

## HYPNOSE ET THERAPIE FAMILIALE

Gérard Salem<sup>1</sup>

.....  
article paru dans *Santé Mentale*, no 103, Paris, déc 2005 ; puis comme chapitre de livre dans Salem G. & Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*, Ed. Masson, chap. 9, 2007, 4<sup>e</sup> éd.

### Préambule

Quel rapport peut-il y avoir entre ces deux méthodes de soins, en apparence si différentes ? Par exemple, nous savons que l'hypnose s'exerce plutôt sur une personne qui se présente seule, alors que dans la thérapie familiale, le thérapeute reçoit plusieurs membres de la famille en même temps, dans la même salle. Nous croyons savoir aussi qu'en hypnose le médecin exerce volontairement son influence sur le patient, pour lui suggérer d'aller mieux et de « laisser se résoudre ses problèmes », alors qu'en thérapie familiale, il met en place les conditions idoines d'un dialogue désormais indispensable entre les membres d'une famille, en vue de trouver une solution, digne et raisonnable pour chacun, à leurs conflits larvés ou tonitruants, et qui viennent de franchir le seuil du pathogène. Dans le premier cas, le thérapeute semble imposer sa personnalité, dans le second, il s'efface pour laisser l'initiative aux protagonistes concernés, deux attitudes fort différentes, en somme.

Dès lors, comment concevoir une combinaison de ces deux méthodes de soins psychiatriques ? N'y a-t-il pas quelque chose d'incongru à vouloir les comparer, a fortiori à les articuler entre elles ? Ce type de questions fait sourire les praticiens expérimentés dans les deux disciplines, séparément ou de front. Pour eux, fidèles à la ligne de Bateson et d'Erickson (ces deux grandes figures de la psychiatrie du XXe siècle, disparues au début des années 80), ce genre d'interrogation est tout simplement naïve (sans être « bête » pour autant). Resituons donc les choses dans leur contexte épistémologique, pour mieux comprendre de quoi il est question dans ce chapitre.

Le terme <hypnose> désigne, rappelons-le, d'une part un *état de conscience modifié*, ou mieux, un *régime de conscience modifié*, comme le suggèrent plus finement certains auteurs originaux et inventifs

---

<sup>1</sup> Dr Gérard SALEM, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, Privat Docent, chargé d'enseignement aux Universités de Lausanne et de Genève, chargé de cours à la Salpêtrière (DU d'hypnose clinique, avec J.-M. Benhaïem & F. Roustang) et à Paris VIII (DESU de thérapie familiale, Monceau), directeur de la CIMI (Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale, à Lausanne).

(Billeter, 2004)<sup>2</sup>. On appelle aujourd'hui volontiers ce régime de conscience modifié la *transe* hypnotique, qui peut être, rappelons-le, aussi bien un phénomène individuel que collectif<sup>3</sup>.

D'autre part, relevons que le même mot d'hypnose est communément utilisé dans la plupart des langues pour désigner une façon particulière de *communiquer* entre individus. Cette façon de communiquer confère un certain « style », et une orientation toute particulière à la *relation* entre ces individus. On dirait qu'ils sont tous deux dans un rêve éveillé commun. Ainsi, lorsque le thérapeute hypnotise un patient, il catalyse et facilite en lui un *changement* dans son régime de conscience. Ce faisant, il établit avec lui une forme de relation particulière, et tout observateur pourrait aisément constater que leur façon de communiquer devient « spéciale », qu'elle induit, ou reflète, ou les deux, une forme d'échange qui sort de l'ordinaire. La même observation est faite lorsque le thérapeute hypnotise plusieurs personnes en même temps. Enfin, il importe de rappeler que, dans tous les cas, le thérapeute change lui aussi de régime de conscience, même si c'est lui qui mène la séance. Mais cela se passe de façon plus discrète et peut-être plus subtile, parce qu'il doit rester d'abord attentif au patient.

Utiliser l'hypnose en thérapie familiale reste une chose finalement assez banale, qui se produit spontanément le plus clair du temps (les phénomènes hypnotiques étant d'abord naturels et se produisant souvent à notre insu dans les relations humaines). S'il se trouve que le thérapeute de famille est également formé en hypnose, il pourra prendre conscience sans difficulté de ce type de mécanismes et les utiliser délibérément pour gagner en efficacité dans sa façon de communiquer avec l'ensemble du système familial. (Rappelons encore une fois que la thérapie familiale est une méthode de soins psychiatriques, qui consiste à soigner les membres d'une famille en les réunissant en séance et en les faisant communiquer entre eux [famille d'origine et/ou famille nucléaire]).

J'ai déjà décrit dans un autre livre la thérapie de famille (dans un livre consacré spécifiquement à cette question<sup>4</sup>). Je ne m'attarderai donc pas ici au descriptif et à la comparaison de ces deux disciplines sur le plan

---

<sup>2</sup> BILLETER J.-F. *Leçons sur Tchouang-tseu*, Ed. Allia, Paris, 2004, En réalité, Billeter parle essentiellement de régime d'activité, pas de conscience, c'est moi qui fait l'assimilation.

<sup>3</sup> Et qui n'a rien à voir avec le sommeil (en dépit de la malheureuse appellation choisie par James BRAID, comme nous l'avons vu dans notre survol historique, au chapitre 1). L'enregistrement du fonctionnement électrique du cerveau démontre à l'évidence que le patient hypnotisé même profondément ne dort pas. Il est en état de veille.

<sup>4</sup> SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*, Ed. Masson, Paris, 2009 (5<sup>e</sup> éd) ; *Soigner par l'hypnose*, Ed. Masson, Paris, 2007 (4<sup>e</sup> éd.).

théorique, mais laisserai la priorité à quelques aspects de leurs combinaisons cliniques possibles.

### **Petite mise au point historique**

Dans le chapitre consacré au survol historique de l'hypnose, j'ai déjà rappelé comment, dans les années cinquante, le groupe de Palo Alto en Californie (formé de psychiatres, de psychologues, d'ingénieurs, d'anthropologues, etc.), réuni sous la houlette de Gregory Bateson, s'est intéressé, dès les premières étapes de la création de la thérapie familiale, à la manière originale et inventive qu'avait Milton Erickson, psychiatre à Phoenix (Arizona), de redécouvrir l'hypnose en mettant l'accent sur l'art de communiquer avec le patient. Un des chercheurs du groupe, Jay Haley, a même consacré un ouvrage devenu célèbre à Erickson, en décrivant sa méthode de travail auprès des patients, au fil des diverses étapes du cycle évolutif de la vie familiale, et en montrant les affinités de son approche avec celle de Palo Alto<sup>5</sup>.

En quelques mots, ce qui rapprochait l'esprit et la méthode de la thérapie familiale de l'hypnose ericksonienne tenait à l'importance accordée aux processus de *communication* avant toute chose. Cette orientation commune s'inspirait de nouvelles théories, qui défrayaient alors la chronique scientifique, telles que la cybernétique, la théorie du système général, la théorie de l'information, la théorie des réseaux, celle des ensembles, celle des graphes - pour ne citer que quelques exemples<sup>6</sup>. Autrement dit, l'affinité entre thérapie familiale et hypnose tenait essentiellement à ce que l'on appelle aujourd'hui *l'art conversationnel* entre le thérapeute et le patient.

Cette option allait créer en même temps une véritable école de pensée, novatrice (et parfois provocatrice) dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie, qui allait ouvrir de nouvelles perspectives à la compréhension et au traitement des troubles mentaux. Ce nouveau regard consistait à prendre en compte le *déterminisme interpersonnel* des comportements humains, autrement dit le jeu des influences entre l'environnement extérieur et l'individu, et ceci avant de prendre en compte le *déterminisme intrapsychique* de l'individu (qui dépend de ce qui se passe entre l'individu et son environnement « interne », autrement dit son appareil psychique).

---

<sup>5</sup> HALEY J. *Un thérapeute hors du commun*. Ed. Epi, Paris, 1990.

<sup>6</sup> Pour plus de développements théoriques et techniques, voir les chapitres 3 et 5 de *Soigner par l'hypnose*, opus cité.

Dans cette foulée, thérapie familiale et hypnose, toutes deux d'orientation plutôt systémique, allaient se distinguer des autres courants de la psychiatrie en mettant l'accent sur les processus mentaux qui s'activent au niveau des interactions humaines, plutôt que sur les processus qui se jouent « à l'intérieur » d'un individu (comme ont continué à le faire la psychanalyse, les neurosciences, ou le modèle cognitivo-comportementaliste jusqu'à nos jours).

Par la suite, hypnose et thérapie de famille allaient évoluer comme deux disciplines différentes, mais cousines, liées aussi bien par leur vision écologique de base, que par quelques procédés techniques de communication très apparentés, sans se confondre pour autant l'une avec l'autre. En hypnose, comme je l'ai déjà relevé plus haut, l'on restait habitué à l'idée de travailler avec un patient à la fois. En thérapie de famille, l'on mettait au point toutes sortes de stratégies de communication multilatérale, c'est-à-dire impliquant tous les membres de famille confrontés en séance (sorte de trafic des ajustements émotionnels et éthiques mutuels). Cependant, chacune de ces disciplines allait tirer profit des développements de l'autre. Quelques exemples aujourd'hui familiers de l'utilisation des *paradoxes thérapeutiques* dans la façon de communiquer avec le patient ou avec la famille allaient créer les lettres de noblesse d'une véritable *pragmatique de la communication humaine*<sup>7</sup> (Watzlawick & coll., 1975, 1979, 1980). Autrement dit, en montrant comment, en devenant apparemment plus fous que les fous, l'on pouvait guérir les fous.

L'interaction entre les deux disciplines allait favoriser une véritable *mentalité écologique du soin*, qui donnait la priorité aux influences réciproques exercées au sein de la relation interhumaine (le *monde des réactions aux réactions*, comme disait Bateson). Mais aussi un ensemble de raisonnements liés à la communication verbale, non verbale, para-verbale entre thérapeute et patient, sur le plan conscient comme sur le plan moins conscient. Ces découvertes allaient faciliter le développement des thérapies dites *stratégiques* ou *brèves*, ou de disciplines parallèles neuves – et moins reconnues par la doxa scientifique – telles que la PNL (programmation neuro-linguistique), la sophrologie (voir chapitre 8), l'analyse transactionnelle, la Gestalt, la bio-énergie, le courant du *coaching*, avec ses discours managériaux, etc. Aujourd'hui, une quantité impressionnante de soi-disant écoles de psychothérapies « novatrices » proviennent de ce tronc commun, de

---

<sup>7</sup> WATZLAWICK P. & coll., *Une logique de la communication.*, Ed. du Seuil, Paris, 1979 ; *Changements, paradoxes et psychothérapies*, Ed. du Seuil, Paris, 1975 ; *Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique*, Ed. du Seuil, Paris, 1980.

cette « soupe » à l'arrière-goût *new age*, sans oser avouer leur provenance (sans même la connaître parfois).

Pour corser le tout, une tendance de type « chamanique » vient épicer cette évolution des modes thérapeutiques, sans toujours réaliser que le chamanisme est probablement la matrice la plus ancienne, la plus profonde, la plus complexe à saisir, qui reste commune à l'hypnose et à la thérapie de famille en même temps, et que cette matrice n'a désormais d'autre intérêt qu'historique (en dépit des *trends* chamanisants contemporains).

Le *chaman* (terme d'origine sibérienne) était le guérisseur, le *medicine man*, le sorcier de la tribu, chargé de guérir les malades humains ou animaux, ou d'intervenir sur les forces naturelles pour rétablir la santé dans le paysage, dans les paramètres du climat, du bétail ou de la tribu humaine. Lorsqu'il était consulté sur ces divers points, il ne manquait jamais de réunir le clan dans son ensemble, pour traiter tout le monde *in praesentia*, en impliquant tous les membres sans exception dans le processus du changement magique, à l'instar des thérapeutes de famille contemporains. Son intervention consistait en invocations et en actions diverses (mélopées sans fin, danses extatiques, frappes rituelles du tambour, production de fumées diverses, attributions de tâches à toute l'assistance, etc.)<sup>8</sup>.

C'est dire que le chaman recourait, d'un côté, à des *procédés hypnotiques* (suggestions individuelles et collectives en chaîne, comportement bizarre sortant de l'ordinaire, scandé par des actes magiques) et d'un autre côté, à des *procédés systémiques* (activant des interactions novatrices entre les membres de l'assistance). A ce titre le chamanisme nous intéresse beaucoup dans ce chapitre, mais à ce titre seulement. Le reste est discours superstitieux ou tradition trop obscure, dont la réactualisation n'a plus vraiment de signification à notre époque (à moins d'être en mal d'émotions ésotériques). Or cette double valence du travail du chaman reste particulièrement intéressante, et peut-être heuristique, dans la genèse de la connexion entre interventions hypnotiques et interventions systémiques. Un thérapeute de famille qui recourt à des techniques hypnotiques en présence de la famille s'inscrit donc, selon moi, dans cette tradition antique.

---

<sup>8</sup> Ces traditions chamaniques anciennes connaissent des survivances dans certaines médecines traditionnelles d'aujourd'hui, telles que la médecine chinoise, tibétaine, mongole, indienne, amérindienne, africaine... Les ouvrages du R.P. de ROSNY, S.J. (par exemple *Les yeux de ma chèvre*, Ed. Plon, Terre Humaine, Partis, 1981) en sont un reflet saisissant dans la pratique des *ngangas* chez les Bantous.

## Quelques types d'interventions hypnotiques en thérapie de famille

Il est possible d'identifier quelques catégories distinctes d'interventions hypnotiques auprès d'une famille en thérapie, si l'on se réfère aux habitudes contemporaines des praticiens formés aux deux disciplines.

Un procédé assez courant chez ces praticiens consiste à *hypnotiser un des membres de la famille en présence des autres*, par exemple le patient désigné, surtout lorsque son comportement est marqué par des symptômes cliniques francs (angoisse, panique, dépression, boulimie, addictions toxiques, obsessions, phobies, etc.). Ceci se fait en trouvant une façon de le calmer et de neutraliser momentanément ses symptômes, avec l'aide active d'autres membres de la famille (assimilés au rôle de co-thérapeutes)<sup>9</sup>.

On peut ainsi aider, pour citer des exemples fréquents de notre pratique, une mère mélancolique à dévoiler un aspect plus enjoué et plus optimiste d'elle-même à sa famille ; ou un père « froid et indifférent » à faire montre d'empathie et de chaleur à ses enfants ; ou un enfant diagnostiqué comme « hyperactif » à surprendre sa famille par sa maîtrise psychomotrice.

Un autre procédé consiste à *hypnotiser tous les membres de la famille ensemble* (induction hypnotique collective), et à glisser à cette occasion quelques suggestions thérapeutiques destinées à tous les membres en même temps, tous sans exception étant considérés comme des « patients » au même titre. Au sein de la transe collective, on peut par exemple inciter les membres de la famille à évoquer une scène du futur, qui démontrerait à quel point ils sont ou ne sont pas attachés les uns aux autres, en tenant compte de leurs dissensions ou de leurs indifférences affichées actuelles, pour provoquer une abréaction affective commune (en transe collective), plus riche et plus significative sur le plan expressif.

Enfin, une troisième façon de procéder consiste à n'hypnotiser qu'une partie des membres présents à la séance (*hypnose d'un sous-système*). Par exemple le sous-système formé par l'un des parents avec l'un des enfants, en présence du sous-système formé par l'autre parent et les

---

<sup>9</sup> Cette méthode a selon moi le désavantage de renforcer le rôle et le statut de « malade de la famille » (ou de *patient désigné*, selon la terminologie systémique), alors que la thérapie familiale a pour principe, entre autres, de désenclaver le patient désigné de ce statut pernicieux, en situant le problème plutôt dans le nexus des relations familiales que dans son appareil psychique à lui.

autres enfants, en vue de désamorcer une *pseudo-hostilité*<sup>10</sup> ritualisée ; ou encore le couple parental, en vue de préparer les conjoints à se laisser « interviewer » par leurs enfants sans réagir à brûle-pourpoint.

Cette façon de catégoriser les interventions hypnotiques ne tient pas compte cependant de la méthode choisie sur le plan formel : hypnose par *induction classique* (soit sensorielle), ou hypnose par *induction conversationnelle* (processus simultanément affectif et cognitif), deux procédés formels qui cherchent de toute façon, l'un comme l'autre, à provoquer une dissociation mentale (individuelle *et* collective).

Comme on l'a vu dans les chapitres 4 et 5, comme dans la partie de ce livre intitulée la « boîte à outils », les inductions classiques utilisant un support sensoriel de focalisation de l'attention (visuel, auditif, ou cénesthésique ; technique de lévitation de la main ; technique de la sculpture familiale, sorte d'arrêt sur image thématique ; technique mimétique du *mirroring movement* selon Wiener<sup>11</sup>), se présentent comme clairement hypnotiques, et correspondent à une stratégie ouverte visant à modifier le régime de conscience des membres de la famille.

Par exemple un père joue à mimer en miroir les mouvements du thérapeute, et vice versa, toutes les vingt secondes alternativement, avant de « suivre » le thérapeute en se mettant « dans sa roue » lorsque celui-ci interroge l'enfant (ou la mère, ou les deux) pour expérimenter une nouvelle façon de sentir et de comprendre les liens d'attachement mutuels.

Les *inductions conversationnelles ou narratives* provoquent quant à elles la dissociation mentale souhaitée de façon cachée, et correspondent à une stratégie indirecte, le plus souvent non dévoilée, ou partiellement dévoilée, par le thérapeute<sup>12</sup>. Ces inductions utilisent, à un premier degré, des effets para-verbaux ou phonétiques (timbre et intensité de la voix, rythme de la parole), ou non verbaux, gestuels, mimiques, posturaux (effets du comportement non verbal), Elles y ajoutent parfois des *procédés rhétoriques* spécifiques (tels que la *prosopopée*, façon de s'adresser aux absents en présence des autres ; la *prétérition*, façon de

---

<sup>10</sup> Voir pour ce terme les travaux de Lyman WYNNE ou les commentaires de G. SALEM à ce propos (entre autres WYNNE L.C. & coll. *Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics*. Psychiatry, 21 : 205-220, 1958 ; et SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*, Ed. Masson, Paris, 2009 (5<sup>e</sup> éd.).

<sup>11</sup> WIENER D.J. *Rehearsals for growth : theater improvisations for psychotherapists*. Ed. W.W. Norton, New York, 1994.

<sup>12</sup> Ce sont celles-ci que notre équipe a le plus développée à Lausanne, avec les familles confrontées à la maltraitance et ou aux abus de substances (CIMI : Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale).

dire quelque chose en feignant de ne pas le dire ; *l'hypotypose*, façon de créer un climat affectif et sémantique ciblé au moyen d'une terminologie « colorée » - pour ne citer que quelques exemples)<sup>13</sup>.

Enfin, le recours aux *techniques narratives*, dont un inventaire suffisamment réfléchi est impossible dans l'espace imparti à cet article<sup>14</sup>, crée très facilement un climat dissociatif propice à imaginer en commun des changements bénéfiques dans les habitudes de vie et les styles d'interactions affectives des membres d'une famille, grâce au support d'une trame narrative d'emprunt, ou substitutive par le biais de la fiction (contes de fées, histoires inventées par la famille elle-même, *logo-rallies* et *rhapsodies narratives* à finale ouverte, etc.)<sup>15</sup>

## Conclusions provisoires

Il n'existe pas encore de catalogue raisonné, à notre connaissance, sur la combinaison méthodique de l'hypnose avec la thérapie familiale, mais les expériences cliniques abondent déjà en ce domaine, sans avoir pris une forme réglementaire. Heureusement ! Espérons que tant l'hypnose que la thérapie familiale conserveront leur fraîcheur inventive et leur créativité thérapeutiques, sans tomber dans le piège des *guidelines* managériaux à la mode, véritables fourches caudines de tout thérapeute.

\* \* \* \* \*

## Bibliographie

BILLETER J.-F. *Leçons sur Tchouang-tseu*, Ed. Allia, Paris, 2004.

HALEY J. *Un thérapeute hors du commun*. Ed. Epi, Paris, 1990.

R.P. de ROSNY, S.J. *Les yeux de ma chèvre*, Ed. Plon, Terre Humaine, Paris, 1981.

SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*, Ed. Masson, Paris, 2009 (5<sup>e</sup> éd.)

SALEM G., BONVIN E. *Soigner par l'hypnose*, Ed. Masson, Paris, 2007 (4<sup>e</sup> éd.).

SALEM G. *Le combat thérapeutique*. Ed. Armand Colin, Paris, 2006.

---

<sup>13</sup> Voir la partie intitulée la « boîte à outils » dans le livre *Soigner par l'hypnose*.

<sup>14</sup> On en trouvera un descriptif dans SALEM G. *L'approche thérapeutique de la famille*. Ed. Masson, Paris, 2009 (5<sup>e</sup> éd.).

<sup>15</sup> SALEM G. *Le récit familial et ses variations*. *Thérapie familiale*, 11-3 : 281-293, 1990. Et aussi *Les narrations thérapeutiques*. In : STITELMANN J.& coll. *Au-delà de l'image. Processus d'émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Ed des Deux Continents.Genève, 2002. Et plus récemment, *Le baiser du prince*. In : Bonvin E. *Nature et mouvements de la relation humaine* Editions Médecine & Hygiène, Genève, 2009.



SALEM G. *Le baiser du prince*. In Bonvin E. *Nature et mouvements de la relation humaine* Editions Médecine & Hygiène, Genève, 2009.

STITELMANN J.& coll. *Au-delà de l'image. Processus d'émergences créatrices en art, en thérapie et lien social*. Ed des Deux Continents.Genève, 2002.

WATZLAWICK P. & coll., *Une logique de la communication*, Ed. du Seuil, Paris, 1979.

WATZLAWICK P. & coll., *Changements, paradoxes et psychothérapies*, Ed. du Seuil, Paris, 1975.

WATZLAWICK P. & coll., *Le langage du changement. Eléments de communication thérapeutique*, Ed. du Seuil, Paris, 1980.

WIENER D.J. *Rehearsals for growth : theater improvisations for psychotherapists*. Ed. W.W. Norton, New York, 1994.

WYNNE L.C. & coll. *Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics*. Psychiatry, 21 : 205-220, 1958.

\* \* \* \* \*

Adresse de l'auteur : [gerard.salem@gmail.com](mailto:gerard.salem@gmail.com)

Site de la CIMI : [www.cimi.ch](http://www.cimi.ch)