel art du bonheur et du bien-être*. Belfond.
- Shen, S., Liao, Q., Chen, X., Peng, C., & Lin, L. (2022). The role of irisin in metabolic flexibility: Beyond adipose tissue browning. *Drug Discovery Today, 27*(8), 2261-2267.
- Shestopal, I., & Bramness, J. G. (2019). Effect of Hypnotherapy in Alcohol Use Disorder Compared With Motivational Interviewing: A Randomized Controlled Trial. *Addictive Disorders & Their Treatment, 18*(3), 169-175.
- Shore, R. E., & Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sitbon, A., Shankland, R., & Krumm, C.-M. (2019). Interventions efficaces en psychologie positive: une revue systématique. *Canadian psychology = Psychologie canadienne, 60*(1), 35-54.
- Smith-Moorhouse, P. M. (1969). Hypnosis in the treatment of alcoholism. *The British Journal of Addiction to Alcohol and Other Drugs, 64*(1), 47-55.
- Sood, A., Ebbert, J. O., Sood, R., & Stevens, S. R. (2006). Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine & Tobacco Research, 8*(6), 767-771.
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., Vinci, C., Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Cinciripini, P. M., Waters, A. J., & Wetter, D. W. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of consulting and clinical psychology., 85*(11).
- Spiegel, D. (1998). Hypnosis and Implicit Memory: Automatic Processing of Explicit Content.

American Journal of Clinical Hypnosis, 40(3), 231-240.

- Spinhoven, P. (1987). Hypnosis and behavior therapy: A review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35(1), 8-31.
- Stanton, H. E. (1987). Alcoholism and hypnosis: Three case studies. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*.
- Steffenhagen, R. A. (1983). Hypnosis in the Treatment of Alcoholism: A Theoretical Perspective. *Journal of alcohol and drug education*, 28(3), 13-23.
- Stengers, I. (1993). *Importance de l'hypnose*.
- Stoelb, B. L., Molton, I. R., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24-39.
- Stoil, M. J. (1989). Problems in the evaluation of hypnosis in the treatment of alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6(1), 31-35.
- Suarez, B. (2019). Hypnose, activation de conscience et nouvelles solutions thérapeutiques des addictions : aspects neurobiologiques. *Psychotropes*, 25(2-3), 105-111. Cairn.info.
- Suarez, B., & Becchio, J. (2010). Les effets de l'hypnose sur la motricité. *J Radiol*, 91, 1108-1116.
- Teuwis, S., Fontaine, R., & Faymonville, M.-E. (2008). Place des traitements non pharmacologiques des douleurs neuropathiques. *Douleur et Analgésie*, 21(1), 34-36.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, 46, 717-728.
- Thibaudier, V. (2011). *100% Jung*. ORGANISATION.
- Vanhauzenhuysse, A. (2023). *Le point sur l'hypnose et les neurosciences*. Mme Audrey Vanhauzenhuysse. Hypnosium - Institut Milton H.Erickson Biarritz Pays basque.
- Vanhauzenhuysse, A., & Faymonville, M.-E. (2018). Hypnose et Recherche, l'expérience liégeoise. *Hypnose et Thérapies Brèves*, 12, 42.
- Vanhauzenhuysse, A., Laureys, S., & Faymonville, M.-E. (2014). Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 44(4), 343-353.
- Vieljeux, & Serina. (2014). *Bibliographie raisonnée des écrits de C.G. Jung* (Le Martin Pêcheur).
- Viswesvaran, C., & Schmidt, F. L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied psychology*, 77(4), 554.
- Viviani, G., & Vallesi, A. (2021). EEG-neurofeedback and executive function enhancement in healthy adults: A systematic review. *Psychophysiology*, 58(9), e13874-n/a.

- Wadden, T. A., & Anderton, C. H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological bulletin.*, 91(2).
- Wadden, T. A., & Penrod, J. H. (1981). Hypnosis in the Treatment of Alcoholism: A Review and Appraisal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24(1), 41-47.
- Wall, T. W. (2017). Hypnoanalysis. In *Handbook of medical and psychological hypnosis: Foundations, applications, and professional issues*. (p. 133-145). Springer Publishing Company.
- Watkins, H. H. (1993). Ego-state therapy: An overview. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 232-240.
- Watzlawick, P., Fisch, R., Furlan, P., & Weakland, J. H. (1975). *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Seuil.
- Watzlawick, P. N. (2019). *Hypnose Et Therapies Hypnotiques: Mysteres Devoiles Et Legendes Demystifiees*. Enrick B. Editions.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (2000). *Stratégie de la thérapie brève*. Seuil.
- Wilson, K. G. (2015). *La pleine conscience en thérapie: une approche de la Mindfulness basée sur l'ACT*. De Boeck Supérieur.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Lustyk, M. K. B., & Bowen, S. (2013). Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 351.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). Modeling the complexity of post-treatment drinking: It's a rocky road to relapse. *Clinical psychology review*, 27(6), 724-738.
- Wolberg, L. R. (1948). *Medical hypnosis. Volume I: The principles of hypnotherapy*. (p. xi, 449). Grune & Stratton.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA research monograph*, 137, 123-123.
- Young, G. K. (1996). *Hypnosis as an adjunctive modality in the relapse prevention component of an alcoholism treatment program*. Pacific Graduate School of Psychology.
- Zilverstand, A., Huang, A. S., Alia-Klein, N., & Goldstein, R. Z. (2018). Neuroimaging Impaired Response Inhibition and Salience Attribution in Human Drug Addiction: A Systematic Review. *Neuron (Cambridge, Mass.)*, 98(5), 886-903.

Table des matières

Abstract	122
Français.....	122
English.....	122
Préambule	3
Éléments d'épistémologie de l'hypnose et de l'hypnothérapie	7
Que sait-on de l'hypnose aujourd'hui ?	8
L'hypnose repose sur des bases scientifiques	9
Différentes formes d'hypnose	11
L'hypnose classique et l'hypnose de spectacle.....	11
L'hypnose « académique » : l'hypnose ericksonienne.....	12
La nouvelle hypnose.....	12
L'hypnose en conscience augmentée (hypnose humaniste).....	13
Les techniques d'activation de conscience	13
Conscience, conscient, inconscient.....	14
La pleine conscience de soi.....	16
Revue de la littérature concernant l'application de l'hypnose à l'alcoologie	19
Peu de publications associant hypnose et alcoologie ?	19
Revue de la littérature « hypnose » et « alcoolisme ».....	21
La période 1900-1989	22
De 1990 à nos jours	28
Autres références pour la pratique de l'hypnose en alcoologie	37
Hypnose et Tabac.....	37
Psychologie positive et mindfulness.....	39
Les apports spécifiques des thérapies d'acceptation et d'engagement	41
Pratique d'une application de l'hypnothérapie en alcoologie	43
Limites et précautions.....	43
De l'hypnose à l'hypnothérapie.....	44
Le choix d'une forme d'hypnose.....	45
Les outils en support de l'hypnothérapie	47
L'entretien motivationnel et les thérapies comportementales	47
La thérapie symbolique	49
Exemple de protocole hypnothérapeutique humaniste pour l'arrêt du tabac	49
Les acquis des recherches sur la pleine conscience	50
MBRP : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience	51
La psychologie positive et les TCC de 3 ^{ème} génération (ACT).....	54
Les outils de l'ACT.....	54
Les thérapies brèves ou stratégiques	55

Indications et prise en charge en alcoologie par une hypnothérapie brève	56
Déroulé d'une séance.....	57
Étapes possibles ou proposées pour une prise en charge de 3 à 8 séances	59
L'hypnothérapie dans une perspective de développement personnel.....	80
La psychologie analytique de C.G. Jung	81
La polarité psychique.....	82
Les archétypes	82
Les personae.....	83
L'individuation	83
Les rêves et les symboles	83
Les protocoles de la thérapie symbolique avancée.....	84
Conclusions	87
Annexes.....	89
Bibliographie.....	109



*Hypnose & Alcoologie est mis à disposition selon les termes de la
licence Creative Commons Attribution 4.0 International.*

Abstract

Français

Ce texte est le fruit d'un travail de longue haleine portant sur les apports de l'hypnose à l'alcoologie qui s'est concrétisé par le dépôt d'une contribution personnelle dans le cadre du certificat en alcoologie organisé conjointement les universités francophones de Liège, Bruxelles et Louvain et coordonné par la Société Royale Scientifique de Médecine Générale de Belgique. Dans une première partie l'exposé est consacré à une exploration épistémologique et historique des différentes formes d'hypnose et d'hypnothérapie, ainsi que des paradigmes relatifs aux notions de conscient et de conscience. Dans une seconde partie une revue de la littérature scientifique internationale portant sur les relations entre hypnose et alcoologie est présentée chronologiquement. Des références concernant les apports spécifiques des applications de l'hypnose à la tabacologie ainsi de la psychologie positive et des thérapies d'acceptation et d'engagement sont également analysées. La troisième partie est consacrée à la pratique d'une application de l'hypnose en alcoologie. Différents outils en support de l'hypnothérapie sont présentés tels que l'entretien motivationnel, les thérapies comportementales, la thérapie symbolique, le programme MBRP, l'ACT et les thérapies stratégiques. Un protocole de prise en charge en hypnothérapie brève en alcoologie est proposé ainsi que des outils de thérapie symbolique avancée issus de la psychologie analytique jungienne.

English

This text is the fruit of long-term work on the contributions of hypnosis to alcoholology, which led to the submission of a personal contribution as part of the certificate in alcoholology jointly organized by the French-speaking universities of Liege, Brussels and Louvain and coordinated by the Royal Scientific Society of General Medicine of Belgium. The first part of the presentation is devoted to an epistemological and historical exploration of the different forms of hypnosis and hypnotherapy, as well as the paradigms relating to the notions of conscience and consciousness. In the second part, a review of the international scientific literature on the relationship between hypnosis and alcoholology is presented chronologically. References concerning the specific contributions of hypnosis applications to tabacology, positive psychology and acceptance and commitment therapies are also discussed. The third part is devoted to the practical application of hypnosis in the field of alcoholology. Various hypnotherapy supporting tools are presented, including motivational interviewing, behavioral therapies, symbolic therapy, the MBRP program, ACT and strategic therapies. A protocol for brief hypnotherapy in alcoholology is proposed, as well as advanced symbolic therapy tools derived from Jungian analytical psychology.