



■ Bernard Etchelecou



COMPRENDRE ET PRATIQUER

la Sophrologie



InterEditions

Comprendre et pratiquer la sophrologie

http://www.intereditions.com/

InterEditions
Une marque Dunod Éditeur
5, rue Laramignière - 75003 Paris

InterEditions La marque du Bien-Être PSY

Série Techniques de Développement personnel

Découvrir et maîtriser
l'Analyse transactionnelle,
la Programmation
Neuro-Linguistique (PNL),
l'Ennéagramme,
la Process communication,
l'Hypnose éricksonienne,
le coaching...

Série Épanouissement personnel et professionnel

Se connaître,
bâtiir des projets de vie,
bien communiquer,
faire face aux difficultés,
réussir sa vie
professionnelle
et personnelle...

Série Vivre en famille

Développer des relations
harmonieuses avec
ses proches,
trouver des réponses,
vivre heureux en couple
et en famille...

Retrouvez tout le catalogue InterEditions sur www.dunod.com

Bernard Etchelecou

Comprendre et pratiquer la sophrologie

INTERÉDITIONS

Retrouvez tous nos ouvrages sur le site :

<http://www.intereditions.com>

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2007

ISBN 978-2-10-050755-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	IX
Préface	XIII
Introduction. Présentation générale – Définitions – Concepts et schémas de base	1

PREMIÈRE PARTIE

LES TECHNIQUES FONDAMENTALES DE LA SOPHROLOGIE

1. La sophronisation de base et les principales techniques d'activation intrasophonique	9
La sophronisation de base	9
La sophro-acceptation progressive	11
La sophro-correction sérielle	13
La sophro-substitution sensorielle	14
La sophro-anamnèse	15
La sophro-mnésie	17
La sophro-analyse	18
Caractéristiques des techniques	18
<i>Techniques à visée résolutive directe, 18 • Techniques « découvrautes », 20</i>	
2. La Relaxation Dynamique	25
La Relaxation Dynamique 1 ^{er} degré	26
Pratique de la R.D.1 ^{er} degré	27
<i>Sophro-attention (R.D.I A), 27 • Méditation sophronique (R.D.I B), 32</i>	
La Relaxation Dynamique 2 ^e degré	35
Pratique de la R.D. 2 ^e degré	37
<i>Relaxation contemplative (R.D.II A), 37 • Développement des organes des sens – Naissance d'un Souhait (R.D.II B), 40</i>	

La Relaxation Dynamique 3 ^e degré	41
Pratique de la R.D. 3 ^e degré	44
<i>Relaxation Dynamique Réflexive (R.D.III A), 44 • Méditation (R.D.III B), 46</i>	
La Relaxation Dynamique 4 ^e degré	47
<i>Sophro-déplacement du négatif, 48 • Sophro-présence immédiate, 49</i>	
Pratique de la R.D. 4 ^e degré	49

DEUXIÈME PARTIE

APPLICATIONS PÉDAGOGIQUES

3. Préparation à l'accouchement	57
Anamnèse	58
La respiration	59
Techniques sophrologiques utilisées	60
Préparation sophrologique à l'accouchement – Pratique	61
4. Préparation sportive	67
5. Activation de la mémoire	73
Rechercher son type de mémoire	73
Développer tout ce qui participe à la concentration et à la fixation	74
Techniques d'apprentissage	75
Résurgence du passé, rappel de souvenirs	76
Programme global d'activation mnésique	76
6. La préparation aux examens et diverses épreuves	79
7. Entre pédagogie et thérapie	87

TROISIÈME PARTIE

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

8. Champ de la sophrothérapie	95
9. La fonction tonique et la relaxation	101
Tonus et vigilance	102
Tonus et émotions, le « dialogue tonique »	103
Tonus, émotions, réflexes conditionnés	104

L'évolution de l'enfant et le « dialogue tonique »	106
<i>Le stade d'impulsivité motrice (de 0 à 2-3 mois), 107 • Le stade émotionnel (de 2-3 mois à 1 an environ), 107</i>	
Organisation cénesthésique et diacritique, et relation mère-enfant	110
10. Le schéma corporel et sa structuration	115
Rappel historique	115
La notion du corps propre – L'image spéculaire	119
11. Sensibilités – Tonus – Émotion – Schéma corporel et relaxation	125
Applications pratiques : la sophronisation de base et la Relaxation Dynamique	127
Aperçu des autres techniques	129
<i>La méthode de Jacobson, 129 • L'eutonie de Gerda Alexander, 130 • La désensibilisation systématique de Wolpe, 131 • La régulation active du tonus musculaire de Stokvis, 132 • La méthode Vittoz, 133 • Le training autogène de Schultz – 1^{re} partie, 134 • Le training autogène modifié (TRAM) de R. Abrezol et A. Dumont, 135 • La rééducation psychotonique de Ajuriaguerra, 135</i>	
12. L'imaginaire corporel	137
Schéma corporel et image du corps	139
L'expression du corps chez le névrosé, chez le psychotique	140
Conversion hystérique et trouble psychosomatique	141
L'image du corps : quelques apports fondamentaux dans le domaine de la psychanalyse	142
<i>Françoise Dolto, 142 • Mélanie Klein, 143 • Didier Anzieu (le Moi-peau), 144 • Jacques Lacan (le stade du miroir), 147 • Wilhelm Reich, 150</i>	
13. Modalités et facteurs de la progression personnelle en sophrothérapie	155
Harmonie et dissonances	155
Les résistances et les défenses	158
Quelques caractéristiques de la progression en sophrothérapie	163
<i>Régression narcissique – Le corps et ses limites, 163 • Indications et contre-indications, la sophrothérapie et ses limites, 164 • Autour du narcissisme, 165 • Évolution en sophrothérapie, 167</i>	
La relation transférentielle	171
<i>Alliance sophronique et transfert, 172 • La relation thérapeutique, 173</i>	

QUATRIÈME PARTIE

PARENTÉS THÉRAPEUTIQUES

14. Les états modifiés de conscience et l'hypnose éricksonienne	183
L'hypnose éricksonienne	184
15. À l'épreuve d'un tic	191
16. La faim et quelques moyens	203
La personnalité à tendance boulimique	204
Éléments de pratique	205
17. Hypnose avec un enfant	213
18. Modes d'induction et travail psychologique en hypnose éricksonienne et en sophrologie	229
Modes d'induction hypnotique et sophronique	230
<i>La détente, 230 • L'isolement sensori-moteur, 232</i>	
Modes d'activations thérapeutiques en hypnose et en sophrologie	235
Entendons Transe et Contre-Transe faire ou « Les Aventures conjuguées de Milton et Sigismond »	239
Entendons Transe et Contre-Transe faire ou « Les Aventures conjuguées de Milton et Sigismond »	239
<i>Psychanalyse ou hypnose éricksonienne ?, 239</i>	
Histoire de famille	243
<i>Hypnose ou sophrologie ?, 243</i>	
En avant la musique	244
<i>Harmonie Ad Libitum, 244</i>	
Bibliographie	247

AVANT-PROPOS

CET ouvrage reprend, en le complétant un *Manuel de Sophrologie Pédagogique et Thérapeutique*¹ que j'ai écrit naguère et aujourd'hui épuisé.

J'en ai conservé tous les chapitres relatifs aux techniques de la sophrologie et à leurs applications pédagogiques et thérapeutiques. Certains exemples d'inductions qui me semblaient mal répondre aux objectifs d'un travail par le sujet lui-même, ont en revanche été remaniés.

D'aucuns, sans doute bien plus à l'aise que moi dans la compréhension et la promotion de certaines évolutions philosophico-phénoménologiques de la sophrologie au cours de ces dernières années, regretteront l'absence de ce qu'ils considèrent probablement comme des progrès fondamentaux mais dont j'ai personnellement beaucoup de mal à mesurer les avancées dans la nébulosité conceptuelle qui trop souvent les accompagne.

C'est délibérément que je n'ai pas voulu intégrer ces développements dans le présent volume, restant toujours et avant tout orienté par la volonté de rester pragmatique et le souci de m'en tenir au plus près du travail pédagogique et clinique tel qu'il peut s'exercer quotidiennement en cabinet ou en institution.

Certes, chaque auteur est appelé à suivre son propre cheminement... Le mien m'a aiguillé tout naturellement, et sans renier quoi que ce soit de ma démarche sophronique initiale, vers ce que l'on appelle les « états modifiés de conscience » et principalement l'hypnose éricksonienne.

Après ma formation à l'Institut Milton H. Erickson de Paris, je me suis plus précisément intéressé à la recherche des similitudes et divergences entre les approches hypnotiques et sophroniques dont on admettra qu'elles présentent au moins un petit air de famille.

1. Cf. bibliographie.

J'ai voulu ainsi ouvrir la réflexion sur une question qui méritait à mon gré qu'on s'y attarde, celle des *modalités du travail psychologique en états de conscience modifiés*.

La psychanalyse, l'hypnose éricksonienne et la sophrologie sont toutes, à leur manière, filles de l'hypnose. Filles émancipées affirmant chacune avec force son originalité pour reléguer dans les limbes d'un passé résolument dépassé toute pratique qui se compromettrait dans une suggestion suspecte d'entretenir des rapports d'influence, d'emprise et de dépendance.

Faire entièrement peau neuve tout en restant le plus ou moins digne fils héritier n'est cependant pas chose aisée, c'est même l'enjeu de toute éducation, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, et l'on sait que cette individuation revêt bien des formes, du renégat à tous crins au puriste gardien de sa tradition.

Certains vont jusqu'à penser la sophrologie et l'hypnose éricksonienne, sœurs cadettes d'une psychanalyse qui a depuis longtemps atteint sa majorité, comme des sœurs jumelles (bonnet blanc et blanc bonnet, à quelques coquetteries près).

D'autres les envisagent comme des sœurs ennemies : honte aux infidèles qui s'adonnent sans vergogne à l'une et à l'autre.

Le papa de la sophrologie, suivi par une cohorte de fils zélés, fustige volontiers les mécréants qui touchent encore à l'hypnose. Mais, à leur décharge, leurs arguments portent sur la vieille hypnose (qui certes présente encore de beaux restes). Ont-ils sincèrement hasardé leur œil obligeant sur l'hypnose éricksonienne, la petite dernière ? Ils gagneraient selon moi à le faire.

Chaque discipline, pour faire corps unique et asseoir sa propre identité, pose son territoire, son objet et ses méthodes dans un langage spécifique qui tend à se démarquer avec plus ou moins d'insistance, voire de dogmatisme, de ses plus proches parents...

Il reste, dans les discussions, à faire la part des illusions propres à tous les groupes (l'expression de différences risquant de mettre en péril la belle cohésion assurée autour d'un chef incarnant la direction à suivre) et des véritables similitudes et distinctions entre deux approches.

Mais revenons à la sophrologie qui occupe la part prépondérante de ce livre.

En vanter les mérites n'est plus de mise aujourd'hui : elle en abonde ou bien elle n'en a aucun, c'est selon. Selon ce qu'on en attend et l'usage qu'on en fait.

Il est parfaitement admis et commun d'affirmer qu'une technique d'aide psychologique est un *outil* thérapeutique, un *support*, un *médiateur* relationnel.

Ni plus, ni moins.

La sophrologie, malgré les ambitions quelque peu mégalomanes qu'elle a pu afficher parfois, ne paraît pas devoir échapper à la règle. Et l'on sait bien que la valeur de l'outil est relative à celle de l'artisan : a-t-on jamais pensé qu'il suffisait de s'acheter un divan pour pratiquer la psychanalyse ?

Autant dire que l'évolution du patient, là comme ailleurs, est largement tributaire de la formation du thérapeute, de ses capacités d'écoute, d'observation, de ses options théoriques et surtout de son propre parcours thérapeutique.

Or, malgré cette évidence, en principe largement partagée, on continue de manière tout aussi répandue à sacraliser la technique : que n'a-t-on tenté de faire « sous sophro » ? Comme si, côté sophrologue il suffisait de connaître ses techniques d'inductions sur le bout des lèvres – l'état de conscience sophronique faisant le reste – tandis que, côté patient ou élève, il n'y avait qu'à se laisser couler dans un parcours relativement programmé (sophronisation de base, S.A.P., Relaxation Dynamique 1, 2, 3 et 4...) et bien balisé (surtout « que du positif ») ! Fantasme d'un appareillage méthodique qui serait capable à lui seul de promouvoir l'évolution du sujet vers un état de conscience plus harmonieux.

Accéder à l'harmonie à ce prix-là – assez peu élevé, convenons-en – est plutôt alléchant pour notre économie (affective, naturellement). Mais il me semble que cette *sacralisation* de la technique va de pair avec un souci de *banalisation* de l'impact d'un thérapeute qui ne doit pas trop aimer se mouiller. Or, s'il doit garder la tête froide, le soignant (ou pédagogue) est, qu'il le veuille ou non, dans le bain relationnel jusqu'au cou !

L'état sophronique, entre veille et sommeil, agitant de surcroît les courants, chauds au froids pouvant animer des turbulences, remous, tourbillons, ou grandes stagnations. L'outil sophrologique n'est rien sans l'implication, gérée autant que faire se peut, du sophrologue qui l'utilise.

Il ne saurait y avoir une sophrologie ordonnant un parcours jalonné de techniques *prêt-à-porter*, mais plutôt des sophrologues, subjectifs autant que soucieux d'objectivité, cherchant les stratégies thérapeutiques les plus profitables à repenser sans cesse dans la dynamique consciente et inconsciente de la relation thérapeutique.

Proposer en outre pour objectif « l'étude de la conscience humaine et de ses modifications » est une tâche passionnante... Mais fort complexe, qui ne peut faire l'économie des multiples apports, discussions et parfois impasses des disciplines scientifiques très diverses s'occupant toutes à leur manière de la conscience humaine.

Ampleur de l'objet, multiplicité d'approches (physiologie, neurologie, psychologie, psychanalyse,...) parfois convergentes, souvent contradictoires

entre elles et posant plus de questions qu'elles n'en résolvent, sciences toujours en mouvement... Qui pourrait prétendre, sans simplifications ou réductionnisme aberrants, proposer une synthèse, même non achevée, de toutes ces démarches ?

À vouloir trop étreindre on peut perdre toute crédibilité et finir par se mouvoir dans un verbiage inconsistant : création de néologismes flous, affirmations d'à peu près fumeux embrumant les problèmes théoriques et pratiques constamment rencontrés par le praticien en son cabinet.

La lecture, la compréhension des phénomènes obtenus par inductions sophroniques seront forcément différentes selon nos orientations et nos spécialités : où le physiologiste se posera la question des modalités d'intervention de telle structure cérébrale, le psychologue s'intéressera par exemple à l'imaginaire corporel mobilisé par la détente.

Penser systématiquement en termes de « complémentarité des approches » est cependant un réflexe coutumier des sophrologues. Mais par quel miracle (et pourquoi le penser ?) y aurait-il, ici plus qu'ailleurs, convergence des points de vue et des démarches sur le terrain si vaste des états de conscience et autour d'une pratique que nous persistons à considérer tantôt proche des *techniques comportementales* et tantôt de certaines *méthodes d'inspiration analytique* ? Sans parler de la Relaxation Dynamique qui de son côté rassemble un vécu de pratiques venues de l'Inde, du Tibet ou du Japon, issues de courants ayant chacun une profonde originalité ! Illusoire est l'idée de trouver une unité chez les sophrologues sur un terrain aussi disparate, sauf à vouloir simplifier l'ensemble en un « plus petit commun dénominateur » qui serait l'abaissement du niveau de vigilance, plus deux ou trois postulats de base servant de fondements à l'approche.

Fantasme aussi parfois d'une thérapie transcendant les autres, et trop souvent marquée par le *déni* : déni des causalités conflictuelles si l'on veut à *tout prix* ne s'intéresser qu'au positif de la personne, déni des mouvements transférentiels et contre-transférentiels quand on veut instaurer *systématiquement* une relation d'alliance, déni somme toute de l'inconscient si l'on se centre *trop défensivement* sur la conscience.

À force de dénis, ce qui pourrait au départ se concevoir comme une légitime recherche d'harmonie risque à la longue de se convertir en une plus ou moins douce ou folle utopie.

Mais, pour ne pas en arriver là, il suffirait seulement de ne pas considérer la sophrologie comme un bloc monolithique à vérité unique mais comme un champ de travail où se confrontent les disciplines, et une méthode d'accompagnement vers un mieux-être que chacun peut concrétiser à sa façon et redéfinir sans cesse à sa mesure selon son parcours et ses choix singuliers.

PRÉFACE

DE plus en plus, le travail psychothérapeutique ou pédagogique basé sur les états modifiés de la conscience et sur la modification des états de conscience prend aujourd'hui la place d'une approche-clé, alors qu'il n'y a pas si longtemps la primauté était détenue par les écoles issues du behaviorisme ou de la psychanalyse. Le nombre d'écoles s'y appliquant ne fait que croître. Pourquoi cette évolution ?

Commençons par une constatation qui pourra paraître banale, tant elle est simple et logique : à savoir qu'à tout instant de notre vie, du moins pendant la phase d'éveil et par la force des choses, nous nous trouvons en permanence dans un état de conscience. Celui-ci représente en fait une condition existentielle primaire. L'état de conscience est un phénomène extrêmement complexe, se référant toujours à un instant donné, et qui en fait peut être considéré comme étant constitué d'un entrelacement complexe de fonctions psychophysiologiques les plus diverses, intégrant un ensemble de dimensions multiples telles que le degré de vigilance, le degré d'ouverture ou de focalisation de l'attention aux perceptions, le degré d'introversiion ou extraversion, les vécus du temps, de l'espace et du corps, l'intensité de l'imaginaire, et bien d'autres encore. L'observation attentive de l'état de conscience montre, bien sûr, que pendant toute la phase d'éveil il est perpétuellement en train de se modifier, s'adaptant à chaque seconde aux conditions et aux besoins du moment. Cet ajustement continu et incessant – et par ailleurs en général inconscient – est à la base de notre capacité d'orientation autant dans le monde extérieur que dans le monde intérieur, et en fin de compte aussi il est à la base de l'élaboration de réactions aussi adéquates que possible.

Pour illustrer ceci, choisissons un exemple élémentaire de la vie quotidienne. Au cours d'une simple discussion, lors de chaque alternance de locuteur, notre état de conscience subit de minimes modifications, d'ordinaire non perçues comme telles. Que nous soyons à l'écoute de ce que nous communique l'autre ou que nous lui parlions, notre état de

conscience se distinguera forcément légèrement de celui de la situation opposée. L'état de conscience de l'écoute, est au fond très complexe, caractérisé au moins par trois dimensions : en première ligne par une réceptivité à l'égard de ce qui vient de l'extérieur, mais aussi par une forme de vigilance intérieure critique analysant le degré de véracité de ce que nous entendons (un aspect qui manquera par exemple si nous écoutons un conte de fées) et par une activité créatrice anticipant notre réponse. En revanche, quand c'est nous qui avons la parole, ce sera une activité extravertie et verbale qui primera sur la réceptivité (celle-ci ayant changé de qualité et s'ouvrant plutôt vers l'intérieur, donc vers la réflexion sur ce que nous sommes en train de vouloir dire). Il se fait donc en permanence un mouvement quasi pendulaire sur les axes introversion-extraversion et réceptivité-activité.

D'autres dimensions de l'état de conscience, dans notre exemple, ne sont cependant généralement guère touchées par ces oscillations : le degré de vigilance générale, le degré de présence de la corporalité, la notion du temps et de l'espace pour ne citer que celles-ci, ne varient guère en fonction de ces alternances. Ces dimensions pourront toutefois se modifier suivant le degré d'absorption et l'ambiance émotionnelle qui se développera au cours de cette discussion. Nous savons tous combien un sujet « chaud » peut faire virer une discussion en altercation, et combien la passion peut alors nous faire oublier la notion du temps, voire même nous faire oublier le lieu où nous nous trouvons. À l'autre extrême, l'écoute d'une conférence inintéressante et monotone modifiera ces dimensions de l'état de conscience dans le sens inverse : nous ne vivons plus le temps comme beaucoup trop court, mais comme un poids interminable, et notre perception de la réalité extérieure se perd peu à peu laissant nos pensées et imageries fuir et aller flâner dans un monde de rêveries. Là aussi donc, nous observons des modifications d'état de conscience.

Nous pourrions encore étudier un bon nombre d'autres dimensions caractérisant les « trances » quotidiennes (terme qui semble vouloir s'instaurer pour remplacer l'expression un peu compliquée et plus lourde d'« état de conscience », avec l'inconvénient de banaliser ce que l'on entendait à l'origine par le mot transe), ce qui dépasserait de loin le cadre de cette préface. Mentionnons seulement un seul fait, mais de première importance en particulier pour le domaine de la psychothérapie. Cette fonction adaptative de l'état de conscience ne se fait pas toujours de manière adéquate par rapport à la situation actuelle de la réalité. Parfois, l'état de conscience s'adapte en fait non à la situation présente mais à des réalités du passé, emmagasinées dans la mémoire inconsciente et « dissociées » de la réalité actuelle. Il en va ainsi, par exemple, des états dits dissociatifs

post-traumatiques. Mais il en va aussi, par exemple, de même pour un autre phénomène moins dramatique et bien connu de la psychanalyse, le transfert, qui correspond lui aussi, vu sous cet angle, à un état de conscience partiellement dissocié de la réalité, inadéquat par rapport à la réalité présente mais justifié par des apprentissages du passé.

Revenons à notre question de départ qui s'interrogeait sur les raisons de l'évolution moderne de la psychothérapie en direction d'une utilisation croissante du travail avec des états modifiés de la conscience. Après ce que nous venons de constater, il n'y a aucun lieu de considérer ce dernier en concurrence ou même en remplacement des formes de psychothérapies « classiques » ou « traditionnelles » telles que la psychanalyse ou les thérapies comportementales et leurs dérivés, vu que le point de départ en est totalement différent. Ces dernières ont fait leurs preuves et leurs mérites ne sont plus à démontrer. Cependant, elles ont aussi fait apparaître leurs limites. Le plus souvent, ces limitations se trouvent dans ce que l'on appelle les « blocages » psychologiques du patient, blocages que ces méthodes – si elles y parviennent – n'arrivent à surmonter qu'au prix d'un investissement de temps démesuré, soit par analyse des « résistances » inconscientes ou par un travail de perlaboration souvent fastidieux. Si en revanche nous reconnaissons dans ces blocages des états de conscience dissociés, dans lesquels le patient se trouve enfermé, et qui par leur nature même ne lui permettent ni réflexion sur les causes profondes de son état ni d'envisager des comportements alternatifs à adopter, nous comprendrons pourquoi la situation n'a guère de chance de trouver d'issue sur le plan cartésien. C'est le serpent qui se mord la queue. La transe emprisonnant le patient l'empêche en même temps de voir l'issue. Tant qu'il y demeurera, il n'y aura logiquement guère de changement possible. La clé du problème réside alors dans les techniques de modifications des états de conscience. Car une fois un état modifié de conscience adéquat atteint, le travail psychologique peut se faire beaucoup plus aisément. Cette observation se trouve d'ailleurs très élégamment résumée dans la terminologie sophrologique : on y pratique par exemple la « sophro-analyse » ou la « sophro-acceptation progressive », le préfixe « sophro- » impliquant qu'avant le travail d'analyse ou de désensibilisation progressive, on opère une modification de l'état de conscience. Avec l'utilisation des états modifiés de conscience s'ouvrent donc de nouvelles lignes de conduite thérapeutiques.

Nous voici donc arrivé au cœur du sujet du passionnant et magnifique ouvrage de Bernard Etchelecou, qui s'est donné pour but de nous présenter et de discuter toute une panoplie de possibilités d'utilisation des états modifiés de conscience. La manière dont il le fait est tout aussi rafraîchissante par sa sobriété, sa clarté et par la modestie du jugement, qu'enthousiasmante par

le sain esprit critique et son hostilité à tout dogmatisme qui régit à toutes ses réflexions, sans oublier une fine note d'humour toujours présente et bien agréable.

En premier lieu, il nous introduit dans l'ensemble des techniques de la sophrologie. Nous pouvons comprendre les diverses techniques de Relaxation Dynamique comme un système pratique d'exercices de positionnements intérieurs.

Positionnements autant au sens physique – positions ou mouvements du corps – qu'au sens mental où le sujet se positionne par rapport à son corps soit de manière « associée » dedans soit de manière « dissociée » à l'extérieur pour se contempler. Le patient, ou l'élève, aura donc la possibilité de découvrir plein de nouvelles potentialités intérieures, et de ce fait aussi l'occasion de se découvrir lui-même, à partir d'une série de mouvements et d'images intérieures proposées et soigneusement élaborées, codifiées, standardisées.

La lecture des chapitres consacrés à la sophrologie m'a personnellement, pour dire la vérité, réconcilié avec beaucoup de choses, ou – si le lecteur préfère – sorti d'une transe négative. Car la largeur d'esprit de B. Etchelecou n'est pas la règle dans le monde de la sophrologie... J'en fis l'expérience – ceci pour la petite histoire – quand au début des années quatre-vingt, je suivais, jeune médecin encore, une formation en sophrologie, après m'être auparavant initié à l'hypnose médicale à des endroits très sérieux et réputés en Allemagne et en Grande-Bretagne. Ce que j'y avais appris, d'ailleurs, ne ressemblait naturellement depuis longtemps plus à cette hypnose classique basée sur une forme d'autoritarisme patriarcal. Quand donc notre « maître » en sophrologie se mit à nous déclarer, et à répéter, que la sophronisation n'avait strictement rien à voir avec l'hypnose, et que cette dernière n'était définitivement qu'une thérapie irrémédiablement dépassée, classée, je me sentis quelque peu interpellé. Entre amis, on me demanda de faire, un soir après souper, à la limite de la clandestinité, une démonstration d'hypnose, chose que je m'appliquai à faire de mon mieux, comme je l'avais appris. Ni mes camarades, ni moi-même ne parvînmes cependant à découvrir la moindre différence tangible sur le fond entre les deux méthodes. Notre maître cependant, qui avait eu vent de cette intrigue et qui avait assisté, lui aussi, à la démonstration, se contenta, le lendemain, de déclarer que ce que nous avions vu la veille n'était simplement pas de l'hypnose... Cette négation de toute similitude entre sa propre école et la voisine relevait manifestement moins d'un esprit scientifique que d'une pensée en fait « politique », le plus probablement motivée par un protectionnisme intellectuel. N'oublions pas que le père fondateur alla même jusqu'à créer une marque déposée et protégée...

Il est bien sûr dans la logique de ce livre que l'auteur ne soit pas tombé pas dans une telle dérive. En effet, à côté de la présentation de la sophrologie que B. Etchelecou nous fait sans aucun « enrichissement » idéologique, il consacre une autre partie importante à initier le lecteur qui ne connaîtrait pas l'hypnose éricksonienne à l'utilité de ses apports. À première vue, le contraste entre l'hypnose éricksonienne et la sophrologie ne saurait être plus grand. La sophrologie est un système des plus codifiés que je connaisse. Tout y porte un nom bien précis, du moins en ce qui concerne les techniques. Chaque méthode, chaque technique y a non seulement un nom, mais leur déroulement est clairement défini, décrit presque prescrit sans équivoque. On se croirait parfois même presque confronté à un livre de cuisine. En revanche, Erickson, lui, ne connaît nulle codification, bien au contraire : toute tendance réductrice irait entièrement à l'encontre de son esprit. Le travail hypnotique, tel qu'il le comprend, est une approche du patient qui doit rester systématiquement et de manière conséquente *naturalistic*, expression par laquelle il veut exprimer que la conduite d'une séance d'hypnose aura inconditionnellement et à tout moment à s'orienter et à s'adapter de manière tout à fait pragmatique aux circonstances données, c'est-à-dire à ce que nous présente le patient, quelles que soient ses raisons de chercher notre aide, quel que soit son comportement, son passé etc. Pour accéder aux secrets de ce *naturalistic approach*, le thérapeute se trouvera donc devant la tâche assez laborieuse et guère accessible à tous de se débarrasser de plus ou moins tous ses *a priori* théoriques pour les remplacer par des yeux et des oreilles largement ouvertes. Pour illustration, la définition la plus élaborée qu'Erickson ait proposée pour l'inconscient consiste en : *the back of the mind* ! Notez la différence avec les définitions de Freud...

Écrire un ouvrage où se côtoient de si près deux pensées apparemment si divergentes dans leurs visions, tient donc de la gageure. Nous ne pouvons que féliciter B. Etchelecou d'avoir su éviter avec beaucoup de bonheur toutes les dichotomisations inutiles et toutes les simplifications abusives pour nous proposer une forme de synthèse, qui très élégamment est seulement suggérée et non pas déclarée comme nouvelle vérité. Ainsi nous découvrons un ensemble de synergies possibles entre ces deux systèmes, et n'avons pas à apprendre quelque nouvelle technique qui aurait pu s'appeler par exemple « sophro-ericksonisation indirecte »...

Finalement, il y a encore une partie importante de l'ouvrage de B. Etchelecou qui mérite que nous y prêtions une attention particulière. C'est celle consacrée à l'étude théorique de la fonction tonique et du schéma corporel ainsi que de leur développement dès la prime enfance. Non seulement nous y trouvons toute une série d'éclairages intéressants sur ce que peut

y contribuer la sophrologie plus tard, à l'âge adulte. D'un autre côté, le rapprochement entre ce qui se passe dans les états modifiés en sophrologie et les phases très précoces de notre vie rejoint de manière, peut-être tout d'abord inattendue mais pourtant significative, certains résultats de mes propres recherches que j'ai été amené à faire, en coopération avec Gaetano Benedetti, sur les possibilités d'intégrer l'hypnose, en particulier le travail hypnoanalytique, dans le travail psychothérapeutique avec des patients psychotiques.

Sans pouvoir approfondir ici les théories de Benedetti, la question que nous nous posions donc était de savoir quel pouvait être l'apport de l'hypnose dans ce type de terre encore largement inconnue. Il nous parut évident que la plupart des phénomènes hypnotiques en soi, par exemple la régression en âge, l'idéomotricité, ou le lâcher-prise, ne pouvaient guère être utiles, voire qu'ils pouvaient même, au contraire, s'avérer très chargés de risques parce qu'ils sont à même de favoriser une déstructuration. Si quelque chose pouvait entrer vraiment en ligne de compte, il devait s'agir de quelque chose de structurant et qui était à chercher dans la relation hypnotique. Nous eûmes donc à nous pencher sur ce phénomène, appelé dans un langage de l'hypnose presque obsolète « le rapport hypnotique ».

Au risque de simplifier les choses de manière indue, je résumerai que la relation hypnotique porte tous les traits d'une relation primitive telle qu'elle existe entre la mère et son enfant, un type de relation correspondant à la phase symbiotique, ou, pour utiliser la terminologie de Daniel Stern, à la constellation maternelle. Par le lâcher-prise du sujet en hypnose tout un nombre de fonctions psychiques telles que la volonté, l'esprit discursif, rationnel, argumentatif, les désirs relationnels dirigés vers un objet extérieur, en bref les fonctions de ce qu'en psychanalyse on appelle le processus secondaire, sont mis en veilleuse. La relation se constelle autour d'un abandon mutuel : rappelons que le thérapeute, lui aussi, dans une hypnose bien réussie se laisse glisser dans une transe symétrique structurante, transe comparable à celle de la mère souriant à son enfant. Le transfert en tant que désir objectal symbolique et projectif dirigé sur le thérapeute de son côté s'estompe pour faire place à un vécu plus fusionnel avec une présence protectrice vécue comme plus ou moins indéfinie. Dans le travail hypnotique avec des patients psychotiques cette relation représente la base symbiotique nécessaire au patient pour pouvoir introjecter des structures du moi du thérapeute. Mais en fait, cette symbioticité n'est nullement spécifique à l'hypnose avec les psychotiques, car nous la retrouvons dans toute relation hypnotique, car elle y est inhérente, quel que soit le sujet hypnotique.

Ces observations rejoignent d'une manière parfaitement complémentaire l'exposé et les réflexions de B. Etchelecou sur le développement de la tonicité et du schéma corporel chez l'enfant. Du moins, autant les réflexions de l'auteur que les miennes se réfèrent, pour expliquer des phénomènes liés aux états hypnotiques ou sophroniques, à l'époque la plus précoce de notre existence. Peut-être ces observations recèlent-elles même une clé qui pourra ouvrir de nouvelles portes sur une compréhension plus générale des mécanismes de la psychothérapie ?

Au risque de me lancer, pour terminer, dans une excursion interdisciplinaire un peu osée vers les champs de l'ethnologie, j'ai pourtant de la peine à résister au désir de jeter rapidement un regard vers le chamanisme et de le rapprocher de notre travail (est-ce peut-être justement cet esprit interdisciplinaire de B. Etchelecou qui m'y séduit ?). L'anthropologue français Bertrand Hell, grand connaisseur du chamanisme et des cultes de possession, utilise dans la description des différentes formes de chamanisme le terme tout d'abord étonnant de « bricolage » pour exprimer que chaque chamane crée ses propres rituels, ceci en fonction de nombreux facteurs tels que la situation culturelle et sociale momentanée de son groupe ethnique. Ces rituels peuvent ainsi changer au fil du temps, chaque fois qu'une nouvelle situation l'exigera, ceci sans que jamais ne se développe de codification ou de liturgie vraiment stable. Mêmes les esprits invoqués et interrogés sur leurs intentions peuvent se succéder, souvent créés de toute pièce pour les besoins du moment. « Bricoler » doit être compris ici au sens le plus noble du terme, non pas comme une manière de faire du n'importe quoi, mais bien comme l'expression d'une habileté autant intellectuelle que pratique à trouver dans l'immédiat des solutions pratiques en s'adaptant à des problèmes toujours changeants et nouveaux.

Nous savons qu'il n'y a pas de chamanisme sans états modifiés de conscience et en cela il se rapproche de notre terrain. Nous sommes donc en droit de nous demander si l'histoire occidentale des utilisations des modifications des états de conscience ne laisse pas apparaître, elle aussi, un fil conducteur qui correspondrait à ce « bricolage » chamanique ? Le fait est qu'il n'y a jamais eu et qu'il n'y aura sans doute jamais de théorie qui puisse se déclarer définitive sur ces phénomènes, et que chaque auteur, à son tour, recrée un nouveau système pratique et théorique correspondant à l'esprit de son temps. Ainsi Mesmer n'a-t-il pas « bricolé » sa théorie magnétique (en tout cas, il a bel et bien bricolé un appareil fantastique appelé « baquet » !) ? Les théories exorcistes pas forcément très orthodoxes de son contemporain, le père Gassner, ne sont-elles pas elles aussi un génial bricolage hypno-psychothérapeutique comportementaliste à odeur d'encens ? Bernheim n'a-t-il pas bricolé sa théorie de la suggestion qui

épousait admirablement la compréhension de la psychologie de l'époque? Et Erickson ? Il est certainement entièrement justifié de le qualifier de Grand-maître du bricolage hypnotique, chaque séance avec chaque patient étant réinventée de toutes pièces ? Et le fameux néologisme de Caycedo n'est-il pas l'œuvre, lui aussi, d'un grand bricoleur ? Voire peut-être même que les théories modernes s'appuyant sur l'*imaging* cérébral ne sont pas aussi définitives qu'elles ne le prétendent, du fait que les corrélations entre les résultats objectivement obtenus et les méthodes pratiquées pour les obtenir ne sont pas aussi claires, et qu'elles relèvent du bricolage, elles aussi.

Cette excursion dans l'anthropologie moderne nous permet ainsi, peut-être un peu mieux, de comprendre que le changement, l'évolution permanente des idées dans notre domaine y sont inhérents et qu'il y aura donc toujours du nouveau à y découvrir, à développer, un marché toujours fertile en échanges à faire. Car il s'agira toujours de trouver de nouvelles approches pour répondre à de nouvelles conditions de vie et à de nouvelles visions du monde.

Maintenant, il ne me reste qu'à souhaiter à ce merveilleux ouvrage de trouver un très grand nombre de lecteurs et d'avoir le pouvoir de les encourager à s'inspirer de l'exemple de B. Etchelecou (lui aussi un bricoleur émérite...) afin qu'ils quittent eux aussi les sentiers battus des écoles et de leurs dogmes sans pour autant les jeter par-dessus bord. L'avenir de la psychothérapie n'appartiendra pas – du moins osons l'espérer – aux écoles et à leurs étroitesse intellectuelles ainsi qu'à leurs guerres de chapelles, mais aux esprits indépendants et réalistes qui sauront faire leurs propres observations et s'enrichir des recherches faites par d'autres, aussi divergentes soient-elles de leurs propres visions. Alors ce ne seront plus les idées établies qui seront au centre des préoccupations des thérapeutes et des pédagogues, mais tout simplement la réalité vivante de l'individu humain qui se trouve en face de nous et qui cherche notre aide pour évoluer à sa propre manière.

Dr. méd. J.Philip Zindel¹

1. Psychiatre-psychothérapeute en cabinet libre à Binningen (Suisse). Président de la SMSH (Société médicale suisse d'hypnose). Enseignant et superviseur de la SMSH et de la SHypS (Société d'hypnose clinique Suisse). Lehrtherapeut (thérapeute enseignant) de la ÖGATAP (Société autrichienne de psychologie des profondeurs appliquée et de psychothérapie générale).

Introduction

PRÉSENTATION GÉNÉRALE – DÉFINITIONS – CONCEPTS ET SCHÉMAS DE BASE

L A *sophrologie*, fondée en 1960 par Alfonso Caycedo, psychiatre d'origine Colombienne, est, selon son étymologie, l'« étude de la conscience en harmonie ».

Partant de cette définition, le champ de ses investigations est considérable...

Cet ouvrage a des objectifs mesurés : il concerne le secteur, déjà fort vaste, de la *santé*, sous différents aspects prophylactiques, pédagogiques et thérapeutiques.

Il entend présenter une synthèse pratique, bien que nullement exhaustive, des techniques fondamentales de la sophrologie qui contribuent toutes, à leur manière, à l'épanouissement, au bien-être, à l'harmonie de l'individu.

La thérapeutique sophronique vise à développer cette force qui intègre les éléments psychologiques et physiques de l'être, et qui n'est autre, pour Caycedo, que la conscience humaine.

Cet auteur propose un schéma évoquant trois possibilités existentielles de la conscience, chacun de ces états pouvant être vécus à des niveaux de vigilance variables.

On voit sur ce schéma (Fig. 1) qu'à côté des deux états de conscience déjà connus - conscience ordinaire et conscience pathologique -, apparaît l'idée d'une « nouvelle conscience », la *conscience sophronique*, qui correspond à l'harmonie, la sérénité, progressivement acquises au moyen de l'entraînement sophrologique.

Toutes les techniques débutent par une *sophronisation de base* : le thérapeute induit, d'une voix lente et monotone, un état de relaxation profonde, intermédiaire entre la veille et le sommeil.

C'est son *terpnos logos*, mode verbal doux et apaisant, qui produit l'état crépusculaire recherché, véritable zone du travail *intrasophronique* à visée pédagogique ou thérapeutique (Fig. 2).

Ce travail d'activation se réalise au moyen des différentes méthodes décrites dans cet ouvrage, en fonction du but poursuivi.

Vient enfin le moment de la *reprise*, le sujet retrouvant peu à peu le contact avec la réalité ambiante, après avoir récupéré sa tonicité musculaire et toute son énergie.

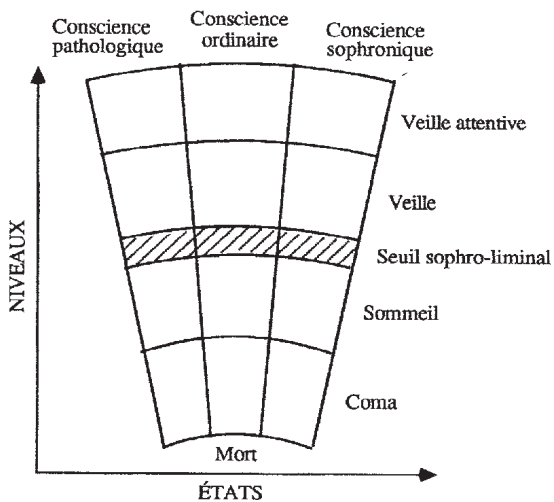


Figure 1. Schéma de base

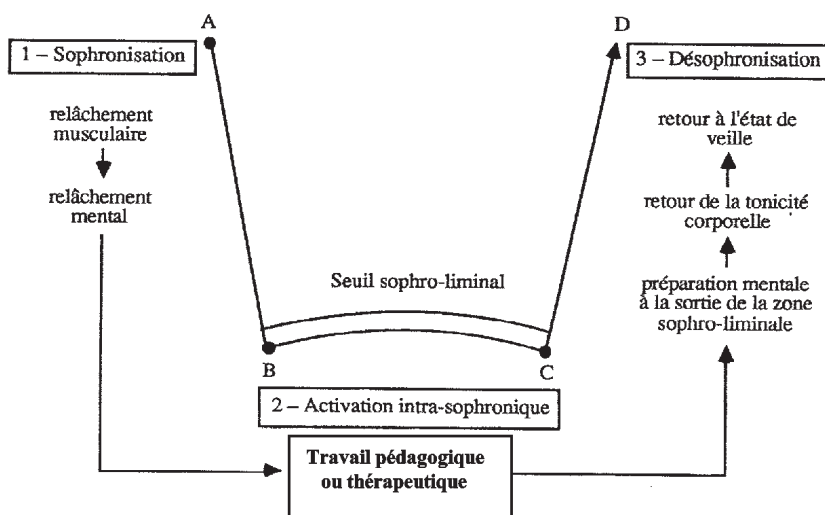


Figure 2. Schéma de sophronisation

Terpnos Logos

Terme emprunté à Homère et Platon servant à désigner le ton lent, monotone, propre aux inductions sophroniques.

Dans le « Dialogue des Charmides », Platon l'évoque comme une parole douce, monotone, agissant sur le « Thymos » – sphère psychosomatique –, et provoquant l'état sophrosyne (état de calme, de concentration, de sagesse).

A. Caycedo pose trois principes fondamentaux à la base de l'entraînement sophrologique :

1. Le principe *du schéma corporel* comme *réalité vécue*.

Les pratiques des yogis Indiens, des lamas du Tibet et du bouddhisme zen, que Caycedo a étudiées au cours d'un long séjour en Extrême-orient, l'ont placé devant cette évidence : l'équilibre d'un individu passe avant tout par la prise de conscience de son schéma corporel.

Comme le souligne M. Declerck, le travail sophrologique va « mettre en œuvre les différents aspects du schéma corporel jusqu'à en épuiser les potentialités :

- Perception du corps propre ;
- Reconnaissance du corps énergétique ;
- Constat de la labilité, mais aussi de l'éducabilité des sensations ;
- Expérience d'une prise de distance possible entre le corps vécu et ses représentations¹ »

La *Relaxation Dynamique*, issue des approches orientales, aide, plus que toute autre méthode sophronique, à renforcer la conquête de la corporalité par la conscience.

L'intégration progressive du schéma corporel au niveau de la conscience consolide les structures de celle-ci et contribue à élargir son champ perceptivo-affectif.

2. Le principe de l'*action positive*.

Il est clair, pour A. Caycedo, que toute action positive dirigée vers la conscience (par exemple, sous forme d'images, de sensations, de mots) suscite une dynamique positive de l'ensemble de l'être humain.

3. Le principe de la *réalité objective*.

Le thérapeute doit pouvoir percevoir, en toute lucidité, l'état de conscience dans lequel il se trouve, et celui de son patient.

1. Declerck M. *Le Schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques*, p. 130.

L'entraînement aux procédés et méthodes de la sophrologie est censé se réaliser dans une relation d'alliance caractérisée par son aspect peu directif. L'attitude du sophrologue y est avant tout « informative » : il montre à son client - ou à son élève - un ensemble de techniques que ce dernier utilisera par la suite à sa guise, selon ses besoins et ses préférences.

Ce parti pris caycédien d'une relation « adulte-adulte » tendrait à réduire les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels.

Je préfère quant à moi la position de certains collègues (R. Cahen, J.-P. Hubert) qui apportent une très sensible modification au schéma de base.

Ce nouveau schéma a le mérite de prendre en compte une réalité incontournable dans la pratique clinique et pédagogique : l'*inconscient*.

J.-P. Hubert conçoit l'éventail sous une forme sphérique, dont la partie centrale serait occupée par l'inconscient, tandis que la conscience siègerait à la superficie.

L'état d'« illumination » rejoindrait alors, à son paroxysme, l'état de mort.

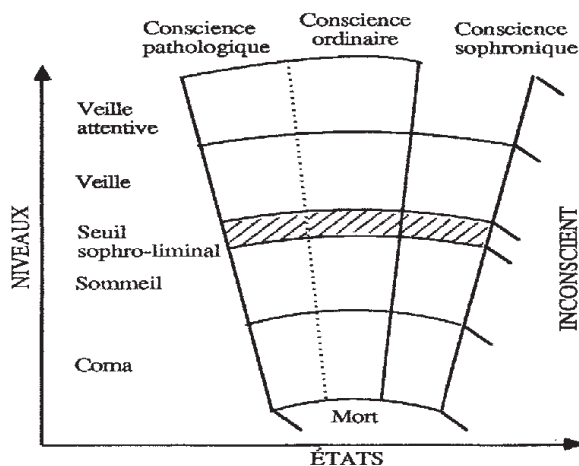


Figure 3. Schéma modifié de l'École Française

L'élargissement de la sophrologie aux phénomènes inconscients et aux données primordiales de la psychanalyse développe considérablement son champ d'action tout en permettant de comprendre, et d'accueillir sans *a priori* négatif, certains fantasmes corporels, les symbolisations imagées et autres résistances ou effets de transfert qui ne manquent pas de surgir au cours des sophronisations.

La pratique la plus élémentaire montre que le seuil sophroliminal, loin de n'être sensible qu'aux seuls aspects présumés « positifs » de l'être,

mobilise la personnalité dans son ensemble, avec ses constituants conscients et inconscients.

L'ouvrage est consacré, dans sa première partie, à la *description* des *principales techniques sophrologiques*. Des exemples d'induction sont donnés pour chacune d'elles, ainsi que des précisions sur leurs caractéristiques psychologiques.

La deuxième partie porte sur des applications de ces techniques dans le domaine *pédagogique* : mémorisation, préparation aux examens, à l'accouchement, aux interventions chirurgicales, entraînement des sportifs.

Le champ de la *thérapeutique sophronique* est abordé ensuite ; sa spécificité vis-à-vis des autres approches, les modalités de la progression et de la relation en sophrothérapie, sont examinées avec l'aide de nombreuses observations cliniques.

On terminera en comparant les pratiques sophroniques et d'hypnose éricksonienne, sous l'angle plus large du *travail psychologique en états de conscience modifiés*.

Est-il besoin de préciser que cet écrit ne peut, même partiellement, se substituer à une formation théorique et pratique qui réclame une profonde implication individuelle ?

Toute technique, en pédagogie et plus encore en thérapie, n'a d'autre valeur que celle de l'individu qui l'applique.

La réalisation de cet ouvrage répond avant tout au désir de fournir un ensemble de *repères* à ceux qui veulent aborder la sophrologie et les états modifiés de conscience dans les secteurs de la santé et du développement personnel.

Souhaitons que ce souci de clarté ne masque ni la richesse ni la complexité d'un secteur qui promet encore aux praticiens autant de travail que d'étonnements.

PARTIE 1

LES TECHNIQUES FONDAMENTALES DE LA SOPHROLOGIE

1

LA SOPHRONISATION DE BASE ET LES PRINCIPALES TECHNIQUES D'ACTIVATION INTRASOPHRONIQUE

LA SOPHRONISATION DE BASE

Quel que soit l'objectif poursuivi, la première phase consiste nécessairement à atteindre le « seuil sophroliminal », zone de travail proprement sophrologique.

Dès ce niveau, on peut parfois constater une grande difficulté à réaliser un « lâcher-prise » suffisant pour parvenir à ce seuil. D'emblée, en effet, sont susceptibles de surgir, comme je le développerai dans la troisième partie, des problèmes relatifs aux transferts, à la régression, manifestés par des tensions corporelles, des défenses.

Mais, pour simplifier, on peut esquisser le schéma d'une sophronisation classique, réalisable dans la majorité des cas.

Induction

Le sophrologue va induire chez le sujet un état de relaxation le plus profond possible, en l'invitant à atteindre, et à conserver, une situation mentale entre veille et sommeil.

Exemple d'induction

Phase préparatoire

« Couchez-vous dans une position très confortable, qui permette de relâcher complètement les muscles de votre corps... Et vous fermez les yeux... Si en cours de relaxation quelque chose vous dérange, et si vous voulez sortir de la détente, vous lèverez votre index droit... Vous lèverez aussi ce doigt si vous voulez répondre par l'affirmative à une question que je vous pose. »



Descente en zone X

«...Vous pouvez suivre le va-et-vient de votre respiration... le trajet de l'air qui entre et sort de votre corps... Vous pouvez à présent respirer deux ou trois fois beaucoup plus profondément, en gonflant votre ventre à l'inspiration, et en le rentrant à l'expiration...

Puis, vous retrouvez votre rythme respiratoire naturel, automatique... Rythme de détente... en vous mettant à l'écoute de votre monde intérieur...

...Relaxez complètement les muscles du front, ceux qui entourent les yeux...le nez... Relâchez la tension de vos joues, de vos lèvres... Détendez votre langue et laissez se desserrer totalement les mâchoires, comme si la mâchoire inférieure était un peu plus lourde...

À mesure que vos muscles se relâchent, tout votre être se détend... Si quelque idée traverse votre cerveau, étrangère à la détente, vous la laissez passer... comme un nuage qui filerait sur un fond de ciel tout bleu...

Relaxez la nuque, les muscles du cou... les épaules... laissez tomber les épaules... La relaxation s'étend maintenant à tout votre corps... Relaxez vos bras, les avant-bras, les mains jusqu'au bout des doigts...

Détendez votre dos, les muscles autour de la colonne vertébrale... le thorax, les poumons relâchés au rythme de votre respiration... Vous sentez peut-être votre cœur qui bat calmement, tranquillement...

Relâchez maintenant toute la musculature du ventre, les muscles abdominaux... Vous percevez aussi l'intérieur de votre ventre, avec tous les organes qui fonctionnent naturellement... Relaxez votre bassin, les fessiers... Concentration tranquille sur le bas-ventre, les organes génitaux... Détendez vos cuisses, vos mollets et vos pieds... Tout en vous est détente... Totalement à l'écoute de votre corps uni dans la détente, vous vous laissez aller dans un sentiment de bien-être de plus en plus profond, qui gagne toute votre personne... Vous parvenez ainsi tout naturellement aux portes du sommeil... »

Approfondissement

(Images positives, sensations du training autogène, ou autres...)

Exemple : « Vous laissez venir une image agréable, la plus agréable qui soit... (vérification avec le doigt que l'image est là)... Vous vous laissez complètement imprégner par cette image... Vous la vivez pleinement, de façon tout à fait positive... Elle laisse en vous des sensations durables de sérénité, de force, de calme... Vous pouvez même vous sentir évoluer à l'intérieur de cette image... en ressentir tout le côté très agréable... Vous imaginez les moindres détails... Tout en vous est détente... »

Éventuellement « signe-signal »

Exemple : « Si vous vous trouvez en difficulté dans la vie courante, ou simplement lorsque vous le désirerez, vous pourrez retrouver cet état de décontraction profonde... Il vous suffira, après quelques respirations profondes, de faire appel à cette image de détente pour retrouver l'état de relâchement complet qui est le vôtre actuellement... »

Reprise

«... Maintenant, vous allez revenir progressivement à votre état tonique habituel... Vous prenez conscience de l'endroit où vous vous trouvez... Vous percevez à nouveau toute votre énergie... Vous retrouvez votre dynamisme physique et mental...

Vous pouvez respirer profondément une première fois... Une deuxième fois... Une troisième fois... Animé d'une grande énergie... vous en prenez conscience, tout en remuant vos pieds... vos mains... et vous vous étirez profondément en essayant de sentir tous les muscles de votre corps qui retrouve toute sa tonicité et son dynamisme... Et quand vous le décidez, vous ouvrez les yeux... à votre rythme... pour ressortir en pleine forme... »

Les inductions du sophrologue peuvent être :

- Anatomiques (« Vous relâchez votre bras ») ;
- Imagées (« Votre cerveau peut ressembler à une éponge qui s'épanouit ») ;
- Érotisantes (sensation de bien-être, de douce chaleur bienfaisante, etc.).

Elles sont souvent émaillées de « peut-être », complétées par « ou bien vous avez toute autre sensation »... afin que le sujet ne vive pas une détente « normalisée », ce qui serait aberrant si l'on recherche l'expression la plus individuelle possible.

Notons aussi l'importance des temps de silence qui laissent au sujet la faculté d'être pleinement à l'écoute de lui-même.

LA SOPHRO-ACCEPTATION PROGRESSIVE

Il s'agit, dans cette technique, de vivre par anticipation une action, une situation à venir, une attitude personnelle, sous l'angle le plus positif. On peut, par exemple, se projeter dans des situations concrètes plus confiant et maître de ses émotions. On ressent l'accomplissement totalement positif d'un souhait, et l'on s'en imprègne profondément.

La Sophro-Acceptation Progressive (S.A.P.) est souvent appliquée, comme nous le verrons, pour :

- *la préparation à l'accouchement* : vivre par anticipation un accouchement, le plus sereinement possible ;
- *l'entraînement des sportifs* : visualisation des performances futures, se « sentir » vainqueur, améliorer ses propres résultats, annihiler le trac...

Elle est aussi utile pour :

- *la préparation aux examens et aux épreuves diverses* (se voir passer l'examen avec succès, partir « gagnant »...) ;
- *l'aide aux interventions chirurgicales* : visualiser la réussite de l'opération, donner des motivations pour lutter, entrevoir une récupération très rapide ;
- *la rééducation en kinésithérapie* : se voir à nouveau en meilleure possession de ses moyens.

Elle intervient comme technique d'appoint très appréciable au cours de prises en charge plus globales : par exemple, pour aider à suivre un régime alimentaire, et en complément à un suivi psychothérapeutique, dans les cas d'obésité (se voir avec des kilogrammes en moins, plus à l'aise dans son corps...), ou encore anticiper la réalisation satisfaisante d'un acte sexuel, dans les cas d'impuissance, etc.

Technique

- La *Futurisation simple* consiste en une visualisation de soi « en pleine forme », en faisant participer tous les sens à cette anticipation positive : efficacité, bien-être, harmonie personnelle avec les autres, sont projetés dans un avenir proche.
- La *Sophro-Acceptation Progressive* peut s'appliquer de façons variées :

Approche progressive concernant un comportement fréquent



Exemple d'une personne qui a en général du mal à s'exprimer en groupe

- 1^{re} semaine : (relax une fois par jour) se voir très à l'aise en prise de parole dans 2 mois ;
- 2^e semaine : idem dans un mois ;
- 3^e semaine : idem dans 15 jours ;
- 4^e semaine : idem dans quelques jours.

On tend à intégrer progressivement une image de soi plus confiante.

Notons que la notion de temps est en fait très relative selon les individus : l'habitude est plus ou moins rapide selon les sujets et la charge de leurs difficultés.

Cette approche a le mérite de structurer l'apprentissage.

Préparation à une épreuve spécifique

Après la sophronisation de base et un approfondissement (image de détente, exercice de Schultz, etc.) on procède à la S.A.P. :

En commençant par se voir ayant réussi (après l'épreuve, se voir content de son déroulement, visualiser les effets de la réussite... Il est plus facile de se préparer en confiance quand on a senti le but atteint), puis, l'on vit par anticipation l'événement tel qu'on souhaite le vivre ;

Ou bien on peut se voir *une ou deux semaines avant l'événement*, et s'en approcher au fur et à mesure des séances, pour le vivre finalement positivement lui-même.

Il est aussi fréquent de réaliser un panachage des deux formules précédentes.

Je conseille de bien mettre en évidence les difficultés psychologiques du sujet (par rapport à l'épreuve) et ses modes de réaction dans ce genre de situation. Par exemple, avant un examen le sujet à des difficultés de sommeil, présente une suractivité, puis au moment de l'épreuve a généralement la respiration coupée, ses paroles sont hésitantes, il a besoin de se sentir en opposition ou au contraire en phase avec son examinateur pour réussir, etc.

Ceci afin d'*adapter les inductions aux besoins propres* (S.A.P. sur mesure), quitte à travailler en séances spécifiques uniquement consacrées à tel ou tel

problème, et en fin de préparation opérer une anticipation synthétique de l'ensemble.

Remarques générales

- Dans tous les cas de figure, on dispose de ressources toujours efficaces :
 - la respiration basse voire approfondie,
 - les images agréables,
 - les sensations propres de détente,
 - des ressources plus subjectives (image d'un être cher, par exemple) ;
- S'imprégner de la situation autant que possible avec tous les sens, les ressentis corporels, les affects positifs et pas seulement se visualiser sur un écran extérieur ;
- S'anticiper non « idéalement », mais de mieux en mieux ;
- La S.A.P. présente souvent un aspect diagnostique (l'anamnèse ainsi que le vécu en état sophronique précisant les problèmes du sujet) ;
- La S.A.P., qui réalise en somme une habitude, un (auto) conditionnement positif progressif, permet aussi au sujet d'expérimenter d'autres « possibles ».

LA SOPHRO-CORRECTION SÉRIELLE

Le principe de cette méthode est d'aider le sujet à vivre, en état sophronique, étapes par étapes, une situation jusque là anxiogène.

L'angoisse va progressivement faire place à une attitude intérieure plus calme, associée à la relaxation.

La sopfro-correction sérielle trouve ses principales applications dans les symptômes phobiques, les situations habituellement génératrices d'angoisse.

Technique

- *Dans un entretien préalable, on note les circonstances de la phobie, et très exactement tous les détails de la situation difficile ;*
- *Sophronisation de base, en n'omettant pas de préciser : « Si en cours de route, vous vous trouvez en situation trop difficile, il vous suffira de lever l'index droit. »*

Exemple d'induction pour une phobie d'ascenseurs :

« On va vivre cette situation qui vous gêne habituellement, mais cette fois dans le calme, l'harmonie, la détente... *(puis on progresse, étape après étape, dans la situation phobique avec toutes les précisions)*... Vous vous voyez partir de chez vous, très précisément... Vous descendez dans la rue... vous vous trouvez dans la cohue des piétons... *(énoncer les*



détails mentionnés au cours de l'entretien préalable)... Vous devez monter au sommet d'un H.L.M. et vous devez prendre l'ascenseur... Vous vous dirigez, très calme, confiant, vers l'ascenseur... Vous ouvrez la porte, toujours détendu » (et ainsi jusqu'à ce que tous les éléments de la situation phobique aient été épuisés).

À chaque étape du parcours, on insistera fortement sur l'aisance du sujet, son calme... Et, le sujet se détachant de plus en plus de son angoisse, on insistera sur le plaisir nouveau qu'il retire de la situation, étonné sans doute d'être désormais aussi complètement décontracté ;

- *Reprise.*

Si le sujet lève le doigt en cours de progression, signe qu'il connaît une difficulté, un vécu de stress en rapport avec les images observées, on lui indique qu'il a la capacité de remplacer ces sensations négatives par d'autres, plus satisfaisantes.

On lui demande alors de laisser la situation difficile et de se retrouver par exemple dans une image très agréable apportant une profonde impression de confiance et de sécurité. On peut aussi avoir recours à un souvenir positif, à une sensation corporelle de détente ou encore approfondir le calme grâce à la respiration.

Fort de cette nouvelle attitude mentale, il pourra être à nouveau confronté à l'étape ayant déclenché l'anxiété, et poursuivre plus aisément sa progression.

Dans la pratique, plusieurs séances seront souvent nécessaires, les étapes étant « corrigées » les unes après les autres, au rythme du patient, jusqu'à ce qu'il parvienne à effectuer l'ensemble du parcours en toute tranquillité.

Cette méthode est fort utile et bien des fois suffisante ; on s'assurera de l'intérêt de son application en évaluant avec soin la place occupée par le symptôme dans l'ensemble du fonctionnement personnel.

LA SOPHRO-SUBSTITUTION SENSORIELLE

On cherche à *substituer* en état sophronique une *sensation* corporelle à une autre.

Cette technique est particulièrement intéressante lorsqu'on veut réaliser des *analgésies* ou des *anesthésies* psychiques.

Une sensation de chaleur, ou au contraire, de froid, peut ainsi prendre la place d'une sensation douloureuse.

Un exemple d'application sera donné dans le chapitre concernant la préparation à l'accouchement.

Technique



- *Sophronisation de base.*
- *Analgésie*

La douleur est le plus souvent transformée en sensation de chaleur. Pour cela, on demande au sujet de poser sa main sur la région douloureuse en indiquant : « La chaleur de votre main va passer dans cette partie du corps... Prenez le temps qu'il vous faut pour sentir cette partie de votre corps emplie d'une chaleur bien agréable... Quand ce sera fait, vous pourrez me l'indiquer en levant votre index droit. »

On peut aussi utiliser des images mentales qui suggèrent fortement la chaleur : le sujet est près d'une cheminée dont le feu réchauffe le corps, et tout particulièrement la région douloureuse... Ou encore, il est étendu sur le sable, exposé aux rayons bienfaisants du soleil...

Lorsque la chaleur est ressentie (doigt levé), on laisse le sujet s'imprégner de cette nouvelle et agréable sensation, en accentuant éventuellement le phénomène par suggestion.

- *Anesthésie*

On se servira ici plutôt de la sensation de froid. Puis, on insistera sur l'insensibilité de la région concernée. L'imagerie mentale (bain glacé, etc.) a une forte portée.

Un des procédés consiste à anesthésier d'abord une main, puis à déplacer cette sensation sur la partie du corps qu'on veut réellement insensibiliser. On peut ainsi suggérer au patient qu'il porte un gant (bien délimiter la partie qui s'arrête au poignet) qui épouse parfaitement la main.

Il imagine ensuite que le cuir passe au travers des doigts, au dos et aux creux de la main, en laissant la chair traversée absolument insensible. Le gant traverse la peau jusqu'aux os.

On attend que le sujet soit bien imprégné de cette image et de la sensation d'anesthésie qui l'accompagne.

Si on en a besoin, on déplacera ensuite cette anesthésie dans une autre région du corps. Par exemple, pour une préparation à une intervention en dentisterie, on peut demander au sujet de mettre sa main anesthésiée en contact avec la joue, à l'endroit que l'on veut insensibiliser. Il sentira alors le « passage » de l'anesthésie, de la main à la zone indiquée.

Il est important de donner une limite de temps, pendant laquelle agira l'anesthésie, après la reprise.

Certains praticiens intègrent un signe-signal conditionnant dans leurs inductions : « Chaque fois que vous ferez telle chose (par exemple, joindre le pouce et l'index droits), votre anesthésie se mettra immédiatement en place. » ou « Chaque fois que cela vous fera mal, il vous suffira de joindre le pouce et l'index droit pour instantanément sentir s'installer cette chaleur, pendant x temps, sans même entrer en état sophronique. »

(Pour une préparation dentaire : « Au moment où vous entrerez dans le cabinet dentaire, cette anesthésie s'installera automatiquement où elle se trouve actuellement. »)

- *Reprise* : comme en sophronisation de base, sauf la partie insensibilisée, qui le restera pendant x temps.

LA SOPHRO-ANAMNÈSE

La sophro-anamnèse donne des repères quant à l'*histoire psychoaffective* du sujet. Des images, chargées d'affects agréables ou désagréables, surgissent en état sophronique, évoquant des situations vécues dans le passé. Ces images peuvent aider à mieux connaître le patient et faciliter son implication au début d'une thérapie. Elles servent en outre de points de départ à un travail thérapeutique « découvrant ».

Technique

Plusieurs possibilités sont offertes au sophrologue pour réaliser cette anamnèse.

On peut découper la vie du sujet en plusieurs parties (par exemple, âge adulte, adolescence, enfance) et lui demander de (re)trouver des situations correspondant à ces périodes, ou encore induire une régression chronologique systématique (années après années, le plus loin possible).

Je choisis d'exposer ici une technique fréquemment employée, celle de l'*écran mental*.



- *Sophronisation de base.*

- *Recherche d'images concernant le passé :*

« Vous entrez à l'écoute de vous-même... dans le calme, la détente... en toute confiance... Vous allez laisser venir une image... une scène vécue dans un passé proche ou lointain... Vous avez tout votre temps... Lorsque vous verrez apparaître cette scène, vous le signalerez en levant l'index droit... (*le doigt se lève*) Observez cette scène sur votre écran mental et laissez-la s'entourer d'un cadre... Un cadre noir si elle est en rapport avec un traumatisme, avec des difficultés personnelles... un cadre blanc, si elle a pour vous une tonalité positive, constructive... Laissez le cadre, blanc ou noir, s'inscrire de lui-même spontanément... (*le doigt se lève*)... Bien... Si la scène est entourée d'un cadre blanc, vous pouvez l'indiquer en levant votre index... Très bien... Prenez le temps d'observer cette situation... avant de la laisser repartir dans un coin de votre mémoire...

Et vous prenez conscience de votre corps... de votre respiration calme et régulière », etc.

(Après le retour au corps détendu.)

« Et maintenant vous pouvez laissez surgir une autre image, une autre scène passée... »

(Renouveler la méthode cadre blanc-cadre noir.)

(Après chaque scène, retour au corps détendu.)

On peut ainsi, si l'on veut, rechercher jusqu'à quatre ou cinq situations.

- *Reprise.*

Après la reprise : discussion à partir des scènes visualisées

- Les images avec cadre *blanc* pourront éventuellement servir d'images positives de détente ;
- Les images avec cadre *noir* peuvent être reprises en sophro-mnésie (cf. plus loin) dans le cadre d'une thérapie.

Bien sûr beaucoup de nos souvenirs ne se laissent pas ainsi cliver aussi catégoriquement en « blancs » ou « noirs ». Dans ce cas, le cadre ne s'installe pas ou n'est ni blanc, ni noir... On précise alors au sujet que cela n'a strictement aucune importance ; on lui demande d'observer ce qui se passe, et l'on continue.

Ce procédé d'anamnèse – qui fonctionne bien la plupart du temps – a le mérite d'indiquer la *tonalité dominante* des événements vécus.

LA SOPHRO-MNÉSIE

Alors que la sophro-anamnèse recherche les points conflictuels du sujet, la sophro-mnésie s'efforce de faire *revivre* souvenirs et affects, afin de se libérer de leur charge affective et de mieux en intégrer les éléments refoulés à la conscience. Cette recherche s'accompagne souvent d'un vécu intense d'émotions liées aux situations traumatisantes et anxiogènes.

La progression repose sur la double action de l'effet cathartique et de la « prise de sens » des souvenirs réactivés en état sophronique.

Technique



- *Sophronisation de base.*

À partir d'images obtenues en sophro-anamnèse, ou d'un symptôme, de situations angoissantes, *le sujet va revivre une scène* (ou une série de scènes) du même registre. Il peut ainsi être amené à retrouver certaines situations traumatisantes (de son enfance en particulier), scènes réelles ou vécus relationnels fortement « chargés ». Par exemple, une personne toujours en échec pourra revivre des scènes typiques de dévalorisation dans son enfance.

La libre expression (verbale, émotionnelle) est naturellement favorisée dans cette approche découvriante : « Vous retrouvez cette situation, vous la revivez dans les moindres détails... Dites ce que vous ressentez... Libérez vos émotions, vos sentiments... »

- *Reprise.*

Autre procédé : « Le Livre de ma Vie »



- *Sophronisation de base.*

On demande au sujet de *rechercher mentalement un lieu très calme*, où il se sent très bien, où il ne peut être dérangé.

On l'invite ensuite à la *lecture d'un livre intitulé Histoire de ma Vie, depuis ma Naissance jusqu'à ce Jour.*

Il prend le temps de contempler ce livre, en observe la forme, la couleur, la qualité du papier... On remarque que dans ce livre il y a des chapitres, des photos, peut-être des symboles, etc., qui retracent sa vie.

La personne va *feuilleter le livre* qui raconte sa vie *en commençant par la fin* (qui correspond au jour de la séance).

On précise que bien sûr, il y aura beaucoup d'autres pages qui seront encore inscrites dans ce livre par la suite, mais que, pour le moment, le sujet se rend à la dernière page, relatant ce qu'il a vécu ce jour.

Il va ainsi remonter jusqu'à la première page, ou en tout cas le plus loin possible.

Il voit ainsi se dérouler certaines périodes de sa vie en observant, mais surtout en revivant émotionnellement et en verbalisant ce qui se trouve dans le livre.

Le patient revient ensuite progressivement au jour de la séance, en feuilletant le livre dans l'autre sens jusqu'à la dernière page.

Lors de ce retour, on peut parfois demander au sujet de retrouver quelques épisodes parmi les plus positifs de sa vie.

- *Retour au corps détendu.*
- *Reprise.*

LA SOPHRO-ANALYSE

Cette méthode est certainement la plus proche du travail psychanalytique classique, à ceci près que le sujet est préalablement conduit à l'état sophronique.

Le niveau de conscience, entre veille et sommeil, facilite considérablement l'accès à l'imaginaire, et active le processus thérapeutique.

Technique



- *Sophronisation de base.*

Le patient est invité à *laisser venir librement* les images, les idées, les sensations, sentiments, souvenirs qui se présentent, sans fil conducteur particulier, à *vivre et à verbaliser* les différentes associations qui se présentent.

- *Retour au corps détendu et reprise.*

CARACTÉRISTIQUES DES TECHNIQUES

Techniques à visée résolutive directe

La sophro-acceptation progressive

Cette technique semble avant tout obéir au principe de Coué :

« Toute pensée occupant notre esprit devient vraie pour nous et a tendance à se transformer en acte. »

Cette imprégnation réalisée à l'aide d'une visualisation tout à fait positive se fait de manière beaucoup plus profonde sous sophronisation : l'(auto)suggestibilité étant accrue, le souhait aura tendance à s'actualiser plus facilement qu'en état de veille.

On insiste ici plus sur l'image que sur la seule pensée : l'image est en effet plus proche du langage inconscient, et mieux adaptée à la suggestion que l'idée ou les « mots » de Coué, ou encore que les « formules intentionnelles » parfois utilisées au *Schultz*.

Le sujet développe une attitude active ; il peut, en imagination, essayer des comportements différents de ceux, négatifs, qu'il adopte habituellement.

La Sophro-Acceptation Progressive repose sur les capacités positives, dynamiques, dont le sujet dispose pour « mettre en échec » le « négatif ».

Elle est sous-tendue par une attitude *progressive* : expérimentations de nouvelles possibilités de conduites, utilisation et développement des parties les plus « saines » de soi.

La sophro-correction sérielle

Le principe fondamental de cette technique est le même que pour la précédente puisqu'il s'agit de se « déconditionner » par rapport à un vécu négatif de situations plus ou moins courantes (phobies, par exemple), ou pour se préparer à une épreuve difficile à venir, que l'on anticipera positivement étapes après étapes. Le vécu *a priori* négatif sera remplacé par un vécu plus positif.

Nous restons là dans une optique classiquement comportementaliste : à la réponse anxieuse déclenchée par telle situation ou objet sera peu à peu substituée une réponse « détente », selon le principe de « l'inhibition réciproque » (Wolpe) :

« Si une réponse inhibitrice de l'anxiété¹ peut survenir en présence de *stimuli* anxiogènes, cette réponse pourra affaiblir les liens existants entre ces *stimuli* et l'anxiété. »

La sophro-substitution-sensorielle

La suggestibilité propre à l'état sophronique est, dans les méthodes d'analgésie et d'anesthésie, mise à profit de façon souvent très spectaculaire.

On s'intéressera aussi avec grand profit aux subtiles approches de Milton H. Erickson dans le traitement de la douleur².

Erickson constate que ses patients décrivent leur mal en termes temporels (« douleur transitoire, récurrente, persistante... »), en termes émotionnels (« irritante, contraignante, invalidante, agressive, déprimante, dangereuse... ») ou encore en termes de sensation (« sourde, coupante, cuisante, poignardante, lourde, lancinante... »).

Partant de ces ressentis particuliers et adaptant ses inductions, souvent très indirectes, au profil personnel de chacun, Erickson suscite des effets thérapeutiques par déplacement (la douleur confinée dans une autre partie du corps), distorsion du temps (changements de durée, de fréquence d'apparition de la douleur), substitution (par une autre sensation), division, dissection de la douleur (dont il ne reste finalement plus grand-chose),

1. Pour nous, la relaxation.

2. Cf. par exemple Milton H. Erickson, *L'Hypnose thérapeutique – Quatre conférences*.

dissociation de soi (se déplacer dans une autre partie de la pièce et laisser la douleur), réinterprétation de la douleur, etc.

Il s'agit de « (...) mettre en route un autre train de pensée, une autre activité émotionnelle, qui exclut la possibilité de ressentir la douleur¹ ».

En résumé, pour cette première série de techniques, il n'est pas tant question de rechercher les causes du symptôme, ni de remanier en profondeur la personnalité, que d'utiliser au maximum le potentiel dynamique et de le développer afin de trouver d'« autres issues » que l'expression symptomatique.

Comment peut s'opérer un tel changement ?

Au moyen, nous semble-t-il des facteurs thérapeutiques suivants :

- *La relation transférentielle* : le transfert n'est pas décodé, mais « manipulé » (sans intention perverse, faut-il le préciser ?) ;
- *La suggestibilité* du patient, accrue par l'état sophronique (abaissement de la vigilance rationnelle, et augmentation de la réceptivité, activation de la sphère affective).

Un transfert utilisé, le parti-pris de mobiliser les ressources évolutives du sujet, l'induction d'un état favorisant l'(auto-)suggestibilité, sont autant d'éléments qui caractérisent cette première catégorie de techniques.

Techniques « découvrautes »

La sophro-anamnèse

Cette technique permet de procurer une série de « clichés » intéressant la problématique du sujet, point de départ pour un travail thérapeutique qui sera, par exemple, développé en sophromnésie ou en sophroanalyse.

Ces clichés sont des éléments figuratifs provenant des données de la vie « réelle », mais aussi (et, parfois, surtout) forment des représentations où viennent s'investir, par déplacement et condensation, des affects et désirs inconscients.

Apparaissent également des « souvenirs-écrans » : il faudra tenir compte de la fonction défensive de tels souvenirs, tout en sachant qu'ils contiennent des éléments riches en connotation affective pour le sujet.

Autant dire que les « images » obtenues en sophro-anamnèse fonctionnent aussi selon les caractéristiques du processus primaire ; si donc, elles reflètent à leur façon la vie affective du sujet, dans toute sa complexité, il convient d'être prudent quant à la « réalité » des faits évoqués.

1. *Ibid.*, p. 75.

La sophro-mnésie

Cette technique place le sujet au cœur de la rencontre entre les registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique.

On y trouve pêle-mêle les effets du refoulement, des mécanismes de condensation et de déplacement, des reconstructions plus ou moins assujetties aux défenses du moi, des événements réels ou totalement fantasmés... Bref, tout ce qui fait la richesse et la complexité d'une personnalité.

La sophro-mnésie engage le sujet dans sa totalité et, à moins qu'il ne soit trop sur la défensive, réunit images et sensations, souvenirs et émotions.

Outre les effets cathartiques liés à l'expression émotionnelle et à la reviviscence des souvenirs, on y exploite des possibilités diverses : création d'associations d'images et d'idées facilitant la prise de sens, questionnement à partir des images obtenues, etc.

La sophro-mnésie provoque une libération fantasmatique, avec la possibilité d'une « exploration » de la problématique personnelle, ainsi qu'un remaniement, une restructuration en profondeur. Elle favorise l'émergence d'une parole qui part d'un vécu « ici et maintenant » obéissant, pour une large part, au processus de répétition : souvenirs toujours actifs dans les symptômes névrotiques ou fonctionnels, traces inscrites dans le corps sous forme de tensions, de résistances à la détente, de « carapace » musculaire, etc.

C'est dans la mesure où le vécu actuel (corporel et imagé) répète – re-présente – les inscriptions relationnelles du passé, que le sujet peut d'abord prendre conscience de son passé et de l'actualité de ce passé dans les symptômes, puis intégrer et assumer ce qui jusque-là n'était exprimable qu'à travers le symptôme. Le travail thérapeutique effectué en sophro-mnésie exige la présence du souvenir, de l'émotion, de la verbalisation.

Il n'est peut-être pas vain de rappeler que la résurgence des souvenirs enfouis n'est sans doute permise que grâce à une évolution du Moi : c'est parce que le moi est devenu capable d'assumer la levée de tel souvenir que celui-ci apparaît.

La résurgence du souvenir s'inscrit dans un contexte d'évolution d'ensemble de la personnalité, ce n'est certainement pas elle seule qui provoque cette évolution¹.

1. Alexander F. : « On ne guérit pas en se souvenant, on se souvient en guérissant », cité par S. Nacht, 1956, p. 128.

La sophro-analyse

Cette approche, certainement la plus ancrée dans le champ psychanalytique, consiste à favoriser la libre production fantasmatique du sujet, et à faciliter l'interprétation, quand cela est nécessaire, de la relation transférentielle.

Bien que très proche, dans ses principes généraux, de la précédente, elle s'en distingue cependant par le fait qu'elle n'a recours à aucun « guide » temporel, chronologique : le sujet ne cherche pas avant tout à redécouvrir des situations conflictuelles passées, ou à retrouver certains éléments traumatisants, mais laisse surgir spontanément des images, parfois sans continuité apparente, entrant en prise directe avec le monde de l'imaginaire.

C'est dire combien, dans ce cas, la part « réelle » peut être fortement réduite, au profit des projections et des fantasmes.

Images, souvenirs, symboles imagés n'ont pour valeur que d'appartenir à des chaînes associatives... À suivre pour y repérer les fantasmes qui les animent et qui donnent le ton à la relation thérapeutique.

Les souvenirs intéressent moins la thérapie pour leur authenticité que pour la perception singulière qu'en a le sujet.

Ils ne surgissent d'ailleurs pas « n'importe quand, ni n'importe comment » dans la thérapie ; les mêmes sont parfois « relus » différemment selon les moments et en fonction des évolutions transférentielles en cours de thérapie.

Cette méthode de sophro-analyse a parfois été utilisée par des psychanalystes (*cf.* R. Cahen) pour « relancer » certaines cures plus classiques, avec pour effets un redémarrage et une accélération du processus thérapeutique.

On n'aura pas manqué de noter, en parcourant l'éventail de ces techniques, que plus on s'approche de la dimension analytique, moins il est nécessaire de décrire de procédures d'induction : les suggestions, assez nombreuses dans la première série de méthodes, font progressivement place au silence (réceptif) du thérapeute, tandis que le discours du sujet prend toute sa valeur.

Ce deuxième groupe représente une catégorie de techniques qu'on peut qualifier de *découvrantes*. Dans tous les cas, en effet, le patient effectue une thérapie qui l'amène à découvrir (dans le sens de « mettre à nu », mais aussi d'« explorer ») sa problématique, un sens à ses symptômes, en mettant en question une structuration personnelle tributaire du passé relationnel et de sa fantasmatique.

Les conflits passés vont être réactualisés : cette reviviscence s'accompagne souvent d'abréactions intenses... Désirs, interdits, angoisses, défenses sont mis en évidence à travers les productions symboliques du sujet, et les transferts sur la personne du thérapeute.

Le thérapeute (de formation nécessairement psychanalytique) conserve ici la plus grande neutralité, constituant de ce fait une « surface de projections » pouvant susciter les transferts les plus divers.

Cette deuxième série de techniques relève de l'espace analytique étant donné :

- leur aspect régressif,
- le découverte de la problématique personnelle,
- la mise en question de la structuration acquise,
- l'élaboration des significations sous-jacentes des productions imaginées ou vécues,
- l'importance de la relation transférentielle.

LA RELAXATION DYNAMIQUE

CETTE méthode d'entraînement, souvent utilisée à titre prophylactique, et particulièrement adaptée à la sophronisation de groupe, condense en une synthèse originale certains procédés d'activation psychophysique issus de pratiques orientales.

Ces techniques, rendues assimilables par les occidentaux et dépouillées de tout contenu magique ou religieux, ont été longuement expérimentées par A. Caycedo et sélectionnées pour leur grande efficacité.

Chacun des *trois degrés fondamentaux* de la Relaxation Dynamique engage à un abord singulier de l'univers personnel, en relation avec les approches orientales qui les inspirent.

- Le *1^{er} degré* permet de faire l'expérience, en vécu sophronique, de pratiques venant du *yoga hindou* ;
- Le *2^e degré* est une approche sophrologique de techniques *bouddhistes tibétaines* ;
- Le *3^e degré* emprunte au *Zen Japonais* son orientation méditative ;
- Un *4^e degré* réalise une sorte de reprise de la méthode, en posture de *3^e degré*; il ne représente donc pas une « voie d'approche » réellement originale et paraît, tout au moins à mes yeux, et jusqu'à présent, moins essentiel que les précédents. Il me semble par ailleurs plus logique de le situer avant la deuxième partie du *3^e degré*, comme je tenterai de le montrer plus loin.

Ceci dépend évidemment de la lecture, très variable, que chacun peut faire de la Relaxation Dynamique, lecture dont je ne propose que ma propre interprétation.

LA RELAXATION DYNAMIQUE 1^{ER} DEGRÉ

La méthode repose sur une succession de gestes, synchronisés avec la respiration et entrecoupés de phases de récupération-détente.

Ces gestes, réalisés en état sophronique, activent considérablement la dynamique psychophysique, et développent la conscience qu'a l'individu de son schéma corporel.

Le premier degré mobilise essentiellement les capacités de *concentration* :

- *Concentration* sur les muscles en jeu et sur les sensations physiques obtenues au moment où sont exécutés les mouvements (tirés du *raja-yoga*) ;
- *Concentration* également sur le *vécu de récupération*, après les mouvements.

La prise de conscience du corps propre et son vécu *harmonieux* ne vont pas forcément de soi : il n'est pas rare de voir se révéler, à ce stade, certaines zones de tension ou même de blocage.

On ne saurait négliger cette *symbolique corporelle* qui s'exprime parfois avec la plus douloureuse insistance : tensions au niveau du *front* (lieu de la « pensée », de la « maîtrise intellectuelle »), de la *zone buccale* (communication verbale, lieu du plaisir oral) ; tensions encore dans *la gorge* (« boule »), zone des échanges entre l'affectif-thorax et l'intellectuel-tête ; dans le *thorax* (le cœur symbolisant amour, haine, vie et mort), dans le *diaphragme* et dans le *ventre* (« boule » à l'endroit du plexus, lieu d'équilibre, - point *hara* -, de « l'être profond ») ; tensions enfin dans le registre de l'instinctivo-moteur, les *jambes*, le *bassin*, le *périnée* (zones du sexuel, du sacré, du secret, du « honteux »...).

Une multitude d'inscriptions corporelles très subjectives sont susceptibles d'être réactivées en Relaxation Dynamique, notamment au cours de ce premier degré.

Il s'agit en effet, selon l'heureuse expression de J.-P. Hubert¹, de « démanteler les zones de blocage », afin que puisse durablement s'installer un vécu interne harmonieux.

L'attention, principalement portée au début sur les sensations internes, se double, dans la deuxième partie, d'une *concentration sur un objet extérieur*, le plus « naturel » possible.

Ce procédé, directement issu de la méditation *dhyâna*, aide à réaliser l'« isolement sensoriel » indispensable à la relaxation, tout en facilitant le contrôle des représentations négatives, envahissantes.

1. Hubert J.-P., *La Relaxation dynamique*, Centre de Sophrologie de Paris, 1980.

PRATIQUE DE LA R.D. 1^{ER} DEGRÉ¹**Sophro-attention (R.D.I A)***Neti-Krya*

- Lavage du nez avec de l'eau salée (sérum physiologique) à température voisine de celle du corps participant à l'épuration des voies respiratoires² ;
- *Ablution des deux narines* :
- Respirant la bouche ouverte, on fait passer l'eau d'une narine à l'autre, à l'aide d'un récipient appelé *kafa*. On penche d'abord la tête à gauche, et l'on verse l'eau dans la narine droite, puis, on penche la tête à droite et l'on verse l'eau dans la narine gauche ;
- Ensuite, sans se moucher, on expulse l'eau des narines en soufflant la tête droite, puis tournée vers la gauche, puis vers la droite ;
- On peut enfin prendre un mouchoir pour se moucher à distance, sans pincer les narines.

Exercice de chauffage corporel

- On prend la position debout, dite « ortho-statique », permettant la meilleure détente possible... Position aussi appelée *grounding* (enracinement)... Bien équilibrée... Très stable...
- Ensuite on réalise le « chauffage corporel » proprement dit : inspiration *ventre gonflé*, expiration *ventre rentré*... respiration avec le nez de préférence, d'abord lente, puis plus rapide... Jusqu'au moment où l'on a envie de récupérer... Puis, on *recommence*, en laissant partir la tête en arrière... détente... et l'on reprend la respiration abdominale la *tête en avant*...
- *Récupération-Détente*.

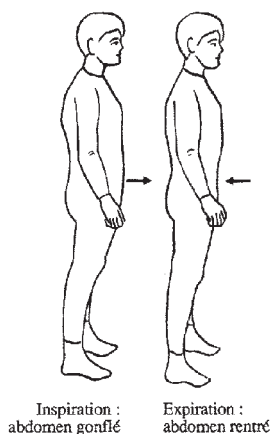


Figure 2.1. Chauffage corporel

1. Cf. figures 2.1 à 2.16.

2. Il faut bien reconnaître que l'on démarre en fait rarement avec le Neti-Krya dans nos pratiques de groupe en raison des contraintes matérielles qu'il nécessite.

Exercice tratak : convergence des yeux

- On projette le pouce en avant, bras tendu, et l'on va fixer ce pouce en le ramenant vers le front, au-dessus du point de « glabella », situé entre les deux arcades sourcilières... ;
- Lorsque le pouce touche le front, on redescend le bras le long du corps... (On peut aussi continuer à fixer le point de départ du pouce, tout en le ramenant vers le front) ;
- Trois fois... Lors de la troisième fois on laisse les yeux se fermer, jusqu'à la fin de la séance ;
- *Détente-Prise de conscience du centre frontal.*

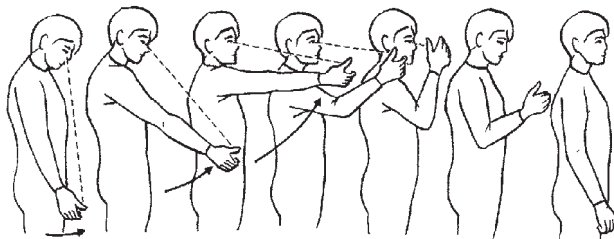


Figure 2.2. Convergence des yeux

Sophronisation de base debout

Exercice respiratoire n° 1

- En inspiration, on lève lentement les bras dans un geste harmonieux, et l'on amène les mains vers le visage, pour que les pouces viennent bloquer les narines... ;
- Rétention d'air : dans cette position, on peut laisser le corps se balancer légèrement d'avant en arrière, et prendre conscience des sensations, poumons pleins d'air... ;
- Expiration : on ramène les bras dans leur position première en les projetant vers l'avant ;
- Trois fois ;
- *Récupération-Détente.*

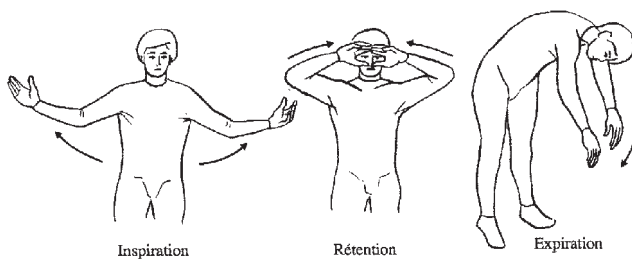


Figure 2.3. Exercice respiratoire n° 1

Exercice respiratoire n° 2

- Inspiration : on élève lentement les bras pour conduire les mains près du visage, boucher les oreilles avec les pouces, poser les index sur les paupières, et bloquer les narines avec les médiums... ;
- Rétention d'air : prise de conscience du vécu interne... ;

- Expiration : on projette les bras vers l'avant, et l'on retrouve la position de base... ;
- Trois fois ;
- *Récupération-Détente.*

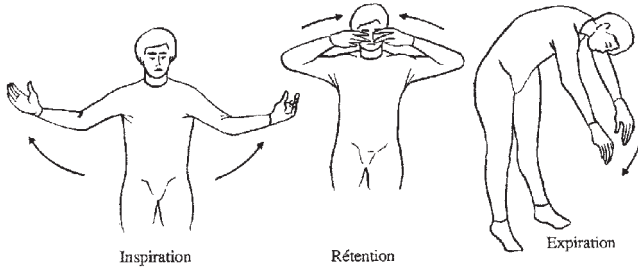


Figure 2.4. Exercice respiratoire n°2

Gestes du cou (en respiration libre)

- On penche lentement la tête en avant, puis on la ramène en arrière... puis à nouveau en avant, lentement... deux ou trois fois, en prenant bien conscience des muscles du cou, et des effets de ces mouvements... ;
- On poursuit par une rotation du visage d'une épaule à l'autre (comme pour dire « non ») deux ou trois fois... ;
- Puis on enchaîne par de larges mouvements circulaires avec la tête (comme si elle suivait un cercle imaginaire) deux ou trois fois... ;
- On termine par une contraction des sterno-cléido-mastoïdiens, une dizaine de fois (muscles antérieurs du cou) ;
- *Récupération-Détente.*

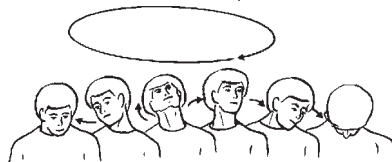
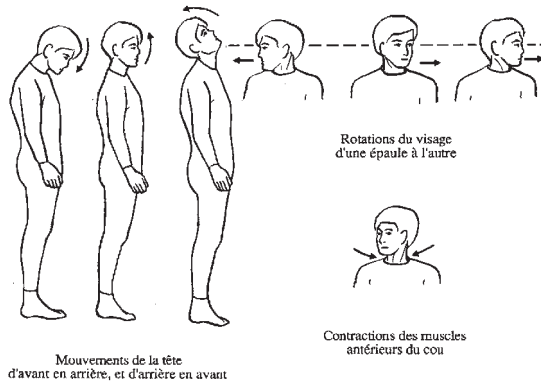
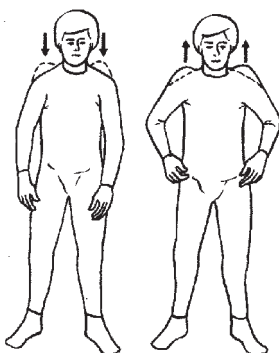


Figure 2.5. Gestes du cou

Exercice respiratoire n° 3 : mouvement de « pompage » avec les épaules



- Inspiration profonde... ;
- Rétention d'air : on « pompe » énergiquement en haussant et abaissant rapidement les épaules... ;
- Expiration : on retrouve la position de base ;
- Trois fois ;
- *Récupération-Détente.*



En rétention d'air « pompage » avec les épaules

Figure 2.6. Exercice respiratoire n° 3

Geste des bras : la cible



- On commence par laisser surgir une cible mentale devant soi : une cible classique ou encore une cible symbolisant quelque chose dont on aimerait se débarrasser (exemple : un fumeur peut évoquer un paquet de cigarettes... un timide, ses inhibitions, etc.)... ;
- Inspiration : fléchir un bras, poing fermé, en le plaçant au niveau de la taille... ;
- Rétention d'air : totalement concentré sur la cible que l'on veut démanteler, on laisse monter son « agressivité »... ;
- Expiration : on projette le bras, poing fermé, sur la cible...
- Trois fois avec chaque bras ;
- Trois fois avec les deux bras simultanément ;
- N.B. : On peut se contenter de faire le mouvement « pour lui-même », en n'évoquant pas de « cible » particulière ;
- À la fin de l'exercice : on peut, si on le désire, ramasser les débris de la cible et les expédier loin de soi ; ou encore les « offrir à l'univers » ; ou faire un trou, et les recouvrir de terre pour s'en débarrasser...
- *Récupération-Détente.*

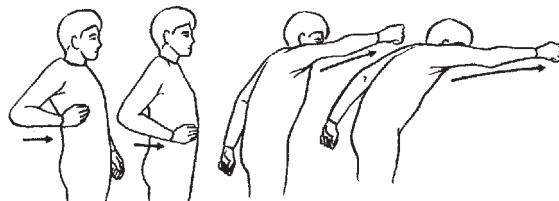
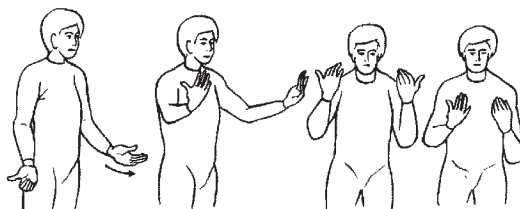


Figure 2.7. Geste de la cible

Geste des avants-bras (respiration libre)

- On élève les bras devant soi, paumes des mains ouvertes, comme si l'on voulait prendre beaucoup d'air, et l'on ramène les mains au niveau des épaules... Avant de replacer les bras le long du corps...
- Plusieurs fois, pour laisser entrer en soi un maximum d'énergie ;
- Lors du dernier mouvement, on ferme les poings, en contractant particulièrement les bras, avant de les relaxer à nouveau...
- *Récupération-Détente.*



On lève les bras, paumes des mains vers le ciel

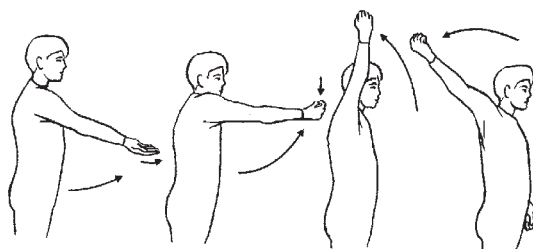
Même chose, avec les poings fermés



Figure 2.8. Geste des avants-bras

Exercice respiratoire n° 4 : moulinets

- Inspiration : on tend un bras à l'horizontale et l'on serre le poing... ;
- Rétention d'air : on fait un mouvement de moulinet avec le bras... ;
- Expiration : on rejette l'air en expirant violemment, puis l'on se retrouve en position initiale.
- Trois fois avec chaque bras ;
- Trois fois avec les deux bras simultanément ;
- N.B. : On peut, au moment de l'expiration, garder quelque temps le(s) bras tendu(s) à l'horizontale (relaxation différentielle) ;
- *Récupération-Détente.*



En rétention d'air : « moulinets » avec les bras

Figure 2.9. Exercice respiratoire n° 4

Allongés en décubitus dorsal



- On s'abandonne au plaisir de la détente en position allongée... À toutes les sensations qui se présentent... ;
- Puis on laisse surgir un objet naturel sur lequel on se concentre... ;
- Retour à la détente corporelle et mentale... ;
- Sophro-Acceptation Progressive ;
- *Reprise.*

Méditation sophronique (R.D.I B)

Sophronisation de base debout.

Concentration-méditation sur un objet naturel : eau, arbre, rocher, etc.

Exercice des poignets



- *Geste des doigts en griffes.*
 - Inspiration : on lève les bras à l'horizontale ;
 - Rétention d'air : on ramène les mains vers le thorax, doigts crispés, en position de doigts « en griffe » ;
 - Expiration : en redescendant les mains le long de l'axe corporel ;
 - Prise de conscience précise des doigts ;
 - Trois fois.
- *Geste des mains en éventails.*
 - Inspiration : on lève les bras comme précédemment ;
 - Rétention d'air : on ramène les mains vers le thorax, mais, cette fois, les mains étant ouvertes, les poignets sont pliés et dépliés lentement... à la manière d'un éventail ;
 - Expiration : les bras sont ramenés le long du corps ;
 - Prise de conscience précise des mains, des poignets ;
 - Trois fois.

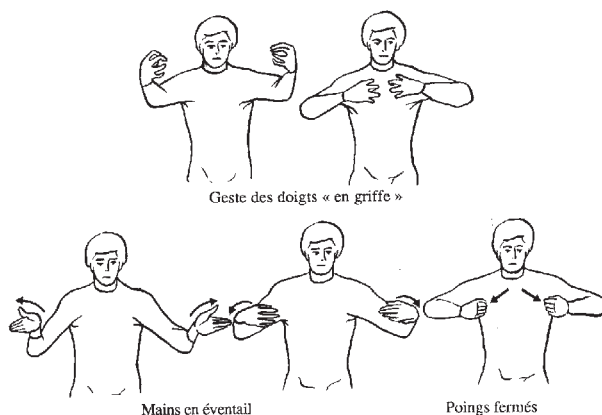


Figure 2.10. Exercice des poignets

- *Poings fermés.*
- Inspiration : *idem* ;
- Rétention d'air : même mouvement vers le thorax, mais avec les poings fermés ;
- Expiration : on reprend la position initiale ;
- Prise de conscience précise des bras, du thorax ;
- Trois fois ;
- *Récupération-détente.*

Méditation sur l'objet, approfondissement de la détente

Exercices abdominaux

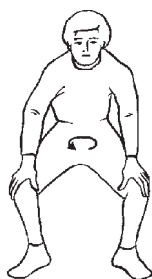


- Inspiration ventre gonflé, expiration ventre rentré...
- D'abord lentement : tête baissée, en avant puis droite, puis en arrière ;
- Puis, rapidement : *idem* ;
- On retrouve l'objet de concentration ;
- *Récupération-détente.*

Geste Nauli



- On prend appui sur les cuisses avec les mains, tout en fléchissant les genoux (position semi-assise).
- Expiration puis inspiration, puis, à nouveau expiration... Les poumons vides : effectuer un « brassage abdominal » en rotation (les abdominaux massent en tournant l'intérieur du ventre) ;
- Inspiration : récupération de la détente... en restant dans la même position Nauli.
- On recommence une *deuxième fois* (le « brassage » se faisant dans le sens de rotation inverse) ; puis, une *troisième fois*, si on le désire.
- *Objet-Récupération-Détente.*



Brassage abdominal,
poumons vides

Figure 2.11. Geste Nauli

Geste de torsion (respiration libre)



- On lève les bras et l'on croise les mains au-dessus de la tête...
- Puis, on balance le buste de droite à gauche, de gauche à droite... avant de ramener les bras dans leur position initiale...

– *Récupération-Détente.*

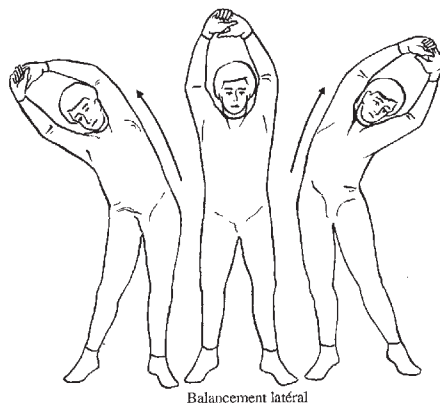


Figure 2.12. Geste de torsion

Rotation axiale (respiration libre)



- On réalise une rotation autour de son axe corporel, de droite à gauche, de gauche à droite, les bras ballants... pendant quelques instants...
- *Objet-Récupération-Détente.*

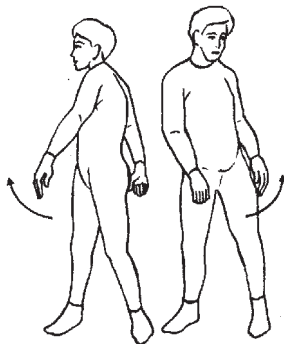


Figure 2.13. Rotation axiale

Sauts en polichinelle (respiration libre)



- On sautille sur place, sur la pointe des pieds... Le corps décontracté au maximum... ;
- Prise de conscience particulière des jambes ;
- *Récupération-Détente.*

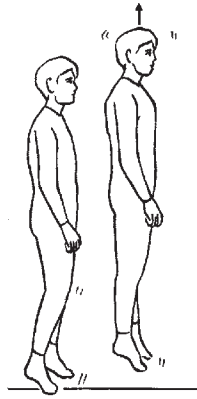


Figure 2.14. Sauts en polichinelle

Relaxation récupérative en position allongée



- Décubitus dorsal : relaxation profonde, avec reprise de l'objet de méditation ;
- Décubitus latéral (droit ou gauche) : on se tourne sur un côté, à la recherche de la position qui convient le mieux ;
- Décubitus latéral (autre côté) : on se tourne de l'autre côté ... lâcher-prise profond ;
- S.A.P.
- Reprise.



Figure 2.15. Décubitus dorsal



Figure 2.16. Décubitus latéral

LA RELAXATION DYNAMIQUE 2^E DEGRÉ

Le sujet prend ici son propre corps comme objet de méditation, favorisant ainsi l'intégration de son schéma corporel externe.

Pour s'observer de l'extérieur, il s'installe désormais à la place de l'objet sur lequel il se concentrait au cours du 1^{er} degré, et ce, jusqu'à réaliser, au-delà même de l'attitude méditative, une authentique contemplation de

soi. Cet état est atteint lorsque l'objet de méditation – le corps – persiste par lui-même, en dehors de tout effort volontaire de la personne sophronisée.

La clé de ce deuxième degré semble résider dans l'expérience d'une conscience illimitée, tandis que le corps, lui, est limité. Conscience extériorisée et si peu limitée dans l'espace qu'elle peut évoluer, de plus en plus loin du corps, dans le cosmos, pour un voyage qui n'est pas sans rappeler ces phénomènes *out-of-the-body* décrits par les occidentaux.

Une conscience également illimitée dans le temps, avec des sentiments de liberté absolue, d'infini, d'éternité, que l'on ne manque pas de connaître au cours de cette « échappée » dans l'univers.

Si satisfaisant – ou éprouvant – que soit ce vécu, le sujet doit ensuite retrouver sa réalité corporelle et réaliser son unité, dans une solide fusion corps-conscience, lui permettant de récupérer son identité dans la détente.

Retour, en fin de première partie, dans un réel bien présent, perçu avec une acuité spéciale due à l'état sophronique, tandis que l'on pratique les divers mouvements de tête, des bras et des jambes, en recouvrant le cadrage spatio-temporel qui nous est familier.

La deuxième étape de ce second degré de la Relaxation Dynamique est consacrée au développement des organes des sens.

Le contact avec autrui et le monde extérieur, les informations cognitives et affectives qu'on en retire, sont subordonnés au fonctionnement de notre équipement sensoriel. Il est donc essentiel, non seulement de le perfectionner, mais surtout d'en harmoniser les constituants.

Le sens de la vue est ainsi le plus souvent privilégié au détriment des autres facultés sensorielles.

Le niveau de vigilance sophronique facilite le développement de toutes les sensibilités : tactile, auditive, olfactive, gustative et visuelle.

Notons là encore la précarité d'une position qui se voudrait à tout prix « positive » et pédagogique : l'appel à des images acoustiques ou visuelles, et aux autres catégories sensorielles, est susceptible de déclencher toutes sortes de reviviscences émotionnelles.

Le découverte, qu'il soit souhaité ou non, se fait parfois de lui-même, à la manière dont Proust retrouvait, en savourant la célèbre madeleine, une part de son passé.

« (...) à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi (...) tout d'un coup, le souvenir m'est apparu (...) dès que j'eus reconnu le morceau de madeleine trempé dans le tilleul que me donnait ma tante (...) la vieille maison grise sur la rue, où était sa chambre, vint, comme un décor de théâtre s'appliquant au petit pavillon donnant sur le jardin (...) (...) toutes les fleurs de notre jardin et celles du parc de M. Swann, et les nymphéas de la Vivonne, et les bonnes gens du village, et leurs petits logis, et l'église,

et tout Combray et ses environs, tout cela, qui prend forme et solidité, est sorti, ville et jardins, de ma tasse de thé¹. »

Le deuxième degré se termine par l'émission d'un souhait positif concernant tous les êtres.

PRATIQUE DE LA R.D. 2^E DEGRÉ²

Relaxation contemplative (R.D.II A)

Sophronisation de base debout (en tournant le dos à un siège)

Se prendre soi-même comme objet de méditation.

Sophro-respiration synchronique

- Inspiration : on lève les bras à la verticale, au-dessus de la tête ; on joint les mains ;
- Rétention d'air : en essayant de se représenter son corps dans cette position ;
- Expiration : les bras sont lentement abaissés... les mains passent devant le visage, le cou, la poitrine et l'abdomen, comme si elles reflétaient ces parties du corps.
- Trois fois.
- *Récupération-détente.*

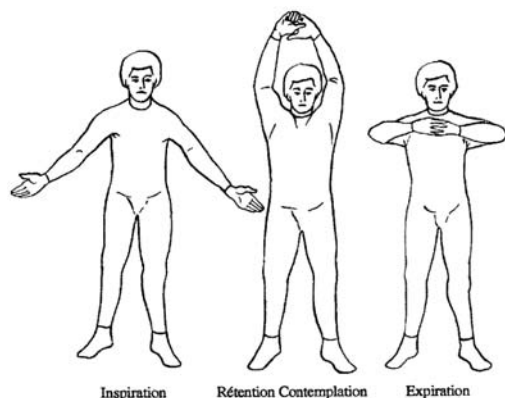


Figure 2.17. *Sophro-respiration synchronique*

Méditation en position assise

Après le vécu de détente, la conscience s'extériorise... Le sujet fait le tour de lui-même...

Contemplation de son propre corps.



1. Proust M., *Du Côté de chez Swann*, pp. 68-73.

2. Cf. figures 2.17 à 2.21.

Voyage dans le cosmos



La conscience s'éloigne de plus en plus du corps et prend de la distance, de la hauteur, pour partir vers le soleil... Voyage dans le cosmos, sensations de liberté, de légèreté, d'infini... Le sujet peut aller jusqu'à pénétrer dans le soleil... Prendre un bain d'énergie, de chaleur, de lumière...
Retour enfin dans son propre corps, qui est totalement réintégré, rempli d'énergie, de chaleur, de lumière...

Respiration-tête en avant



- Inspiration : le visage est abaissé vers l'avant ;
- Rétention d'air : vécu de ses propres sensations internes, ou contemplation de soi, de l'extérieur, dans cette position ;
- Expiration : retour, « à l'intérieur de soi »...
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tête en arrière



- Inspiration : on laisse aller la tête en arrière ;
- Rétention d'air : vécu de ses propres sensations internes, ou contemplation de soi, de l'extérieur, dans cette position ;
- Expiration : retour du visage, en position d'équilibre...
- *Récupération-Détente.*

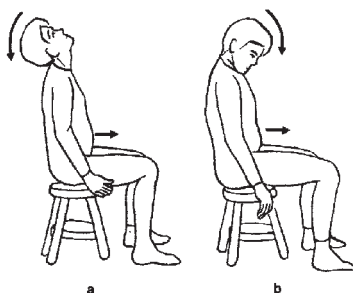


Figure 2.18. *Respiration*
(a) tête en arrière (b) tête en avant

Respiration-projection d'un bras



- Inspiration : on lève lentement un bras à l'horizontale ;
- Rétention d'air : contemplation de soi, bras tendu... Perception du poids, volume, longueur, caractéristiques du bras ;
- Expiration : retour du bras dans sa position initiale.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-projection de l'autre bras

- Inspiration : on lève l'autre bras à l'horizontale;
- Rétention d'air : contemplation de soi, bras tendu... Perception du poids, volume, longueur, caractéristiques du bras ;
- Expiration : retour en position initiale.
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-projection des deux bras

- Même chose que pour les gestes précédents, mais avec les deux bras simultanément...
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension d'une jambe

- Inspiration : on élève une jambe vers l'horizontale ;
- Rétention d'air : contemplation de l'extérieur, avec prise de conscience du volume, de la longueur, etc., de la jambe ;
- Expiration : on ramène la jambe dans sa première position ;
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension de l'autre jambe

- Idem avec l'autre jambe ;
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

Respiration-tension des deux jambes

- Idem avec les deux jambes, simultanément ;
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

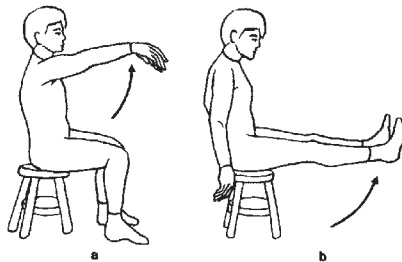


Figure 2.19. Projection
(a) des bras (b) des jambes

Respiration-tension de tout le corps

- Inspiration : on porte les mains derrière la nuque ;
- Rétention d'air : tension de tous les muscles du corps, le buste étiré vers l'arrière, les jambes tendues ;
- Expiration : retour en position initiale...
- Trois fois.
- *Récupération-Détente.*

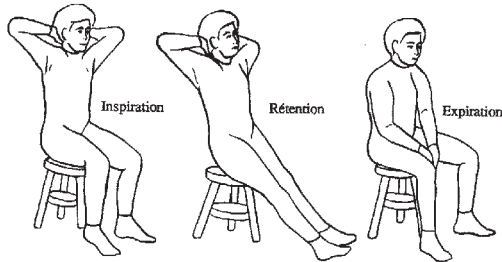


Figure 2.20. Tension de tout le corps

S.A.P. et reprise

Développement des organes des sens – Naissance d'un Souhait (R.D.II B)

Sophronisation de base en position assise

Chauffage corporel



Respiration diaphragmatique : lente... récupération-détente... rapide...
Récupération-Détente.

Développement des cinq sens



L'odorat : l'attention est portée sur le nez, les narines, le plafond du nez, responsable de l'odorat.

On peut sentir l'odeur de l'air, à l'entrée et après son passage dans le corps... Retrouver des odeurs diverses...

Détente.

Le goût : prise de conscience de la bouche... Le palais, l'intérieur des joues, les gencives, les dents, la langue, les papilles gustatives... Goûter sa salive... Retrouver des goûts divers...

Détente.

La vue : on se penche en avant, les coudes posés sur les genoux, les mains placées devant les yeux... Impression que les yeux flottent dans l'air... Prise de conscience des yeux, leurs structures, leurs couches : la rétine, la pupille, les cristallins... Évocations d'images diverses, perçues de façon très précise...

Détente.

L'ouïe : on laisse glisser les mains sur les oreilles, en restant toujours penché en avant, les coudes en haut des genoux... Méditation sur l'ouïe... L'oreille... Évocations d'images acoustiques diverses, sons... Bruits...

Détente.

Le toucher : on laisse à nouveau ses mains libres... pour apprécier le sens du toucher... On peut toucher son corps en méditant sur les sensations qui accompagnent ce geste... Évocations tactiles diverses... (toucher la peau d'un bébé, contact avec un rocher rugueux, sensation de lisse, etc.)...

Détente.

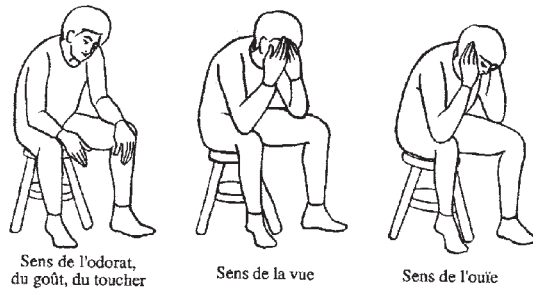


Figure 2.21. Développement des cinq sens

Émission d'une pensée



La respiration est associée à une pensée positive qui concerne directement le sujet (« J'ai la paix. »), ou des êtres qui lui sont chers (« Puissent les êtres chers avoir la paix. »), ou encore qui concerne tout l'univers (« Puissent tous les êtres avoir la paix. »).

Se lever, après avoir retrouvé le tonus, en gardant toujours les yeux fermés...

Position debout : perception de l'équilibre



Vécu de son équilibre, tant du point de vue physique que mental...
S.A.P.

Reprise classique.

LA RELAXATION DYNAMIQUE 3^E DEGRÉ

La Relaxation Dynamique 3^e degré reprend à son compte ce postulat fondamental du Zen Japonais : le cosmos forme un tout indivisible.

L'objectif poursuivi est l'intégration, la plus harmonieuse possible, de l'individu dans cette totalité, à l'aide d'une méditation qui tend « à établir un phénomène de résonance entre le plan de la conscience individuelle et celui de la conscience cosmique, permettant à la première de s'élever

progressivement en dépassant ses barrières pour finir par se fondre au sein de cette dernière¹ ».

Est ainsi recherchée la fusion entre soi et l'environnement (cosmos) ; une sorte d'accord serein, sans prévalence ni du moi, ni du monde extérieur.

Le 3^e degré est à un niveau post-thérapeutique : pour pouvoir obtenir une telle fusion, il est indispensable d'avoir suffisamment dépassé les problèmes d'amour ou de haine, vis-à-vis de soi et des autres, avec leurs contraintes, leurs passions, leurs limitations ; sans quoi, leur insistante prégnance ne manquerait pas de s'imposer une nouvelle fois, au cours d'une méditation dont le but est, justement, que rien ne soit dissocié du vécu synchrétique.

Le moi est dilué, au profit d'un vécu immédiat, sans *a priori* ni perspectives d'avenir, sans limitation spatio-temporelle. L'instant présent est perçu dans sa plénitude, dans un sentiment d'absolu, d'infini, d'éternité...

État synchrétique, disions-nous, qui ne privilégie aucun des pôles de la totalité « soi-autrui-cosmos » mais avec la conscience de leur liaison.

Comment, pratiquement, aborder cette dimension ?

Tout d'abord, en se concentrant sur le point *hara* (entre l'ombilic et le pubis), centre de soi, centre d'équilibre, d'énergie, où naît le mouvement respiratoire.

La prise de conscience de ce centre est favorisée par un accompagnement de la respiration, les mains placées sur le bas-ventre.

Le point *hara* représente aussi le lieu de la jonction, du contact direct entre notre « être profond » et le monde extérieur. On commence donc par vivre intensément la zone du *hara*, autour de laquelle se fait progressivement le vide.

La posture anatomique participe de la même intention de jonction avec le milieu extérieur, sans attache précise, interne ou externe.

Les yeux mi-clos laissent passer la lumière sans focalisation perceptive particulière ; les oreilles laissent passer les sons sans toutefois les écouter...

La marche sophronique, en position anatomique, apporte en outre la dimension du groupe humain : le « je » ne saurait exister sans le « nous » ; la saisie de notre « être-au-monde » serait incomplète si elle n'incluait la nécessaire relation à autrui.

La marche sophronique aide à sentir ce lien primaire à l'autre, soi et autrui également parties intégrantes de l'univers ; individu et groupe à l'unisson, dans un même rythme basé sur la respiration.

1. Rager J., *Hypnose, sophrologie et médecine*, 1973.

C'est enfin l'attitude méditative, telle qu'elle se pratique dans le Zen Japonais, qui donne toute sa richesse au vécu symbiotique.

Cette méditation est une « prise de conscience paisible, sans commentaires, de ce qui se passe alentour... » (Watts). Soi, autrui et environnement présents mais non distincts... Le corps n'y compte pas plus, ni moins, que le reste ; il ne doit donc pas éveiller d'intérêt particulier... Avec la posture anatomique, l'antinomie tension-détente est rapidement dépassée, limitant du même coup les risques de centration sur la douleur ou le plaisir corporels.

L'esprit n'y poursuit aucune intention : les représentations (images mentales) n'importent pas plus que ce qui est perçu de l'extérieur.

La méditation tend à exclure de son esprit « toute pensée de vouloir saisir » (Suzuki).

Les images, idées et discours divers qui surgissent à la conscience sont observés, en se désintéressant de leurs contenus, des messages qu'ils peuvent révéler... Refus de se laisser attacher, entraîner dans notre subjectivité...

Cette évolution, de représentations en représentations, sorte de balayage permanent, peut conduire à un vécu de vide (harmonieux).

Le silence est naturellement de mise dans un tel contexte : toute suggestion, toute « directive », de la part du « meneur », ne sauraient être que réductrices, appauvrissantes.

Le vide et le silence sont porteurs de tous les contraires (qui, à ce niveau, ne sont pas vécus comme antagonistes)... Certains thèmes très généraux, en rapport avec les forces vitales (vie, énergie, nature...) et l'univers, peuvent toutefois, surtout dans les premières séances, servir de points de départ à la méditation.

L'école Rinzai propose des problèmes (*koans*) insolubles, absurdes, véritables impasses mentales, qui conduisent l'élève, en recherche de solution, à des états de tension, de doute, entraînant la « rupture des barrières de la conscience » (Suzuki), avant de connaître l'illumination (Satori).

Celle-ci serait une façon de percevoir l'essence des choses intuitivement, comme une connaissance directe après que notre pensée ait été « purifiée ».

Cet état supra-conscient, en fait très exceptionnel, se retrouve, décrit de façons remarquablement convergentes, dans tous les grands courants métaphysiques et religieux : état Samadhi en Indes, Satori au Japon, Dhiki chez les musulmans, Illumination chez les mystiques chrétiens.

Le 3^e degré engage en fait le sujet dans une dimension transcendantale, vers la saisie d'une « conscience pure », région de l'être où « s'entrelacent

les objets, les “data”, les vécus, les significations de toute réalité constituée. La conscience est cet entrelacement¹ ».

Ce vécu méditatif, au-delà des mots, au-delà du sens, appelle cependant une interrogation de la part du psychologue : s’agit-il réellement d’accéder à un niveau supérieur de conscience, ou bien ce vécu symbiotique porte-t-il essentiellement la marque de la régression (à une relation fusionnelle fœtale²) ?

En d’autres termes, doit-on bien parler d’un *au-delà*, ou plutôt d’un *en-deça* ?

Quelle que soit la réponse apportée à cette question, force est de constater qu’elle s’inscrit elle-même au cœur de la démarche, essentiellement paradoxale, du 3^e degré.

L’état d’« illumination » ne réalise-t-il pas en effet une synthèse, une jonction, de ces deux états contraires par excellence que seraient pour le sujet la vie avant la naissance (en deçà de son existence individuelle) et celle d’après sa mort (au-delà de cette existence³) ?

« Fantôme et illusion d’une survie ou d’une renaissance » en rapport avec l’angoisse d’anéantissement, diront certains... « Expérience essentielle » recoupant les conceptions de traditions millénaires sur la destinée humaine, rétorqueront les autres...

La position personnelle du praticien n’enlèvera cependant rien à l’intérêt psychologique de ce troisième degré, pour l’évolution individuelle dans son ensemble comme pour des applications plus spécifiques (par exemple, la préparation à la mort⁴).

PRATIQUE DE LA R.D. 3^E DEGRÉ⁵

Relaxation Dynamique Réflexive (R.D.III A)

Sophrionisation debout (devant un siège)

Respiration



- Par le bas-ventre, mains croisées dans le dos, au point anatomique de rétroflexion ;
- *Idem*, avec les mains croisées sur le bas-ventre.

1. Ey H., *La Conscience*, p. 54.

2. Cette réflexion rejoint certaines critiques d’analystes sur les « nouvelles thérapies » et les fantasmes à la base de leur démarche (voir à ce sujet R. Gentis, *Leçons du corps*, par exemple).

3. On comprend ainsi l’ouverture par certains thérapeutes français – cf. Introduction – de l’éventail caycédien, l’état d’illumination rejoignant à son paroxysme la mort.

4. Donnars J., *Vivre*, 1981.

5. Cf. figures 2.22 à 2.24.

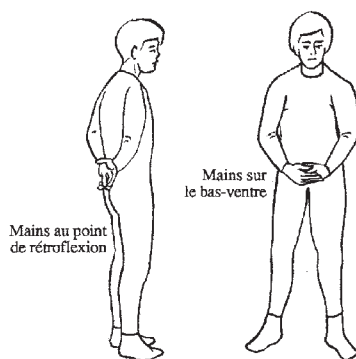


Figure 2.22. Conscience de la respiration

En position assise



Approfondissement de la relaxation.

Recherche de la posture anatomique



On se laisse glisser le long du rebord du siège, en projetant le bassin en avant... Le buste est aussi droit que possible, en évitant d'être contracté cependant... On place les mains entre le nombril et le pubis, un poing fermé, l'autre main ouverte sur le poing... Notre concentration maintenue sur la respiration basse, les mains suivant le mouvement respiratoire... On peut accompagner l'expiration avec une légère pression du poing sur le bas-ventre...



Figure 2.23. Posture anatomique

Entrouverture des yeux



Tout en maintenant le niveau sophroliminal, il est possible d'entrouvrir les paupières... Les yeux mi-clos, le regard dirigé vers le sol devant la chaise... On a l'impression parfois de voir le monde extérieur comme à travers un nuage, ou un brouillard lumineux... Concentration sur la respiration sous-ombilicale, en maintenant cette posture quelques instants dans un silence complet...

Méditation



Sur des thèmes tels que l'énergie vitale... Les sensations de forces vitales internes, que mobilise la respiration diaphragmatique... La nature... La vie... etc.

Relaxation, retour en position de détente habituelle

Marche sophronique : on se met debout.



On se lève pour effectuer une marche, les yeux mi-clos, en synchronisant les pas avec la respiration diaphragmatique... En posture anatomique debout (courbes de la colonne vertébrale effacées, les mains entre le pubis et l'ombilic) :

- Inspiration : on avance un pied de quelques centimètres ;
- Rétention d'air : en faisant peser son corps sur la jambe avancée ;
- Expiration : en amenant l'autre pied sans effort au même niveau.

On progresse ainsi en union avec le groupe.

Fin de la marche : se placer de nouveau devant son siège, relâchement.

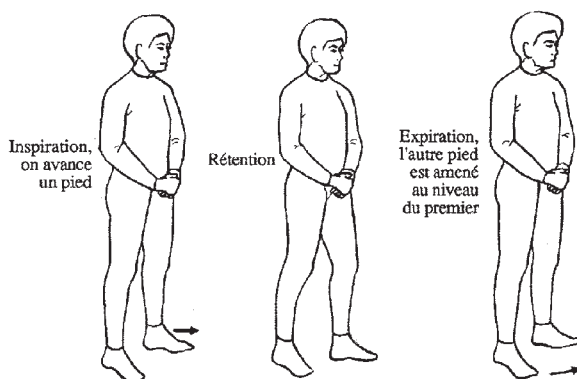


Figure 2.24. Marche sophronique, yeux mi-clos

Relaxation debout, yeux fermés

Désophronisation

Méditation (R.D.III B)

Sophronisation de base, en position assise

Posture anatomique



Méditation, au plus profond de soi-même, en harmonie, en osmose avec l'environnement... En harmonie avec les choses, et les êtres, avec le cosmos...

Retour en position assise classique, yeux fermés...

Remuer les doigts, les différentes parties du corps... Puis se lever...

Position de méditation debout, yeux fermés...

Les mains placées dans le dos, au point de rétroflexion... Silence... Respiration...
Méditation libre...

Reprise**LA RELAXATION DYNAMIQUE 4^E DEGRÉ**

En « posture anatomique », désormais bien intégrée grâce au degré précédent, le sujet va réaliser un parcours « à rebours » de la Relaxation Dynamique.

Certains gestes de la R.D.II, puis de la R.D.I, sont ainsi effectués, assis ou debout, les yeux mi-clos, les mains sur le bas-ventre.

A. Caycedo ajoute à la méthode deux procédés nouveaux d'activation positive :

- Le *Sophro-Déplacement du Négatif (S.D.N.)* : permet de se libérer des énergies négatives (angoisse, tensions, sensations négatives) ; on « désomatise » le négatif en imaginant – et, au-delà, en sentant – que chaque expiration expulse hors de nous nos tensions et nos difficultés ;
- La *Sophro-Présence Immédiate (S.P.I)* : est la technique, complémentaire de la précédente, qui consiste tout d'abord à vivre, dans l'« ici et maintenant » de la relaxation (= présence immédiate), les sentiments profonds et les sensations positives que l'on éprouve vis-à-vis d'objets ou d'êtres chers... Sentiments et sensations qu'on laisse ensuite s'« incorporer » en nous.

Véritable somatisation du « positif », activée avec la respiration : chaque inspiration élargit, augmente en nous les effets de nos « structures positives ».

Sans doute est-il excessif de valoriser à ce point, ne serait-ce que par ces appellations aussi sophistiquées, des modes d'inductions somme toute assez couramment improvisés au cours des relaxations par les sophrologues, sans pour autant les élever au rang de « techniques » spéciales ou originales.

Il nous arrive par exemple de suggérer que l'« énergie » terrestre (ou céleste) pénètre progressivement dans le corps du sujet, en y introduisant la force et l'harmonie.

Ou encore – procédé dont A. Caycedo propose une variante – de demander que le va-et-vient respiratoire soit perçu comme une façon de se remplir de bien-être, à l'inspiration, et de rejeter hors de soi ses difficultés à l'expiration.

Ceci relève en fait d'une fantasmagorie, pouvant être analysée en termes kleinien, qui tendrait à imaginer les échanges avec l'extérieur, par le biais de la respiration, comme un processus d'« intériorisation », d'« incorporation » du « bon objet » externe, le « mauvais » en soi étant projeté à l'extérieur.

Cette bonification de soi, que l'on peut bien appeler « renforcement des structures positives », est calquée sur un mode de relation d'objet caractéristique du stade oral, dont découle un meilleur investissement narcissique ainsi que la consolidation des sentiments d'estime de soi.

Il est aussi possible de faire du Sophro-Déplacement du Négatif et de la Sophro-Présence Immédiate des séances à part entière, sans référence à la R.D. 4^e degré, en approfondissant davantage le travail d'intégration du schéma corporel, la diminution des tensions corporelles, le vécu du bien-être.

Sophro-déplacement du négatif



- *Sophronisation de base.*

On va progressivement évacuer les tensions de notre corps, ce qui peut y être somatisé négativement, nos difficultés, nos anxiétés... En nous aidant de notre respiration...

Et pour commencer, on porte notre attention sur le *visage*... En déplaçant légèrement la tête en arrière, on fait une inspiration... Et l'on retient l'air tout en faisant une légère tension du visage pour mieux percevoir les zones de tiraillement, certaines parties plus ou moins tendues... Et à l'expiration on laisse partir le négatif, les tensions, et avec elles les difficultés somatisées dans le visage...

Récupération tranquille... Le visage, la tête, continuent à se relaxer...

Maintenant nous allons vers le *cou*, la *nuque*, cette région souvent chargée, où peuvent s'accumuler des tensions...

En abaissant un peu la tête vers l'avant, on fait une inspiration... Puis on observe les éventuelles contractions du cou, de la nuque... Qu'on laisse ensuite partir, se dissiper, avec l'expiration...

Récupération... Elimination encore plus complète de nos tensions, et autres soucis ou difficultés...

Nous allons maintenant inspirer tout en levant les *bras* vers l'horizontale, et en fermant les poings... Pour prendre conscience des tensions dans nos bras, nos avants-bras, nos poignets, nos mains... Puis les laisser s'évacuer à l'expiration, à l'extérieur de nous...

Prise de conscience de nos bras détendus...

Nous allons à présent nous placer un peu plus en avant de la chaise... Poser nos mains sur les hanches et inspirer un peu plus profondément tout en tendant les coudes vers l'arrière, comme pour les rapprocher l'un de l'autre...

Prise de conscience du *dos*, du *thorax*, en rétention d'air... Et en expiration, les tensions qui peuvent se trouver dans cette région sont déplacées hors de nous...

Bien-être au niveau du thorax, de la poitrine, du dos... On se relâche...

En nous laissant aller au rythme de la respiration, on peut percevoir les mouvements réguliers de notre *ventre*, la partie abdominale, l'intérieur du ventre... Et lors d'une inspiration on va tendre un peu plus les muscles abdominaux... Et se débarrasser à

l'expiration de toutes les somatisations négatives assez fréquentes à cet endroit du corps... Libérer nos organes avec l'expiration...

Pour ressentir une douce chaleur de bien-être, de santé, au niveau du ventre...

Et à présent on va tendre un peu les *jambes* vers l'avant... ressentir les tensions qui peuvent se trouver dans le *bassin*, les muscles fessiers... Tout le bas de notre corps jusqu'au bout des pieds... Expiration, détente...

Pour finalement ressentir *globalement notre corps*, nous allons placer nos mains derrière la nuque...

Inspiration, tension du corps en retenant l'air... Et expiration pour nous libérer entièrement...

Et ressentir toute l'énergie calme et confiante qui circule en nous.

- *Reprise.*

Sophro-présence immédiate



- *Sophronisation de base.*

Nous allons maintenant retrouver une *situation positive*... un *souvenir plaisant*... ou une *image agréable*...

Ou encore un sentiment très positif (de la tendresse, de l'affection pour un être qui nous est cher, un sentiment de joie...)... On retrouve précisément une situation, une sensation, un sentiment positifs, comme ça nous vient...

Et quand on est en présence de cet élément très positif, *on peut imaginer qu'à chaque inspiration on capte à l'intérieur de nous-même tout ce qu'il a d'agréable, de force positive*... qu'on intériorise encore davantage avec la respiration...

C'est comme si à *chaque expiration ce sentiment, cette pensée, ces sensations bien-faisantes continuent à se diffuser* toujours davantage, à se répandre généreusement dans notre corps tout entier...

Chaque inspiration mobilise un vécu positif qui s'incorpore en nous de plus en plus complètement en une énergie à la fois forte et paisible...

Je me sens bien dans ma peau... Bien-être... Harmonie...

Et l'on va pouvoir, progressivement, chacun à son rythme, revenir à la fois calme et harmonieux, bien en contact avec la réalité extérieure...

- *Reprise.*

PRATIQUE DE LA R.D. 4^E DEGRÉ¹

Sophronisation en position assise (yeux fermés)

Posture anatomique : assis, mains sur bas-ventre, yeux mi-ouverts



Sophro-Déplacement du Négatif : chaque expiration entraîne une libération des somatisations négatives, des sensations et sentiments négatifs.

Posture anatomique debout : yeux semi-ouverts



On croise les mains derrière la nuque puis :

1. Cf. figures 2.25 à 2.27.

- Inspiration : déplacement de la tête en arrière ;
- Rétention d'air : en regardant le ciel les yeux mi-clos, tension de tout le corps ;
- Expiration : retour du visage et relaxation (mains nuques).

Trois fois.

(On ramène les mains sur le bas-ventre.)

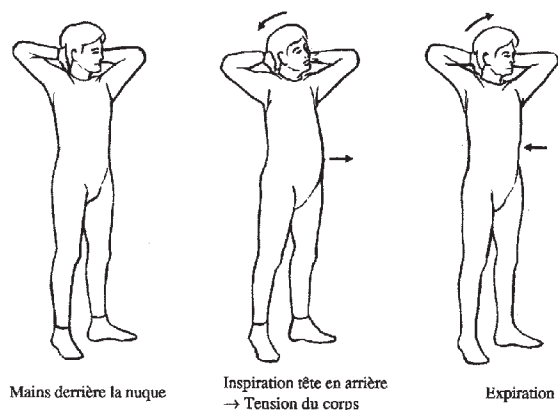


Figure 2.25. Tension mains/nuque, yeux mis-clos

Conscience des sens... yeux semi-ouverts



- Toucher de la peau (percevoir notre présence) ;
- Ouïe : on place les mains en forme de coquilles sur les oreilles (comme en R.D.II B), puis, en respiration libre, on déplace un peu la tête en arrière (« écouter les sons cosmiques »)... Les pieds sur terre, tout le corps est projeté sur l'univers...

(On ramène les mains sur le bas-ventre.)

Relaxation.

- Vue : on place la paume des mains devant les yeux, puis, tête en arrière, le corps projeté sur le cosmos (« regard sur l'infini »)... retour du visage...

(On replace les mains sur le bas-ventre, yeux semi-ouverts.)

Relaxation.

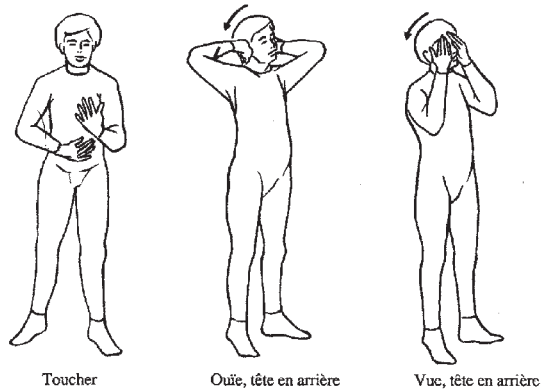


Figure 2.26. Conscience des sens, yeux mi-clos respiration libre

Exercices du cou (yeux semi-ouverts)



« Oui » et « non » avec la tête, mouvements circulaires... (comme pour le 1^{er} degré).
(On détache les mains.)

Tension de tout le corps, bras levés, poings fermés



- Inspiration : on lève les mains vers le ciel, poings fermés ;
- Rétention d'air-tension du corps ;
- Expiration : en ramenant lentement les bras le long du corps.
- Trois fois.

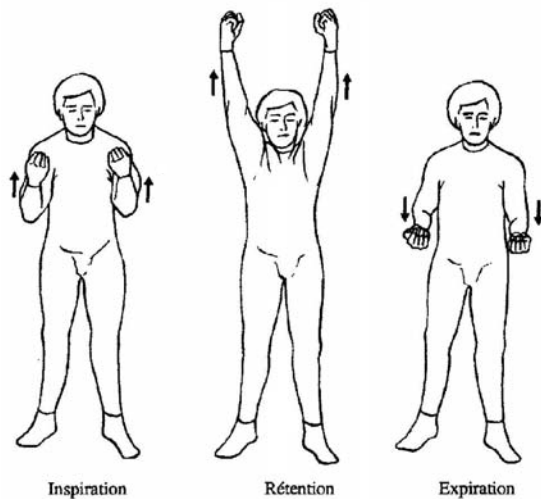


Figure 2.27. Tension de tout le corps, yeux mi-clos, bras levés

Posture anatomique en position assise : perception de la récupération, méditation totale



Sophro-Présence Immédiate (yeux semi-ouverts) : vécu de sensations, de sentiments positifs à l'égard d'un être cher, ou d'un objet... et « somatisation » du positif, activée à chaque inspiration.

Sophro-Acceptation Progressive.

Reprise

La Relaxation Dynamique, envisagée à titre préventif, est certainement l'une des méthodes les plus complètes d'entraînement personnel, pour diminuer les tensions physiques et mentales, et pour développer le potentiel individuel. Son utilité thérapeutique est également indéniable, si l'on considère la logique qui sous-tend sa progression.

- Le 1^{er} degré rassemble des mouvements qui engagent le sujet à se concentrer sur sa *réalité bio-physiologique* : le corps y est *senti, perçu, vécu* le plus harmonieusement possible. Ce qui consolide le *schéma corporel interne* et qui conduit aux sentiments d'*unité* et d'*identité* propre. L'évidence du « je suis » s'accompagne de la constitution d'une image interne rassurante (bien évoquée par la formule « être bien dans sa peau »). Le sujet peut ensuite (R.D.I.B) opérer une première décentration, en focalisant son attention sur un objet *extérieur*, et constater une deuxième évidence, celle de sa relation au monde (« je suis *au monde* »).
- Le 2^e degré, qui sollicite une attitude contemplative, aide à forger une *image*, cette fois *externe*, entraînant le sujet, de l'être, au monde du paraître. Le corps y est *imaginé, représenté*. « Sortir de soi » est désormais possible, puisque le sujet, sûr de son identité, est certain de se retrouver ensuite. Cette mobilité éprouvée dans le jeu de va-et-vient – « entrer et sortir » de son corps – signe la maîtrise de son identité.

Comment par ailleurs ne pas relier cette expérience contemplative du 2^e degré à celle de l'enfant découvrant avec jubilation (vers 6-8 mois) dans le miroir une image totale de lui-même, qui lui fait anticiper une unité et une coordination à venir, lui faisant encore défaut, mais qu'il perçoit aussi chez autrui ?

La conquête du corps propre, dans sa totalité, par le biais d'une identification à l'image spéculaire et à celle renvoyée par autrui, est une étape fondamentale de la constitution de l'être humain¹. La présence de l'autre y est insistante, comme elle se trouve également dans cet « alter

1. Cf. partie 3, le stade du miroir, J. Lacan.

ego », ce « moi corporel imaginaire », si fascinant, contemplé au cours de ce degré.

Après cette saisie de soi réalisée dans le 1^{er} degré et au début du 2^e degré, on en vient très naturellement à activer, en R.D.II B, la *sensorialité* qui informe, *relie le sujet à son environnement*, et permet son développement en le mettant en contact avec autrui et le monde des objets.

Avec le 3^e degré, on accède à un niveau où ne se pose plus la question de la relation du sujet à lui-même, au monde et à autrui, comme entités différenciées. On y réalise une *intégration de soi dans l'univers*, sans prévalence de telle ou telle composante (« je-suis-au-monde-avec-autrui » = une totalité indissociable).

J'ai tenté de traduire, avec des mots forcément approximatifs et limités, la richesse d'une telle expérience. Cette connaissance directe, intuitive et immédiate, ne saurait, nous l'avons vu, s'embarrasser d'artifices, de techniques, ni de médiations diverses. Le silence du « moniteur » s'impose ici à l'évidence, chacun poursuivant sa méditation comme elle se présente.

On envisage mal comment il serait possible, dans la progression personnelle, d'aller au-delà de cette ouverture de l'être sur l'univers, au-delà de cette « intuition directe » des êtres et des choses.

Il me paraît ainsi plus judicieux de situer le 4^e degré de la Relaxation Dynamique avant la phase proprement méditative, donc *entre la R.D.III A et la R.D.III B*. Nous aurions là un vécu condensé, en posture anatomique, des principales phases déjà franchies au cours de l'entraînement individuel, avant de se lancer dans l'aventure, sans guide ni attache, de la méditation totale.

La force de la Relaxation Dynamique tient à la complémentarité de ses degrés : le sujet commence par s'y percevoir dans les fondements de son être (schéma corporel, image de soi, identité propre), pour ensuite prendre conscience des modalités de sa relation au monde et à autrui.

Ceci peut, dans certains cas, soulever quelques difficultés ; on sait bien que le « face à soi-même », le dédoublement, recherchés dans le 2^e degré, ou encore la fusion syncrétique du 3^e degré, ne conviennent pas aux personnes dont le sens de l'identité est fortement en péril ou franchement perturbé (psychotiques et *borderlines*¹).

Le problème des contre-indications sera approfondi dans la partie thérapeutique de ce travail, mais l'on peut d'ores et déjà souligner que bien des écueils seront évités si l'on commence la progression... par le

1. On préférera naturellement parfois orienter le patient vers des thérapeutiques mieux adaptées à ses besoins (phases de décompensation, délires... qui nécessitent un traitement médicamenteux, par exemple).

début, c'est-à-dire, par le 1^{er} degré, qui favorise l'ancrage du sujet dans sa réalité corporelle et fortifie le sens de son identité. À cette condition seulement, l'entraînement pourra être valablement poursuivi.

Finalement, il ne semble pas exagéré de dire que la Relaxation Dynamique, telle qu'elle a été remarquablement synthétisée par A. Caycedo, compte certainement parmi les plus puissantes méthodes actuellement à notre disposition pour assurer notre évolution personnelle et notre bien-être.

Toutes les techniques d'activation qui viennent d'être énumérées sont utilisées, en fonction de leurs propriétés, en vue d'applications pédagogiques ou thérapeutiques.

Je consacrerai les chapitres suivants à la pédagogie sophronique.

Il y sera question de la préparation à l'accouchement, l'entraînement des sportifs, l'activation de la mémoire, la préparation aux examens et aux interventions chirurgicales.

L'éventail des possibilités d'applications est loin d'être couvert par ces rubriques qui cependant représentent un ensemble de secteurs sollicitant fréquemment la compétence du sophrologue.

PARTIE 2

APPLICATIONS PÉDAGOGIQUES

PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT

NOUS sommes loin de l'époque où l'accouchement était presque exclusivement une « affaire de femmes », où la matrone avait tout pouvoir pour régler cette sorte de cérémonie à laquelle participaient les femmes du voisinage.

Avec la fin du XIX^e, début du XX^e siècle, vint l'ère de la science, de la technicité, à dominante masculine, qui fit de la naissance un acte médical pur, limitant considérablement les risques d'accidents, mais donnant aux mères un sentiment d'*anonymat*, de *dépossession*, et somme toute, de *frustration*.

De nos jours, les différentes méthodes s'efforcent de rendre compatibles les soucis légitimes d'hygiène, de sécurité, et les besoins psychologiques de la mère. Le père est aussi de plus en plus fréquemment intégré à la préparation, assumant une fonction qui lui revient tout naturellement.

La douleur, les cris, ne sont plus considérés comme des maux nécessaires à tout accouchement ! L'accueil réservé à l'enfant fait l'objet d'une attention particulière.

La préparation sophrologique est guidée par cette idée que l'accouchement n'est pas un acte isolé, mais fait partie de l'ensemble de la vie psychosexuelle de la femme et du couple.

Il s'agit moins de « faire un cours » que d'être à l'écoute des multiples demandes, craintes, désirs, émotions, manifestés à propos de la naissance d'un enfant.

- *La grossesse n'est ni un handicap, ni une maladie* : La sophrologie peut aider à mieux vivre les importantes modifications corporelles, à mieux supporter les phénomènes neurovégétatifs souvent très désagréables (nausées, malaises, insomnies...) ;
- *La naissance n'est pas une performance à réaliser* : La future mère apprendra à se détendre totalement, à accompagner les contractions de l'utérus sans

se laisser « déborder », à insensibiliser la région du bas-ventre, et aussi à récupérer son énergie entre les contractions. Elle prendra une part active dans la création de cette vie nouvelle.

ANAMNÈSE

Les premiers entretiens avec le sophrologue orientent d'emblée l'ensemble de la préparation. De ses capacités d'écoute, du climat de confiance qu'il sait plus ou moins instaurer, dépendra la qualité de l'« entraînement ».

L'anamnèse qui suit ne saurait donc se concevoir comme un interrogatoire mené avec minutie, mais plutôt comme un éventail de thèmes utiles à approfondir quand ils surgissent d'eux-mêmes au cours des échanges avec le sophrologue, dans une relation la moins directive possible.

C'est dans cet esprit que les points suivants pourront être abordés.

- *Antécédents médicaux généraux* ;
- *Antécédents gynécologiques* : mode de contraception, fausses couches, IVG, etc., s'agit-il d'un premier enfant ?
- *Vécu de la grossesse* : cette grossesse a-t-elle été acceptée ou non ? A-t-elle été très désirée ? (pourquoi cette surdétermination ?)... Il est préférable de poser des questions indirectes comme : « Est-ce que ça a été une surprise pour vous ? » ou « Qu'avez-vous pensé quand vous avez appris que vous étiez enceinte ? (...) que votre femme était enceinte ? » (pour le mari) ;
- *Déroulement de la grossesse* : vomissements ? (à quelle période ?) ; anxiété ? (de quelle nature ?) ; insomnies, nausées, fatigue ? Déroulement harmonieux, sans problème particulier ?
- *Vécu des modifications corporelles* : assumées ou non ? Peur de ne plus retrouver son poids antérieur ? de rester « déformée » ? Comment la mère ressent-elle son bébé ? bouge-t-il ? sensation d'avoir un corps « occupé » (fœtus = intrus) ?
- *Désirs par rapport à l'enfant à venir* : rôle de cette naissance au sein des relations conjugales et familiales (exemple : « renforcer » la famille, « récupérer » le mari, bébé = prolongement de soi, etc., ou désirs plus positifs) ;
- *Sexe attendu* : cette question, souvent éludée par des rationalisations diverses, permet de comprendre parfois certains rejets... et certaines difficultés au cours de la préparation sophrologique (exemple : refus d'un enfant de sexe masculin qui pourrait plus facilement ressembler à un mari haï... Désir d'avoir un bébé du même sexe que soi pour réaliser ses

propres projets, combler ses lacunes, etc., ou, plus simplement, influence sociale déterminant la préférence pour le sexe de l'enfant...);

- *Implication du mari* : accepte-t-il ou non d'avoir un (autre) enfant ? Ses préférences, fille ou garçon ? Quelle coopération peut-on attendre de sa part pendant la grossesse ? au moment de l'accouchement ?
- *Craintes diverses vis-à-vis de l'accouchement ou de la future maternité* : peur de la douleur, d'avoir un enfant anormal, de ne pas savoir l'élever... ;
- *Préjugés éducatifs* : certains *a priori* éducatifs des parents peuvent s'éclairer en faisant préciser la manière dont eux-mêmes ont été éduqués (éducation plus ou moins intégrée, plus ou moins rejetée) : « Pensez-vous que vous serez très différents de vos propres parents pour éduquer votre enfant ? » ;
- *Conséquences matérielles de cette naissance* : arrêt professionnel ? Problèmes d'argent ?
- *Attentes vis-à-vis de la sophrologie* : peuvent donner des indications sur d'éventuels points faibles à travailler (« On m'a dit qu'avec la sophrologie on ne souffrait pas ! »)

On perçoit tout l'intérêt de bien connaître les personnes pour adapter au mieux la préparation ; mais, dans la majorité des cas, il n'est pas nécessaire d'analyser longuement les motivations sous-jacentes : quoi de plus naturel que de mettre au monde un enfant ?... De plus, la demande n'est pas celle d'une prise en charge psychothérapeutique !

Mais il est aussi vrai que, parfois, cette période-clé de la vie féminine active un questionnement mettant en cause la personnalité en profondeur, ainsi que les relations avec le conjoint. Le sophrologue, saura, dans ces cas, mettre à distance son arsenal de techniques pour se rendre disponible dans une relation d'aide.

LA RESPIRATION

Le travail de l'utérus est, au moment de l'accouchement, long et intense ; il réclame un apport important d'oxygène. Le but de l'accompagnement respiratoire est avant tout de permettre, à la mère et à l'enfant, une oxygénation optimale, en facilitant également une bonne élimination du gaz carbonique pour éviter l'acidose (souffrance) fœtale. Ceci, par parenthèse, implique la suppression de moments prolongés de « rétention d'air », contrairement à ce qui est souvent demandé.

La *respiration lente et profonde*, respiration de détente adoptée par le sophrologue, satisfait globalement à ces exigences de bonne ventilation.

Il est néanmoins utile de discerner plusieurs phases de l'accouchement, en y modulant l'accompagnement respiratoire.

Des différentes méthodes généralement proposées, j'ai retenu celle préconisée par le docteur Jean Feijoo, logiquement adaptée à la physiologie de l'accouchement.

- *La phase de travail* : (8 à 12 heures pour une primipare, 2 à 6 heures pour une multipare) : C'est la période d'effacement puis de dilatation du col de l'utérus, durant laquelle on a recours à la *respiration abdominale classique*, calme et ample, lorsque les contractions sont de bonne qualité. Dans le cas où ces contractions s'avèrent insuffisantes, il faut exciter le fond utérin au moment de l'expiration (qui doit être forcée) en contractant les abdominaux. Bien que, au cours de cette première phase, la durée des contractions soit assez courte – de l'ordre d'une minute environ – deux ou trois mouvements de ventilation sont souvent nécessaires. La future maman se relâche complètement entre chaque contraction, et récupère un maximum d'énergie ;
- *Juste avant l'expulsion* : La maman peut déjà avoir envie de pousser, alors même que la dilatation est encore incomplète. Il lui est possible de contrôler cette envie *en conservant une respiration ample de détente, sans pause, ni à la fin de l'inspiration, ni à la fin de l'expiration*. Ceci pour éviter la contraction réflexe ;
- *La naissance* : C'est le travail de la musculature abdominale qui, associé à celui du muscle utérin, entraîne l'expulsion de l'enfant. Le docteur J. Feijoo recommande à cette phase, après inspiration, *une expiration très lente avec contraction maximale des muscles abdominaux... suivie d'une inspiration très rapide* (phase pendant laquelle l'enfant est aspiré par le ventre maternel)... elle-même poursuivie par une nouvelle expiration très lente et « forcée », etc.

Un moyen pratique de limiter le débit de l'air en expirant est de pincer ses lèvres (par exemple, comme si l'on soufflait dans une paille), glotte ouverte. Expirer de cette façon a aussi l'avantage de favoriser le relâchement des muscles du périnée.

La naissance proprement dite, ne nécessitant pas de poussée supplémentaire, s'accompagne d'une *respiration classique de détente, sans interruption entre les inspirations et les expirations*.

TECHNIQUES SOPHROLOGIQUES UTILISÉES

Des méthodes présentées dans la première partie de l'ouvrage, on retiendra certaines techniques particulièrement appropriées à l'entraînement de la femme enceinte.

- *Gestes de Relaxation Dynamique 1^{er} degré* : chauffage corporel *lent*, exercice respiratoire n° 1, gestes du cou, moulinets, balancements latéraux, rotations axiales ;
- *Relaxation Dynamique 2^e degré* : se contempler de l'extérieur, gestes des « mains en miroir » (particulièrement utiles pour prendre conscience et assumer ses modifications corporelles) ;
- *Sophro-Acceptations Progressives (S.A.P.)* : visualisations positives concernant la grossesse, la féminité, la maternité ; anticipations positives de l'accouchement, de l'allaitement, de la période après la naissance (problème du *post-partum*)... En fin de préparation, l'accouchement est visualisé, étapes par étapes, le plus positivement possible ; cette S.A.P. inclut les signe-signaux de détente, d'analgésie, ainsi que les différents moments et types de respiration.

Le choix de ces techniques n'a évidemment rien d'impératif : chaque sophrologue réalisera en fait sa propre « méthode » en fonction de ses affinités, et devra pouvoir adapter le déroulement des séances selon les particularités des personnes préparées.

Il est bon de prévoir au minimum huit séances (la première ayant lieu si possible après les deux premiers mois). Ce chiffre est évidemment variable, selon les difficultés rencontrées.

Le programme de préparation présenté ici est une illustration d'une application pédagogique de la sophrologie ; sera donc esquissée la progression d'une préparation réalisée dans des conditions habituelles, où l'on ne rencontre pas d'obstacles psychologiques prépondérants.

PRÉPARATION SOPHROLOGIQUE À L'ACCOUCHEMENT PRATIQUE

1^{re} Séance – Anamnèse, présentation générale de la sophrologie, S.A.P. grossesse et féminité.

- *Sophronisation de base allongée, puis :*

(Concentration sur la région ventrale)

« Votre bébé est bien au chaud... Il profite lui aussi de la relaxation... Reçoit davantage d'oxygène... Ce moment est tout à fait privilégié... Vous pouvez comme cela vous relaxer chaque jour avec votre bébé... Vous habituer à lui, à sa présence dans votre corps... Vous apprenez à écouter toutes ces sensations nouvelles venant de votre corps et aussi de votre bébé, dans ces moments de profonde détente... »

(Vécu par anticipation d'une grossesse bien assumée)

« Vous vous voyez dans environ un mois... Dans une situation de votre vie quotidienne... Tout à fait à l'aise avec votre corps de femme enceinte... Vivant au mieux les différentes modifications dues à votre état... Rien de plus naturel, de plus positif... Vous acceptez totalement d'être la femme qui donnera naissance à votre bébé... Ce bébé qui continue



à se développer tout à fait correctement... Bien en sécurité dans votre ventre... Vous envisagez avec joie cette grossesse... »

(Suggestions positives)

« Au fur et à mesure de votre entraînement, au cours des prochains jours et des prochains mois, vous apprendrez à vous détendre de plus facilement, pour vivre cette grossesse avec sérénité, pleinement confiante en votre capacité à être mère... »

- *Reprise.*

2^e Séance – Tension dans la détente, acceptation de son image modifiée.

- *Sophronisation de base debout.*
- « *Mains en miroir* » (en descendant le long du corps, les mains reflètent les formes de la femme enceinte).
- « *Moulinets* » D et G.

Insister sur la relaxation différentielle : le jour de l'accouchement, tout le corps sera détendu sauf l'utérus qui se contracte. On anticipe symboliquement ce vécu en gardant le bras tendu quelques instants, à l'horizontale, à la fin du geste (= tension dans la détente). Quand on relâche le bras, on pourra faire une analogie avec la contraction utérine qui décroît.

- *Assise* : se voir de l'extérieur (R.D.II A) en contemplant ses formes... Bonheur d'être femme et d'attendre un enfant... Acceptation de son image extérieure...
- *Gestes du cou, pour retrouver son corps* « de l'intérieur »
- *Reprise.*

3^e Séance – Concentration sur la région du périnée, relâchement de cette région, communication mère-enfant.

- *Sophronisation de base debout* : chauffage corporel lent – balancements latéraux – rotations axiales.
- *Allongée ou assise.*

« Je vais maintenant me concentrer sur la région du périnée... Les muscles du plancher du bassin... Je contracte plusieurs fois le périnée, comme si je devais me retenir d'uriner... Afin de bien percevoir cette zone... Puis je relâche... Je sens le vagin qui se resserre et se détend... Je porte toute mon attention sur cette zone que je devrai détendre au moment de donner naissance à mon enfant...

Je peux également faire plusieurs contractions du sphincter de l'anus... Décontraction, prise de conscience de cette partie de mon corps...

Je peux aussi contracter les muscles fessiers... Et les détendre... Tendre et détendre... Plusieurs fois...

À présent, je contracte tout à la fois : les fessiers, le vagin, les muscles de l'anus... Puis je décontracte totalement cette région... Je me laisse ensuite aller à une relaxation totale de mon corps... Je peux, dans cet état particulier, communiquer avec mon enfant... Il se manifeste peut-être d'ailleurs par des mouvements... C'est sa façon à lui de répondre à ma détente... En tout cas, dans cet état de bien-être profond, je sais que la circulation placentaire est complètement libérée... Ce qui profite à mon bébé... Je communique avec lui... très intimement... Je peux dialoguer avec lui, lui exprimer déjà si je veux tout ce que je ressens... »

- *Reprise.*

4^e Séance – Entraînement à l'analgésie du col.

Après atteinte de la zone x :

« Vous allez maintenant voir mentalement votre enfant à l'abri, bien au chaud dans votre ventre... Vous le sentez en harmonie avec vous-même, parfaitement détendu, profitant au maximum de cette union intime avec vous... »

- *Analgésie*

« À présent, vous vous détachez de cette image du bébé qui va demeurer dans son état de profond bien-être... Vous vous en détachez pour sentir à nouveau votre corps parfaitement détendu... Et vous portez votre attention sur vos organes génitaux... Prenez conscience de cette région du périnée, du vagin, du col de l'utérus... Vous sentez cette région que vous êtes capable de rendre de plus en plus insensible, dans cet état de conscience particulier... Pendant cette insensibilisation, votre bébé ne subit aucune modification et reste dans son état de quiétude, bien nourri... Laissez venir l'image, la sensation, qui déclenche le mieux pour vous une insensibilisation de cette zone du bas-ventre... »

La mère peut elle-même trouver, en état sophronique, l'image qui correspond le mieux pour elle à une insensibilisation et l'on utilisera par la suite cette image spécifique, et les effets qu'elle entraîne, dans nos inductions.

Elle a parfois l'impression que cette région devient comme un morceau de cuir, insensible... Ou encore « comme de la ouate », etc.

On peut aussi laisser venir une sensation de chaleur dans toute la zone du bas-ventre (cf. sophro-substitution-sensorielle).

Lorsque la sensation particulière se met en place (confirmation avec le doigt levé), on la laisse s'installer complètement en fixant une limitation de temps

« L'insensibilisation que vous avez réalisée se renforce davantage et va demeurer encore après votre reprise pendant x minutes »...

(Signal conditionnant)

« Il vous sera de plus en plus facile de provoquer, avec l'entraînement, cette insensibilisation... Il vous suffira de vous décontracter totalement après deux ou trois respirations profondes abdominales, et instantanément, en retrouvant l'image qui est la vôtre, vous connaîtrez l'insensibilisation de la région génitale, telle que vous la percevez maintenant »...

- *Retour au corps détendu et reprise, l'analgésie restant encore x minutes après le retour à l'état vigile.*

5^e Séance – Renforcement analgésie – S.A.P. après la naissance.

- *Sophronisation de base allongée : insensibilisation (idem séance précédente)*
- *S.A.P.*

« À présent vous vous reportez mentalement une semaine environ après l'accouchement... Vous vous voyez chez vous, avec votre enfant... Par exemple, en train de le bercer dans sa chambre... Ou de lui donner un bain dans la salle de bain... Heureuse avec votre enfant, dans une scène que vous anticipez entièrement... Peut-être que le papa ou d'autres personnes sont présents... Visualisez tout cela avec le maximum de détails, les objets, les couleurs... Une ambiance très positive... L'odeur du bébé... Les sensations tactiles que vous retirez à son contact... Laissez se dérouler la scène, imprégnez-vous totalement de cette image de bien-être. »

- *Reprise.*

6^e Séance – S.A.P. Entrée en clinique, S.A.P. respiration (période de travail), S.A.P. allaitement.

Démonstration de la respiration en « travail »

- *Sophonisation de base debout : chauffage corporel lent – ex. respiratoire n° 1 (avec balancements d'avant en arrière).*

- *Allongée ou assise.*

« Votre calme, votre détente sont directement ressentis par votre enfant avec qui vous communiquez intensément...

Votre enfant qui poursuit son développement naturel dans votre ventre, bien à l'abri...

À présent, vous vous reportez mentalement au jour de l'accouchement... Actuellement, rien de particulier ne se passe réellement au niveau du bébé... C'est mentalement que vous anticipez ce qui va se passer...

Le jour de l'accouchement, les contractions sont devenues plus régulières et rapprochées... Vous avez réalisé l'analgésie de la région du bas-ventre, lorsque ces contractions sont devenues plus vives... Percevez cette analgésie... Vous vivez ensuite le trajet de votre domicile à la maternité... Calme, forme, bien-être... Heureuse de pouvoir voir, toucher bientôt votre enfant...

Vous passez la porte de la clinique (ou de l'hôpital)... À cet instant précis, l'insensibilité de la zone génitale est considérablement renforcée... Votre relaxation s'accroît... Anticipez, constatez tout cela...

- *S.A.P. Période de travail.*

« Puis, vous vous voyez toujours à la clinique dans une pièce, peut-être votre chambre, pendant la période de travail avant l'accouchement... Vous êtes profondément relaxée et vous accompagnez les contractions maintenant de plus en plus rapprochées, au rythme de votre respiration...

Respiration abdominale... ample et régulière... Imaginez la venue d'une contraction et votre accompagnement respiratoire... Comme une sorte de mouvement de vague, de va-et-vient qui va rythmer la dilatation du col... Entre les contractions vous vous relaxerez très profondément, afin de bien récupérer...

Vous vous voyez à nouveau au moment d'une contraction... Respiration abdominale, lente et profonde...

Dans le cas où les contractions seraient insuffisantes, vous pourrez à ce moment contracter vos muscles abdominaux pendant l'expiration... Vous visualisez votre récupération après la contraction...

Vous vous détendez profondément comme vous en avez l'habitude... Par exemple en utilisant votre image de détente... Ou encore en répétant mentalement, à chaque expiration, un mot qui évoque le repos, la récupération... Vous choisissez la méthode qui vous convient le mieux...

Sachez particulièrement apprécier le moment de repos entre les contractions... Laissez la respiration couler librement... Peu importe ce qui se passe autour de vous... Laissez-vous bercer par ce va-et-vient respiratoire qui vous plonge encore plus profondément dans le calme, la paix... En forme pour la venue d'une autre contraction... Heureuse car chaque contraction utérine vous rapproche de la naissance de votre enfant... Puis, vous percevez l'arrivée d'une autre contraction... Accompagnée par votre respiration... Nouvelle récupération-détente... »

- *S.A.P. Allaitement.*

« Lorsque vous avez bien projeté cela, vous vous reportez après la naissance, pour vous voir donner le sein (ou le biberon) à votre bébé... Le besoin de nourriture est manifesté par des cris, des pleurs, des tensions... Vous prenez votre enfant tout contre vous pour l'allaiter... Vous le voyez maintenant en train de sucer le sein (ou la tétine du biberon)... Et, au fur et à mesure qu'il se nourrit, vous le sentez se calmer de plus en plus complètement... Les tensions disparaissent... Un état de bien-être maximum s'installe chez vous comme chez lui... Peut-être même s'endort-il dans vos bras... État de quiétude sans limite... »

- *Retour au corps détendu et reprise.*

7^e Séance – Apprentissage des respirations de fin de dilatation et d'« expulsion », renforcement de l'analgésie.

Démonstration de ces respirations

- *Sophonisation de base debout : reprise de quelques mouvements déjà réalisés.*
- *Puis, allongée : sensation d'analgésie.*
- *S.A.P.*

« À présent, projetez-vous dans la salle d'accouchement... Le col est bien dilaté... Il se peut que vous ayez déjà envie de pousser, mais qu'il soit encore trop tôt pour le faire... Vous contrôlez cette envie de pousser en vous concentrant sur votre respiration ample, de détente... Mais sans réaliser de pause, ni à la fin de l'inspiration, ni à la fin de l'expiration ...

... Apprenez-vous ainsi à contrôler cette envie de pousser au cas où elle se manifesterait le jour de l'accouchement...

... Vous visualisez maintenant le moment où l'on vous demande de pousser pour accompagner la naissance du bébé... Vous ne vivez pas cela ici en réalité bien sûr, vous le visualisez pour le futur... Vous voyez que votre enfant est sur le point de naître... Vous vous pénétrez de cette image de bonheur... Vous aidez à sa progression... A l'arrivée d'une contraction, vous inspirez profondément, puis expirez très lentement, glotte ouverte, lèvres pincées, en contractant vos abdominaux au maximum... Puis, une inspiration très rapide, avant de continuer à pousser en expirant à nouveau très lentement, abdominaux contractés...

Après les contractions, détente-récupération...

Vous assistez maintenant à la naissance de votre enfant... Respiration ample et détendue, sans pause entre les inspirations et les expirations... Votre enfant maintenant totalement sorti... Peut-être le pose-t-on sur votre ventre... Vous pouvez caresser votre bébé... Totalement heureuse...

(Si le père doit être présent, l'intégrer dans la situation)...

« ...Vous pouvez, avant la reprise, imaginer à nouveau une scène agréable, chez vous, après la naissance, avec tous les personnages que vous souhaitez... »

- *Reprise.*

8^e Séance – S.A.P. Accouchement complet.

Avec récapitulation des « signes-signaux » (premières contractions pénibles → insensibilisation pour 48 heures de la région du périnée ; porte de la maternité → détente et analgésie approfondie), période de travail (respiration), salle d'accouchement (avec les deux types de respiration), naissance du bébé (respiration)... Images après la naissance.

PRÉPARATION SPORTIVE

DÉPUIS les premières expériences tout à fait probantes de Raymond Abrezol, avec l'entraînement des skieurs de l'équipe nationale suisse (année soixante-huit, début des années soixante-dix), la sophrologie a connu un essor considérable dans le domaine sportif, et notamment dans celui de la haute compétition.

Les athlètes ne sont pas *a priori* des individus plus vulnérables que les autres, bien au contraire, mais ils ont souvent à faire face à des situations psychologiques hors du commun.

La permanente nécessité de se dépasser (toujours plus vite, plus haut, plus loin !) remet constamment en question la valeur, les limites personnelles... Il faut beaucoup de travail, de tensions, de fatigue, pour établir des records qui restent éphémères ; perpétuelle mise à l'épreuve des sentiments d'estime de soi, et de sa compétitivité vis-à-vis d'autrui qu'il s'agit de vaincre. Dans un tel contexte, très souvent, le regard de l'autre est perçu plus jugeant que réellement motivant... sans compter la pression due aux attitudes des spectateurs. Les supporters s'identifiant sans réserve au champion qui incarne leur idéal, ont des attentes démesurées ; ce sont les mêmes qui, tel jour de victoire, acclament et portent en triomphe un « héros » qui, le lendemain, est conspué en cas de défaite. L'agressivité est alors d'autant plus élevée que la frustration est importante !

L'athlète le plus solide est certainement celui qui ne s'identifie pas aux projections dont il est l'objet, à l'image, au modèle, au « costume » confectionné pour lui ; il devrait pouvoir juger le plus objectivement possible de la valeur réelle de ses succès, ou de ses contre-performances.

Le moule social du « gagnant », dans lequel le sportif doit peu ou prou se couler, est exigeant : il correspond sans doute, en quelque façon, à ce que recherche l'athlète (sinon, que serait-il venu faire dans cette galère ?), mais il ne fait pas, à lui seul, *toute* la personnalité ! Celle-ci est, comme pour chacun d'entre nous, complexe, avec ses contradictions, ses moments de faiblesse, ses temps forts.

Le sportif est sans cesse conduit à mesurer l'écart existant entre son potentiel, son idéal, ou les attentes d'autrui d'une part, et ses performances réelles, d'autre part.

On reprendra à notre compte cette interrogation de Rubio :

« Faisons-nous du sport pour faire des hommes ou tuons-nous des hommes pour faire du sport¹ ? »

Les sophrologues s'occupant de sportifs s'accordent à penser que la préparation doit se faire à un niveau *personnel global*, et qu'il ne saurait être seulement question d'une aide ponctuelle avant telle ou telle épreuve.

L'intervention se fera donc dans le registre des motivations, des sentiments d'échec et d'estime de soi, sur la capacité à mobiliser ses forces internes, quitte à individualiser à l'extrême l'investigation pour travailler spécifiquement sur telle difficulté personnelle. Le but est d'aider l'individu à se réaliser, au plus près de son potentiel physique et psychologique, dans – et par – le sport qu'il a choisi... Ainsi, devient-on compétitif de surcroît !

Le principe de réalité objective doit là encore nous guider : chacun progressera peu à peu à *partir de son niveau réel*. L'amélioration de ses performances se fera, en Sophro-Acceptation Progressive, par exemple, le sujet visualisant une réussite *légèrement supérieure à ce qu'il parvient à réaliser habituellement*. Ce serait un contre-sens psychologique de partir d'un idéal de performance illusoire, en engageant tout de suite le sujet à se visualiser comme « le meilleur » dans une S.A.P. mal conduite.

On peut discerner plusieurs niveaux dans l'entraînement des sportifs par la sophrologie.

1. *Un niveau très général*, qui vise à leur faire acquérir et à gérer les différentes techniques de base : la Relaxation Dynamique, la Sophro-Acceptation Progressive, la Sophro-Correction sérielle, la Sophro-Substitution Sensorielle...
2. *L'entraînement se fera par ailleurs en fonction des qualités et caractéristiques spécifiquement requises pour pratiquer tel sport défini.*
3. *Enfin, les points faibles et les problèmes individuels* feront l'objet d'une attention particulière.

1. La première démarche consiste à intégrer les principales méthodes de relaxation, ainsi que des « activations intra-sophroniques » adaptées aux *problèmes généralement rencontrés* par les sportifs : trac, manque de concentration, de motivation, vulnérabilité face aux comportements de l'adversaire et des spectateurs.

1. Préface à L. Fernandez , *Sophrologie et Compétition sportive*, 1982.

- La *Relaxation Dynamique*, parfaitement appropriée aux besoins physiques et psychologiques des sportifs, aidera à prévenir les passages à vide et facilitera la récupération énergétique ;
- En *Sophro-Acceptation Progressive*, le sujet apprendra à anticiper positivement ses propres réactions, dans un environnement qui pourrait lui être hostile, gardant son calme et sa lucidité, quels que soient les agissements de ses adversaires... Il se verra en train de sortir des situations les plus embarrassantes, dans de bonnes conditions, etc.
La pensée *positive* du sportif, ses *capacités imaginatives*, sa *sensibilité* (R.D.II B.), son *aptitude à se concentrer* (fixer un objet...), seront particulièrement développées ;
- La *Sophro-Substitution-Sensorielle* lui donnera la possibilité de faire face, au moins momentanément, au problème de la douleur, quand cela sera utile.

Dans le cadre de cet entraînement général, la *Relaxation Dynamique modifiée pour le sport* par R. Abrezol apparaît des plus intéressantes.

Les gestes y sont sélectionnés pour leur forte action énergisante, et sont alternés avec des moments de profond relâchement pendant lesquels l'individu visualise sa prochaine compétition, améliorant sa combativité, anticipant ses stratégies, etc.

La succession des mouvements est la suivante :



Sophronisation de base debout

- Rotation de la tête dans les deux sens ;
- Concentration des muscles du cou ;
- Respiration rapide abdominale ;
- Pompage avec les épaules ;
- Sauts de Polichinelle ;
- Moulinets (bras droit, bras gauche, puis les deux bras) ;
- Inspiration – rétention d'air, tension de tout le corps – expiration ;
- En respiration synchronique, lever les bras et tension (comme s'ils supportaient un poids très lourd), retour des bras le long du corps en expiration ;
- Expiration en se penchant en avant le plus bas possible – inspiration en s'élevant avec une rotation du buste sur le côté – lorsqu'on arrive en position verticale, rétention d'air ; les poumons pleins, on effectue deux ou trois rotations axiales de tout le corps lentement. Après ces rotations, lorsqu'on est revenu en position droite debout, expiration en se penchant vers l'avant le plus bas possible, comme au début; on peut garder quelques temps cette attitude courbée, afin de bien récupérer.
- *Désophronisation*

Rappelons qu'entre tous ces mouvements, les temps de récupération sont mis à profit par le sophrologue qui demande au sujet de se situer dans le cadre de sa prochaine épreuve, et qui oriente ses inductions selon les besoins du sport envisagé (et du sportif!).

Le parcours, la partie, le tournoi, sont visualisés entièrement, dans la meilleure forme.

2. Il est évidemment indispensable, avant tout entraînement, d'observer très précisément le sujet, de connaître ses travers et ses points forts ; mais, chaque sport a en outre des particularités qu'il faut parfaitement connaître : les besoins psychologiques et physiologiques d'un coureur de fond sont tout autres que ceux d'un tireur à l'arc, par exemple. Il s'agira, dans chaque cas, d'adapter la préparation sophrologique aux nécessités de la discipline sportive.

Il semble ainsi plus judicieux de laisser aux spécialistes de chaque sport le soin d'assumer eux-mêmes cette préparation, dans la mesure où, naturellement, ils ont été formés aux techniques de la sophrologie. Si l'on ne peut malheureusement toujours satisfaire à ces exigences, une étroite collaboration entre les entraîneurs et le sophrologue est capitale.

3. Une prise en charge individualisée s'impose souvent ; on peut alors avoir recours, selon la nature et l'étendue des problèmes, aux techniques de sophroanamnèse et de sophro-mnésie qui donneront un éclairage plus précis sur les conflits sous-jacents en cause.

Mais, dans l'exposé très général de ce chapitre, et avant d'aborder directement l'approche thérapeutique, je me contenterai de mentionner une méthode directement inspirée de la technique de Wolpe (*cf.* description p. 131).

On commence par noter les comportements du sujet lors de son apprentissage, de son entraînement, et de ses confrontations sportives.

On établit ensuite, avec lui, une hiérarchie de ses difficultés, compte-tenu de ces observations et de ses propos, en élaborant une liste des problèmes à résoudre, allant du plus simple au plus complexe.

L'activation intra-sophronique portera sur la résolution mentale des difficultés ainsi mises à jour (S.A.P. ou S.C.S.), en progressant, point par point ; un problème n'est abordé que lorsque celui qui le précède immédiatement dans la hiérarchie effectuée – et qui est donc moins « chargé » – est dépassé.

J'ai déjà souligné qu'on ne saurait valablement faire intervenir le sophrologue juste avant telle compétition, ou exclusivement en vue de telle épreuve. Ce serait là fonctionner selon le modèle technique classique : quelques « recettes » (de décontraction, par exemple) utilisées en appoint, avant ou pendant la confrontation.

Il s'agit bien mieux de permettre au sportif de résoudre à terme lui-même ses problèmes et de préparer ses compétitions en y adaptant les méthodes qu'il aura assimilées au cours de son entraînement sophrologique. Cette aptitude à mobiliser ses forces internes finit en outre par déborder largement

le domaine strictement sportif, pour s'étendre à la vie individuelle en général. Une véritable méthode d'entraînement personnel sera de la sorte intégrée, quitte à sélectionner ensuite telle ou telle pratique (certains mouvements de R.D., par exemple) mieux appréciée par le sujet, ou simplement mieux adaptée aux besoins du moment.

Ainsi saura-t-il lui-même, avant l'épreuve, diminuer son degré d'anxiété (sans l'annuler totalement, ce qui porterait préjudice à ses motivations) avec des respirations lentes et profondes, synchronisées ou non avec des « formules mentales » (calme, combatif, etc.). Il pourra se concentrer en se fixant, directement ou après une rapide sophronisation, sur un objet neutre... Ou encore, en cours de partie, interposer une image positive entre lui et un adversaire particulièrement intimidant ou belliqueux...

Il disposera aussi des mouvements de la Relaxation Dynamique pour développer son énergie, récupérer de la fatigue, se « ressaisir » dans les temps de pause ; sans oublier, les images « conditionnantes » qu'il aura intériorisées en état sophronique pour obtenir, à peu près à la demande, une meilleure concentration ou une moindre tension nerveuse.

Je terminerai en signalant une méthode mise au point par Luis Fernandez¹, utile après chaque compétition, dénommée l'*auto-bilan*.



Auto-bilan

- *Sophronisation de base*
 - a) Visualisation de l'épreuve telle qu'elle s'est déroulée (le calme apporte une objectivité meilleure) ;
 - b) Chaque fois que le sujet a le sentiment d'avoir commis une faute : arrêt de la séquence et analyse des erreurs, puis correction mentale (On continue ainsi à visualiser tout le déroulement, en ne passant à la séquence suivante que lorsque la précédente a été corrigée de façon satisfaisante) ;
 - c) Notion de « Conscience illimitée » (= « sortir de soi » de R.D. Il qui permet de se resituer dans le monde, remettre les choses à leur place, donc une certaine relativisation des succès et des échecs ;
 - d) S.A.P. en anticipant la future épreuve (compte tenu des corrections !), et en y intégrant des « formules mentales ».
- *Désophronisation*

1. Fernandez L., *Sophrologie et Compétition sportive*, 1982.

ACTIVATION DE LA MÉMOIRE

JE souhaite présenter dans ce chapitre quelques possibilités offertes par la sophrologie au développement des capacités mnésiques en gardant délibérément une démarche très empirique pour évoquer certaines méthodes pratiques d'activation de la mémoire.

Il apparaît très peu prudent en effet de résumer en quelques lignes, comme on le voit parfois, les grands axes de recherche sur la mémoire, pour en faire ensuite une prétendue synthèse qui trouverait sa concrétisation dans la sophrologie.

Ne confond-on pas trop souvent synthèse et syncrétisme ?

Les multiples voies d'investigation sur la mémoire apportent souvent plus d'interrogations qu'elles ne résolvent de problèmes. Le champ de la recherche est ouvert ; il serait navrant, et peu sérieux, de le clore en quelques formules lapidaires, en prétendant réaliser une « géniale synthèse », en fait aussi réductrice que simpliste.

Nous pensons que la sophrologie a des méthodes susceptibles d'apporter des éclairages nouveaux et qu'elle peut contribuer, à sa manière, à la progression de la recherche, dans le domaine des opérations mnésiques notamment, mais on dirait, en lisant certains écrits, qu'elle possède les réponses avant même d'avoir posé les questions !

Demeurant donc ici dans une perspective résolument pragmatique, je me contenterai d'indiquer quelques techniques utiles à quiconque souhaiterait aider à l'activation de son potentiel mnésique.

RECHERCHER SON TYPE DE MÉMOIRE

Chacun sait avoir au moins une sensibilité dominante dans la perception, la fixation des choses, ainsi que dans leurs évocations, au moment où l'on « se souvient ».

Les uns se serviront davantage des images visuelles, où d'autres seront plus réceptifs aux impressions acoustiques ou même olfactives et tactiles...

Observons un enfant qui apprend ses leçons : il peut intuitivement choisir de les répéter à voix haute pour mieux les retenir (auxiliaire acoustique), à moins qu'il ne préfère copier plusieurs fois ce qu'il apprend (aide visuelle). Un autre encore n'aura nullement besoin de ces supports, et portera essentiellement son attention sur le sens, les liens logiques, les enchaînements d'idées, etc.

Il est utile de connaître notre *type mnésique* pour se servir au mieux de nos points forts, mais aussi pour développer et pouvoir faire appel si nécessaire aux autres facteurs concourant à l'*engrammation* et au rappel des souvenirs.



Concrètement, on pourra par exemple bien observer un livre, pendant quelques minutes, pour noter en état sophronique ce qui nous revient d'abord en mémoire si l'on repense à ce livre : sa couleur, les images, la forme des caractères... Ou plutôt le sens du texte, certaines idées qui sont développées... Ou même son odeur, la qualité de son toucher, etc.

Il est également possible de retrouver, toujours en état sophronique, un moment précis d'une journée passée, un endroit, une scène particulière... Qu'est-ce qui revient à l'esprit le plus rapidement ? Le contenu des paroles échangées, les intonations, timbres des voix, la tonalité affective des propos tenus ? Des images, des bruits, des odeurs ?

Ou bien, en essayant de se remémorer un film, entre veille et sommeil, à quel type d'auxiliaire a-t-on préférentiellement recours ? Cherche-t-on à retrouver l'ambiance affective du film, le nom des acteurs, la musique qui l'accompagnait, les personnes avec qui l'on regardait ce film pour mieux le situer ?... Les idées-forces du film ?...

Lorsque ainsi on saura mieux définir notre type de mémoire, en connaissant ce qui nous aide à fixer nos souvenirs et à les évoquer, on pourra entraîner les catégories perceptives qui habituellement nous servent moins ; *apprendre à se concentrer avec tous les sens, autant qu'avec notre logique.*

DÉVELOPPER TOUT CE QUI PARTICIPE À LA CONCENTRATION ET À LA FIXATION

Nous avons vu combien à cet égard était profitable la pratique de la R.D.II B ; de même, la concentration en R.D.I sur un objet mental se fait à l'aide de nos différentes capacités sensorielles. Si, par exemple, notre attention se fixe sur une pomme, on percevra sa forme, ses couleurs, mais aussi le bruit fait quand on la croque, la rugosité de sa peau, etc.



On va aussi, en fonction de nos points faibles, développer telle ou telle catégorie perceptive, comme l'*attention auditive* : en écoutant quelques instants, en état de détente, tous les bruits, sons, qui parviennent à nos oreilles, et en essayant de les identifier. On apprendra aussi, en relaxation profonde, quatre ou cinq numéros de téléphone, en s'aidant de procédés divers mettant en jeu : la logique (recherche de moyens

mnémotechniques pour se rappeler facilement des numéros), le sens de la vue (voir le numéro sous une image qui représente l'endroit, la personne en question... l'évocation de cette image devant par la suite entraîner automatiquement le rappel du numéro qui y est associé), etc.

TECHNIQUES D'APPRENTISSAGE

Quiconque désire étudier, stocker des informations, peut employer une méthode préconisée par R. Abrezol, se déroulant en trois temps :



1. Il faut tout d'abord se mettre devant son bureau dans l'état soproliminal, pour anticiper, les yeux fermés, ce qui va être ensuite fait. C'est-à-dire, qu'on se voit en train d'apprendre le plus aisément possible, bien concentré quel que soit l'environnement, très efficace, dans les meilleures conditions possibles ;
2. On fait ensuite, les yeux ouverts bien entendu, ce que l'on vient de visualiser en détente (temps d'enregistrement des données) ;
3. Enfin, on referme les yeux, en position de relâchement assis, en récapitulant ce que l'on vient d'apprendre (moment de synthèse, d'analyse, de rappel et de fixation), avant de percevoir à nouveau son corps détendu et réaliser la reprise.

Il faut noter que dans cette pratique on cumule à la fois les effets de la S.A.P. (anticipation mentale préalable) et ceux d'une détente, déconnexion avec l'entourage, forcément bénéfique à elle seule pour se concentrer et enregistrer des données.

Y. Davrou présente une autre technique d'apprentissage, variable en fonction des nécessités de rétention (par cœur ou non¹).



Si l'on doit apprendre un texte par cœur

1. Atteindre le seuil sophro-liminal ;
2. Se placer en posture anatomique, et lire le début de ce qui doit être retenu ;
3. Retrouver une position de détente classique, pour évoquer ce qui vient d'être lu, en essayant de fixer le texte en état sophronique (s'il y a des lacunes, ça ne fait rien) ;
4. Reprendre la posture anatomique et répéter, sans le lire, le texte qui vient d'être fixé et comparer avec le texte de référence... voir ce qui manque... le relire ;
5. Deuxième fixation, en comblant les lacunes...

Progresser ainsi, jusqu'à ce que tout le texte soit su, puis opérer la reprise.

S'il n'est pas besoin de connaître le texte par cœur

1. En posture anatomique : lecture du texte ;
2. Détente classique, évocation et fixation de l'essentiel, pour faire ensuite, si l'on veut, des associations avec les autres chapitres ou d'autres contenus ;
3. On reprend la posture 3^e degré, pour répéter ce qui vient d'être fixé, puis on en fait la synthèse.

1. Davrou Y., *Comment relaxer vos enfants*, 1985.

Davrou Y., Leclercq F., *Les étonnantes possibilités de votre mémoire par la sophrologie*, 1986.

RÉSURGENCE DU PASSÉ, RAPPEL DE SOUVENIRS



Une image de départ, une photo de classe par exemple, peut fournir le prétexte à une évocation du passé : on retrouve les noms des camarades, leurs particularités, les relations qu'on entretenait avec eux... Tel ou tel épisode précis, plus ou moins enfoui, de l'enfance, peut ressurgir ensuite.

Il nous arrive souvent en groupe de Relaxation Dynamique d'inciter les participants à retrouver des souvenirs liés à une sensation (visuelle, olfactive, gustative, auditive ou tactile). Ce travail se fait en R.D.II B., après focalisation sur un organe sensoriel. La vue d'une couleur peut ainsi activer certains souvenirs, certaines situations, associés de près ou de loin à la couleur (exemple, jaune \leftrightarrow tricot d'une amie, etc.) Une musique douce induite pour développer le sens de l'ouïe suscitera des images en rapport avec des scènes plus ou moins lointaines impliquant ce type de musique, etc.

Il est en outre classique, lorsqu'on part « à la recherche du passé », d'utiliser une méthode consistant à diviser l'histoire du sujet en trois parties sensiblement égales ; chaque tiers de vie, évoqué en état sophronique, offre son lot de souvenirs agréables et positifs qui ressurgissent dans la conscience.

Rappel de souvenirs *positifs* certes, qui renforcent le bien-être actuel du sujet... Mais il n'est pas si facile en pratique, de séparer, entre veille et sommeil, le bon grain de l'ivraie !...

Nous mentionnons cette possibilité de reviviscence agréable tout en mesurant la marge étroite qui nous sépare ici d'un abord thérapeutique découvrant, où l'on ne saurait *a priori* décider ce qui est positif et ce qui l'est moins.

PROGRAMME GLOBAL D'ACTIVATION MNÉSIQUE

Il convient, avant de clore ce chapitre sur l'entraînement de la mémoire, de rappeler la méthode établie par A. Caycedo lui-même, ainsi que la préparation préalable proposée par Y. Davrou¹.



Préparation (Davrou)

Debout

- Sophronisation de base ;
- Concentration sur sensations présentes, objet neutre, naturel ;
- Activation intra-sophronique par un mouvement de R.D.I ;
- Récupération : concentration sur les sensations corporelles et sur l'objet neutre.

Assis

- Relaxation profonde ;
- Changement de l'objet de concentration en sujet lui-même (auto contemplation) ;
- Exercice de R.D.II (mouvements de tête par exemple) (S.A.P. concernant un projet précis, éventuellement) ;

1. Cf. Davrou Y., ouvrages précédemment cités.

- Sophro-activation-sensorielle, sensation(s) agréable(s) vécue(s) au passé, puis au présent, enfin au futur (sensation agréable du passé que l'on retrouve, puis on sent ses traces au présent, et l'on projette cette sensation dans une situation à venir).

(Ré)éducation sophrologique de la mémoire (Caycedo)

Assis

- Réalisation de l'état sophronique, et évocation d'un souvenir agréable dans chacun des trois tiers de la vie du sujet ;
- Fixation de ces trois souvenirs (préciser, les détailler) ;
- Associations : laisser venir les associations positives engendrées par chacun des trois souvenirs.

Passer en posture de 3e degré

- Répétition mentale, yeux mi-clos, des souvenirs positifs évoqués, fixés, et des associations suscitées ;
- Présentation (« présentification » !) : résumer en un mot, une image, une phrase chacun des trois souvenirs et ses associations.

Cette méthode doit s'acquérir très progressivement ; les cinq temps complets seront réalisés au bout d'environ sept semaines (à raison d'un ou deux entraînements par semaine).

LA PRÉPARATION AUX EXAMENS ET DIVERSES ÉPREUVES

L'APPLICATION de la sophrologie est pertinente chaque fois qu'il est souhaitable de réduire le niveau d'anxiété, de conserver la maîtrise émotionnelle, de minimiser, dans une situation donnée, l'impact des interférences affectives négatives.

On n'est donc pas surpris de devoir répondre, chaque année en période d'examens, à une demande accrue de consultations pour préparer des candidats à des concours ou autres épreuves. Difficultés de concentration, de mémorisation, problèmes de trac surtout, sont les motifs manifestes des prises de rendez-vous.

La première idée que je voudrais développer, en ce qui concerne ces préparations, est que le sophrologue, aussi compétent soit-il, ne peut aller à l'encontre des désirs profonds du sujet.

Un exemple en dira davantage sur ce point.

Me revient à l'esprit le cas de ce jeune homme, décidé à se présenter au concours d'entrée d'une grande École, aussi prisée que prestigieuse.

Il commença à se dire très anxieux à la perspective de ce concours qu'il devait « à tout prix » réussir. Il avait en effet le plus grand mal à apprendre, à retenir, et au fur et à mesure que l'échéance approchait, son appréhension allait croissant.

Deux entretiens préalables allaient le conduire à remettre lui-même en question l'orientation qu'il prenait.

Il s'avérait, à la réflexion, que ses difficultés d'apprentissage et ses tensions provenaient d'une attitude extrêmement ambivalente à l'égard du concours convoité.

S'il désirait réussir c'était pour répondre à un désir paternel pressant ; entrer dans cette école était aussi faire un pas supplémentaire dans un assujettissement à des désirs qui n'étaient pas les siens.

Son père l'avait en fait toujours « poussé » dans les études, et il y avait jusque-là fort brillé ; aussi doué scolairement que désadapté et inhibé dans sa vie relationnelle...

Là où ce même père avait échoué, il aurait dû réussir.

On comprenait mieux le sens des tensions accumulées ; le jeune homme décida finalement de prendre un temps pour réfléchir afin de savoir s'il allait ou non se présenter au concours.

Dans un tel cas, le *besoin d'échouer* (pour se poser face à un père ne souhaitant qu'imposer ses désirs) paraissait au moins aussi fort que la *volonté de réussir*.

La prise de conscience de ce conflit interne a entraîné la décision d'ajourner la préparation sophrologique, en amorçant un travail d'autonomisation.

Que serait-il advenu si l'on était directement passés à la pratique sophronique ? Nul ne peut réellement le dire, mais il est probable que, sous forme de résistances par exemple, les conflits sous-jacents se seraient manifestés.

Ce que l'on a coutume d'affirmer pour l'hypnose vaut autant pour la sophrologie : le thérapeute, ou le pédagogue, ira *jusqu'où le sujet lui permettra d'aller, et seulement jusque-là*.

Si le désir de réussite est profond et authentique, l'activation sophronique va considérablement augmenter les chances d'être « au mieux de sa forme » au moment de l'examen ; dans le cas contraire, si le client le souhaite et si son système défensif le lui permet, l'objectif du suivi se déplace : on va travailler en entretien, ou même avec des techniques plus découvrières, ce qui bloque l'apprentissage, ce qui gêne la concentration et déclenche des attitudes d'échec.

On a noté dans l'exemple ci-dessus qu'il n'est pas exclu, dans cette nouvelle optique, de voir le sujet renoncer de lui-même à un entraînement qui serait fondamentalement incompatible avec des désirs ou des besoins profonds mieux perçus.

À cette réserve près, nous pourrions souvent recourir aux méthodes plus directes de manière très efficace, puisque la plupart du temps les motifs de réussite sont prépondérants.

Il est ainsi courant d'utiliser des S.A.P. dans lesquelles le sujet visualise son succès, s'anticipe tout à fait calme, lucide, efficace, pendant l'épreuve.

Différents comportements peuvent être envisagés, en état sophronique, le sujet se percevant à l'aise aussi bien face à un examinateur compréhensif, qu'irascible ou agressif. On pourra insister sur un vécu de l'épreuve séquence par séquence, du début à la fin, en y intégrant des signes-signaux conditionnants :

« À l'instant même où vous pénétrez dans la salle d'examen, votre calme, votre aisance gagnent encore en intensité. »

Le *terpnos logos* sera naturellement personnalisé, adapté aux points faibles spécifiques à chacun. Tel individu, habituellement vite désarçonné face

à des critiques, anticipera des réactions d'indifférence, se récupérant sans problème en cas d'échanges trop acides. Tel autre se percevra, de bout en bout, doté d'une voix tranquille et assurée, la respiration toujours paisible, etc.

Ces techniques sont valables pour toutes sortes d'épreuves dont le facteur commun est l'exigence de régulation émotionnelle. Elles intéressent autant l'artiste en proie au trac que l'étudiant se préparant à un examen, ou le débatteur soucieux d'assurer une prestation à la hauteur de ses ambitions.

J'opte personnellement assez fréquemment pour une technique tirée de celle que R. Abrezol a mise au point pour le sport (*cf.* chapitre précédent) en l'adaptant à l'épreuve redoutée. Ce procédé, comme on l'a vu, a l'avantage d'additionner les effets d'une mobilisation énergétique optimale, et ceux de la suggestion imagée pratiquée en relaxation profonde.

Le sujet, placé mentalement dans la situation d'examen, s'y perçoit et s'y sent, grâce aux mouvements dynamisants de R.D., particulièrement solide et « équilibré » (dans tous les sens du terme), développant sa sécurité interne et même une certaine audace. Ce qui suit est la transcription d'une induction réalisée avec cette méthode pour préparer une élève de conservatoire à l'examen de fin d'année (clarinette). Les suggestions ont été élaborées en fonction des besoins exprimés par le sujet.



Sophronisation de base debout

- *Chauffage corporel rapide*

« Vous approfondissez votre détente en respirant avec votre ventre, d'abord lentement, puis, plus rapidement... afin de bien oxygéner votre corps... pour obtenir un relâchement encore plus complet, physique et mental... »

Quand vous le souhaitez, vous retrouvez votre respiration de détente, naturelle, automatique... Sensation de récupération... Et déjà vous pensez à la prestation musicale, que vous devez bientôt accomplir... Vous voyez l'endroit, le cadre où se situe ce concours... Vous anticipez cela dans les moindres détails... La salle avec ses particularités, les membres du jury... le public... Tout en maintenant ce lieu présent à votre esprit... »

- *Rotations de la tête*

« Vous faites des rotations de la nuque dans les deux sens... comme si vous suiviez avec la tête un cercle au-dessus de vous... Tout le corps peut suivre le mouvement... Pendant que vous faites cela, vous vous voyez avant d'entrer en scène... Votre concentration est excellente... et vous vous rendez compte que vous avez envie de faire ce concours... Un certain plaisir que vous ressentez à montrer ce dont vous êtes capable... Plaisir très fort aussi de la musique... Vous vous voyez, vous vous sentez sûre de vous, et déjà dans l'ambiance du morceau que vous allez jouer... »

- *Contraction des muscles du cou*

« Vous contractez les muscles de votre cou une quinzaine de fois, tout en maintenant l'image de cet endroit... Puis, voici venu le moment d'apparaître sur la scène... Vous sentez très profondément votre détermination... votre calme, votre énergie... Votre concentration augmente encore... tandis que vous sentez une douce chaleur dans tout le corps... dans vos mains, vos doigts en particulier... Détente des doigts... Tranquillité

totale... Vous tenez votre instrument à la main... et décidez, quand vous sentez que c'est le moment, de prendre la posture adaptée, sans précipitation, pour commencer votre morceau... »

- *Geste de pompage*

« Maintenant vous allez respirer à fond... puis bloquer l'air, et pomper énergiquement avec vos épaules... Vous retenez l'air quelque temps... Puis vous expirez en vous laissant aller à nouveau, les bras le long du corps... Détente-récupération... Vous avez activé la chaleur de vos bras, de vos mains, de vos doigts... Vous sentez cette chaleur, synonyme de détente, de disponibilité... Vos doigts sont totalement disponibles, au service de votre morceau... Les bras dégagés, libérés de toute tension... Déjà plongée dans l'ambiance musicale du morceau, vous commencez à jouer... Le visage détendu, surtout les lèvres... Votre corps est stable... Les pieds bien campés sur le sol... Absorbée par l'ambiance musicale, vous êtes indifférente à l'environnement... Plongée dans le bain de musique que vous créez vous-même... »

- *Sauts de polichinelle*

« Puis, quand vous le désirez, vous gonflez à nouveau les poumons pour retenir l'air, et sautez sur place, comme un polichinelle... en retenant l'air le plus longtemps possible... Air que vous expulsez quand vous ne pouvez plus tenir...

Récupération... Vous sentez votre énergie... Énergie toujours plus grande... Vitalité... Force... En même temps qu'une grande paix... Pendant que vous jouez, passionnée par votre morceau... À l'aise et passionnée... Indifférente aux spectateurs... Il se peut que vous entendiez parfois du bruit, des murmures... ou au contraire un grand silence... Peu vous importe... »

- *Moulinets*

« Maintenant, après avoir vidé vos poumons, vous respirez à fond, en levant vos bras à l'horizontale... Puis, en rétention d'air, vous faites des mouvements de rotation avec les bras, mouvements de moulinets... Puis, vous expulsez l'air... et retrouvez progressivement votre position initiale... Détente... Vous sentez de nouveau très nettement la chaleur de vos doigts, que vous voyez agiles, totalement disponibles... Sûreté, précision de votre jeu... Vous jouez avec votre cœur davantage encore qu'avec vos doigts... Toute votre affectivité est au service de la partition musicale... Vous vivez tout cela profondément jusqu'à la fin de votre morceau... »

- *Tension de tout le corps*

« Et, à présent, vous remplissez d'air vos poumons... Puis, vous crispez tous les muscles de votre corps... Poings fermés... Tous les muscles, des pieds à la tête... Rétention d'air aussi longtemps que possible, puis expiration... Relâchement total, au bord du sommeil... À la fin de votre prestation maintenant, vous êtes heureuse d'avoir pu exprimer toute votre sensibilité musicale... Heureuse d'avoir mené l'épreuve sans la subir... Totalement satisfaite... Des applaudissements se font entendre, ou non... Aucune importance... Vous êtes heureuse d'avoir joué au mieux de vos possibilités, et avec un plaisir extrême... »

- *Lever bras*

« Vous pouvez maintenant vider vos poumons... et les remplir, en imaginant que vous soulevez de terre un poids très lourd... Vous retenez l'air, en tendant au maximum les mains au-dessus de la tête... Vous forcez beaucoup car ce poids est très lourd...

Tous les muscles du corps sont tendus... Vous supportez ce poids autant de temps que vous le pouvez, avant d'expirer et ramener les bras le long du corps... Vous êtes consciente de tous les mécanismes qui se passent en ce moment en vous... Puissance, maîtrise... Équilibre... dans la tranquillité...

Il vous est possible à présent de faire un récapitulatif des différents moments de ce concours... Enchaîner mentalement les différentes étapes que vous venez de vivre,

du début à la fin... Vous pouvez également insister davantage sur tel ou tel point ou moment précis... Prenez le temps qu'il vous faut pour réaliser tout cela... »

- *Geste de rotations du corps*

« Avant d'effectuer un dernier mouvement... que vous visualisez avant de le faire... vous allez vider vos poumons en vous penchant en avant... Puis vous les remplissez d'air en remontant votre buste latéralement de façon à ce que vos poumons soient pleins lorsque vous arrivez en haut... Vous faites ensuite deux ou trois tours de rotation avec le buste, en gardant l'air... au deuxième ou au troisième tour, quand vous arrivez en position droite, vous expulsez l'air violemment par les narines, en vous penchant en avant...

Vous gardez ensuite la tête le plus bas possible, quelques instants... Puis vous retrouvez lentement votre position de base... »

- *Reprise*

« Vous allez faire maintenant votre reprise... en dirigeant vous-même votre retour à la réalité extérieure... Avec quelques respirations profondes pour bien retrouver votre tonus... En vous étirant bien... Reprise, à votre rythme, pour revenir en pleine forme... »

Je donnerai enfin l'exemple d'une *préparation pour une opération chirurgicale*, telle que j'ai pu la pratiquer chez un enfant de huit ans.

Ce garçon avait déjà subi de nombreuses interventions à cause d'une fente palatine importante. « Enfant calme et raisonnable apparemment, dit la mère, mais en fait très tourmenté ». Celle-ci m'a écrit, après l'opération, pour me faire part de l'impact de la préparation, par comparaison avec les interventions précédentes :

- L'anesthésiste, qui connaissait bien l'enfant, s'est étonné de son calme la veille de l'opération ; il avouera ne pas avoir utilisé tout l'anesthésiant prévu... Les saignements post-opératoires ont aussi cessé beaucoup plus rapidement qu'à l'accoutumée ;
- Seule ombre au tableau : le garçon, qui devait passer sept jours en réanimation, a un mauvais souvenir de son séjour dans cette salle où il n'est en fait resté que deux jours, ayant vivement insisté pour regagner sa chambre plus rapidement et retrouver ses parents ;
- Enfin, généralement très agressif et très exigeant les deux mois suivant l'opération, notre petit patient a cette fois réussi à conserver sa sérénité préopératoire.

Ce résumé fidèle de la lettre de la maman tend à accréditer l'idée d'une influence très favorable, dans son ensemble, de la préparation sophronique.

L'impact est parfois moins évident, pour des raisons que l'on commencera à entrevoir dans le chapitre suivant, mais dans une large majorité de cas, l'apport de la sophrologie est très appréciable.

Je reproduis un extrait des inductions formulées en vue de cette intervention, en exposant du même coup une façon d'« improviser » un *terpnos adapté à l'imagerie propre à l'enfant*.

Ce dernier, que l'on dénommera Arnaud, déclara avant la séance beaucoup aimer le Disney channel et ses dessins animés. Avant de réaliser sa cassette, lors de la dernière séance, j'ai pris soin de lui en indiquer les grandes lignes, pour qu'il ne soit pas surpris notamment par le passage de l'induction plaisante du début (destinée à le conduire au seuil d'endormissement) à l'évocation, beaucoup plus prosaïque, de son séjour à l'hôpital.

« **Arnaud**, tu trouves une bonne position pour te détendre sur ton matelas... Quand tu l'as trouvée, tu peux fermer les yeux... Tu te laisses aller, tu te décontractes, tu te détends... Ta respiration calme, très calme... Tu relâches bien ton visage... ton cou... tes bras... Tu décontractes ton dos, ton thorax... Tu es tout à fait tranquille... Tu perçois le relâchement de ton ventre, de ton bassin... de tes jambes... tout ton corps bien détendu, tu te laisses aller... comme si tu voulais approcher encore plus près du sommeil... À l'aise, relâché, sur ton matelas... complètement détendu... Peut-être sens-tu tes bras un peu plus lourds... (*activation de la lourdeur du corps, de la périphérie – bras, jambes – à la totalité du corps, cf. Schultz*)...

Tu te laisses aller maintenant complètement... et tu profites de cette détente pour laisser venir une image... Tu peux par exemple imaginer que tu es devant ton poste de télévision... Tu t'installes bien dans cette situation, tu te vois devant ton poste de télévision ?

(*Confirmation, avec le doigt*)...

Maintenant tu décides d'allumer la télé... et tu observes l'image qui se présente sur l'écran... Cette image, tu la connais déjà... Tu as déjà vu cette émission... ce sont des animaux du Disney channel que tu connais bien... Tu les vois très bien, à présent...

(*Confirmation avec le doigt, et description par Arnaud des animaux qu'il visualise*)...

Et maintenant, on va faire comme si tu pouvais aller retrouver toi-même ces animaux, passer de l'autre côté de l'écran... Tu te vois à présent en compagnie de ces animaux, tranquille avec eux... Tu vas passer un bon moment... Partir avec eux dans la forêt... pour faire une belle promenade... une belle balade... Tu te laisses guider par ces animaux, qui connaissent parfaitement la forêt... Tu es en sécurité avec eux... C'est leur territoire... Ce sont tes amis... Ils t'invitent chez eux dans la forêt...

(*Évocation de tout ce qu'on peut voir, sentir, entendre, dans cette forêt*)...

Vous arrivez maintenant dans un endroit où se trouve une maison en bois... On dirait que les animaux la connaissent bien cette maison... Alors tu les suis... Tes amis décident de rentrer dans cette maison... Ils te demandent si tu es d'accord pour y entrer... Tu es d'accord ?

(*Confirmation avec le doigt*)...

Alors vous y entrez... Et, tout en entrant, tu t'aperçois qu'il commence à faire un peu nuit... Le soleil va bientôt se coucher... Il était temps d'arriver dans cette maison... Vous vous installez bien au chaud... C'est leur maison, mais tu t'y sens comme chez toi... très, très bien... Vous voilà un peu fatigués après cette promenade dans la forêt... Il commence à se faire tard... et vous décidez de vous coucher... Il y a juste un lit pour toi, tu t'y installes... tandis que les autres

animaux sont là, à côté... Ils n'ont pas besoin de lit, eux !... Ils sont tout à côté de toi... Tu entends leur respiration... Ils dégagent beaucoup de chaleur... Tu te sens tout à fait bien pour dormir avec ces animaux, tes amis... Et maintenant, tu les vois s'endormir, les uns après les autres... Et toi-même, tu as envie de dormir, tu as sommeil... Tu es complètement heureux avec ces amis animaux... Le corps bien détendu... Tout près du sommeil... Tu te vois en train de passer une nuit très paisible, profonde... complètement calme... qui te permet de récupérer totalement...

(Signe-signal)...

Cette nuit paisible, tu es capable de la vivre également chez toi quand tu dors. Dès que tu te mets dans ton lit, tu laisses venir ce calme... pour passer une nuit tout aussi agréable, tout aussi reposante, que celle passée dans la forêt, dans la maison des animaux... Un repos complet à chaque fois...

(S.A.P. intervention chirurgicale)...

En particulier samedi prochain (*veille de l'entrée à l'hôpital*)... tu te vois dans ton lit, le soir, en train de t'endormir très calmement (*doigt*)... et passer une nuit comme tu les aimes, bien reposante...

... Et tu te retrouves le lendemain, dimanche matin, après le réveil... Tu sais que c'est le jour où tu dois te rendre à l'hôpital de X... Tu es prêt aussi bien que tu peux l'être... Confiant, tranquille... Tu sais que tu vas faire quelque chose de nécessaire et aussi d'utile pour toi... Puisqu'il faut le faire, tu t'y prépares le mieux possible... Tu te vois maintenant en train de partir avec ton papa et ta grande sœur, à l'hôpital... Tu dois entrer dans un service que tu connais bien, alors tu peux l'imaginer dans le détail... pour bien te sentir dans cette situation... Tu t'y vois bien, tranquille avec ton papa et ta grande sœur... à l'hôpital, tu es rempli de confiance... Peut-être ensuite peux-tu jouer... ou lire sur ton lit... tu vois comment se déroule la journée de dimanche... Sans oublier ta maman, qui doit venir le soir... Tu la vois arriver dans ta chambre... Content qu'elle soit là, rassuré...

Puis, la nuit à l'hôpital, le dimanche soir... une bonne nuit agréable... Tu sais que tu peux avoir totalement confiance, et que le lendemain doit se réaliser quelque chose de très important et très utile pour toi... Après ce bon sommeil, tu es très reposé le lundi matin, journée de cette petite opération... Tu en as l'habitude, mais c'est peut-être la première fois que tu te sens aussi rassuré pour cette journée... Alors tu te retrouves à présent juste avant de passer dans la salle d'opération (*doigt pour confirmer, insistance sur la confiance, le calme...*)... À présent, te voilà, après l'intervention, au moment du réveil... Tu te sens beaucoup mieux que d'habitude au réveil... Beaucoup mieux... Tu récupères vite... Tu récupères très très vite... et tu as aussi un bon moral... Content que cela se soit passé tout à fait bien... Tu te vois donc après l'opération, en pleine forme... (*doigt*)... Bien... Tu devras passer ensuite une semaine à l'hôpital où tu récupéreras tranquillement ta santé... Des gens viendront te rendre visite... On s'occupera de toi... et quand on ne le fera pas, tu pourras en profiter pour lire, pour t'amuser... Tu dormiras très bien aussi... Tu visualises tout cela... ... Tout ce que tu as vu maintenant se déroulera d'une façon tout aussi positive pour toi... Tu t'es bien préparé pour que tout se passe bien... Tu es content et rassuré de tout cela...

... Alors, tu peux revenir maintenant dans la petite maison avec les animaux... Tu assistes au réveil des animaux (*doigt*)... Ils sont très contents d'avoir passé une bonne nuit avec toi... Toi aussi tu vas sentir ton corps et te réveiller dans cette maison... Tu vois ton réveil en pleine forme dans le chalet... Puis, vous repartez pour une nouvelle balade dans la forêt avec les animaux... (*doigt*)...

... C'est très bien, maintenant, tu peux laisser de côté toutes ces belles images... et ressortir ici-même, à ton rythme, comme si tu te réveillais... Tu ressorts, très dynamique, en bonne santé, etc. »

(Reprise classique)

ENTRE PÉDAGOGIE ET THÉRAPIE

Si, en principe, dans toutes les applications pédagogiques que je viens d'énoncer, dominent les notions d'« action positive », de « contrat » limité, chères à A. Caycedo, force est de se rendre compte que, dans certains cas, les besoins du sujet obligent le sophrologue à passer sur un mode découvrant.

Les limites entre pédagogie et aide thérapeutique deviennent alors beaucoup plus discutables. La mobilité du thérapeute, sa souplesse dans l'utilisation de telle ou telle technique, sont commandées par la prise en considération du *sens* de la démarche et des problèmes du client.

Les exemples ci-après tendent à illustrer l'idée qu'il existe parfois un tel décalage entre l'apparente simplicité d'une demande manifeste (d'appoint pédagogique) et la complexité véritable des problèmes sous-jacents, qu'une sophrologie répondant systématiquement aux demandes formulées ne saurait être efficace.

Les symptômes, la démarche du client, ont un sens qu'il convient de prendre en considération dans un contexte personnel d'ensemble. Ceci n'enlève rien à ce qui a été dit de l'impact indéniable de nos méthodes en pédagogie, car il est certain que dans la plupart des cas les objectifs de l'entraînement rejoignent les aspirations profondes des demandeurs. Un sportif n'a en effet généralement envie que... de progresser, et une femme enceinte... d'accoucher dans les meilleures conditions ! Mais on doit reconnaître qu'il n'est pas si rare de rencontrer des personnes ayant des motivations beaucoup moins claires et nécessitant pour le moins une explicitation. Le cas exposé dans le chapitre précédent (préparation au concours d'entrée d'une grande école) en est une bonne illustration.

Les exemples qui suivent serviront à faire la transition entre les applications pédagogiques et l'approche thérapeutique en sophrologie, en montrant qu'une demande ponctuelle... peut en cacher une autre, plus large.

Pédagogie et thérapie se côtoient alors de très près, tandis que le sophrologue est amené à orienter son approche en fonction des besoins de son client.

Cas n° 1 — Préparation à une intervention dentaire

Une jeune femme, disons Mme B., m'affirmait avoir une forte appréhension à l'idée de prendre rendez-vous chez le dentiste. Elle ne s'était pas faite soigner les dents depuis des années mais ne pouvait plus repousser encore trop longtemps des soins devenus obligatoires.

Elle me contacta après avoir entendu parler de la sophrologie comme une possibilité d'obtenir au cabinet dentaire la détente souhaitable, et une moindre sensibilité à la douleur.

L'entretien préliminaire m'informa que cette dame « était en analyse » depuis trois ans. Je l'ai mise au courant des techniques sophroniques, étant entendu que la situation, le mode de contact ou la relation spécifiques à la dentisterie pouvaient être chargés pour elle d'une signification qu'il ne faudrait peut-être pas négliger. Son parcours analytique lui permettait de comprendre tout cela fort bien.

Je rajoutai qu'il n'était pour moi pas question d'interférer dans le cours de sa thérapie, et proposai un « contrat » limitant le nombre des séances destinées à l'apprentissage de la relaxation, et orientées en vue des soins dentaires.

Je prévoyais donc de réaliser un entraînement à base de sophronisation « simple », de S.A.P. et de S.C.S. appropriées à la dentisterie.

À la deuxième séance, les associations faites par la patiente, après une sophronisation de base, et le vécu de cette relaxation, mirent en question ce programme d'entraînement.

La respiration rythmée et approfondie, effectuée au cours de la détente, lui suggéra des images de rapports sexuels... Elle me dit cela après la sophronisation, mais j'avais noté des tensions à l'évocation du rythme respiratoire.

Le dialogue post-sophronique fut pour elle l'occasion de parler des symptômes qui l'avaient incité à commencer une psychanalyse : elle était frigide, supportait très mal le contact physique, et surtout avait en horreur le moment où son partenaire « pénétrait » en elle.

Elle rapprocha spontanément cet enchaînement d'idées du motif de sa consultation actuelle : les « manipulations » faites par le dentiste à l'intérieur de sa bouche (avec ses « instruments » générateurs de douleur) n'étaient pas sans évoquer des fantasmes liés à la pénétration.

Le problème, commun ici aux soins dentaires et aux rapports sexuels, s'avérait provenir d'une difficulté à accepter un « corps étranger » à l'intérieur de soi...

Je n'ai eu aucune « interprétation », ni même intervention à faire, me contentant d'écouter ce qu'elle disait.

Notre contrat paraissait cependant toucher là ses limites, et Mme B. reconnut elle-même qu'il valait mieux « ajourner » la préparation, tant que le problème de fond n'avait pas été dépassé. De toute façon, la détérioration de ses dents, disait-elle, pouvait encore heureusement supporter une échéance supplémentaire !

Si notre projet préalable a été détourné de ses objectifs, il n'en était pas moins intéressant pour cette cliente de reprendre avec son thérapeute le sens de ce qu'elle avait découvert au cours de son « escapade » sophronique.

J'utilise volontiers ce terme d'« escapade » car il serait tout aussi édifiant de savoir ce qu'a représenté pour Mme B. l'intervention, même momentanée, d'un tiers (soignant) dans ses rapports avec son analyste...

Il appartenait, m'a-t-il semblé, à l'analyse d'élucider, dans son cadre, le sens des symptômes mais aussi de la démarche de Mme B.

Ce deuxième exemple, bien que totalement différent du précédent, montrera aussi la nécessité d'adapter le mode d'approche en fonction des besoins du patient.

On y verra en outre comment le symptôme qui a conduit Mme C. à consulter perdra par la suite toute son importance.

Cas n° 2 — Demande d'aide ponctuelle après un accouchement

Je connaissais Mme C. qui était déjà venue me voir pour préparer son accouchement.

Elle revint un mois et demi après la naissance du bébé ; elle était ravie du bon déroulement de son accouchement. Elle commençait cependant à avoir quelques difficultés à allaiter sa petite fille, ayant beaucoup moins de lait qu'au début.

Pendant la préparation, je lui avais fait vivre l'allaitement de son futur bébé, ce qu'elle avait toujours vu dans de bonnes conditions ; aussi avait-elle pensé que je pourrais l'aider en centrant les sophronisations sur ce problème. J'ai alors pensé utiliser une technique de *focalisation* : sensation de chaleur aux seins, associée à la montée de lait, avec visualisation d'un allaitement bien réussi.

Après avoir atteint le seuil sophro-liminal, je lui ai ainsi demandé de sentir la chaleur irradiant complètement ses deux seins ; elle devait lever le doigt lorsqu'elle percevait cette chaleur. Après un temps d'attente, aucune réponse n'était manifestée. J'ai alors essayé de l'aider en suggérant des images de soleil, puis d'autres situations où la chaleur devait rayonner agréablement... sans aucun effet.

On a alors effectué la reprise, après un détour par la détente corporelle.

La discussion qui suivit m'apprit qu'en fait elle avait perçu une forte sensation de chaleur au sein droit, mais non au sein gauche (« Comme si mon corps n'avait qu'un sein. »).

Elle avait vécu avec anxiété cette impression de « mutilation ».

Je lui ai demandé si des souvenirs pouvaient être associés à cette impression ; c'est alors qu'elle me fit part d'une anecdote personnelle que lui avait racontée sa mère.

Une semaine après sa naissance, elle avait eu (et, curieusement, sa mère aussi) un abcès au niveau du sein gauche. L'allaitement maternel a dès lors été interrompu. Le médecin a pratiqué une petite intervention consistant à inciser l'abcès (sur la mère et sur la fille). Mme C. a depuis conservé, me dit-elle, une petite cicatrice sur le sein gauche. Elle indiqua ne s'être aperçue de son existence que vers l'âge de douze ans, alors qu'elle se regardait dans un miroir.

L'absence de montée de lait, la difficulté à percevoir des sensations de chaleur à ce sein, les souvenirs évoqués, m'ont incité à pratiquer une sophro-mnésie, dont je relate les principales étapes.

Elle se revoit à l'âge de douze ans

« – Je suis dans ma chambre, je touche mon sein... Je ne comprends pas pourquoi j'ai cette cicatrice... Ma mère est là... J'ai un peu honte de lui demander... Elle rigole et dit que ce n'est rien... qu'on m'a fait ça après la naissance avec un bistouri... J'en veux à ma mère... »

– Pourquoi ?

– Parce qu'elle rigole... Pour moi, c'est important, elle ne se rend pas compte... »

Une semaine après sa naissance

« Je suis sur les genoux de ma mère... Il y a des ombres blanches (*elle dira par la suite que ça devait être le docteur et les infirmières*)... (*Silence, je l'incite fortement à voir la suite*)... On me prend des bras de ma mère, et je suis sur une table... (*Incitations de ma part*)... Le docteur tient quelque chose dans sa main (visage de frayeur... elle se met la main devant les yeux, comme pour ne pas voir...)

Je lui demande : – Qu'est-ce qu'il tient ?

– On dirait un couteau... Il s'approche, il y a des gens qui me tiennent... J'ai très froid... (*elle vit et ressent complètement la situation ; sa respiration devient haletante*)... J'ai très froid au sein... » (*Respiration saccadée, elle se tord sur elle-même, en proie à une grande émotion... Elle pleure... Après quelques instants, je lui demande de reprendre sa position de détente... Elle retrouve peu à peu son calme*)...

Puis, je lui propose de « remonter » en visualisant quelque chose de très positif avant l'âge de dix ans. Elle se voit alors petite fille dans un pré, en train de cueillir des fleurs, « avec une très belle robe », précise-t-elle.

Après ce vécu très agréable, je l'incite à vivre un moment de son adolescence, où elle est heureuse de sa féminité, où elle sent son corps se développer harmonieusement.

Elle se revoit alors toute nue devant sa glace, positivement cette fois. Puis elle a revécu rapidement des périodes, des *flashes* de sa vie amoureuse et féminine (flirts, rencontre avec son mari, grossesse, accouchement...); enfin, elle visualisa un allaitement, avec les seins « gorgés de lait ».

Après la reprise, Mme C. a manifesté un grand soulagement, et a été étonnée de l'importance du vécu émotionnel et corporel, en disant qu'il n'était pas réellement possible de décrire verbalement ce qu'elle avait ressenti, mais que c'était « très profond ».

Elle a fait aussi des rapprochements entre ces sensations vécues en sophro-mnésie et celles qu'elle a parfois dans la vie courante lors de fortes émotions (transpiration, frissons, etc.) On peut se demander si la sensation de froid au sein gauche n'était pas due au produit anesthésiant, dont elle avait gardé le souvenir sensitif, la « trace » corporelle. Sa mère lui a en effet, peu après cette séance, confirmé qu'elle avait été localement anesthésiée.

Il semblerait d'autre part que la première scène, devant la glace, à l'âge de douze ans, corresponde à une activation du vécu de mutilation corporelle (« C'était

important pour moi, et ma mère rigolait ! »). Ceci, à un moment où le corps va subir les transformations qui conduiront à l'âge adulte, avec toutes les inquiétudes adolescentes liées aux modifications de l'image de soi.

Quant au « souvenir traumatisant », l'incision de l'abcès après la naissance, on peut constater que son vécu a été particulièrement pénible, mais qu'il a été suivi d'une véritable libération s'exprimant par ce que j'ai (pour mon compte) interprété comme une sorte de réhabilitation de sa féminité. Madame C. a vu en effet spontanément une image d'elle, petite fille « avec une très belle robe », puis, cette fois à ma demande (qui me paraissait aller dans le sens de son image précédente), elle a revu divers moments durant lesquels son identité de femme s'était le mieux épanouie.

Avant de terminer la séance, Mme C. a dit : « Maintenant, ça n'a plus pour moi autant d'importance si je n'allait pas ma petite fille ; c'est quand même assez pratique de lui donner le biberon ! ».

Quoiqu'on en pense, le problème de l'allaitement ne se posait effectivement plus du tout comme au début : la demande était ailleurs...

Utiliser une technique de *focalisation*, dans d'autres cas nécessaire et suffisante, aurait été ici ne s'en tenir qu'à la demande manifeste.

La sophromnésie a permis d'aller plus avant, en remplaçant les difficultés d'allaitement dans un contexte personnel plus large, en rapport avec une féminité difficile à affirmer¹.

Cas n° 3 — Préparation à un accouchement.

Madame D. avait vécu la naissance d'un premier enfant très douloureusement, sur tous les plans : vives angoisses avant et pendant l'accouchement, douleurs physiques insupportables.

Avant la venue de son deuxième enfant, alors qu'elle était enceinte de sept mois, elle prit la décision de « consulter », sentant qu'allait se renouveler la première expérience.

Elle paraissait angoissée, sans raison apparente, et souhaitait bénéficier d'une préparation sophrologique pour vivre de manière plus détendue la fin de la grossesse, et accoucher dans des conditions plus favorables que la première fois.

Mme D. emporta avec elle, après la première séance, une cassette qu'elle devait écouter de temps à autre chez elle pour accélérer les effets d'un entraînement qui débutait assez tardivement. Elle revint, la semaine suivante, en déclarant que l'audition de la bande avait chaque fois suscité du malaise et une angoisse aussi aiguë qu'indéfinissable.

La réceptivité de cette personne, qui avait déjà réalisé un long travail sur elle-même, m'incita à effectuer une sophro-anamnèse pour essayer de mieux comprendre ses problèmes. Après un début de régression temporelle au contenu banalisé, elle

1. Mettant elle-même en jeu la relation de la patiente à sa propre mère, dans un registre de « castration ».

retrouva une scène vécue à l'âge de douze ans : « Je suis devant une voyante... (*description, discours très anxieux*)... Elle me dit que plus tard je me marierai, que j'aurai deux enfants, une fille et un garçon... Et aussi que mon mari mourra à l'âge de quarante ans... (*émotion très vive*). »

Cette séquence constitua le point principal de son anamnèse. Elle précisa après coup que sa mère lui avait fait, pour son anniversaire, « cadeau » d'une voyante susceptible d'éclairer dans ses grandes lignes son avenir... Cadeau empoisonné, comme on le verra.

Mme D. avait complètement « oublié » cet épisode, aussi refoulé que chargé affectivement... La petite fille qu'elle était avait été fortement impressionnée par les déclarations de la voyante qu'elle ne mettait nullement en doute tant elle attachait de crédit aux croyances de sa mère. Elle réalisa soudain comment avaient agi ces « révélations », à son insu, à la manière de suggestions qui devaient perturber son existence.

Tout se passait, dit-elle, comme si elle devait mettre au monde des enfants dont le père allait mourir quelques années plus tard ! Elle comprenait ainsi ses difficultés de grossesse et ses angoisses à la naissance des bébés... et prit en même temps plus de distance. Son regard d'adulte accordait beaucoup moins d'importance à ce genre de prédiction ; mais, ce qui emporta sa conviction fut qu'à l'échographie tout laissa penser que le deuxième enfant serait un garçon comme son aîné. Ayant pu se tromper sur le sexe des enfants (*qui ne devait, rappelons-le, pas être identique*) la voyante avait également pu commettre une erreur quant à la mort de son époux !

Mme D. avait maintenant la possibilité d'envisager beaucoup plus positivement son avenir et celui de ses enfants. Sa préparation s'en ressentit directement ; elle devint tout à fait classique, vécue agréablement et sereinement.

Elle me téléphona de la maternité pour m'apprendre la naissance d'un beau garçon, « bien venu » dans tous les sens du terme.

PARTIE 3

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

CHAMP DE LA SOPHROTHÉRAPIE

LES différents types d'induction conduisent le sujet « aux portes du sommeil ». Cet état est caractérisé par un abaissement du contrôle intellectuel, avec, parallèlement, un surgissement, voire une libération de l'imaginaire et de l'affect.

« Le moi ainsi privé de l'accès à la motilité et de la perception du monde extérieur subit alors comme un retrait devenant plus proche des couches préconscientes et inconscientes de la personnalité (...) et se trouve en même temps toujours plus proche de cette expérience plus ou moins consciente de notre image du corps¹. »

Le sujet a d'une part accès au monde de ses propres images alimentées de fantasmes plus ou moins conscients, de souvenirs plus ou moins réels, plus ou moins précis... et d'autre part à son propre vécu corporel (corps perçu – sensations physiques –, corps représenté sujet à toutes sortes de fantasmes). Le travail thérapeutique va alors se faire sur un double registre, ou plus exactement aux points d'articulation du soma et de la psyché.

On ne sera donc pas étonné de l'importance attribuée en sophrothérapie à la structuration du schéma corporel et de l'image de soi, ainsi qu'aux fantasmes et à l'imaginaire corporel. L'expression personnelle s'y tient par le triple biais du langage figuratif (images), du langage corporel (tensions, somatisations) et du langage verbal (le plus « socialisé », celui qui relie, qui donne un sens, qui intègre à la conscience). Dans cette situation, entre veille et sommeil, le sujet produit et observe toute une activité fantasmatique qu'il ne contrôle pas totalement, mais qu'il peut éventuellement infléchir dans tel ou tel sens : modification du scénario, intervention dans le déroulement des images.

Dans les méthodes à visée adaptative directe (S.A.P., S.C.S.), il peut vivre positivement, en imagerie mentale, certaines expériences, certaines situations posant jusque-là quelques problèmes.

1. Geissmann et Durand de Bousingen, *Les Méthodes de relaxation*, p. 258.

Dans une optique de recherche personnelle, l'intérêt du seuil sophroliminal réside dans le fait qu'il est possible de se mouvoir, tout en gardant un œil distancié, dans un monde dont on n'a pas la complète maîtrise.

L'imagerie mentale, lorsqu'elle se développe librement, par associations non dirigées, constitue un langage symbolique à décrypter, amenant ainsi à des prises de conscience par le sujet de désirs, d'affects qu'il avait auparavant du mal à percevoir ou à assumer. On notera que l'état sophronique facilite grandement l'accès aux significations sous-jacentes, et aide l'anamnèse ainsi que l'utilisation du « matériau » fourni.

Il ne s'agit pas tant pour le patient de réaliser des compensations, des *rêveries compensatoires* (dont l'effet de « décharge » ne serait qu'illusoire, et en tout cas momentané), ou de satisfaire en imagination des désirs interdits, que de *mettre en évidence une problématique inconsciente* sous forme symbolique, « à la fois de l'ordre du vu, de l'agi, du vécu, du senti et du dit à un thérapeute¹ ». C'est dire qu'émerge, sous sophronisation, un niveau de réalité subjective, différent du niveau « socialisé », mais qui ne le fait pas complètement disparaître. Ce sont les « structures socialisées du langage [qui] interrogent les structures du langage archaïque² ».

Les différentes techniques sophroniques qui aident à mobiliser cette problématique personnelle sont, outre la sophronisation de base, la sophroamnèse, la sophromnésie, la sophro-analyse (qui ont été décrites en première partie).

Dans tous les cas, la seule réminiscence de souvenirs (plus ou moins réels au fantasmés), ou la seule décharge émotionnelle (catharsis « pure ») ne suffisent pas à modifier le sujet en profondeur.

Comme le note J. Donnars³, l'évolution ne peut se faire que par l'union du souvenir, de l'émotion et du langage (qui « crée le lien, le point d'impact, le bouton-pression qui permet au sens d'apparaître »). Si l'un de ces trois aspects fait défaut, il est vain d'espérer un véritable changement d'attitudes : la libération d'une émotion peut soulager un moment, mais si aucun lien n'est fait entre les affects ainsi déchargés, les représentations resteront lettre morte, et aucune intégration à la conscience du sujet ne pourra se faire.

« C'est en s'associant à une image verbale que l'image mnésique peut acquérir l'indice de qualité spécifique de la conscience⁴. »

1. Launay J., *Le Rêve-Eveillé-Dirigé et l'Inconscient*, p. 51.

2. Levine J., *ibid.*, p. 205.

3. *Sophrologie médicale*, n° 3, p. 26.

4. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, p. 418.

Un autre aspect caractérisant fondamentalement l'approche sophrologique est que la thérapie, axée sur la détente mentale et physique, a pour support le *corps*. Le principal objectif étant, comme en toute technique de relaxation, de « réintroduire le corps » dans le champ de la conscience. Le corps dans toutes ses composantes, physiologique et imaginaire : corps perçu, corps connu, corps vécu, corps représenté... Il s'agit en réalité bien moins de détendre que d'*écouter* son corps. Être à l'écoute de ses difficultés, se « laisser aller » en toute confiance, observer ses propres tensions corporelles, les productions imaginaires en relation avec le vécu de détente corporelle.

Le patient s'aperçoit qu'il n'est pas aussi simple de relâcher son corps « parties après parties ». Les tensions musculaires, les vécus angoissants en relaxation, mettent en évidence et expriment certains conflits qui n'ayant pas fait l'objet d'un travail d'élaboration psychique, sont ancrés dans le soma.

Comme le souligne Geissmann :

« [L'étude] des associations d'idées qui naissent à propos de ces phénomènes psychosensoriels montre qu'ils sont toujours en rapport étroit avec l'histoire du malade, avec des souvenirs souvent oubliés, avec des pulsions refoulées et méconnues ; l'élaboration de ces phénomènes permet de procéder dans une perspective psychothérapique, à une reconstitution de la fantasmagorie du sujet¹. »

Une jeune femme, dès les premières séances, vivait péniblement des tensions au niveau de son ventre.

Partant de ces difficultés, je l'ai incitée à visualiser en sophronisation, quelque chose pouvant s'y rapporter.

Elle a revu alors le jour où sont apparues pour la première fois ses règles.

Elle était avec sa mère dans la salle de bains ; celle-ci lui disait que les règles étaient « quelque chose de sale, de dévalorisant pour les femmes »...

Au cours de cette scène très brève, elle avait eu la gorge « nouée », l'envie de pleurer. Elle dit : « J'avais honte de ce qui m'arrivait à ce moment-là. »

Elle avait encore des règles « très douloureuses ».

À la séance suivante, elle s'est vue adolescente, s'entendant dire : « Je veux être un garçon. »

Cette relaxation a été vécue de façon très angoissée... Puis, est apparue une autre scène, très précise : elle était âgée de dix ans environ, en compagnie de quelques garçons qui se regardaient et comparaient leurs sexes... Elle se dit alors « catastrophe de ne pas en avoir »... C'est, là encore, sa mère qui est intervenue vivement pour arrêter ces jeux qu'elle estimait scandaleux.

1. Geissmann et Durand de Bousingen, *Les Méthodes de relaxation*, p. 238.

Cet exemple montre comment, à partir de la seule constatation d'une difficulté à relâcher son ventre, la patiente a été amenée à des questions relatives à l'acceptation de sa féminité, au vécu « honteux » de son corps de femme, au problème de la castration, à la relation à sa mère.

La relaxation mobilise cette fantasmatique par laquelle s'exprime la problématique du sujet ; elle réactualise aussi les inscriptions négatives corporelles (tensions, vécus douloureux, etc.) qu'elle s'efforce de réduire. En un mot apparaissent en sous-jacente « le monde des imagos, des formations très archaïques infra-symbolisées, internalisées dans le tonus, les émotions, les réactions du corps¹ ».

On s'efforcera de comprendre, de repérer le sens, la signification de ce langage corporel.

« Rétablir entre l'éprouvé du corps et le sujet un ensemble de chaînons manquants, occultés qu'ils sont par la nécessité du maintien dans l'inconscient d'affects intolérables par le Moi, ou même trop archaïques pour avoir pu être élaborés². »

La prise de sens passe là encore par la *verbalisation*, par le passage de l'infra-verbal à la symbolique verbale. Le vécu affectif, d'abord non élaboré, non *mentalisé*, mais agi dans le corps va, au moyen du verbe, être intégré à la conscience par la mise en liaison et l'établissement d'un sens unissant des pulsions, affects, « bruts » et épars.

Soulignons à nouveau les trois composantes indispensables à une modification authentique du sujet :

- Le *souvenir* (qui, ici, est plutôt « inscription », « traces » repérables dans les tensions corporelles et la « cuirasse ») ;
- L'*émotion* (éprouvé corporel, plus ou moins érotique ou douloureux, souvenirs imagés déchargés en cours de relaxation) ;
- Le *langage* qui donne sens.

Conduisant le patient entre veille et sommeil, tout en facilitant ainsi l'accès à l'imaginaire, le sophrologue se situe dans un champ thérapeutique constitué par le *vécu corporel* qui surgit dans l'ici et maintenant de la relaxation, et les *images mentales* qu'il suscite.

Ce vécu, ces images, en recherche de détente, sont les données de base du travail thérapeutique ; des désirs, affects, pulsions plus ou moins archaïques, les interdits et les défenses qui y sont attachés, émergent comme autant de points conflictuels fixant le sujet dans un système relationnel appartenant à son passé.

1. Levine J., *Le R.E.D. et l'Inconscient*, p. 129.

2. Roux M.L. , « Le Corps en Psychothérapie », *Le Praticien*, n° 376, p. 45.

Cette résurgence, analysée au détour des multiples mouvements transférentiels patient-thérapeute, libèrera des processus répétitifs pathologiques. L'imaginaire pourra alors servir plus à la création qu'à la répétition.

Le champ de la sophrologie, défini comme celui de l'articulation entre les secteurs physique et psychologique de l'individu, engage le thérapeute dans une tentative d'*harmonisation* des diverses composantes de la personne : corps-esprit, affect-intellect, intuition-raison...

Le malade qui formule le souhait d'une détente exclusivement corporelle, comme c'est souvent le cas du « psychosomatique » qui localise ses problèmes dans le soma, sera peu à peu conduit à une meilleure élaboration mentale de ses émotions. Le « rationnel » ou l'« obsessionnel » qui se protègent des affects en isolant leurs représentations, et qui s'efforcent de se mouvoir dans un monde aussi intellectualisé que possible, vont être amenés à renoncer à ce clivage entre les idées, les émotions, et leurs expressions corporelles.

Le clivage corps-esprit est fréquemment représenté par un vécu du corps en deux parties : d'une part, la tête (assimilée à l'esprit, à l'intellect), d'autre part le reste du corps (vécu comme étant « le corps » proprement dit). Entre les deux, la nuque, la gorge, qui forment des points-clés reliant plus ou moins facilement, et laissant ou non circuler l'énergie entre les deux parties.

Ainsi, ce client qui avait l'impression que sa tête, en relaxation, se séparait du reste du corps ; il sentait son corps « tout vague... comme s'il n'y avait que la tête ». On devait par la suite s'apercevoir qu'il manifestait une peur de « perdre la tête », accordant symboliquement à celle-ci une importance majeure.

De plus, la « circulation ne passait pas entre la tête et le corps »... Il disait : « Ma gorge est nouée... impression d'étouffer... des craquements dans la nuque... »

L'objectif d'*harmoniser* (selon l'étymologie du terme sophrologie) les différents aspects de l'être humain est rendu possible par le parti-pris d'une approche *globale* individuelle, et des méthodes qui découlent de cette optique : la sophrothérapie renonce aux techniques purement verbales, aussi bien qu'à celles centrées exclusivement sur l'expression corporelle.

Ce domaine d'investigation, à la jonction du psychique et du somatique, invite naturellement à reprendre les travaux de H. Wallon sur la fonction tonique, les rapports tonus-émotion, l'évolution de la conscience de soi, et également ceux de R. Spitz sur les modes de communication au sein de la dyade mère-enfant, ces recherches paraissant d'un grand intérêt pour comprendre les processus engagés dans les sophronisations.

L'étude du schéma corporel, sa structuration, directement appréciée dans nos techniques, puis l'approche analytique de l'imaginaire corporel, compléteront cette introduction à la partie plus spécifiquement clinique qui suivra.

LA FONCTION TONIQUE ET LA RELAXATION

TOUTES les techniques de relaxation, quel que soit leur objectif, agissent en premier lieu sur le tonus musculaire et visent à sa régulation. Le tonus musculaire est cette contraction de base, habituelle, des muscles striés, lorsque le corps est au repos. On a l'habitude d'opposer à ce *tonus de base* le *tonus d'activité* qui sous-tend les attitudes, l'orientation et l'expression.

Notre façon d'« être-au-monde » repose en permanence sur un fond tonique qui concourt à constituer notre profil, notre type personnel, et qui traduit aussi au niveau physiologique les fluctuations des situations, des relations, dans lesquelles on se trouve engagé.

La sophronisation, sous sa forme statique ou dynamique, engendre la résolution tonique, ce qui a pour effet l'intériorisation d'une détente durable qui augmente à la fois le bien-être individuel et la disponibilité relationnelle.

L'acquisition d'un *tonus optimum* limite aussi la dépense énergétique dans les actes les plus courants, en utilisant le minimum de contraction nécessaire. Réguler le tonus n'est pas seulement apprendre à se détendre, c'est surtout parvenir à être plus à l'aise dans son corps et dans ses relations à autrui.

La *fonction tonique*, sensible aux besoins propres comme aux échanges avec autrui, est le point charnière où convergent le physiologique et le psychologique. Les méthodes de relaxation, agissant à son niveau, atteignent donc simultanément ces deux domaines, trop généralement séparés. C'est ce qui fait leur richesse, mais aussi leur difficulté.

Ces propositions conduisent à préciser les rapports existant entre tonus, vigilance, émotions et relation à autrui, ainsi qu'à puiser dans cette étude ce qui fonde la pratique sophrologique.

TONUS ET VIGILANCE

La relaxation s'obtient grâce au relâchement musculaire qui s'accompagne de l'abaissement du niveau de vigilance.

On mesure l'impact d'une sophronisation à tous les niveaux de l'organisme quand on sait que la Formation Réticulée (F.R.), structure nerveuse qui régule, contrôle, la vigilance et les alternances veille-sommeil – qui donc est directement impliquée dans la relaxation – est au carrefour d'informations multiples. Y parviennent des afférences sensibles, sensorielles, côtoyant des systèmes effecteurs en relation tant avec les centres supérieurs qu'avec les centres médullaires.

La Formation Réticulée, située dans le tronc cérébral, est une colonne de tissus nerveux constituée de très nombreux neurones enchevêtrés. Ces neurones ont souvent des axones très courts, avec de multiples ramifications, donnant à l'influx nerveux la possibilité de circuler en boucles fermées innombrables.

- La F.R. reçoit des messages nerveux d'origines très diverses qui se mêlent de manière non spécifique :
 - messages des organes des sens qui contribuent à une augmentation d'influx nerveux purement quantitative ; il s'agit à ce niveau d'une activité électrique non différenciée alors que l'essentiel des informations est analysé dans le cortex ;
 - messages des propriocepteurs donnant des informations sur la position, les déplacements corporels ;
 - messages des intérocepteurs, qui fournissent des indications quant au fonctionnement des organes.

Ces différents influx se cumulent et arrivent à accroître l'activité électrique globale de la F.R. (élévation du *tonus réticulaire*).

- Les signaux sortant de la F.R. sont aussi innombrables :
 - vers le cortex cérébral où ils concourent au niveau général de l'activité électrique corticale (*tonus cortical*), sans donner d'informations spécifiques ;
 - vers les motoneurones de la moelle épinière qu'ils excitent jusqu'à ce que, éventuellement, ceux-ci émettent eux-mêmes des signaux déclencheurs de mouvements.

L'augmentation ou l'abaissement du tonus réticulaire s'accompagnent de changements dans les conduites, allant du sommeil le plus profond jusqu'à une hyperexcitation et à des états d'émotions violentes. Il existe cependant des régulations de l'activation, au moyen de circuits à double sens entre la

F.R. et le cortex cérébral, la F.R. et le système neurovégétatif, la F.R. et les voies sensorielles.

L'activation réticulaire a aussi une incidence sur les activités végétatives par excitation du système sympathique, ce qui provoque les phénomènes observés dans les situations de stress :

- accélération du rythme cardiaque,
- dilatation des vaisseaux sanguins (« rougeur »),
- inhibition des glandes salivaires (« bouche sèche »), etc.

En même temps, le système para-sympathique est inhibé, système dont les effets sont diamétralement opposés au précédent.

On voit en définitive que la Formation Réticulée est en interrelation constante avec le *cortex*, le *système nerveux végétatif*, les *récepteurs sensoriels*, les *muscles* ; c'est dire qu'elle exerce une action sur le niveau de vigilance, le tonus musculaire, le fonctionnement des organes qui dépendent du système nerveux végétatif. Elle a donc un rôle prépondérant à jouer dans la régulation tonique, le degré de vigilance, les conduites émotionnelles.

Toute technique (verbale ou non) facilitant l'abaissement du niveau de vigilance va donc induire un relâchement musculaire et une régulation émotionnelle. L'apprentissage de la détente, la *résolution tonique*, permettra de se protéger face aux situations stressantes et leur cortège de réactions végétatives.

TONUS ET ÉMOTIONS, LE « DIALOGUE TONIQUE¹ »

L'évolution de l'enfant, telle que l'a magistralement restituée H. Wallon en tenant compte de l'influence conjuguée des facteurs physiologiques et relationnels, articulant besoins internes, tonus musculaire, émotions et relation à autrui, me paraît fournir une base solide à la compréhension des fondements et à l'impact psychophysiologiques de nos techniques.

Pour cet auteur en effet, la communication de l'enfant passe, avant toute autre forme d'échanges, par un ensemble de relations tonico-émotionnelles dont il conservera la trace par la suite et qui pourront, dans certaines conditions ou situations, réapparaître.

Avant d'approfondir la question du *dialogue tonique* et de son évolution dans le développement de l'enfant, il faut montrer comment H. Wallon met en rapport le tonus et les émotions. Je n'hésiterai pas à étayer ce propos de citations parfois longues ; l'étude y gagnera en précision et en clarté.

1. Wallon H.

Partant de certaines formulations-clés de l'œuvre de Wallon, on s'efforcera d'en souligner l'intérêt théorique et leurs conséquences dans la pratique sophrologique.

TONUS, ÉMOTIONS, RÉFLEXES CONDITIONNÉS

« L'émotion, dit Wallon, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique¹. »

Chacun sait, par expérience, que les pleurs et le rire détendent et soulagent. Ils favorisent en effet tous deux la liquidation de l'hypertonus qui siège, pour les pleurs, surtout dans les viscères, et, pour le rire, dans les muscles du squelette.

« Avec les sanglots, il y a comme une libération chaotique de forces emprisonnées, puis un assouplissement progressif des fonctions et des membres. À mesure que l'hypertonie des viscères se résout en secousses spasmodiques, les vaisseaux se distendent et de nouveau le sang afflue à la périphérie, la respiration s'approfondit, les larmes coulent, bientôt silencieuses et calmes, les glandes sécrètent, la bouche s'humecte, la gorge se desserre, la déglutition revient et les membres retrouvent une sorte d'abandon et de langueur². »

On connaît de même la fonction du rire « nerveux » qui assure l'écoulement du « trop plein » de crispation et d'émotion, avant que l'on obtienne à nouveau la détente corporelle et mentale. L'hypertonus, et les tensions qu'il engendre, se dissipent avec l'émotion.

Wallon souligne l'antagonisme qui existe entre l'émotion et les automatismes d'une part, entre l'émotion et la représentation (ou connaissance) d'autre part.

« Quiconque observe, réfléchit ou même imagine, abolit en lui le trouble émotionnel. Ce n'est pas seulement d'avoir ramené la situation à ses justes proportions qui nous affranchit de l'émotion, mais c'est bien plus encore d'avoir fait l'effort de nous la représenter³. »

Lorsque, dans nos sophronisations, nous incitons à la concentration sur une image mentale, nous faisons jouer le mécanisme de cet antagonisme : on ne peut être en même temps concentré sur une représentation mentale qui nous absorbe entièrement, et être ému et contracté.

1. Wallon H., *Les Origines du caractère chez l'enfant*, p. 78.

2. *Ibid.* p. 77.

3. *Ibid.* p. 91.

« La diversion intellectuelle, précise justement Wallon, peut d'ailleurs n'avoir aucun rapport avec le motif de l'émotion ; il suffit qu'elle lui substitue des représentations, quelles que soient ces représentations¹. »

C'est aussi ce que saisit le sens commun quand il suggère de « penser à autre chose » pour enrayer l'escalade émotionnelle. On allie cette caractéristique à la force de la suggestion quand, en sophronisation, on fait intégrer un *signe-signal* du type : « Vous penserez à telle image lorsque vous serez en situation difficile, et vous retrouverez le calme que vous connaissez actuellement. » À l'association conditionnée image-signal-détente corporelle, s'ajoute cette faculté pour la représentation de réduire l'émotion.

On peut certes objecter qu'en pratique, la difficulté majeure de nos patients réside souvent dans l'impossibilité de se concentrer ! Cela est effectivement vrai mais s'observe surtout dans les premières séances ou chez les sujets trop perturbés pour laisser leur esprit imprégné d'une image paisible.

L'expérience montre qu'avec l'apprentissage ou la progression thérapeutique cet antagonisme entre émotion et représentation est de mieux en mieux utilisé.

Une autre qualité de l'émotion est son caractère syncrétique, c'est-à-dire une absence de différenciation entre le tout et ses parties.

« Il en résulte qu'elle agglutine, de manière en quelque sorte indissoluble, tout ce qui a pu participer d'elle, et qu'ainsi la circonstance la plus fortuite qui s'est trouvée introduite par les événements dans une émotion devient apte à la représenter ou plutôt à provoquer le retour de ses effets². »

On perçoit tout l'intérêt de cette remarque pour le sophrologue qui, en sophromnésie, tend à faire retrouver, à partir d'une image, d'un mot ou d'un objet – parfois apparemment fort dérisoires – des situations émotionnelles plus ou moins traumatisantes qui y sont associées.

Puisque le vécu émotionnel est syncrétique, toutes les données de la situation ont la même valeur, la même charge affective. La sophromnésie, par l'analyse qu'elle opère dans la détente, apporte une différenciation en retrouvant l'objet « véritable » de l'émotion, libérant du même coup de l'affect l'image (l'objet, ou le mot) anxiogène qui était plus ou moins fortuitement associée à la situation. Ce point de vue rejoint bien évidemment celui des « théories du conditionnement », ainsi que certains aspects des thérapies comportementales.

1. *Ibid.* p. 91.

2. *Ibid.* p. 96.

« Il suffit d'une simple rencontre entre un incident quelconque et une émotion pour qu'elle lui soit définitivement liée et pour qu'il la fasse renaître en se reproduisant lui-même, malgré la diversité des situations¹. »

S'établissent ainsi de véritables « réflexes conditionnés ». Parfois la *simple concomitance* entre deux éléments, dont l'un a entraîné une réaction physiologique, émotionnelle, fait que par la suite, le deuxième de ces éléments peut à lui seul provoquer la même réaction physiologique, sans explication apparente.

Notons dès maintenant que ces réflexes sont surtout obtenus dans le domaine des fonctions organiques et des réactions viscérales, et que ces conditionnements sont une des particularités du *stade tonico-émotionnel* dont on parlera plus loin.

On ne sera donc pas surpris de l'efficacité des techniques corporelles de détente dans le registre des maladies psychosomatiques, liées au stress, non plus de l'effet du *signe-signal* reconditionnant.

« Tous les effets qui entrent dans l'émotion, poursuit Wallon, sont (ainsi) à point de départ périphérique ou viscéral. Mais, par le jeu des réflexes conditionnels, ils peuvent se lier aux circonstances les plus variées, pourvu qu'elles se soient trouvées associées à l'excitation inconditionnelle un nombre de fois suffisant, *ce nombre étant d'autant moins élevé que l'intensité de l'émotion a été plus grande*². »

Ainsi peuvent se comprendre, dans une optique purement comportementaliste certaines réactions phobiques. On ne saurait, quelles que soient nos préférences théoriques, minimiser ces « déplacements » de charge affective sur des *stimuli* autres, associés de quelque façon à la situation émotionnelle.

L'ÉVOLUTION DE L'ENFANT ET LE « DIALOGUE TONIQUE »

La thèse de H. Wallon (1925, « Stades et troubles du développement psychomoteur et mental chez l'enfant ») définit les quatre premiers stades du développement psychomoteur qui montrent *les origines et les premiers niveaux de la conscience*, le stade émotif marquant, comme nous le verrons, le moment du passage de l'organique au psychique.

Quatre facteurs sont étroitement solidaires dans ce développement :

- La motricité ;
- L'émotion ;

1. *Ibid.*, p. 97.

2. *Ibid.*, p. 110. Souligné par moi.

- L'imitation ;
- Le *socius*.

L'œuvre de Wallon explicite l'intrication nécessaire et permanente de ces composantes. On y découvre comment le mouvement, sous son aspect cinétique aussi bien que tonique, est en fait l'« émotion extériorisée », comment l'« imitation est avant tout mouvement », comment enfin le social fait *génétiquement, biologiquement*, partie intégrante de l'être humain.

L'enfant est, à la naissance, caractérisé par un état de dépendance totale pour la satisfaction des besoins les plus vitaux. Une communication avec son entourage humain, avant d'échanger avec les objets, doit donc nécessairement s'instaurer ; cette communication passe d'abord par l'émotion, et sera par la suite progressivement réduite par les activités psychiques élaborées (perceptives, intellectuelles), contrôlées par le cortex.

Le psychisme du nourrisson s'élabore au contact d'autrui, tout en reposant sur la maturation nerveuse et physiologique.

Le stade d'impulsivité motrice (de 0 à 2-3 mois)

La satisfaction des besoins du nouveau-né n'est plus automatique, comme c'était le cas dans le ventre maternel.

Les moments d'attente, les états de manque se traduisent par des spasmes, des crispations, des cris. Le nourrisson a des décharges musculaires, fait des gestes sans but externe...

« Leurs explosions sont liées à des sortes d'ondes fusionnant les impressions proprioceptives¹. »

Les spasmes, cris et gestes de l'enfant, à ce stade, sont issus de l'activité tonique des muscles viscéraux (respiratoires, laryngiens, gastro-intestinaux) et des muscles du squelette.

Le stade émotionnel (de 2-3 mois à 1 an environ)

Vers 2-3 mois apparaît la mimique ; l'enfant peut sourire, répondre par des cris.

Vers 3-4 mois, il manifeste des signes de joie et de détresse en rapport aux soins.

Ces premiers vrais échanges avec l'entourage humain vont se développer rapidement, de telle sorte que, vers 6 mois, le mode dominant de relations se fait à partir d'expressions émotionnelles.

1. Tran-Thong, *Stades et concept de stade...*, p. 150.

Selon Wallon :

« C'est une vraie symbiose affective, après la symbiose organique de la période fœtale¹. »

En somme, s'établit un champ émotionnel où les gestes, attitudes, mimiques de l'enfant reflètent ses besoins, suscitent les réactions de l'entourage et sont modifiés en retour par les réponses des adultes.

C'est la mère (ou son substitut) qui protège l'enfant de l'environnement lorsqu'il est perturbant (bruits, éclairages plus ou moins agressifs, etc.), qui apaise les tensions nées de ses besoins (alimentaires, de sommeil...) ; c'est encore elle qui, par ses caresses, par son contact chaleureux, par ses chants et ses paroles apaisantes, lui fournit les stimulations et le confort nécessaires à un développement harmonieux. Une communication primordiale s'instaure alors entre la mère et son enfant, à travers le tonus. La notion de *dialogue tonique* prend ici tout son sens.

- L'*hypertonie* (tension de tout le corps, rougeur, pleurs, cris...) a valeur d'appel, auquel la mère va répondre en satisfaisant les besoins ainsi révélés (faim, froid, manque de confort postural, etc.) ;
- De même l'*hypotonie* (détente, membres relâchés, doigts desserrés, respiration lente et profonde, sommeil) est comprise par la mère comme un état de satisfaction.

Bien vite, grâce à ces échanges, s'installe et se précise le double rapport tension-douleur, détente-plaisir.

« La diversité des émotions enfantines est liée au tonus et à ses variations de tension. Le libre écoulement du tonus en gestes et en actions provoque le plaisir, tandis que son accumulation en spasmes, en contractures, sont signes de souffrance et de colère². »

Un courant d'échanges à base d'intuitions, de compréhension souvent immédiate des besoins de l'enfant, s'instaure avec la mère ; s'il est vrai que cette relation est typiquement infraverbale, il ne faut pas pour autant minimiser les chants de la mère (souvent improvisés en fonction des nécessités du moment), les paroles qui accompagnent la communication corporelle. La tonalité, les rythmes de ces chants seront, par exemple, différents selon que l'enfant joue avec la mère dans son bain, ou qu'il commence à s'endormir. Certains mots, parfois inventés par la maman et qui n'appartiennent qu'à la relation exclusive mère-enfant, sont régulièrement utilisés dans des circonstances précises (« dodo ») et accompagnent certains états de besoins ou de satisfactions, ainsi symbolisés.

1. Wallon H., « Les Étapes de la personnalité de l'enfant », *Enfance*, p. 75.

2. Tran-Thong, *Stades et concept de stade...*, p. 156.

Cette relation n'évoque-t-elle pas, par bien des aspects, celle qui unit le sophrologue et son patient lorsque ce dernier, manifestant son besoin d'apaisement, est conduit au bien être et à la détente au moyen d'un *terpnos-logos* doux, rythmé, tranquille ? La tonalité des suggestions compte au moins autant que leur contenu...

Les techniques non-verbales de relaxation induisent aussi la détente ou le sommeil à l'aide de mélodies douces, originales, au rythme lent et régulier.

Au cours du stade émotionnel, les agitations, spasmes, cris, de l'enfant sont perçus comme autant de signes, d'appels à intervention.

On a déjà montré que le propre de cette phase est la constitution de réflexes conditionnés. Ceux-ci se forment surtout autour des besoins alimentaires et posturaux de l'enfant (être porté, bercé...). Des liens se tissent entre ces besoins et les réponses habituellement apportées par l'entourage, dont les réactions deviennent progressivement prévisibles, « attendues » par l'enfant.

« C'est cette possibilité de conditionnement due à la maturation en conjonction avec l'action de l'entourage humain, exerçant l'une sur l'autre une influence réciproque, qui va provoquer des progrès décisifs dans l'évolution de l'enfant¹. »

Grâce aux contacts humains, s'établissent des conditionnements qui transforment les explosions organiques en moyens d'action sur autrui, en mode de relation expressivo-affective. À ce stade, l'enfant est « tout entier dans l'émotion » qu'il vit à travers tout son corps.

On pourrait résumer ce qui précède par cette conclusion de Tran-thong :

« Réglée par le tonus et plongée dans les sensibilités posturale et viscérale, l'émotion est une forme d'action sur autrui et par le moyen d'autrui². »

Après avoir été un stade d'évolution, l'émotion demeurera une part importante du fonctionnement psychique de l'adulte. Ses centres occupent du reste un étage précis et assez autonome du cerveau.

Le stade émotionnel est suivi de deux autres stades (*sensori-moteur et projectif* de 1 à 3 ans ; *personnalisme* entre 3 et 6 ans) qui développeront davantage les fonctions de relations et où se dégagera la conscience de soi. Nous étudierons plus loin cette évolution de la conscience de soi dans sa composante corporelle.

L'exposé qui précède nous a conduit à considérer, avec Wallon, la fonction tonique dans ses liens nécessaires avec l'émotion, l'expression de soi, la relation à autrui.

1. *Ibid.*, p. 153.

2. *Ibid.*, p. 157.

Nous avons vu comment, dès la première année, les alternances de tension-détente sont profondément ancrées dans notre organisme, comment les fluctuations toniques sont inscrites dans un système de communication, plus ou moins satisfaisant d'ailleurs. De la qualité de cette communication avec la mère ou son substitut, de la réussite de ce *dialogue tonique* avec autrui, dépendra, pour une large part, l'évolution ultérieure de la personne.

Les travaux, désormais classiques, de R. Spitz sur la *dyade mère-enfant* permettront de préciser, dans le cadre de cette relation unique et privilégiée, les modalités de passage de la perception *cénesthésique* (par contact) à la perception *diacritique* (à distance).

La distinction entre ces deux modes de perception met en question les rapports existant entre la sensibilité viscérale (intéro et proprioceptive) et la sensibilité extéroceptive. C'est à ce titre qu'elle nous intéresse spécialement en relaxation.

ORGANISATION CÉNESTHÉSIQUE ET DIACRITIQUE, ET RELATION MÈRE-ENFANT¹

- L'*organisation cénesthésique* est un système présent dès la naissance qui se développe autour de sensations, généralement viscérales, dont les organes exécutifs sont essentiellement les muscles lisses, reliés au système nerveux autonome, sympathique et para-sympathique. Les sensations sont ici *extensives*, et fonctionnent selon un principe binaire de « tout ou rien ». Il s'agit d'un système de « réception » plus que de « perception » proprement dite. Ses manifestations sont de forme émotionnelle ;
- L'*organisation diacritique*, en revanche, dont les sensations sont *intensives* et engagent les organes sensoriels périphériques, a pour organes exécutifs les muscles striés, et ses centres nerveux sont situés dans le cortex. La perception y est localisée, précise ; ses manifestations sont de nature cognitive (processus de la pensée consciente).

En relaxation, nous avons affaire à ces deux systèmes d'organisation ; si on y aborde surtout le domaine de la sensibilité cénesthésique, la sensibilité diacritique n'en est pas exclue pour autant, notamment en R.D.II B, avec le développement des « organes des sens ».

Spitz montre comment l'organisation diacritique, émanant de l'organisation cénesthésique, porte les marques de son origine ; la communication entre ces deux systèmes n'est jamais tout à fait interrompue.

1. Spitz R.

Mais l'auteur accorde une place prépondérante à l'organisation cénesthésique, qui, dit-il :

« (...) Reste la puissante source de toute vie, même si notre civilisation occidentale a mis une sourdine dans ses manifestations. En cas d'urgence, sous tension, ces forces archaïques se libèrent avec une violence terrifiante car elles ne sont pas rationnellement contrôlées par la conscience¹. »

Elles engendrent des perturbations personnelles allant de désordres émotifs plus ou moins explosifs, jusqu'aux maladies psychosomatiques, voire à certaines manifestations psychotiques.

Selon Spitz, la perception diacritique est grandement valorisée dans la communication des adultes. Ceux-ci redoutent la connaissance des sensations profondes.

Nous retrouvons en relaxation ce désir de contrôle, cette peur d'être « débordé » qui se manifestent dans les résistances du patient.

La capacité à reconnaître les signaux cénesthésiques serait refoulée surtout à partir de la phase de latence : nous ne savons plus lire le langage corporel avec ses expressions, attitudes, mimiques, reflétant la crainte ou le désir.

La relaxation vise à combler cette lacune en développant la réceptivité à ces signaux.

Plusieurs procédés ont par ailleurs été utilisés pour faciliter la régression à cette communication cénesthésique : ils consistent soit à *inhiber le fonctionnement du moi*, en rapport avec le fonctionnement diacritique (jeûne, solitude, obscurité, abstinence... En d'autres termes, « déprivation sensorielle »), soit au contraire à *renforcer le fonctionnement cénesthésique* (drogues, danses très rythmées, techniques respiratoires, transes...).

Le nourrisson n'a quant à lui pas besoin de tous ces adjuvants : le climat affectif dans lequel il baigne, les échanges avec la mère ou la personne privilégiée, sont à base de communication cénesthésique. Les signaux déclenchent des réponses « totales » chez le nourrisson, tandis que la mère perçoit à son tour et prend en compte ces réactions de l'enfant. Cette communication mère-enfant est au centre des travaux de Spitz qui en souligne l'extrême importance, et dont les carences peuvent conduire à de graves perturbations (dépression anaclitique, hospitalisme).

« Les échanges entre mère et enfant se poursuivent de façon ininterrompue, sans que la mère en soit pour autant consciente, et ce mode de communication exerce une pression constante qui modèle le psychisme infantile². »

1. Spitz R., *De la Naissance à la Parole*, p. 35.

2. *Ibid.* p. 105.

L'auteur insiste beaucoup sur la nécessité pour la mère de créer une atmosphère sécurisante, réglant de manière intuitive mais sûre ses attitudes en fonction des besoins de l'enfant, l'aidant aussi à supporter les inévitables frustrations et à s'adapter à la réalité sociale.

Dès la naissance, l'enfant entre dans un réseau d'interactions humaines qui faciliteront le *passage de la perception par contact (tactile) à la perception à distance*, par l'intermédiaire du développement des relations objectales.

Certaines zones, certains organes sensoriels, sont dits *transitionnels*, ayant une fonction d'intermédiaires entre les organes sensoriels périphériques et viscéraux, entre le monde interne et le monde extérieur.

La région orale, l'oreille interne, sont ainsi de véritables zones de transition entre la réception interne et la perception externe, et établissent des ponts entre les deux organisations cénesthésique et diacritique.

Mais c'est la *cavité buccale* qui, selon Spitz, forme le « berceau de la perception » : quand la bouche est emplie par le mamelon, que le lait s'écoule dans le pharynx, sont stimulés en même temps des récepteurs sensoriels internes et externes.

« Je soutiens que la cavité orale avec la langue, les lèvres, les joues, les voies nasales et le pharynx, est la première surface à être utilisée dans la vie pour une exploration et perception tactiles. Elle est particulièrement bien dotée pour cela puisque les sens du toucher, du goût, du chaud et du froid, de l'odorat, de la douleur et même de la sensibilité profonde impliquée dans l'acte d'avaler, y sont représentés¹. »

En outre, pendant que l'enfant tète, qu'il sent le mamelon dans sa bouche, il peut voir le visage de sa mère... S'il perd de temps à autre le mamelon, le visage lui est toujours offert à sa vue. La perception visuelle, permanente, prend ainsi de plus en plus d'importance.

- *Aux premiers mois*, l'enfant n'est en fait sensible qu'aux manifestations venant de son propre corps (sensations intéroceptives, cénesthésiques). Ses cris, ses pleurs, n'ont d'autre but que de soulager les tensions physiologiques, et n'ont pas encore valeur de signaux. Très vite cependant, le nourrisson commence à percevoir certaines relations : *à la fin du 2^e mois*, l'approche de l'être humain est perçue, mais *seulement lorsque le bébé a faim*. La réponse à un stimulus extérieur ne se fait alors qu'à partir d'une sensation intéroceptive ;
- *Au cours du 3^e mois*, l'enfant suit des yeux le visage humain, *premier signal lié à la diminution des tensions*. C'est le moment où apparaît le « sourire social ». Le visage maternel n'est encore qu'une « gestalt-signal » car l'enfant a exactement la même réaction par le sourire lorsqu'on lui

1. *Ibid.*, p. 49.

présente un masque animé d'un mouvement. Il s'agit bien cependant d'un palier important de l'évolution de l'enfant dans la mesure où un élément *extérieur à lui* devient clairement significatif.

Le visage maternel est ainsi, selon Spitz, le « premier précurseur de l'objet libidinal », fondant les prémisses du *principe de réalité*, car le nourrisson dépasse la simple réception d'excitations internes, pour percevoir des *stimuli* venant de l'extérieur.

À cette étape, un moi commence à fonctionner qui « se reflète dans une activité musculaire de plus en plus coordonnée et dirigée¹ ». Ce moi rudimentaire rassemble plusieurs « noyaux du moi » épars (par exemple, l'ensemble des comportements centrés sur la prise de nourriture) en une structuration plus complexe.

Le seuil perceptif est également progressivement abaissé. À cette instance qui émerge est désormais imputée la fonction de *barrière de protection* contre les stimuli, de *maîtrise* et de *coordination* entre les stimulations externes et internes.

- *Autour du 8^e mois*, la mère devient un *objet libidinal* bien identifié, que la « peur de l'étranger », caractéristique à cet âge, authentifie comme *objet préférentiel* dont la perte ou l'absence entraîne l'angoisse.

Cette évolution est tributaire des attitudes maternelles, de sa « présence », de ses réponses à l'enfant plus ou moins frustrantes, plus ou moins gratifiantes. Ses comportements auront un impact décisif sur le développement ultérieur de l'enfant.

On voit donc comment est formée peu à peu l'image de l'objet libidinal, à partir des perceptions venant du « flot d'interactions » mère-enfant.

L'enfant, dans les activités d'agrippement, le contact avec la peau, les lèvres, quand il suce et avale, dans les situations de tension ou de soulagement, reçoit des *stimuli* interactifs, intéroceptifs et proprioceptifs qui concourent à lui donner des images fragmentaires du partenaire humain. Ces images « atteignent sa mémoire par des voies kinesthésiques, tactiles, auditives et autres, mais graduellement ce seront les impressions visuelles qui prévaudront² ».

Les états affectifs, créés par les échanges avec la mère :

« ... sont (ainsi) associés à l'expérience de *changements somatiques puissants*³ qui ne peuvent manquer de laisser des traces dans la mémoire du nourrisson, y ayant circulé le long de voies proprioceptives et intéroceptives. Il s'ensuit que l'image initiale du

1. *Ibid.*, p. 78.

2. *Ibid.*, p. 255.

3. Souligné par moi.

partenaire humain qui deviendra l'objet est floue à moins d'être soutenue par des images concomitantes internes d'affects vécus. De cette multitude de *stimuli* intéroceptifs, proprioceptifs et extéroceptifs émerge une image globale du partenaire humain, du futur objet libidinal qui se différencie progressivement et se cristallise.

Il est suggéré que la première image de l'objet dérive d'impressions sensorielles transmises de manière extéroceptive, impressions dont la permanence et l'intensité sont dues à un ensemble de traces mnémoniques contemporaines et complémentaires d'origine intéroceptive et proprioceptive¹. »

Au début, le *sensorium* du système diacritique ne fonctionnant pas, la réception cénesthésique joue, pourrait-on dire, « à plein ».

« Les signes et les signaux qui atteignent le nourrisson et sont reçus par lui durant les premiers mois, appartiennent aux catégories suivantes : équilibre, tension (musculaire ou autre), posture, température, vibration, contact cutané et corporel, rythme, tempo, durée, diapason, ton, résonance, sonorité et probablement bien d'autres encore dont l'adulte est à peine conscient et qu'il ne peut certes pas verbaliser². »

La relaxation favorisera le retour à la réceptivité de tous ces signaux qui ont été le plus souvent étouffés et remplacés, dans la communication adulte, par les symboles sémantiques issus de l'organisation diacritique.

Le mode de communication établi par le système cénesthésique serait, d'après Spitz, analogue au type de communication animale, essentiellement égocentrée, à base de signaux expressifs.

Or, « l'observation des bêtes semble montrer que l'accélération et le renforcement de l'emmagasinement mnémonique sont proportionnels à l'amplitude de la charge affective qui, à son tour, varie selon que la situation provoquant l'affect est plus ou moins liée à la survie de l'animal³. »

On pourrait donc supposer qu'au niveau des échanges de l'enfant, étant donné les caractéristiques du fonctionnement cénesthésique, certains traumatismes, non forcément répétés s'ils sont chargés affectivement, laissent leur empreinte, en particulier dans le domaine viscéral.

Autant de traces, réactions émotives, inscrites dans l'unité psychosomatique, qui pourraient réapparaître, accompagnées des affects originaires, et que l'individu serait amené à revivre lorsque, en état de relaxation, il tend à redonner au système cénesthésique toute son importance.

1. *Ibid.*, p. 255.

2. *Ibid.*, p. 102.

3. *Ibid.*, p. 110.

LE SCHÉMA CORPOREL ET SA STRUCTURATION

RAPPEL HISTORIQUE

À la fin du XIX^e siècle, Wernicke, Foerster, Deny et Camus attribuent certains syndromes psychiatriques – dont celui de « négation corporelle » – à des *perturbations de la cénesthésie*.

Bonnier, en 1883, à la suite de ses travaux sur le vertige et la fonction vestibulaire, propose l'idée d'une *représentation topographique du corps*. La perte de cette représentation est appelée *aschématie*, tandis que la confusion entre les différentes zones du corps est désignée *para-schématie*.

En 1908, Pick introduit l'hypothèse d'une *image spatiale du corps* découlant à la fois des afférences sensorielles (surtout visuelles) et du « contenu de la conscience ». Nous connaissons notre corps, la localisation de ses différentes parties, les divers organes, son orientation spatiale, grâce à une sorte de carte mentale provenant de la liaison entre les sensations tactiles et visuelles. La désorganisation de cette image spatiale provoque des troubles de localisation des parties du corps (*autotopagnosie*) et l'altération des mouvements réfléchis.

Head (1911) fait une nette distinction entre l'*image* (visuelle, tactile ou articulaire) qui « traduit le contenu des informations dans l'expérience consciente » (Paillard) et le *schéma postural* qui fonctionne avant même la prise de conscience des modifications posturales, « responsable d'opérations de référence ».

Ce neurophysiologiste accorde moins d'importance à l'élément visuel que ne le fait Pick ; ce sont, pour lui, les données *posturales* qui prévalent dans la connaissance de notre corps.

« L'image, qu'elle soit visuelle ou motrice, n'est pas l'étalon fondamental auquel il faut mesurer tous les changements posturaux. Chaque changement reconnaissable entre

dans la conscience déjà chargé de sa relation à quelque chose qui s'est passé avant, exactement comme, sur le compteur d'un taxi, la distance nous est représentée déjà transformée en francs et en centimes. De sorte que le produit final de tous les essais qui visent à apprécier la posture ou le mouvement passif, parvient à la conscience comme un changement postural déjà étalonné¹. »

Et Head poursuit :

« Pour désigner ce standard auquel sont mesurés, avant d'entrer dans la conscience, tous les changements de posture, nous proposons le mot *schéma*. Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-même en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture dès que cette relation est établie². »

Outre ces schémas relatifs à la position du corps, à l'adéquation des mouvements, la régulation du tonus, Head mentionne un *schéma superficiel* rendant possible la localisation des stimulations cutanées, ainsi que d'*autres schémas* permettant de mesurer les aspects temporels des divers *stimuli*.

Schilder (1935) utilise indifféremment les termes de « schéma corporel », « image du corps », « schéma postural » pour signifier « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». Cette « image tri-dimensionnelle que chacun a de soi-même » est plus qu'une sensation ou qu'une simple perception, ou même qu'une pure représentation. Si elle passe par les sens, si elle contient des images mentales et des représentations, elle va au-delà en nous donnant ce sentiment d'*unité* fondamentale que l'on éprouve.

Le schéma postural est « par essence une synesthésie³ » : on ne peut isoler telle ou telle sensation qu'arbitrairement et après-coup.

« Dans le schéma corporel, les données tactiles, kinesthésiques et les données optiques ne peuvent être séparées les unes des autres que par des méthodes artificielles⁴. »

Toujours selon Schilder :

« Perception, sensation et réponse motrice forment une unité. La relation entre les différentes parties de ce tout peut varier, la sensation ou la réponse motrice peuvent être très effacées ; mais elles seront toujours présentes, au moins potentiellement⁵. »

Deux facteurs sont essentiels pour forger l'image du corps :

1. Cité par Schilder, *L'Image du corps*, p. 36.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.* p. 61.

4. *Ibid.*

5. *Ibid.*, p. 121.

- La sensation de douleur

« qui nous aide à déterminer ce que nous voulons rapprocher de notre personnalité et ce que nous voulons en éloigner¹ »

- Le contrôle moteur des membres.

«Le mouvement est un puissant facteur d'unification des différentes parties du corps ; par lui nous nous plaçons dans une relation précise avec le monde extérieur et les objets, et ce n'est que par le contact avec ce monde extérieur que nous parvenons à corrélérer nos différentes impressions concernant notre corps². »

Une des caractéristiques principales de l'image corporelle est sa plasticité :

«Certainement l'image du corps dans sa forme achevée est une unité, mais cette unité n'est pas rigide : elle est modifiable³. »

On peut comprendre cela avec ce qu'il est convenu d'appeler « l'illusion Japonaise » : on demande à quelqu'un de bouger tel ou tel doigt précis, alors que ses mains sont croisées et ses doigts enchevêtrés. Le plus souvent la personne n'y parviendra pas immédiatement car l'image optique est devenue trop compliquée pour servir de repère, comme elle le fait ordinairement. Quelques tâtonnements, guidés par les sensations tactiles et kinesthésiques qui permettent de reconstruire un modèle postural correct, seront nécessaires pour remuer le doigt indiqué.

Mais ce qui fait l'originalité de Schilder est sa tentative de compléter ce modèle postural tri-dimensionnel, dont le fondement est physiologique, par une approche de l'image corporelle envisagée sous un angle psychanalytique.

Toutes les expériences, émotionnelles, affectives et sexuelles, participent à la structuration de l'image corporelle, autant que la perception ou la motricité.

« L'ensemble du schéma corporel se structurera à partir des zones érogènes, et nous devons admettre que l'image du corps se centre, au stade oral sur la bouche ; au stade anal sur l'anus. Le flux d'énergie libidinale influera fortement sur l'image du corps. Mais il n'y a pas de raison de penser que dans l'érotisme relatif à la surface du corps les activités musculaires n'ont aussi leur rôle à jouer.

Nous supposerons que toute action du moi au sens analytique, tout acte de saisir, de ramper, de sucer, aura de même une énorme influence sur la structure de l'image du corps. Les sens exerceront une influence sur la motilité et la motilité sur les sens. En

1. *Ibid.*, p. 124.

2. *Ibid.*, p. 132.

3. *Ibid.*, p. 133.

même temps, la motilité est aussi régie par les tendances, les pulsions et les désirs. Il est clair que dans l'élaboration du schéma corporel, il y aura une interaction continue entre les pulsions du moi et les pulsions libidinales, ou, en d'autres termes, entre le moi et le ça¹. »

Schilder s'efforce de montrer que, dans l'image corporelle, c'est la libido qui donne aux matériaux fournis par le biologique, leur structure et leur signification.

On ne peut qu'établir un rapprochement avec Reich lorsqu'il dit :

« Les individus chez lesquels domine telle ou telle pulsion partielle sentiront comme au centre de leur image du corps tel point du corps, telle zone érogène qui correspond particulièrement à cette pulsion ; comme si l'énergie s'amassait en ces points particuliers. Il y aura des lignes d'énergie reliant les différents points érogènes, et la structure de l'image du corps variera selon les tendances psychosexuelles de l'individu². »

La dimension relationnelle intervient aussi dans la mesure où l'enfant est influencé par l'intérêt que ses proches portent à son corps – et à leurs corps. Il peut s'identifier plus ou moins globalement à l'image proposée, ou se projeter dans son entourage.

Autre affirmation rejoignant W. Reich :

« Une sexualité pleinement développée nous est indispensable pour assumer totalement notre image du corps³. »

Schilder a lui-même noté l'étroite relation entre les attitudes psychiques, les états musculaires et la motricité :

« Toute séquence motrice spécifique modifie la situation interne et va même jusqu'à provoquer une situation fantasmatique qui lui correspond⁴. »

Nous verrons que les gestes de la Relaxation Dynamique dans son ensemble illustrent clairement ce point de vue. De même la liaison nécessaire observée par l'auteur, entre la perception, la sensation et la motricité, est largement mise à profit en R.D. où le geste suscite des sensations, cet ensemble étant lui-même rapporté à l'image de notre corps et aboutit au sentiment de l'unité de soi.

On comprend enfin l'influence de l'*image mentale* sur l'organisme, de par sa position intermédiaire entre le conscient et le système végétatif : s'il ne nous est pas possible d'accélérer directement les battements de pouls, on peut le faire en s'imaginant en situation dangereuse par exemple. Cette

1. *Ibid.*, p. 143.

2. *Ibid.*, p. 144.

3. *Ibid.*, p. 191.

4. *Ibid.*, p. 225.

propriété de suggestion indirecte, soulignée par Schilder, par utilisation des images mentales, est largement employée en sophrologie.

LA NOTION DU CORPS PROPRE – L'IMAGE SPÉCULAIRE¹

La *conscience corporelle* est une part très importante de la conscience de soi. Elle n'est pas donnée *a priori*, mais découverte au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant. Nous retrouvons ici H. Wallon qui décrit, étapes par étapes, l'acquisition de cette notion du corps propre.

- *À la naissance*, l'enfant est soumis à des excitations internes et externes non différenciées, et à un ensemble diffus d'impressions globales. Avec la différenciation et la mise en relation de ses différentes sensibilités, il sera conduit à dégager progressivement les divers aspects de son corps, à en situer les parties, pour finalement les intégrer à l'unité de sa personne. Cette évolution est déterminée par des facteurs psychobiologiques et psychosociaux ;

- *Au début du stade émotionnel, entre 3 et 6 mois*, les membres de l'enfant peuvent être perçus par hasard dans le champ visuel ; on constate alors chez lui une certaine surprise, et un souci de reconnaissance, de discrimination.

Avec la myélinisation des connexions intéro, proprio et extéroceptives, les relations intersensorielles s'établissent : l'enfant, qui était auparavant incapable de prévoir l'entrée et le déplacement de ses membres dans son champ perceptif, commence à effectuer quelques relations entre des impressions visuelles (extéroceptives) et d'autres, de nature proprioceptive.

Ces relations sont cependant d'autant plus sporadiques chez l'enfant de cet âge que

« son état persistant d'asynergie lui interdit encore de rassembler instantanément en un seul équilibre toutes ses attitudes et toutes les parties de son corps² » ;

- *Entre 6 et 12 mois*, se développent les « activités circulaires » qui tendent à coordonner les différents champs sensoriels (visuels, auditifs, kinesthésiques...). Ces activités circulaires consistent en exercices d'ajustement entre des mouvements et des sensibilités : la sensation suscite le geste qui en retour doit s'ajuster à la sensation.

1. Wallon H.

2. Wallon H., *Les Origines du caractère chez l'enfant*, p. 211.

« Cet ajustement précis du geste à son effet instaure entre le mouvement et les impressions extérieures, entre les sensibilités proprio et extéroceptives, des systèmes de relation qui les différencient et les opposent dans la mesure même où ils les combinent en séries minutieusement liées¹. »

L'enfant fait ainsi des progrès dans la préhension, la manipulation étant le résultat d'un ajustement de l'œil et des mouvements de la main. Il commence à jouer avec les différentes parties de son corps : la main est portée à la bouche, puis, plus tard, à la poitrine et à ses cuisses... Vers 6 mois, il découvre ses oreilles ; ses cheveux, vers 8 mois ; aux environs de 12 mois, il porte son attention à sa tête et à son cou.

On assiste donc à un ajustement progressif des sensibilités proprio et extéroceptives.

- *Dans la période suivante (1-2 ans)*, l'enfant « vis-à-vis de son propre corps se livre en quelque sorte à une activité complémentaire dont le résultat est de l'individualiser et d'y faire prédominer sur les sensibilités organiques et subjectives la sensibilité de relation² ». Le corps est systématiquement exploré : l'enfant saisit son pied avec la main et s'en amuse ; il prend plaisir à regarder ses jambes remuer lorsqu'il est dans son bain, grince des dents, etc.

Certains gestes précis suscitent des expressions précises. Les différents organes sont d'abord mieux connus *chez autrui* que chez l'enfant lui-même. Quand il parvient à se représenter les siens, il les considère comme des *objets étrangers* (à 1,7 an, selon Preyer, lorsqu'on demande à l'enfant de donner son pied après avoir donné un objet quelconque, il fait tous ses efforts pour le tendre à la personne).

Puis, les différentes parties de son corps sont saisies comme des *personnalités annexes*, par une sorte d'*animisme* qui conduit l'enfant à traiter de manière similaire son corps et les objets extérieurs.

Pour l'enfant, cet animisme est, selon Wallon :

« Une solution mixte avant celle qui lui fera rejeter définitivement hors de sa propre sensibilité le monde extérieur et intégrer substantiellement à son Moi son corps physique. Mais il ne sait d'abord, en individualisant ses propres organes, que les juxtaposer à lui-même³. »

Avec les progrès dans la manipulation des objets et dans ceux de la marche, d'une part, et avec, d'autre part, la capacité de voir les organes et

1. Wallon H., *L'Évolution psychologique de l'enfant*, p. 153.

2. Wallon H., *Les Origines du caractère chez l'enfant*, p. 212.

3. *Ibid.*, p. 217.

de les distinguer des autres objets appartenant à l'espace environnant, se fait la progressive intégration des différentes parties en totalité du corps propre.

Doivent pour cela être constitués

« un corps kinesthésique et un corps visuel dont les images autonomes puissent se correspondre au point d'être susceptibles de se substituer entre elles comme équivalentes¹ ».

Comment s'effectue la délimitation précise entre le corps propre et le monde extérieur ? Par la distinction de deux espaces bien différenciés :

- *L'espace subjectif*, fait d'un « espace affectif » (qui englobe et déborde l'espace postural²) et de l'« espace postural », qui regroupent les espaces intéroceptif et proprioceptif ;
- *L'espace objectif*, extéroceptif, du monde environnant.

« Tant que la liaison entre les deux espaces n'est pas établie, le schéma corporel n'est pas constitué et les diverses parties du corps restent mal intégrées à l'unité de la personne³. »

Wallon conclut :

« La notion de Moi corporel ne se borne pas à l'intuition, même suffisamment coordonnée, des organes et de leur activité : elle exige que la distinction se fasse entre ce qui doit être rapporté au monde extérieur et ce qui peut être attribué au corps propre, comme le définissant sous ses différents aspects. Une condition indispensable sinon automatiquement suffisante, c'est donc que la liaison soit possible entre l'activité qui est tournée vers le monde extérieur et celle qui se rapporte plus immédiatement aux besoins et aux attitudes du corps⁴. »

L'évolution de la conscience corporelle est aussi manifeste dans les *comportements de l'enfant face au miroir* :

- *Jusqu'à la fin du 3^e mois*, l'enfant reste insensible aux images formées dans le miroir (il ne réagit seulement qu'aux « éclats ») ; il est plus accaparé par sa sensibilité intéroceptive (alimentation) et proprioceptive (positions de ses membres ou de son corps ressentis plus ou moins confortables) que par les perceptions venant de l'extérieur ;
- *Au 4^e mois*, il fixe son image du regard, puis parfois (17^e semaine) lui sourit ;
- *Au 5^e mois*, il tend la main vers son image et est étonné de rencontrer une surface lisse et dure ;

1. *Ibid.*, p. 256.

2. À relier peut-être à cet espace affectif la notion de territoire personnel, « halo », etc.

3. Tran-Thong, *Stades et concept de stades*, pp. 180-181.

4. Wallon H., *Les Origines du caractère chez l'enfant*, p. 186.

- *Au cours du 6^e mois*, l'enfant rit et tend ses bras vers l'image ;
- *Vers le 8^e mois*, l'image dans le miroir reste encore extérieure, étrangère, a une réalité indépendante ; l'enfant a l'illusion de pouvoir saisir cette image ;
- *Vers le 12^e mois*, cette image visuelle commence à être rapportée au « moi kinesthésique » : l'enfant, en voyant son image, touche son corps par exemple ; il joue devant sa glace en faisant de nombreuses mimiques, des gestes divers... Il commence à mettre en relation ces gestes qu'il produit et les effets visuels obtenus dans le miroir ;
- *À 1 an-6 mois*, l'enfant, dans sa période « instrumentale », est surtout intéressé par le miroir *en tant qu'objet* ; il passe par exemple sa main derrière la glace et, n'y trouvant rien, s'en détourne insatisfait ;
- *Peu de temps après*, l'*animisme* de l'enfant se traduit vis-à-vis de l'image : il la considère *comme si elle avait une existence propre* ; il l'embrasse, joue avec elle comme avec un compagnon, etc.

Cette phase qui attribue un statut d'extériorité à l'image est, selon Wallon, une étape nécessaire entre l'expérience immédiate sensible et la représentation mentale véritable. La représentation du corps propre ne peut se former qu'en s'extériorisant.

Or, « l'établissement du rapport entre la personne et son image implique que leur dédoublement dans l'espace a été surmonté¹ ».

C'est seulement *vers 2 ans* que l'enfant s'attribuera sa propre image comme étant le reflet de lui-même ; et encore ne s'agira-t-il que d'un *début de conscience du corps propre*, qui se complètera par la suite « en s'intégrant d'une façon de plus en plus étroite à la conscience que l'enfant acquiert progressivement de sa personnalité morale vis-à-vis d'autrui² ».

Si l'on veut préciser ce qui est déterminant dans ce processus d'intégration de la notion de corps propre, c'est la possibilité de *subordonner les données de l'expérience immédiate à la représentation* intellectuelle, soit encore l'aptitude à opérer des relations d'espace non sensorielles, l'image prenant alors un statut *symbolique*.

« Le fait d'exister, dit Wallon, peut bien exiger qu'un être existe quelque part, mais pour qu'il devienne inconcevable qu'il puisse en même temps exister ailleurs, il faut qu'aux espaces perçus dans les objets se soit superposée une sorte d'espace réducteur, qui leur interdise de coexister dans le même être tout en étant distincts entre eux³. »

1. *Ibid.*, p. 101.

2. Tran-Thong, *Stade et concept de stades*, p. 182.

3. Wallon H., *Les Origines du caractère chez l'enfant*, p. 230.

L'unification du moi dans l'espace ne peut se réaliser que si l'on admet que l'image n'a qu'une *apparence de réalité* (image sensible mais non réelle), tandis que *le corps reflété est lui bien réel*, qu'il occupe un espace déterminé, mais qu'on ne peut saisir directement : l'image extéroceptive est *virtuelle* ; il la faudrait extérieure à soi pour qu'elle soit visible.

Un point de cette étude de l'image spéculaire retiendra tout spécialement notre attention : l'image du corps prend donc, à un moment de la formation de la conscience corporelle, un caractère de *réalité*. La *croyance en l'ubiquité* (que l'on retrouve aussi dans certaines peuplades – cf. Levy-Brulh) est particulièrement manifeste au moment de l'évolution de l'enfant où *l'image du corps a une réalité indépendante*.

Or, dit Wallon :

« Il est dans la nature des images d'appartenir à l'espace. L'espace existe en elles comme une qualité, qui est nécessairement unie à leurs autres qualités plus ou moins contingentes. Il ne peut être entre elles comme un ordre de juxtaposition, de coïncidence ou d'exclusion réciproque que par une transposition mentale qui suppose un niveau déjà évolué d'activité intellectuelle¹. »

Avant d'en arriver directement à mon propos, écoutons encore Wallon. Cette attribution à l'image d'une réalité spatiale peut :

« (...) à l'occasion s'observer encore chez l'adulte : dans le rêve par exemple, où il n'est pas exceptionnel que l'image visuelle du rêveur se détache de lui, pour lui donner le spectacle des péripéties dont il se croit la victime ; et aussi dans certains états hypnagogiques où le sujet se voit précédé ou accompagné de son double visuel ; au cours de la transe poétique, paraît-il, chez certains poètes ; chez des moribonds, chez des noyés selon certains témoignages, et *d'une façon générale, chaque fois que des images accaparent totalement la conscience ou chaque fois que la dissolution de ces fonctions réductrices et abstraites rend leur essor aux images*²³. »

On peut donc comprendre, selon ce point de vue, certaines expériences qualifiées par d'autres de « paranormales » : phénomènes *out-of-the-body* (que l'on rattache d'ailleurs habituellement à des moments d'« endormissement » ou de relaxation profonde) ou autres « états seconds », après un choc accidentel par exemple.

L'état d'endormissement obtenu en Relaxation Dynamique (2^e degré) favoriserait une régression mentale telle que la dissolution des fonctions intellectuelles conduirait à *croire en l'existence réelle de l'image corporelle projetée*. Ce phénomène serait ainsi avant tout un *indicateur du niveau de régression*, comme chez cette dame, invitée par moi en R.D.II A à vivre son image

1. *Ibid.*, p. 229.

2. *Ibid.*, p. 228-229

3. C'est moi qui souligne.

corporelle, son double, puis à effectuer un voyage « cosmique » vers le soleil, avant de réintégrer ses limites corporelles : elle s'est vue comme « un petit tas », alors qu'elle était, selon elle, dans un coin supérieur de la salle où nous nous trouvions, et s'est aperçue que ce petit tas était son corps qu'elle a par la suite réintégré en souriant.

Cette analyse de l'expérience du « double corporel », en termes de psychologie traditionnelle, apparaît suffisante pour rendre compte de la plupart des vécus d'autocontemplation qui nous sont rapportés en R.D.

La plupart... mais peut-être pas tous.

Car, comment ne pas songer ici à ces cas dits de N.D.E. (*Near Death Experience*) où des individus, sortis d'un état de mort clinique, racontent dans le moindre détail tout ce qui s'est passé autour de leurs « cadavres », tandis qu'ils s'estimaient eux-mêmes « hors de leurs corps¹ » ? Ceci n'engagerait donc plus seulement « l'image de soi », vécue avec une impression plus ou moins forte d'authenticité, mais une sorte de « perception », en état comateux profond (!), de son propre corps et d'activités bien *réelles*, précises et contrôlables, de personnes diverses (indépendantes du « rêveur » et de son « rêve ») pouvant après coup en confirmer la véracité.

De telles observations commandent un maximum de prudence, à qui se réclame d'une attitude objectiviste : prudence face à la tendance à dénier toute réalité aux phénomènes qui n'entrent pas dans nos « moules » conceptuels, autant qu'à la tentation d'adhérer sans la moindre réserve à tout ce qui peut entretenir l'idée d'une perpétuation de soi au-delà de ses limites corporelles (spatiales) et temporelles.

Car il est assurément aussi difficile de conserver notre ouverture d'esprit devant des faits qui ne répondent pas à nos systèmes de pensée (ou de croyance), que de se préserver des projections subjectives quand se profile, en arrière-fond du débat, le problème de la mort.

1. Cf. les récits et travaux de K. Ring, R. Moody, M. Sabon, etc.

SENSIBILITÉS – TONUS – ÉMOTION – SCHEMA CORPOREL ET RELAXATION

TOUT ce qui précède montre qu'il existe une intrication obligatoire entre les différentes sortes de sensibilités, le tonus musculaire, les états émotionnels, et le schéma corporel.

Le *schéma corporel* est en effet le fruit de la combinaison des innombrables informations sensorielles, intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives.

Il s'élabore, nous l'avons vu, avec la différenciation puis l'articulation de ces sensibilités, au fur et à mesure d'un développement, sous-tendu par la maturation du système nerveux et l'influence sociale, qui aboutit à la conscience de soi.

Le schéma corporel, lorsqu'il est constitué, devient ce référent, cette représentation, qui permet de situer notre corps dans l'espace et dans le temps, de repérer à tout moment et dans n'importe quelle situation les parties qui le composent, ainsi que de les articuler les unes avec les autres et avec la totalité corporelle. Il fonde notre sentiment d'unité, d'individualité, espace personnel et espace extérieur étant clairement distingués, et constitue le socle même de notre identité¹.

Nous avons par ailleurs observé que le *tonus* reçoit lui aussi ses stimulations des différentes sensibilités. Celles-ci peuvent susciter des états hyper- ou hypotoniques générateurs de dysfonctionnements, d'une mauvaise adaptation, voire même d'émotions plus ou moins violentes. Il devient clair que toute relaxation corporelle, axée par définition sur la régulation de la fonction tonique, va simultanément provoquer :

1. Cf. Declerck M., *Le Schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques*.

- une meilleure réceptivité aux diverses sensations (intéro – et proprioceptives notamment), en redonnant à l'organisation « cénesthésique » (Spitz) toute son importance ;
- un état général de quiétude, la régulation tonique équivalant à une régulation émotionnelle (Wallon) ;
- une consolidation, ou même une re-structuration du schéma corporel.

L'action de la relaxation peut encore être définie à deux niveaux :

- Celui de l'*équipement* : structuration du schéma corporel qui se fait notamment par le renforcement de la *structuration temporelle* (intégration des notions de durée, d'ordre, de succession, de rythmes), et de la *structuration spatiale* (notions d'intérieur, d'extérieur, localisation des parties corporelles, axe du corps, latéralisation droite-gauche, symétrie, haut-bas, devant-derrrière, dessus-dessous, vertical-horizontal, etc.) ;
- Celui du *fonctionnement et du vécu corporel* : sensations diverses, tensions, détente, énergie, impressions multiples, vécu cardiaque, vécu respiratoire, vécu des divers organes, des mouvements, etc.

Mais la fonction tonique est aussi, ne l'oublions pas, une *fonction de communication*. J'ai mis l'accent sur le dialogue mère-enfant au cours du stade tonico-émotionnel décrit par Wallon, ainsi que sur l'importance d'une présence maternelle sécurisante à un moment où, selon Spitz, l'organisation cénesthésique fonctionne à son maximum.

L'apprentissage de la détente se fait également *sous le regard et avec l'aide d'autrui*, le thérapeute, à qui est formulée une demande de soulagement par l'intermédiaire du corps.

Son *terpnos-logos* doux, rythmé, tranquille, conduisant le sujet « aux portes du sommeil » n'est pas sans évoquer, à bien des égards, les comportements d'une mère qui tente de calmer son bébé, avant qu'il ne s'endorme, totalement apaisé.

La relaxation replace l'individu dans une situation où le tonus constitue le mode d'expression, de relation, par excellence ; les difficultés de la détente, les tensions corporelles, sont autant d'appels, d'émotions, adressés au thérapeute chargé de les entendre et de les résoudre.

On connaît en outre, depuis Wallon, la prépondérance des processus de conditionnement au stade tonico-émotionnel où la distinction entre physiologique et psychologique est, plus encore qu'à toute autre période, difficile à soutenir. Il ne faut pas dès lors s'étonner de l'impact, en relaxation, des images et des inductions conditionnantes, dans le registre psychosomatique notamment.

APPLICATIONS PRATIQUES : LA SOPHRONISATION DE BASE ET LA RELAXATION DYNAMIQUE

La sophronisation de base, en position debout ou allongée, et la Relaxation Dynamique (surtout dans son 1^{er} degré) peuvent être rapportées à ce premier niveau d'approche privilégiant la restructuration du schéma corporel et le vécu qui accompagne la recherche de résolution tonique.

- *L'intégration du schéma corporel* s'y élabore d'abord par l'identification des différents segments corporels, puis leur articulation dans le corps perçu comme un tout. Il s'agit d'un véritable repérage topologique donnant assise au sentiment d'une identité propre (bien reflétée par la formule « Je suis mon corps ») ;
- *La structuration temporelle* se développe à partir de nombreux éléments, non verbalisés habituellement, mais toujours sous-jacents.

Cette dimension temporelle n'est pas seulement visible dans l'aspect quelque peu rituel de la progression d'une séance : atteinte du niveau sophroliminal-approfondissement-travail intrasophronique-désophronisation-dialogue postsophronique. Elle est aussi présente en Relaxation Dynamique dans cette *alternance* des gestes et de la récupération, de la tension et de la détente dans la *succession* des mouvements, dans le *découpage* des gestes en trois temps synchronisés avec les phases respiratoires (inspiration-rétention-expiration).

Les mouvements, tels qu'ils sont exécutés en Relaxation Dynamique, impliquent d'ailleurs à la fois la notion de *succession* (différentes phases) et de *simultanéité* (respiration-mouvement).

La notion de *rythme* y est également présente : les rythmes internes, respiratoire et cardiaque, qui nous imprègnent – dès avant la naissance – nous situent dans une dimension temporelle incluant *l'ordre et la durée* (sensiblement toujours la même entre les mouvements respiratoires ou les battements cardiaques). Le sujet qui se relaxe se met à l'écoute des rythmes de sa respiration et de ses battements cardiaques, lents et réguliers, pour finalement s'identifier à ces tempos générateurs de détente (« Tout mon corps respire », « Je suis respiration »).

- *La structuration spatiale* est présente dès le début de la sophronisation, lorsque sont localisées les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres. Le sujet, en position couchée – *horizontale* –, ou debout – *verticale* –, prend conscience de l'axe de son corps (représenté par la colonne vertébrale), avec pour corollaire la perception de sa *symétrie* (parties droite et gauche du corps). Il porte son attention sur le *devant* ou le *dos* de son corps, le *haut* ou le *bas* ; il effectue tel mouvement

avec le bras droit ou le bras gauche, tel autre avec la jambe droite ou gauche... On sait que ces distinctions droite-gauche, avant-arrière, sont au cours du développement d'abord repérées sur le corps propre avant d'être projetées puis étendues aux éléments extérieurs à soi.

La relaxation tend à consolider cette organisation des repères spatiaux. Le simple fait de fermer les yeux induit un temps, si court soit-il, de déstructuration spatiale, le sujet devant alors nécessairement reconstituer un schéma corporel adéquat.

La respiration établit un lien permanent entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre les espaces interne et externe, le dedans et le dehors.

En relaxation de groupe, il faut tenir compte de ce que l'on appelle la « distance affective », le « territoire personnel », ou autre « halo protecteur » (*cf.* la notion d'espace affectif chez Wallon). Une distance trop rapprochée entre les participants ou, à l'opposé, une pièce trop vaste, suscitent l'insécurité (sentiments d'intrusion d'autrui dans la « sphère personnelle », ou impression d'anonymat complet).

La Relaxation Dynamique 1^{er} degré et ses gestes, développent considérablement cette intégration spatiale, tandis que la R.D.II A ajoute aux sensations internes une *représentation de soi*, avec le « regard extérieur » : se voir de l'extérieur, d'un espace qui n'est pas le nôtre, faire le tour de soi et se voir devant, derrière, sur les côtés. Se regarder d'un autre lieu, celui de l'autre, aller même explorer l'espace, le cosmos, avec sa conscience, en découvrant l'environnement, puis – étape fondamentale – nous *resituer* dans notre corps, à la place qui est la nôtre, et l'occuper complètement, le plus confortablement possible.

Les mouvements, forts simples, de la R.D.II A visent aussi à prendre conscience de l'espace occupé par chacun des segments corporels.

La progression, en Relaxation Dynamique, passe d'abord par la perception de soi, puis par la saisie de son « être-au-monde-avec-autrui » qui s'ébauche avec la concentration sur un objet « naturel » extérieur à soi, se poursuit avec la « réflexion » de soi (double en miroir) impliquant le « regard de l'autre », et s'achève, si l'on peut dire, par une harmonisation entre soi et le cosmos, obtenue dans le 3^e degré. Mais ce corps *perçu, représenté*, dont la relaxation consolide le schéma, est en même temps *éprouvé, vécu*, d'une certaine façon : sensations de bien-être ou de malaise, tensions musculaires diverses ou détente générale, sensations, images, impressions subjectives innombrables.

Le *vécu tonique* sera ainsi diversement apprécié : tonus de base eu sophronisation allongée, et aussi tonus d'activité, d'attitudes, d'orientation et d'expression en Relaxation Dynamique.

Le sujet se met à l'écoute de ses différentes *sensibilités* dans le but de rétablir l'harmonie entre les systèmes cénesthésique et diacritique (Spitz). La R.D.II B contribue aussi au développement des organes des sens : vue, ouïe, odorat, goût, toucher.

La description du corps et de ses parties s'accompagne d'un sentiment *plus ou moins* prononcé de son unité. La sensation d'*équilibre* physique s'éprouve aussi sur un plan personnel plus global.

En R.D., le moment où l'on se « récupère » après les mouvements, est particulièrement favorable à l'émergence des sensations propres qui donnent à notre « équipement », à notre « appareil corporel », à notre être, le sentiment d'exister, de fonctionner (plus ou moins harmonieusement d'ailleurs).

Le *vécu respiratoire*, celui de la *circulation sanguine*, ajoutent aussi à notre anatomie sa dimension *de vie, d'énergie, de chaleur*.

Le rythme respiratoire *anime*, par son flux et son reflux perpétuel, ce corps qui devient ainsi plus qu'une simple unité spatiale ; les échanges respiratoires sont le trait d'union entre les espaces externe et interne.

Le ventre, centre de soi, peut être vécu comme un centre de vie, d'énergie, de chaleur, d'équilibre...

Bref, la relaxation, outre l'intégration du schéma corporel qu'elle favorise, aide au réinvestissement positif, au développement d'un espace interne sécurisant.

Être à l'aise dans son corps, « bien dans sa peau », c'est encore pouvoir engager des relations satisfaisantes avec autrui. Le thérapeute est là comme pour « authentifier », donner aux différents vécus toniques un « statut dans la parole » (Bergès). Ses inductions, le dialogue post-sophronique, aident à intégrer les vécus divers dans le champ de la parole. Nous reviendrons par la suite sur cet aspect très important de la relation thérapeutique.

Mon propos, qui est de faire apparaître les caractéristiques fondamentales des méthodes sophrologiques, reste ici avant tout centré sur la sophronisation et la Relaxation Dynamique. Il serait cependant tout à fait injuste de ne pas mentionner les principales autres techniques de relaxation – bien qu'en en brossant un rapide tableau – techniques dont le but immédiat est aussi l'intégration du schéma corporel et la résolution tonique.

APERÇU DES AUTRES TECHNIQUES

La méthode de Jacobson

Cette méthode prétend relever d'une approche exclusivement physiologique. La détente s'y définit par l'absence de toute contraction musculaire,

vérifiable à l'électro-neuro-myographe par un potentiel d'action égal ou très voisin de 0. Le sujet, par une série de contractions puis de relâchements de tous les muscles du corps, va apprendre à reconnaître les sensations en rapport avec ces états de tensions et de détente afin de parvenir par la suite de lui-même à effacer les tensions qui le gênent.

Le principe de base est qu'en amenant le potentiel d'action des muscles périphériques sensiblement aux alentours de 0 (= tonus de repos), on met automatiquement au repos les territoires cérébraux correspondants.

Autrement dit, la relaxation progressive des muscles engendre avec le « repos cortical » une sensation de détente qui se manifesterait dans le domaine psychique (quiétude, bien-être).

La technique se poursuit par une relaxation *différentielle*, qui consiste à obtenir un *tonus optimum* dans les gestes de la vie quotidienne : utilisation du minimum de contraction musculaire nécessaire à la réalisation d'un geste, d'un mouvement, le reste du corps étant parfaitement relaxé.

Le relaxateur est considéré comme un *pédagogue* : il montre les gestes que le sujet va effectuer, sans employer de suggestion particulière, ni prendre en compte la relation thérapeute-patient.

Cette technique, en se centrant sur les processus physiologiques, tend à donner un moyen de contrôle et de réduction des tensions, le relâchement musculaire entraînant une détente psychique. L'individu apprend à obtenir un tonus optimum à tout instant.

L'eutonie de Gerda Alexander

L'étymologie du mot (*eu* = bon, juste ; *tonie* = tonus) indique bien que l'accent est mis sur la recherche d'un tonus « juste », bien adapté aux différentes activités et circonstances. L'organisme doit être capable de répondre de façon harmonieuse et appropriée à n'importe quelle situation.

Le sujet s'entraîne à percevoir toute la gamme des tensions musculaires, depuis les exercices les plus « durs » jusqu'aux attitudes qui réclament le minimum de tension. Puis, il va assimiler une image de son corps aussi complète que possible : développement de la sensibilité tactile notamment (découverte des limites corporelles, prise de conscience de la peau, etc.) ; les sens de la vue, de l'ouïe y sont aussi développés.

L'espace intérieur est ensuite exploré : régulation des tensions neurovégétatives et motrices, prise de conscience des systèmes osseux, déblocage respiratoire...

Si le dialogue tonique est central dans la méthode de G. Alexander, le rythme, le mouvement y ont aussi également une fonction essentielle. Des mouvements divers sont ainsi effectués, avec un maximum d'harmonie et de détente, en ayant conscience de l'espace intérieur et de l'espace externe.

La relation prônée est encore ici du type maître-élève, centrée sur le corps « réel », la recherche d'un meilleur contrôle et d'attitudes plus harmonieuses.

La désensibilisation systématique de Wolpe

Cette technique comportementale nous intéresse dans la mesure où elle associe une méthode de relaxation (le plus souvent celle de Jacobson) à des procédés d'imageries mentales. Avec cette méthode, nous faisons un pas supplémentaire (car elle prend explicitement en compte les problèmes psychologiques), tout en restant dans le même type d'approche (le symptôme est réduit par des procédés physiologiques).

Elle repose sur les théories du conditionnement, relève du *réflexe conditionné*, et ne tient pas compte du contenu symbolique.

Rappelons son principe général (Wolpe, 1958) :

« Si une réponse inhibitrice de l'anxiété peut survenir en présence de *stimuli* anxiogènes, cette réponse pourra affaiblir les liens existant entre ces *stimuli* et l'anxiété. »

On commence par établir une *hiérarchie de stimuli anxiogènes* en rapport avec une situation déterminée (par exemple, le sujet a peur de se trouver enfermé ; cette peur est-elle plus ou moins importante dans un magasin, dans un ascenseur, les transports en commun... ?). On choisit ensuite le mode de « réponse inhibitrice antagoniste », comme la relaxation de Jacobson (« On ne peut être angoissé et détendu en même temps »).

Lorsque le sujet est relaxé, on lui demande de laisser venir une image mentale évoquant la situation difficile, en commençant par celle qui, dans la hiérarchie, est la moins anxiogène. Quand, à cette situation, est désormais liée une réponse de détente, remplaçant la réaction émotionnelle préalable, on passe au point suivant de la hiérarchie.

Le sujet va ainsi progressivement se déconditionner totalement vis-à-vis de la situation anxiogène (en se conditionnant à nouveau, mais de façon positive).

Cette technique n'est pas sans évoquer la sophro-correction sérielle du sophrologue qui, comme nous l'avons vu, peut être aussi comprise comme un déconditionnement étape par étape.

En fait, comme le souligne O. Fontaine¹, il semble que l'efficacité de cette méthode repose surtout sur deux types de phénomènes :

- L'alternance des phases de concentration sur les images anxiogènes et des phases de détente : alternance qui constituerait une sorte d'entraînement

1. *Introduction aux Thérapies Comportementales*, p. 201.

- permettant au sujet d'acquérir une forme de contrôle sur la situation anxiogène ;
- L'exposition volontaire à une situation de non-évitement (alors que bien souvent, comme c'est le cas chez le phobique, l'évitement est de règle).

La régulation active du tonus musculaire de Stokvis

Cette méthode, à base d'exercices de relâchement de chaque groupe musculaire (de manière plus ou moins analogue à celle de Jacobson) a aussi pour objectif la réalisation d'un *tonus optimal*. Ce tonus optimal acquis, l'organisme devrait être libéré des affects qui le perturbent dans son fonctionnement.

Ce qui démarque cette méthode des précédentes, c'est certainement l'introduction et la prise en compte explicites de la dimension psychologique et relationnelle comme faisant partie intégrante du processus thérapeutique. Stokvis s'intéresse en effet davantage à *l'impression psychique* de détente qu'à la décontraction musculaire elle-même.

Son approche n'est en outre pas sans rappeler par certains aspects l'approche sophronique. C'est une régulation « active » qui réclame la *coopération* du patient (se sentir responsable de sa guérison) ; on explique clairement au début tout ce qui a trait à la méthode dont le principe général est que toute émotion a son pendant dans des tensions corporelles et que, par la décontraction musculaire, on arrive à obtenir une détente psychique.

On met en place un *programme d'entraînement* qui devra être scrupuleusement suivi. Par exemple, des horaires sont fixés pour faire les exercices ; si, aux heures prévues, le sujet oublie de s'entraîner, il devra attendre le lendemain pour les pratiquer. Le patient est donc « cadré » par certaines règles qu'il s'engage à respecter, qui ont été discutées au départ avec le thérapeute, ce qui évoque la notion de contrat (Caycedo).

Le thérapeute utilise la *suggestion* pour approfondir la détente, et hormis son rôle d'information sur les techniques, n'hésite pas à encourager le patient si nécessaire, voire à le réprimander s'il ne s'entraîne pas régulièrement chez lui comme prévu.

Ce parti-pris relationnel rappelle certainement l'*alliance* préconisée par Caycedo dans les rapports patient-thérapeute, même si le sophrologue paraît plus souple, moins directif... ou moins obsessionnel !

À noter enfin que Stokvis qualifie sa méthode de *couvrante*. La signification des oublis dans l'entraînement quotidien, n'est par exemple pas analysée dans son aspect transférentiel, ni replacée dans les difficultés de progression du sujet. Cette approche se caractérise cependant par son abord de la sphère psychologique, en utilisant la suggestibilité du patient accrue

par l'état de détente, ainsi qu'une certaine relation (certes encore fort délimitée) avec le thérapeute.

La méthode Vittoz

Cette méthode a pour objectif de retrouver un « équilibre cérébral » normal, qui est un état « où chaque idée, impression ou sensation peut être contrôlée par la raison, le jugement, la volonté, c'est-à-dire qu'elle peut être jugée, modifiée ou écartée¹ ».

Ce « contrôle cérébral » qui équivaut donc à la maîtrise consciente de soi, se fait au cours de différents exercices avec le souci d'être réceptif au maximum.

La relaxation musculaire (succession de crispation-détente de différents muscles du corps) sert donc ici surtout au développement de la réceptivité et au meilleur contrôle du tonus musculaire (sentir son corps et contrôler sa détente). Le sujet *se concentre sur les sensations corporelles*, réalisant une prise de conscience de tout le corps.

Sa *réceptivité* sera également entraînée au moyen d'exercices tendant à se rendre conscient d'actes habituellement effectués de manière automatique ; il s'agit de *ré-apprendre les sensations élémentaires* en se concentrant par exemple sur certains actes quotidiens (exemple : manger consciemment). Est aussi développée la capacité à percevoir *des sensations pures*, dégagées de l'objet (ressentir superficiellement son corps).

Dans tous les cas, on apprend au cerveau à *ne pas associer les idées nées des sensations*, mais à ne garder que la sensation pure.

Ce point constitue une des particularités de la méthode qui est ainsi nettement distinguée de celles favorisant au contraire la libre-association. Tout est ici fait pour rééduquer, consolider la maîtrise consciente, ce qui paraît aux antipodes du « laisser faire », de la consigne de « laisser surgir tout ce qui peut apparaître ».

La méthode recoupe cependant, dans son projet d'accroître la réceptivité du sujet, ce que l'on fait en R.D.II B en développant les cinq sens.

L'apprentissage de la concentration – se fixer sur un seul objet à la fois aussi longtemps qu'on le veut, avec le minimum de fatigue –, *la rééducation de la volonté*, concourent à parfaire le contrôle mental.

Ce contrôle conscient et rationnel est donc en définitive obtenu par la concentration sur les sensations corporelles dans les exercices de tension détente, puis dans les actes quotidiens, et également par une augmentation de la réceptivité, l'utilisation des images mentales.

1. Vittoz P., *Traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*.

Le training autogène de Schultz – 1^{re} partie

Le principe de la méthode, dit Schultz :

« ...est d'induire par des exercices physiologiques et rationnels déterminés, une déconnexion générale de l'organisme qui, par analogie avec les anciens travaux sur l'hypnose, permet toutes les réalisations propres aux états authentiquement suggestifs¹. »

Autrement dit, il s'agit « d'induire en quelque sorte d'une manière somatogène la déconnexion organismique qui caractérise l'état hypnotique ».

Cette technique, probablement la plus employée de toutes, repose donc – dans sa première partie – sur la recherche d'un état *hypnoïde* à partir d'une concentration sur les sensations physiques habituellement ressenties en détente (lourdeur, chaleur, rythmes cardiaque et respiratoire lents, plexus dénoué, front frais). Percevoir ces sensations permet de réduire les tensions musculaires, de réaliser un tonus optimum, et suffit souvent à dépasser bon nombre de difficultés (surtout d'ordre psychosomatique).

On peut y ajouter, comme le fait Luthe, des *formules organospécifiques* (F.O.S.), semblables aux formules standards de Schultz (« Mon bras droit est lourd », par exemple), mais agissant physiologiquement dans une zone déterminée ; on peut aussi s'imprégner de *formules intentionnelles*, concernant directement les fonctions psychiques.

- Les *premières* (F.O.S.) sont choisies en fonction des atteintes organiques ; par exemple, dans les cas de rhinite : « Mon nez est chaud ». Ces formules peuvent être présentées sous forme d'*images*. On retrouve là les procédés regroupés en sophrologie sous le terme *techniques de focalisation* ;
- Les *secondes* (F.I.) peuvent être des *formules de neutralisation* (« X m'est indifférent »), de *renforcement* (« Je suis très fatigué, j'ai envie de dormir »), d'*abstinence* (« Il vaudrait mieux que j'évite de... »).

Chaque formule est adaptée selon les besoins du sujet. On peut ici également associer ces formules à des images mentales suggérant l'attitude à adopter.

L'objectif du T.A.S est d'amener l'individu à réaliser par lui-même cette *déconnexion organismique* qui agit sur son tonus à partir des sensations de base (lourdeur, chaleur) ; il s'efforcera de retrouver cet état chaque fois qu'il en sentira le besoin, et adaptera à sa guise les F.O.S. ou F.I.

- La première partie du T.A.S. regroupe donc dans son approche des aspects physiologiques (réduction des tensions, intégration d'un tonus adéquat)

1. Schultz J.H., *Le Training Autogène*, p. 1.

et psychologiques (état hypnoïde favorisant la suggestibilité selon divers procédés « mentaux ») ;

- Dans sa deuxième partie, le T.A.S. s'apparente aux techniques de réveil favorisant un travail en profondeur de la personnalité.

Le training autogène modifié (TRAM) de R. Abrezol et A. Dumont

Cette version modifiée du *training* autogène de Schultz donne au sophrologue, notamment dans le travail en groupe, des possibilités de transition intéressante entre la sophronisation de base (ou autres relaxations allongées) et la Relaxation Dynamique 1^{er} degré (avec ses gestes en posture debout).



Debout

- Mouvements de la tête à gauche et à droite (« comme pour dire non ») avec concentration sur les sensations corporelles ;
- Mouvements de la tête de haut en bas (« comme pour dire oui ») ;
- Lente rotation axiale du corps en laissant les bras ballants ;
- Mouvements latéraux du corps, en levant alternativement un bras et l'autre ;
- L'arc : tension en arrière de toute la colonne vertébrale, puis flexion lente en avant le plus bas possible, sans forcer la première fois, la seconde en saisissant les chevilles et en tirant légèrement sur les bras, la troisième fois à nouveau librement.

Assis par terre

- On place le pied droit sous la cuisse gauche (vécu de la flexion), puis retour jambe droite allongée (vécu de la détente de la jambe droite) ;
- Même exercice avec l'autre pied ;
- On place le pied droit sur la cuisse gauche (vécu de la jambe fléchie), puis retour jambe droite allongée (vécu de la détente de la jambe droite) ;
- Même exercice de l'autre côté ;
- On fléchit les jambes en position de lotus (sans forcer, chacun travaille selon ses possibilités).

Couché

- On effectue trois respirations totales rythmées : un temps d'inspiration, quatre temps de rétention, poumons pleins, deux temps d'expiration et quatre temps de rétention, poumons vides ;
- On pratique enfin les exercices du training autogène classique¹.

La rééducation psychotonique de Ajuriaguerra

L'auteur, s'appuyant sur les travaux de Wallon et les données psychanalytiques, propose une rééducation du tonus musculaire qui prendrait en considération la « dialectique tonico-affective qui préside à toutes les

1. Il nous arrive de simplifier en laissant les étapes h, i, k.

attitudes d'un sujet adulte¹ ». Il met l'accent sur l'état tonique en tant que mode de relation à autrui.

La méthode tend à restituer le dialogue tonique en examinant ce qui s'oppose, dans la vie relationnelle, à une bonne adéquation des attitudes. Elle analyse les résistances à la relaxation ; les tensions, angoisses, et désordres divers y révèlent leur signification. La respiration, par exemple, peut être saccadée, bloquée ; le sujet peut soupirer, avoir besoin d'air ; les battements cardiaques peuvent se précipiter, etc.

La maîtrise du tonus musculaire – et donc de la sphère émotionnelle – passe par la première étape du Training autogène. Avec l'apprentissage de sensations musculaires nouvelles, le sujet établit des modes de relation différents à autrui. Mais ces modifications ne proviennent pas tant, nous l'avons dit, de la répétition régulière des exercices, que de la *découverte du sens* des tensions, des résistances, apparaissant immanquablement au cours de la « rééducation ».

La relation transférentielle, elle-même analysée, prend ici toute son importance.

Le patient pourra par la suite reconnaître ses réactions toniques dans diverses circonstances de la vie quotidienne, et s'efforcer d'y adapter son entraînement à la détente.

Il s'agit, en fin de compte, de prévenir les attitudes dystoniques symptomatiques en développant une meilleure intégration tonico-émotionnelle.

Si donc la méthode de Ajuriaguerra vise aussi la régulation de la fonction tonique, et prend appui sur les thèses de Wallon, elle se démarque des techniques précédentes par une approche privilégiant la dimension relationnelle dans son ensemble, avec ses constituants conscients et inconscients.

Ce qui incite à poursuivre plus avant, dans le domaine des fantasmes corporels, du désir et de l'imaginaire, bref du corps tel que l'appréhende la psychanalyse.

1. Introduction au livre de Lemaire, *La Relaxation*.

L'IMAGINAIRE CORPOREL

« *La psychanalyse, [remarque G. Rosolato, a montré combien les images du corps, actives dans une fantasmatique, recomposent les réalités de l'anatomophysiologie, ou font fi d'elles¹.* »

IL SERA ici question du corps imaginaire, tissé par les désirs et les fantasmes de notre prime enfance, par les liens et les conflits affectifs qui ont marqué notre histoire personnelle. Cette « anatomie fantasmatique », irréductible à celle qui est étudiée par le biologiste ou le physiologiste, est décelable dans la symbolique et les symptômes corporels.

Dès ses premiers travaux, Freud a insisté sur l'importance des « zones orificielles du corps », leur caractère érogène, sexuel, leur prédominance successive.

Dans les « Trois essais sur la sexualité » (1905), il détermine la relation qui unit les pulsions sexuelles et certaines fonctions corporelles fondamentales : les pulsions sexuelles *s'étayent* sur les fonctions vitales, celles-ci leur fournissant une source, un but et un objet.

« En un sens, la sexualité peut être retrouvée partout, comme naissant dans le fonctionnement même des activités corporelles... elle ne se détache que secondairement². »

Par exemple, à partir de la fonction alimentaire, du *besoin* pur et simple d'assouvir sa faim, naît le *plaisir* lié à la succion du sein (objet de satisfaction) ; plaisir qui « prend corps » dans la bouche, promue zone érogène. Rapidement, la satisfaction sexuelle (orale) fonctionne ensuite pour elle-même, en se séparant du seul besoin nutritionnel : autoérotisme buccal manifeste dans la succion du pouce, les babils, les jeux salivaires...

1. *Lieux du Corps*, N.R.P., p. 6.

2. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, p. 149.

S'élaborent ainsi successivement :

- *Un corps de l'oralité*, dominé par des fantasmes d'absorption, d'introjection, d'incorporation, mais aussi de destruction par dévoration, morcellement... ;
- *Un corps de l'analité*, la satisfaction défécatoire et sa maîtrise engendrant des fantasmes en rapport avec la rétention, la conservation, l'expulsion... ;
- *Le corps de la phase phallique*, centré sur le plaisir génital et les fantasmes de castration...

Une belle illustration, empruntée à F. Dolto¹, montre l'extrême importance de l'imaginaire dans le fonctionnement du schéma corporel.

Il s'agit d'une fillette de 5-6 ans qui ne peut rien prendre avec ses mains : elle reste sans réaction si on lui demande de « prendre dans sa main » de la pâte à modeler, ou encore de « faire quelque chose avec la pâte à modeler ».

Il lui manque, selon F. Dolto, les capacités inhérentes à une image corporelle du stade anal, avec son « érotique » centrée sur le faire, l'agir.

Mais, l'enfant se sert immédiatement de sa main lorsqu'on utilise des termes se référant à une image corporelle de la période orale : « Tu peux prendre la pâte à modeler avec ta bouche de main. ».

Pour cette fillette, « prendre », « faire » sont vides de sens ; son image corporelle fonctionne sur le registre oral :

« Tandis qu'elle n'avait de mains que dans sa bouche, je lui ai mis par la parole une bouche dans sa main, lui redonnant un bras qui reliait sa main de bras-bouche à sa bouche-main de visage, perdu lui aussi². »

Il est vrai qu'au début S. Freud insiste surtout sur la fonction érogène de la peau, des muqueuses, des orifices corporels ; mais il finit bientôt (1938, « Abrégé de psychanalyse ») par attribuer à la pulsion sexuelle la possibilité d'investir tous les organes : le corps doit être « conçu tout entier comme érogène », l'érogénéité est une « propriété générale de tous les organes ».

La symbolique corporelle est clairement manifeste dans des expressions telles que « avoir mal au cœur », « mal aux tripes », « perdre la face », « garder la tête haute », « courber l'échine », « froncer les sourcils », etc.

Les symptômes corporels (tensions, maladies dites fonctionnelles,...) dévoilent un corps imaginaire, investi par le désir et la relation à l'autre, avec ses avatars et ses difficultés.

1. Dolto F., *L'Image inconsciente du corps*, pp. 36-37.

2. *Ibid.*, p. 37.

SCHÉMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS

À la cassure radicale, opérée par S. Freud, entre un corps « réel », anatomique, objet de l'investigation du physiologiste par exemple (ou même du psychologue s'attachant à saisir l'évolution de la « conscience de soi » – cf. précédent chapitre) et celle d'un corps engendré par les désirs inconscients, corps imaginaire, objet de fantasmes, il convient d'en superposer une autre, relative à la distinction entre *schéma corporel* et *image du corps*.

Le champ de l'analyse, qui est celui de l'inconscient, de la sexualité, du fantasme, s'intéresse à *l'image du corps*. Il est plus habituel de dénommer schéma corporel la « connaissance du corps découlant de la perception et des afférences neuro-physiologiques¹ ». Cette connaissance se fait à partir des données des sensibilités proprio, intéro et extéroceptives et soutient le sentiment de présence du corps.

Le schéma corporel, dit F. Dolto, est une « réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique² ». Selon cet auteur, le *schéma corporel* est :

- ce qui spécifie l'individu en tant que représentant de son espèce ;
- en principe *le même pour tous les individus de l'espèce humaine* ;
- *en partie inconscient*, mais aussi *préconscient et conscient* ;
- structuré par *l'apprentissage et l'expérience*.

L'image corporelle serait en revanche :

« La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles inter-humaines répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant (ce même avant que le sujet puisse dire "Je³"). »

Elle serait, par opposition au schéma corporel, caractérisée comme :

- *propre à chaque individu*, liée à l'histoire du sujet ;
- totalement *inconsciente* ;
- se structurant par « *la communication entre sujets et la trace*, au jour le jour mémorisée *du jouir frustré, réprimé ou interdit⁴* » ;
- se référant uniquement à l'imaginaire.

1. Pasini W. *Eros et Changement – Le corps en psychothérapie*, p. 50.

2. Dolto F., *L'Image inconsciente du corps*, p. 18.

3. *Ibid.*, p. 22.

4. Nous verrons plus loin, avec Dolto, l'évolution de cette structuration élaborée par castrations successives du désir dans la réalité.

Il n'est pas concevable d'entendre encore, de la part de sophrologues, que la « psychanalyse ne s'intéresse pas au corps ». La démarche freudienne a certes consisté à s'écarter du corps réel, physique et biologique, mais pour mieux affirmer l'imaginaire corporel comme objet de son investigation.

Plus exactement, la psychanalyse étudie les rapports, l'articulation entre le réel et l'imaginaire (qui révèle son influence dans les symptômes ou autres discours symboliques du sujet).

L'EXPRESSION DU CORPS CHEZ LE NÉVROSÉ, CHEZ LE PSYCHOTIQUE

Le corps, chez le névrosé, s'exprime à travers une symbolisation. Il est « engagé dans un langage, dans un système d'échange, dans lequel il est représenté », dit F. Gantheret¹. Pour retrouver ce corps, il faut réaliser un *déchiffrement* (semblable à celui du rêve).

Le phénomène de *conversion*, bien connu chez l'hystérique, tend à transposer un conflit psychique (visant ainsi à le résoudre) en symptômes somatiques. Ceux-ci ont une *signification symbolique*, exprimant, par le moyen du corps, des représentations refoulées.

Souvenons-nous des « quintes de toux » de Dora, que Freud fut conduit à interpréter, grâce aux associations de sa patiente, comme représentant symboliquement les rapports sexuels *per os* fantasmés entre les deux personnes – son père et sa maîtresse – dont les relations amoureuses préoccupaient Dora.

Il existe chez le névrosé une similitude entre les choses désignées (identité de choses). En revanche, chez le schizophrène, ce qui

« confère à la fonction de substitut et au symptôme son caractère surprenant (...) c'est la prédominance de la relation de mot sur la relation de chose² ».

Les associations ne sont plus ici de l'ordre de la représentation ; il y a chez le psychotique *assimilation du mot et de la chose*. Autrement dit, en citant à nouveau F. Gantheret, pour le psychotique, « le signifiant est le signifié ». Il ne reste plus qu'une *identité de l'expression verbale*.

Dans le cas célèbre de l'« Homme aux loups » on trouve par exemple ce rapprochement entre le vagin et les pores de la peau car « un trou est un trou » est valable *mot à mot*.

1. *Lieux du Corps*, N.R.P., p. 143

2. Freud S., *Métapsychologie*, p. 117.

« C'est l'identité de l'expression verbale et non la similitude des choses désignées qui a commandé la substitution¹. »

« C'est là où les deux éléments – mot et chose – ne se recouvrent pas que la formation de substitut schizophrénique s'écarte des névroses de transfert². »

Alors que les investissements d'objets sont abandonnés chez le psychotique, « *l'investissement des représentations de mot des objets est maintenu*³ ».

CONVERSION HYSTÉRIQUE ET TROUBLE PSYCHOSOMATIQUE

On distingue habituellement les somatisations hystériques (troubles fonctionnels sans atteinte organique) des troubles psychosomatiques (atteintes organiques causées par des difficultés d'ordre psychologique et relationnel).

Les personnalités hystériques et psychosomatiques ont en outre des structures fondamentalement différentes.

- *L'hystérique* adresse (inconsciemment) un appel, un message, à l'« autre », pour obtenir une satisfaction libidinale à la fois désirée et refoulée ; sa problématique s'organise autour de la génitalité ;
- Le trouble *psychosomatique* renvoie quant à lui à une structuration et une délimitation insuffisante de l'image du corps.

L'école française (Marty, M'uzan, David) a décrit (1963) le psychosomatique comme un sujet adapté socialement, très concret, attaché à *l'opérationnel*.

Contrairement à l'hystérique qui dispose d'une fantasmatique très riche et joue avec une affectivité aux rebondissements multiples, le psychosomatique valorise très peu l'affect, le sentiment, éprouvant même des difficultés parfois insurmontables à exprimer ce qu'il ressent. Son angoisse, insuffisamment « mentalisée », se trace dans le corps, ne pouvant trouver à s'exprimer dans l'imaginaire, les rêves ou les fantaisies.

La signification symbolique du trouble psychosomatique est d'autre part peu nette, si tant est qu'il y en ait une, alors que le symptôme hystérique est un signifiant à décoder en rapport avec les conflits et l'histoire personnelle.

Le sujet psychosomatique souffre d'une blessure narcissique du moi et de l'image corporelle ; ses mécanismes défensifs sont peu variés et mal élaborés.

1. *Ibid.*, p. 118.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

On voit bien, par ces remarques, qu'il ne saurait être question de proposer une même stratégie thérapeutique à des patients dont la structure personnelle est aussi différente.

Si, en principe, le symptôme hystérique est à déchiffrer, en sophrothérapie, dans une progression « découvrente » (sophro-anamnèse, sophro-mnésies, sophro-analyse), le problème du psychosomatique est à considérer préférentiellement au moyen de la Relaxation Dynamique. Cette technique convient assurément bien, par ses effets de structuration narcissique, et par le support qu'elle offre à l'expression verbale, aux difficultés qu'il éprouve à manifester ses affects, ses sensations, et à la mauvaise élaboration de son image corporelle.

Nous pouvons reprendre à notre compte ces propos de G. Hermant sur le traitement du psychosomatique en psychomotricité¹ :

« En redonnant une signification affective aux gestes et aux mouvements, ainsi qu'en restituant au patient un temps et un espace personnels, on favorise un redéploiement de la dynamique émotionnelle et relationnelle. »

Le sujet, grâce à une réassurance narcissique progressivement acquise, aux sensations de bien-être obtenus en détente, se sentira de moins en moins menacé dans son intégrité personnelle et pourra plus aisément situer son corps dans le contexte relationnel qui, jusque-là était évacué.

La Relaxation Dynamique saura, probablement plus que toute autre méthode sophrologique, poursuivre les deux axes définis par Buxant quant à une évolution du psychosomatique « au-delà de l'opérateur » :

« Susciter l'élaboration d'une perception affective du corps mieux différenciée, davantage intégrée dans les contextes relationnel et spatiotemporel ; développer des modes de défenses plus appropriés, rendant possible un ajustement efficace face au stress². »

L'IMAGE DU CORPS : QUELQUES APPORTS FONDAMENTAUX DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHANALYSE

Françoise Dolto

F. Dolto³ montre comment les désirs de l'enfant rencontrent, à chaque stade de son développement, des interdits incontournables ayant valeur structurante et progressante.

1. Hermant G., *Le Corps et sa Mémoire*, p. 301.

2. *Ibid.*, p. 300.

3. Dolto F., *L'Image inconsciente du corps*, *op. cit.*

Cette *castration* des désirs dans la réalité se réalise sous des modalités diverses, de la naissance à la période œdipienne.

- *La castration ombilicale* préfigure toutes les castrations. Les perceptions ainsi que les modes de satisfaction connus *in utero* sont, après la naissance, à jamais perdus. F. Dolto insiste sur le *prénom* de l'enfant, élément auditif prégnant, « signifiant de son être au monde pour ses parents (de son sexe aussi¹) » ;
- *La castration orale* : le sevrage du corps à corps nourricier, celui du plaisir de la « captation cannibale », donnent à l'enfant la possibilité d'accéder à un langage, et au désir de parler dans un langage compréhensible aussi par d'autres personnes que sa mère. La castration orale stimule l'enfant à la relation à autrui ;
- *La castration anale* : l'enfant, capable de motricité volontaire, doit pouvoir se séparer de la mère dans le *faire*, développant son autonomie en même temps qu'intériorisant l'interdit de tout *agir nuisible* (pour soi et pour autrui) ;

Privé de l'assistance physique maternelle qui le soutenait jusque-là, et du plaisir manipulatoire partagé avec sa mère, l'enfant est incité à élaborer ses propres expériences, à trouver une certaine autonomie concernant ses désirs et besoins.

Cette castration, conduisant à la maîtrise de ses actes et à l'autonomie de son corps, permet une ouverture à la communication avec les enfants de son âge et avec autrui en général. L'enfant en retire l'interdit du meurtre et du vandalisme, le contrôle des pulsions motrices nuisibles, de la motricité, la mesure, la maîtrise de la force...

En somme, la déprivation de plaisirs agressifs moteurs nuisibles à soi ou à autrui fait place à l'initiation au plaisir d'une motricité contrôlée et au commerce avec autrui.

- *La castration œdipienne* est centrée sur l'interdit de l'inceste. Renoncer à l'amour incestueux instaure la promesse d'une vie génitale future, inhérente à son propre sexe. L'enfant a désormais accès à une image du corps sexuée (génitale).

Mélanie Klein

On doit à M. Klein la mise à jour des fantasmes sous-tendant les relations mère-enfant dans les tout premiers moments de la vie.

1. *Ibid.* p. 93.

- *Fantasmes concernant le sein maternel*, objet partiel perçu « tout bon », gratifiant quand il satisfait les besoins de lait, de sécurité, de tendresse, et auquel s'adressent les pulsions libidinales... Ou, au contraire, objet « tout mauvais », source de frustration sur lequel sont projetées les pulsions destructrices ;
- *Fantasmes d'absorption, d'incorporation*, caractéristiques de la relation d'objet au stade oral, « prototype corporel de l'introjection et de l'identification¹ », l'incorporation consistant à assimiler les qualités de l'objet en le conservant à l'intérieur de soi² ;
- *Fantasmes de dévoration* correspondant à la phase « cannibalique », sadique-orale : manger ou détruire la mère, être mangé ou détruit par elle, vouloir détruire le sein ou même le corps tout entier en le vidant de son contenu... ;
- *Fantasme uréthraux et anaux* tendant à abîmer, déchirer l'intérieur du corps maternel en utilisant son urine ou ses fèces... Inonder, brûler, empoisonner avec les urines... ;
- D'autres *fantasmes encore concernant les rapports parentaux* (coït oral, coït-lutte)..., *fantasme d'une mère détentriche du pénis* à l'intérieur de son corps (mère phallique), etc.

La perception qu'a l'enfant de son corps et de celui d'autrui repose ainsi sur une fantasmatique suscitée par ses pulsions érotiques et destructrices.

On retrouve chez l'adulte cette réalité fantasmatique à l'œuvre dans la vie relationnelle ; nous en évoquerons quelques aspects à propos de l'« oralité » manifeste dans le travail sophronique. Mentionnons seulement ici des expressions clairement significatives d'une thématique orale, comme « être mignon à croquer », « être indigeste, imbuvable », « se faire bouffer », dévorer quelqu'un du regard », « goûter, boire les paroles d'un orateur », « vomir quelqu'un », etc.

Ou bien, certaines injures se rapportant à l'analité : « emmerder quelqu'un », « se faire chier », « ne pas pouvoir sentir telle personne », etc.

Didier Anzieu (le Moi-peau)

Selon cet auteur, le tonus musculaire postural serait une source de *stimuli* sensoriels moins importante que la *peau*.

Suivant les travaux d'éthologues (Lorenz) ou ceux de Bowlby sur l'*attachement* il estime le besoin de contact (d'où l'importance de la peau)

1. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, p. 200.

2. On perçoit sans doute un tel fantasme dans la suggestion d'incorporer, en relaxation, toute l'énergie extérieure positive, à chaque inspiration.

aussi fondamental que le besoin de nourriture. Elle est le « contenant élémentaire de l'organisation psychique ». D. Anzieu accorde aux signaux tactiles (puis aux signaux sonores) la primauté dans l'organisation de l'appareil psychique, fonction sans doute surtout attribuée par d'autres (Winnicott, Lacan) aux signaux visuels.

Comme l'affirme W. Pasini :

« Anzieu défend la valeur organisatrice de la forme, par la surface de la peau, tandis que d'autres auteurs comme Spitz ont privilégié le volume (par exemple, la cavité primitive) ou le tonus musculaire (Reich, Ajuriaguerra)¹. »

Lors des activités de maternage, l'enfant, tenu dans les bras en contact étroit avec le corps de sa maman, va progressivement différencier une interface qui le conduit à distinguer un « dehors » et un « dedans », tout en se sentant baigné en sécurité dans un volume ambiant qui l'enveloppe et le contient.

« Par Moi-peau, dit D. Anzieu, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps². »

L'auteur a pu recenser neuf fonctions psychiques du moi-peau (liste « ni immuable, ni exhaustive », précise-t-il) pouvant rendre compte, en cas de carence ou de surinvestissement, de graves problèmes pathologiques³.

- Une fonction de *maintenance* du psychisme : intériorisation du *holding* maternel, le moi-peau maintient le psychisme en état de fonctionner ;
- Une fonction *contenante* : le moi-peau tend à envelopper tout l'appareil psychique, comme la peau enveloppe tout le corps. Cette fonction s'étaye sur le *handling* maternel.

« La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure la mère⁴. »

- Une fonction de *pare-excitation* contre les excès de stimulations, les agressions diverses (cf. les inductions de certains sophrologues suggérant de percevoir la peau comme protégeant du « négatif » venant de l'extérieur, mais laissant passer le « positif ») ;

1. Pasini et coll., *Le Corps en psychothérapie*, p. 55.

2. Anzieu D., *Le Moi-Peau*, p. 39.

3. Le bref résumé que je présente ici ne saurait bien évidemment remplacer la lecture de cet ouvrage *princeps* de la psychanalyse.

4. *Ibid.*, p. 100.

- Une fonction d'*individuation* du Soi (sentiment d'être unique) ;
- Une fonction d'*intersensorialité*. Le moi-peau constitue une surface psychique reliant entre elles les différentes sensations et les faisant émerger de l'enveloppe tactile originaire ;
- Une fonction de surface de *soutien de l'excitation sexuelle*. Les contacts cutanés entre mère et enfant, agréables le plus souvent, préparent l'auto-érotisme et confèrent aux plaisirs de peau une place prépondérante dans les plaisirs sexuels.

« Surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée¹. » ;

- Une fonction de *recharge libidinale* du fonctionnement psychique, la peau étant une surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations extérieures ;
- Une fonction d'*inscription des traces sensorielles tactiles*, « le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve (...) les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture "originaire" préverbale faite de traces cutanées² ». On peut ici évoquer certaines angoisses comme celle d'être marqué en surface (rougeurs, eczéma,...) par des inscriptions honteuses et indélébiles infligées par le Surmoi ;
- Une *fonction négative du moi-peau*, au service de la pulsion de mort, qui viserait à l'*autodestruction* de la peau et du moi.

Les vicissitudes d'acquisition, à partir du fantasme d'une peau commune, d'un moi-peau assurant de façon autonome et sûre toutes ces fonctions, se retrouvent dans bon nombre de thérapies.

Ainsi cette patiente, Madame L., qui percevait en état sophronique son corps comme un « sac plein de vide », ou autre « gros tas de rien ». Elle se sentait aussi vide à l'intérieur que « barricadée » pour éviter les agressions intrusives venant de l'extérieur.

Elle évoqua en ce sens avec douleur des scènes traumatisantes d'attouchements sexuels répétés qu'elle a subis de la part d'un adulte dans son enfance. Elle reprochait vivement à ses parents de « n'avoir rien vu ou rien voulu voir », de n'avoir su la protéger.

Cette dame réclamait souvent au cours de ses séances une présence maternelle chaleureuse dont elle se sentait à jamais privée. Les soins maternels (et surtout grand-maternels par carence de la maman) ont assuré les besoins primaires, mais apparemment sans tendresse ni plaisir du contact.

1. *Ibid.*, p. 103

2. *Ibid.*, p. 104.

Madame L. connaissait des épisodes de boulimie. Elle « bouffait, disait-elle, pour remplir son vide intérieur » et sentir son ventre tendu... Je pensais alors « Madame L. cherche paroi désespérément »... Il lui était impérieux de se remplir de la « bonne nourriture » maternelle pour se sentir « gonflée » à l'intérieur, et aussi pour toucher à son contenant, s'assurer de sa présence, tout en « nourrissant », renforçant sa cuirasse-peau destinée à la préserver des intrusions destructrices.

Elle a souvent sollicité, avec une énergie désespérée, un entourage de tendresse la contenant, un bain chaleureux assurant une sécurité sans failles, en qu(o)i elle aurait pu s'abandonner sans réserves, s'en imprégner et s'en nourrir, et dont l'absence l'obligeait à assurer elle-même, en s'en estimant totalement incapable, son bonheur et sa propre protection.

Jacques Lacan (le stade du miroir)

J. Lacan accorde à la « phase du miroir », entre 6 et 18 mois, une place majeure dans la constitution de l'être humain.

À cette époque, en effet, le cerveau de l'enfant est encore en voie de formation, et sa motricité est mal coordonnée. Son image totale perçue dans le miroir (*gestalt*) va lui permettre d'anticiper ce que sera son unité corporelle, à l'image également de ses semblables, ses « alter ego ».

Entre sa réalité, qui est celle d'un être ressenti encore épars, morcelé, mal différencié, et cette image de soi unifié, entrevue avec une certaine « jubilation » existe un vide, une « béance » comblée par le désir de l'enfant à être cette image : il s'identifie à son image.

« Cette expérience primordiale, est au fondement du caractère imaginaire du moi constitué d'emblée comme "moi idéal" et souche des identifications secondaires¹. »

Ces auteurs poursuivent :

« On voit que, dans cette perspective, le sujet n'est pas réductible au moi, instance imaginaire dans laquelle il tend à s'aliéner². »

L'enfant s'identifie à cette image qui n'est pas *réellement* lui-même, mais grâce à laquelle il peut (et on peut) cependant se (le) reconnaître. Cette identification équivaut ainsi du même coup à une aliénation :

« L'enfant ne devient un être humain qu'au prix de cette aliénation qui le constitue "comme un autre"³. »

1. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, p. 452.

2. *Ibid.*, p. 453.

3. Coste J.-C., *La Psychomotricité*, p. 26.

C'est donc dans une dialectique de l'être et de l'apparence que le sujet parvient à réaliser son identité.

Cette conquête s'élabore progressivement.

- *En une première phase*, l'enfant perçoit le reflet du miroir comme un être réel ; il cherche à savoir qui est derrière la glace, confondant reflet et réalité ;
- *Puis*, l'autre du miroir est reconnu comme une image, non comme un être réel¹, mais sans pour autant saisir qu'il s'agit de sa propre image ;
- Enfin, *dans une dernière étape*, l'enfant « assume » cette image comme un reflet de lui-même. Sa joie est manifeste dans le jeu de repérage de son corps en mouvement devant la glace.

Mais, dit F. Dolto :

« L'image scopique ne prend sens d'expérience vivante que par la présence, aux côtés de l'enfant, d'une personne avec laquelle son image du corps et son schéma corporel se reconnaissent, en même temps qu'il reconnaît cette personne dans la surface plane de l'image scopique : il voit dédoublé au miroir ce qu'il perçoit d'elle près de lui, et peut alors avaliser l'image scopique comme la sienne, puisqu'elle lui donne à voir, côte à côte à la sienne, celle de l'autre². »

Les caractéristiques de la relation spéculaire se retrouvent dans les comportements de l'enfant à l'égard de son entourage : imitation de l'autre, identification aussi quand, par exemple, il pleure en voyant tomber un autre enfant.

« C'est dans l'autre que le sujet se vit tout d'abord et se repère³. »

Mais, face à ce double, le sujet doit s'imposer, se dégager, gagner sa place, ce qui peut susciter une énorme agressivité (*cf.* parfois le problème des jumeaux : agression envers un autre trop semblable pour s'en différencier).

La période du miroir amorce la subjectivité, nous l'avons dit, par aliénation de l'individu dans l'imaginaire : déjà, sur un plan concret, le reflet (qui n'a aucune existence propre mais qu'il prend pour lui) est extérieur à lui et présente une symétrie inversée.

On peut se laisser prendre « aux pièges du miroir », capté, fasciné par cette image de soi, comme Narcisse finissant par succomber à ce rapport érotique, amoureux de ce double qui l'aliène.

Les troubles psychotiques, selon Lacan, sont à situer dans le fait que le sujet ne peut vivre son corps que sur un mode imaginaire ; les problèmes

1. L'enfant sait désormais qu'il n'y a rien derrière la glace.

2. Dolto F., *L'Image inconsciente du corps*, p. 151.

3. Rifflet-Lemaire A., *J. Lacan*, p. 271.

de l'image spéculaire et du rapport à l'autre s'y révèlent centraux. J.L. Lang indique que chez les enfants psychotiques :

« Tout se passe comme s'il était entre eux et ce qui n'est pas eux, quelque chose qui évoque précisément un miroir ; comme s'ils cherchaient constamment un repère, un appui toujours refusé ; comme s'ils butaient sur un écran ne leur renvoyant que l'aveu de leur propre impuissance¹. »

L'enfant, pour dépasser ce niveau, doit reconnaître cette image pour ce qu'elle est : un leurre, qui certes atteste de sa propre existence, mais qui n'est qu'une copie, une apparence, sans existence communicante. La mère doit aider l'enfant à prendre conscience de cet écart irréductible entre lui et son image, pour qu'il en saisisse le côté irréel, sans céder à l'hallucination. C'est en fait en accédant au *symbolique* que l'enfant peut se dégager de ce mirage :

« En s'insérant dans un langage qui lui pré-existe et qui l'intègre dans l'ordre humain, il ne peut plus désormais se confondre dans la réalité avec les fantasmes narcissiques qui le portaient à s'imaginer tel qu'il désirait être². »

Le dépassement des identifications imaginaires n'est rendu possible que par la présence d'un troisième personnage : le père³ qui, en privant en même temps l'enfant de l'objet de son désir (la mère), et la mère de l'objet phallique (l'enfant), fait entendre impérativement ce qui sous-tend les échanges inter-humains. La loi est pour l'enfant : « Tu ne coucheras pas avec ta mère » et, pour la mère : « Tu ne réintégreras pas ton produit. »

En renonçant à la relation duelle imaginaire, le sujet effectue son passage dans la culture, quitte à subir une nouvelle aliénation, *au code symbolique* cette fois (langage, principes qui régulent les systèmes de parenté, ce qui est socialement légiféré, etc.). Mais si, comme le souligne A. Rifflet-Lemaire,

« le père castre l'enfant en tant que phallus et le sépare de la mère, c'est la dette, ce qu'il faut payer pour être soi-même en ayant accès à l'ordre du symbole, de la culture et de la civilisation⁴. »

Une question intéressant notre pratique sophronique ne peut manquer d'être soulevée après l'examen de ce qui est en jeu, dans ce face-à-face en miroir, au cours de l'évolution de l'enfant. Ne risque-t-on pas en

1. Cité par Palmier, *J. Lacan*, p. 36.

2. Dolto F., *op. cit.*, p. 154.

3. Qui, en fait a, en principe, toujours été présent dans le discours maternel ; celle-ci, parlant « au nom du père », rappelle l'existence incontournable d'un tiers empêchant la relation duelle exclusive.

4. *Op. cit.*, p. 142.

effet de tomber dans le *leurre* ci-dessus désigné, en confondant, dans l'autocontemplation de la R.D II A, *soi et image de soi* ?

La très forte régression obtenue en principe à ce niveau de l'entraînement personnel, grâce au laisser-aller total en état sophro-liminal, aboutirait à la possible méprise entre soi et son double imagé, en attribuant une existence réelle à une image corporelle qui n'est qu'*illusion* de réalité, à l'instar de l'enfant donnant à son reflet dans le miroir le statut de réalité ? Quand bien même s'agirait-il de « sortir de soi pour se contempler de l'extérieur » (et non de « se regarder comme si l'on était devant une glace »), le processus mental de base consiste toujours à prendre son corps (son image corporelle) pour objet de concentration.

La conviction finale d'être *en réalité* face à soi-même dépendrait ainsi, selon l'hypothèse qui paraît la plus vraisemblable sur un plan psychologique¹, du *niveau de régression* atteint, touchant à cette fascination par le double, mentionnée plus haut.

Quelle serait alors la valeur structurante d'une telle *autocontemplation* ?

C'est le *va-et-vient* réalisé entre son corps *réellement ressenti* et cette image, qui n'en est qu'une *représentation*, qui permet au sujet de mesurer l'*écart* entre l'être et son apparence.

Un individu qui se « perdrait » dans cette image, dans le piège illusoire d'une relation à un autre réel, effectuerait, en suivant ce raisonnement, une expérience dépersonnalisante (même momentanée).

Mais, précisément, après ce qu'on pourrait appeler un *bain narcissique*, quand le sujet se retrouve tel *qu'en lui-même*, son identité se trouve consolidée par le fait même d'être sorti du mirage, en opérant une distinction radicale entre soi et image de soi.

Wilhelm Reich

W. Reich considère le corps d'un point de vue essentiellement *énergétique*. L'origine des névroses serait, selon lui, à rechercher dans une accumulation de la tension sexuelle qui ne peut être suffisamment déchargée. Les interdits, les contraintes, la répression sociale imposent leurs limitations à la fonction de l'orgasme.

L'individu, au cours de son développement, échafaude ainsi une « cuirasse caractérielle » émanant des interdictions, inhibitions et autres identifications provenant des exigences du monde extérieur. Le caractère est perçu comme une cuirasse protégeant l'individu ; cette cuirasse défensive,

1. Cf. également mes remarques à la suite des réflexions de Wallon sur l'évolution de la conscience de soi.

inscrite au niveau de la psyché, se manifeste dans le corps, aboutissant à une rigidification de l'organisme.

Un être humain équilibré devrait pouvoir pleinement jouir de sa *puissance orgastique* :

« Capacité de s'abandonner au flux de l'énergie biologique sans aucune inhibition, capacité de décharger complètement toute l'excitation sexuelle contenue, au moyen de contractions involontaires et agréables du corps¹. »

D'après Reich, chez le névrosé, l'énergie sexuelle ne pourrait entièrement se décharger, une énergie résiduelle restant bloquée, constituant une *stase sexuelle*. Cette stase se définit comme étant la différence entre la quantité d'énergie libidinale contenue dans l'organisme avant l'éjaculation, et la quantité libérée lors du coït. La stase apparaît en fait comme le *noyau somatique* de la névrose. L'économie sexuelle désigne

« la façon dont un individu manie son énergie bio-électrique, la quantité qu'il retient et refoule, et la quantité qu'il décharge dans l'orgasme². »

Le processus névrotique paraît en définitive relever du schéma suivant : les inhibitions extérieures interdisant la satisfaction orgastique, une partie de l'énergie demeure disponible et se décharge en investissement pré-génital. La structure névrotique de la personnalité est maintenue dans la mesure où la névrose, empêchant l'orgasme, récupère « à son profit » l'énergie qui lui est nécessaire.

Sans parler des prolongements politiques de la pensée de Reich, l'objectif de sa thérapeutique est de *rétablir la capacité de la satisfaction génitale orgastique*.

« La brèche dans le végétatif³ est d'autant plus complète et puissante que nous traitons plus à fond non seulement les attitudes caractérielles, mais – simultanément – les attitudes musculaires qui leur correspondent⁴. »

En pratique, c'est en parvenant à dissoudre les raideurs musculaires (la « carapace », l'« armure »), selon certaines techniques propres à la *végétothérapie* que l'affect refoulé surgit et se décharge, avant même le souvenir qui lui est lié.

Comme l'indique A. Nicolas :

« ... L'atteinte de l'expression corporelle, née d'une immobilisation de l'énergie végétative, entraîne le malade à reproduire le comportement qu'il aurait adopté s'il

1. Reich W., *La Fonction de l'orgasme*, p. 85.

2. *Ibid.*, p. 291.

3. Végétatif = termes venant des systèmes sympathique et parasympathique.

4. *Ibid.* p. 235.

n'en avait pas été empêché : l'inconscient est saisi dans sa réalité et non plus dans ses dérivés¹. »

Puisque la névrose découle des conflits interdisant le fonctionnement normal du réflexe orgasmique, la thérapie vise à rétablir celui-ci. Le réflexe orgasmique évoluerait comme une vague d'excitation se propageant dans la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et les jambes.

Le corps humain, est selon Reich, formé de sept anneaux segmentaires, l'énergie pouvant être bloquée (*stase*) à chacun de ces niveaux. Par un travail direct sur le corps, consistant à repérer et à dissoudre les « cuirasses » musculaires à l'aide de massages, d'exercices respiratoires, de gestes destinés à ébranler telle ou telle zone de blocage, on va permettre le retour à une libre circulation de l'énergie à tous les niveaux. On va du même coup redonner à l'individu la pleine capacité de jouir de sa puissance orgasmique².

Les anneaux identifiés par Reich sont :

- L'anneau oculaire (front, yeux, mâchoires) ;
- L'anneau oral (lèvres, menton, gorge) ;
- L'anneau cervical (cou, langue) ;
- Le segment thoracique ;
- Le segment diaphragmatique ;
- Le segment abdominal ;
- Le segment pelvien.

À ces segments, perpendiculaires à la colonne vertébrale, s'ajoutent :

- la partie : épaules, bras ;
- le bassin, les jambes.

Les sensations, *parfois très douloureuses*, obtenues en Relaxation Dynamique dans telle ou telle région du corps, la prise de conscience des tensions, de la raideur corporelle, ainsi que les images, émois, souvenirs, plus ou moins chargés affectivement et suscités par les mouvements proposés, ne manquent pas de rappeler cette approche reichienne, quelque parti que l'on ait pris à vouloir obtenir une détente la plus harmonieuse possible chez nos sophronisants.

La Relaxation Dynamique assure, elle aussi, et à sa manière, une possibilité de repérage des zones de blocage énergétique, avant d'entraîner la résolution progressive des *anneaux de la cuirasse* et la sensation de bien-être qui en découle.

1. Nicolas A., *Reich*, p. 166.

2. Cf. Lowen, *La Bioénergie*.

J.P. Hubert a saisi tout l'intérêt d'un rapprochement entre les pratiques de la Relaxation Dynamique et de la bioénergie, synthétisant en une méthode appelée *analyse bio-sophrodynamique* ces deux abords thérapeutiques.

Il décrit¹ ainsi le déroulement d'une séance :

- a) *Processus de sophronisation* : atteinte du seuil sophroliminal, puis reprise mentale ; demi-reprise physique, avec concentration sur le respir ;
- b) *Processus bio-énergétique*
 - Respiration contrôlée, bouche ouverte dans une longue expiration,
 - Provocation d'une « ouverture respiratoire » entraînant la perte du contrôle volontaire, puis involontaire du corps, avec apparition de situation anxiogène et ses manifestations,
 - « Crise » par affaiblissement de la structure défensive (au sens reichien) ; expression du désir, de l'agressivité.
 - L'accompagnateur est à l'écoute de toutes ces expressions, dialogue avec le patient ;
- c) *Phase de reprise*
 - Retour à la détente par sophronisation,
 - Reprise mentale et physique,
 - Récupération prolongée et dialogue.

1. Hubert J.-P., *Traité de sophrologie*, t. 2, pp. 211-212.

MODALITÉS ET FACTEURS DE LA PROGRESSION PERSONNELLE EN SOPHROTHÉRAPIE

HARMONIE ET DISSONANCES

ALFONSO CAYCEDO prône l'*action positive* comme principe de base de la sophrologie. Il ne serait ainsi pas souhaitable d'aborder le négatif du sujet, ses relations conflictuelles présentes ou passées, mais plutôt faudrait-il développer ses potentialités positives. Mais, au fond, que considère-t-on comme « négatif » ? Les pulsions de mort ? Les traumatismes subis (réels ou imaginaires) ? Les systèmes relationnels ayant perturbé la vie du sujet ?

Faire l'impasse sur tous ces points apparaît impossible.

Notons déjà, au passage, l'attitude manichéenne à la base d'un tel clivage positif-négatif.

Il est vrai que, dans de nombreux cas, en tenant compte de facteurs tels que l'âge du sujet, son type de demande, sa fragilité structurale..., nous sommes conduits à orienter délibérément notre approche dans le sens d'une *activation positive* (par exemple, au moyen de S.A.P.). Mais, en regard de la réalité clinique, il est difficile d'admettre comme suffisant, ni satisfaisant pour la progression du sujet, de (se) tenir ainsi à l'écart (de) toute une partie de ce qui constitue la personnalité (et non la moindre, puisqu'elle est en général à la source des problèmes !).

Il s'agirait, en sophromnésie, par exemple, de ne laisser apparaître que des scènes passées agréablement vécues, destinées à renforcer les structures positives du patient. Il semblerait plus lucide, mais certes plus impliquant, de revenir sur cette option thérapeutique sélective ; révision à mon avis obligatoire en constatant les stagnations ou les authentiques échecs qui ne manquent pas de nous rappeler la prégnance indéniable de ce qu'on peut bien appeler « négatif ». Si nous ne « touchons pas au négatif », le patient,

lui, est « touché » par son négatif... et risque de nous toucher au passage... Est-ce pour cette raison qu'on voudrait, par avance, s'en préserver ?

J'avoue rester perplexe devant cette affirmation de A. Caycedo :

« En effet, le patient, dans le niveau sophroliminal, est peu sensible à une analyse du pathologique mais plutôt à l'action positive¹. »

Le travail avec les patients ne me permet pas d'adopter ce point de vue ; la complexité personnelle ne saurait être limitée à un tel clivage et il paraît plus efficace de nous adapter à leurs besoins plutôt que d'essayer de les adapter à nos méthodes !

Les méthodes que j'ai dénommées « à visée résolutive directe » (SAP, SCS, essentiellement) participent sans aucun doute d'une attitude fonctionnaliste, immédiatement adaptative, sans véritable mise en cause de la problématique personnelle en jeu, ni souci de la place ou de la signification des symptômes dans l'organisation du sujet. Le sujet, dans ce cas, se dé-conditionne par rapport à un vécu stressant (ou s'accoutume à bien vivre, par anticipation, telle situation) et souhaite acquérir un mode de réaction, un comportement mieux adaptés.

Ces méthodes peuvent être parfois très « recouvrantes ».

S. Freud, en distinguant les pôles analytiques et hypnotiques, faisait remarquer :

« C'est qu'en réalité le plus grand contraste existe entre la technique analytique et la méthode par suggestion, le même contraste que celui formulé par le grand Léonard de Vinci relativement aux beaux-arts : *per via di porre* et *per via di levare*². »

Tandis qu'il admettait auparavant :

« Je trouve pour ma part tout à fait naturel d'avoir recours à des méthodes curatives moins difficiles (que l'analyse) tant qu'on peut espérer en tirer quelque avantage³. »

La pratique sophrothérapique sera de même très différente selon que l'on adopte une attitude essentiellement *recouvrante* (*per via di porre*, comme la peinture qui couvre une surface) ou *découvrante* (*per via di levare*, comme la sculpture qui fait émerger la statue de la pierre qui potentiellement la contient).

Les applications pédagogiques de la sophrologie bénéficient très largement, nous l'avons vu, des techniques recouvrantes. Mais, quand on aborde le domaine de la thérapie, il convient de les utiliser avec prudence,

1. Caycedo A., *L'Aventure de la sophrologie*, p. 169.

2. Freud S., *La Technique psychanalytique*, p. 89.

3. *Ibid.*, p. 15-16.

en sachant pourquoi, dans tel ou tel cas, elles sont préférables. On peut certainement estimer qu'il est affectivement plus « économique » pour tel patient de se « compenser » ainsi, ou désirer renforcer les défenses d'un sujet dont la structuration est fragile, ou encore préparer une progression ultérieure plus découverte. On ne saurait cependant *systématiquement* occulter le sens des symptômes, dénier l'impact des fantasmes, du désir inconscient. Car comme l'indique Sami-Ali à propos des techniques comportementales :

« ... Non seulement la névrose (y) est ramenée au symptôme, mais encore le symptôme lui-même est pris à la lettre par une démarche qui se place exclusivement sur le plan de la réalité. Le symptôme ne symbolisant rien, il s'agit de le faire disparaître en manipulant le corps réel¹. »

Et l'auteur de conclure :

« La guérison découle, ici, du renforcement du refoulement². »

Il appartient finalement au thérapeute de choisir, dans l'éventail très large des techniques sophroniques dont il dispose et compte tenu de sa propre formation, celles qui lui paraissent les mieux appropriées. Selon les symptômes, la personnalité de ses patients, le niveau de leur demande, il sera de fait amené à utiliser tantôt des techniques recouvrantes (cependant *positives car évolutives et résolutive*s autant qu'elles pourront l'être dans un secteur donné) tantôt des techniques découvertes, avec tout ce que ce choix implique d'émergence des conflits (est-ce négatif?), de fixations infantiles, de résurgences d'angoisse, désirs, défenses, etc.

Ne vaut-il mieux pas généralement, plutôt que de le méconnaître, viser également à l'intégration d'un négatif mieux assumé ? Quitte parfois à renforcer ensuite, si le sujet le souhaite, une structuration désormais plus harmonieuse, à l'aide d'un entraînement plus classiquement basé sur l'action positive (dans la mesure où les problèmes n'imposeraient plus tant leur prégnance).

Si cette diversité des méthodes rend malaisée la mise en évidence d'une spécificité fondamentale, elle offre en revanche une grande souplesse au praticien qui peut adapter son approche en fonction de la caractéristique des problèmes présentés.

1. Sami-Ali, *Corps réel, Corps imaginaire*, p. 89.

2. *Ibid.*

LES RÉSISTANCES ET LES DÉFENSES

J'ai, au cours de mes suivis, d'emblée été confronté à la question des défenses et des résistances déclenchées parfois de façon très rapide et très importante en relaxation.

À la réflexion, je me suis aperçu que la proposition de « se détendre » n'est pas dénuée d'ambiguïté. Il peut exister en effet, comme le remarque Sapir, une relation préalable de type double bind : on offre au sujet d'apprendre à se détendre, à se relaxer, alors qu'en réalité il est placé – souvent dès les premières séances – en situation d'angoisse, de conflits. Ceci, tout au moins, jusqu'à ce qu'il ait la possibilité de vivre sa relaxation de manière relativement agréable.

D'où mon parti-pris de préciser, dès le premier entretien, au sujet, qu'apprendre à se détendre n'est pas chose aisée, et qu'il est même souvent nécessaire pour progresser d'être confronté à ses difficultés.

Je m'efforce en outre au début de percevoir ce que signifie la démarche du patient qui vient me demander un suivi « par relaxation ».

Certains sont tellement attirés par l'aspect *corporel* qu'ils manifestent à l'évidence leur désir de ne pas « s'occuper » des causes psychiques de leurs maux, leur démarche est en ce sens défensive par rapport à toute psychothérapie. Ils sont cependant très vite placés devant l'impossibilité d'une approche « purement physique » : soit leurs défenses s'assouplissent et ils parviennent à poursuivre, soit ils renoncent à ce genre de prise en charge ; et c'est la fuite perpétuelle vers d'autres techniques...

J'ai ainsi eu une cliente qui, après avoir remarqué que les symptômes pour lesquels elle avait consulté avaient disparu – en très peu de séances – a décidé d'arrêter la relaxation. Il m'a bien semblé qu'il s'agissait surtout d'une « fuite dans la guérison »...

Cette cliente, très « psychosomatique », se plaignait pêle-mêle de maux de tête, de « déprime », de difficultés respiratoires, de l'apparition de plaques sur la peau, de « spasmophilie » ; elle avait aussi le foie sensible, des problèmes sexuels...

À la première séance, elle eut du mal à détendre son visage, ses paupières ; elle se sentait lourde « comme une masse », avec l'impression « d'être dans un trou, ou d'être enfoncée dans quelque chose » ; elle avait froid.

De la deuxième séance, elle dit : « J'ai eu des tas de pensées banales... rien de précis, tout à fait fou... comme si je n'arrivais pas à avoir du calme dans la tête. »

À la troisième séance, elle avait de nouveau « mal à la tête, comme si elle s'enfonçait trop » ; elle avait « des frissons, du froid ».

Après la sophronisation, elle parla d'une période, avant l'âge de six ans, dont elle gardait la nostalgie : « C'est le meilleur souvenir que j'ai de toute ma vie ; je voudrais y retourner (par images), mais j'hésite parce que j'ai peur de ne pas retrouver réellement ce que j'ai vécu. »

On aurait dit qu'elle voulait se préserver un « lieu d'illusion » qu'elle ne souhaitait pas aborder de peur d'être déçue par la réalité.

Lors de la quatrième séance, cette cliente fut ravie de me parler des effets heureux de la relaxation dans sa vie quotidienne : elle dit commencer à se « débloquer », à s'investir dans des activités extérieures, elle qui jusque-là était restée « repliée chez elle ».

Ses symptômes aussi semblaient avoir disparu. Son discours contrastait avec la séance de sophronisation dont elle précisait : « Dès le début, c'est comme si le froid arrivait ! »

Elle fit la relation d'un rêve, durant la discussion : elle s'était retrouvée à l'âge de six-sept ans à l'endroit où elle souhaitait – sans oser – « revenir ».

À la cinquième séance, elle confirma aller beaucoup mieux depuis qu'elle faisait de la « relaxation »... elle pratiquait même chez elle pour s'endormir, et « ça marchait ».

Mais après la séance de sophronisation, elle devait se plaindre à nouveau de vivre mal sa position allongée : « Ça devient désagréable à la fin ! », dit-elle sur un ton très agacé.

Les vacances sont arrivées, je ne l'ai plus jamais revue !...

Ce cas me paraît bien refléter une démarche défensive par rapport à son passé personnel et à ses conflits. Résistance aussi vis-à-vis d'un thérapeute sans doute vécu comme « menaçant », du fait qu'il risque faire se dévoiler le passé, et faire ressurgir les conflits profonds.

On voit en effet comment les choses progressent à *l'extérieur* ; elle arrive même à une bonne détente lorsqu'elle est toute seule ! Tandis qu'à *l'intérieur* du cadre thérapeutique, la détente est péniblement vécue.

Plutôt donc d'aborder des « domaines » qui peuvent « faire mal », cette dame a, m'a-t-il semblé, préféré la *fuite vers une (pseudo) amélioration*.

D'autres personnes sont tellement préoccupées d'*obtenir des résultats rapides* et désirent commencer si vite qu'elles se comportent comme si elles voulaient (se) montrer que ces « méthodes » ne valent pas mieux que les autres, et ceci le plus vite possible. Elles se débarrassent de toute perspective de guérison, par souci de conserver leurs symptômes (par peur d'un profond remaniement et de perdre les « bénéfices secondaires » retirés de leurs symptômes).

D'autres encore *banalisent* à outrance l'aspect « thérapeutique » en déclarant : « De toute façon, ça ne peut pas faire de mal de se détendre un peu ! » Certains de ceux-là acquiescent sans réserve à la « méthode », en s'en remettant « corps et âme » au thérapeute : parfois leur déception est à la hauteur de leurs attentes !

Beaucoup marquent toutefois leur *ambivalence* par rapport à la relaxation – et, bien sûr, au relaxateur – : il espèrent trouver une issue à leurs problèmes

et désirent aller voir en eux ce qui s'y passe mais, en même temps, ils ont peur d'être déçus, que « ça ne serve à rien », que cela soit trop « coûteux ».

L'exemple qui suit illustrera bon nombre des réactions de défense que je viens d'évoquer.

Un client vint me parler de ses problèmes, avec un air très fatigué, se disant « complètement au creux de la vague ».

Il me dit : « Je voudrais être vite retapé ; j'ai entendu dire que vous faisiez de la relaxation, alors je me suis dit "on peut toujours essayer !" »

Il se montra dès le début extrêmement dépendant.

Il souhaitait deux séances par semaine « pour aller plus vite ».

Je lui ai fait part de la façon dont j'envisageais la « relaxation », ses possibles difficultés, la longueur incertaine du « traitement », etc. Il se déclara toutefois « prêt à commencer le plus rapidement possible ».

Je l'ai vu encore durant deux entretiens, afin de préciser sa demande ; schématiquement, on peut considérer que ce monsieur voulait que je lui dise :

s'il devait arrêter son travail ;

s'il devait divorcer ;

comment faire pour surmonter sa « mauvaise passe » !

Enregistrant son ras-le-bol actuel et son désir de modification, je lui ai surtout précisé que je ne pouvais l'aider que sur un seul plan : sa personnalité et l'élucidation de ses difficultés.

Il insista pour être suivi « en relaxation ».

Je devais me rendre compte par la suite que ce qu'il appréciait dans cette méthode était le côté physique ; il pensait que ses problèmes personnels allaient peut-être se résorber avec l'aide de certains exercices bien adaptés !

Dès les premières séances, j'ai senti que cet homme, qui souffrait d'une névrose d'échec, voulait au fond se « débarrasser » au plus vite d'une « méthode » pour lui nouvelle, qui ne devait pas réussir plus que les autres (il avait essayé l'acupuncture, des massages, etc.) du fait de sa compulsion à l'échec.

D'emblée, il ne s'est pas investi en sophronisation : « Ça ne marche pas très bien avec moi ! » Alors que je lui demandai pourquoi, selon lui, ça ne marchait pas, il me répondit : « Peut-être que c'est parce que je trouve ça un peu couillon... » (*sic*), et rajouta : « Si quelqu'un qui me connaît me voyait, il rigolerait de me voir faire ça ! »...

Quoiqu'il en soit des attentes préalables et des préjugés vis-à-vis de la relaxation, nous savons qu'elle consiste à « lâcher les commandes du corps et les abandonner à elles-mêmes¹ ». On ne saurait donc être étonné par l'inquiétude suscitée par cette perte de contrôle ; inquiétude, voire angoisse très vive du sujet qui peut, de par la technique même, être confronté

1. Kammerer cité par Geissmann et Durand de Bousingen, *Les Méthodes de relaxation*, p. 224.

aux fantasmes liés au corps et à son unité (angoisse de morcellement, de destruction, de levée des protections personnelles, etc.).

D'autre part, accepter de « se laisser aller », c'est accepter la « passivité » et la régression dans une certaine dépendance au thérapeute, avec les craintes que cela peut susciter d'intrusion, d'agression, ou de perte du moi auxiliaire parfois représenté par le thérapeute, peur de séduction par celui-ci, etc.

Certes, le moi garde toujours une part de contrôle en sophronisation, ce qui facilite l'« aventure » dans des expériences incongrues, mais cela n'est possible que si ce moi est senti comme suffisamment solide, le sujet étant sûr qu'il se « récupèrera », « quoiqu'il arrive »... sinon, cette menace de débordement du moi par les pulsions va entraîner la mise en œuvre de défenses vis-à-vis de la relaxation¹.

Si donc détendre son corps ne va pas de soi, accepter les « images » et les laisser se dérouler n'est pas non plus évident, car il s'agit souvent d'assumer des affects contre lesquels le sujet se protégeait jusque-là.

Dans tous les cas, les différentes « menaces » ressenties vont déclencher des *mécanismes de défense*. Parmi les plus fréquemment rencontrés :

- La *banalisation* de ce qui est vécu en relaxation est souvent défensivement utilisée : rien n'apparaît de personnel, de subjectif ; le patient se contente de dire que « ça s'est bien passé » en retraçant sa relaxation sur un mode très descriptif, affectivement neutre ;
- Un autre processus consiste à vivre les « images » comme des *rêveries sans importance*, sans impact ; comme si l'imaginaire était un secteur « à part », isolé, réduit à une dimension uniquement « illusoire », sans rapport avec la réalité ni avec les comportements personnels ;
- Il est aussi fréquent d'observer un mécanisme qui vise au maintien du *clivage corps-esprit* pour préserver chaque secteur de l'impact de l'autre. Le sujet se cantonne alors soit au vécu « purement » corporel (il ne décrira que les sensations physiques et considérera la relaxation comme un ensemble d'exercices apparentés plus ou moins à la gymnastique), soit encore il va nier la présence et le vécu de son corps en se réfugiant dans les visualisations mentales et les scènes imaginées (sans aucune référence corporelle).

On a vu que dans l'un ou l'autre cas, les sensations physiques ou les productions imaginaires ne peuvent être longtemps tenues clivées : force

1. Si toutefois les capacités défensives du sujet sont suffisamment bonnes, sinon il y aurait risque de décompensation.

sera au sujet de s'apercevoir de la co-existence et des relations entre les deux domaines ;

- *Impossibilité de se relâcher, tensions diverses* : le seul fait de s'allonger – en présence du thérapeute – provoque chez certains des tensions insurmontables.

À ce sujet, j'ai pu observer le cas d'une jeune femme qui systématiquement contractait la partie du corps que je lui demandais de détendre, et la décontractait dès qu'on passait à une autre partie !... Opposition manifeste à la relaxation... et au relaxateur !

Parfois la tension est générale et il est particulièrement difficile d'aller plus avant ; cependant, il est toujours possible de se servir de cette « donnée de base » pour aborder les problèmes.

Tel était le cas de cet homme qui ne parvenait absolument pas à se détendre.

La discussion s'orienta sur le thème du regard : regard gênant du thérapeute qui symbolisait le regard d'autrui... Mon client reconnaissait être très méfiant à l'égard des autres.

Mais c'était en définitive une projection sur autrui des propres sentiments de défiance qu'il avait à son égard.

La prise de conscience des attitudes personnelles que manifestait son incapacité à se détendre « devant le regard d'autrui », permit un déblocage partiel et un début de progression.

- Il arrive aussi fréquemment que des signes de *nervosité* apparaissent en début de relaxation (pleurs ou rires par exemple) ;

Un de mes patients riait beaucoup en commençant à se détendre ! Il s'aperçut que c'était pour lui une façon de dédramatiser sa situation, tout en se moquant de lui-même (« Pour en arriver là, il faut le faire ! »).

- Les *tensions* sont souvent *localisées* à des endroits du corps à résonance affective forte pour le patient, ou à symbolique précise. Le sujet peut alors focaliser toute son attention sur ces points qui, tout en indiquant des zones conflictuelles, l'aident aussi défensivement à ne pas se laisser aller complètement. Je pense par exemple aux cas fréquents de tensions au niveau des *yeux* souvent liées à la *peur* de ce que la descente entre veille et sommeil peut donner à voir ;
- Le *refuge dans le sommeil* est aussi parfois une façon de se défendre des productions et des tensions, en renonçant à lutter en pratiquant la « politique de l'autruche ». Il est la marque de la *défiance* par rapport à

soi-même, mais aussi face à l'influence possible du thérapeute au cas où l'on se maintiendrait dans cette zone de « suggestibilité », entre veille et sommeil.

On peut donc, par défense, être soit *hypervigilant*, soit se laisser sombrer dans le *sommeil*, pour ne pas se maintenir dans la zone « intermédiaire », perçue dangereuse.

Mais l'on rencontre aussi des cas où le sommeil constitue une *gratification narcissique* : monde bienheureux, sans limitation ni d'espace, ni de temps ; sans contraintes ni conflits... Régression à l'état foetal dont on garde la nostalgie.

Ces résistances à la relaxation, ces défenses élaborées face aux « dangers » ressentis sont loin d'être négatives : même si l'on peut considérer qu'elles constituent des obstacles, elles fournissent au moins un premier support de relation, une indication sur les zones conflictuelles, sur les angoisses qui prévalent, sur les caractéristiques défensives du sujet, etc.

Prises de conscience réalisées ici et maintenant, dans une relation à un thérapeute et point de départ d'élaborations ultérieures, amorce de la progression du sujet, que nous allons maintenant examiner.

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DE LA PROGRESSION EN SOPHROTHERAPIE

Régression narcissique – Le corps et ses limites

Les techniques sophrologiques, s'adressant au corps, à son image, et aux vécus que suscite la détente corporelle, semblent inciter avant tout à la *régression* du sujet sur un mode *narcissique*.

La visée est certes, comme l'indiquent Geissmann et Durand de Bousingen :

« Une régression narcissique d'un niveau rassurant où la dépersonnalisation est structurante et non destructurante, où le contentement extatique de ressentir son corps est permis, transitoire, soumis à la maîtrise de la conscience¹. »

Les choses ne vont cependant pas aussi facilement chez bien des sujets : passer en revue le corps, parties après parties, c'est avant tout se (re) trouver face aux problèmes de l'intégrité corporelle, et par la même face à l'intégrité et à l'unité du moi.

C'est aussi le problème du rapport entre soi et le monde extérieur, de ses propres limites. Ceci est particulièrement visible dans les remarques

1. Geissmann P., Durand de Bousingen R., *Les Méthodes de relaxation*, p. 245.

de certains patients, relatives au « dedans » et au « dehors », à l'« intérieur » et à l'« extérieur » (exemple : « Je me sens chaud dans mon corps, froid à l'extérieur. »)... Et bien sûr les fantasmes liés à la peau.

Inviter le sujet à faire abstraction du monde extérieur, c'est sur-valoriser le « monde intérieur », tout en posant le problème du rapport entre deux « entités » bien distinctes : moi-autrui.

Le sujet qui essaie de se relaxer est, à cause même de (ou grâce à) la technique, d'emblée placé dans une position régressive où peuvent être ré-actualisées les failles narcissiques, les difficultés relatives à la formation d'un moi uni, unique, et les rapports entre ce moi et le monde extérieur.

Autant dire que des angoisses et fantasmes très archaïques pourront surgir : angoisse de morcellement, d'annihilation, sentiments de décorporalisation, de dépersonnalisation par « mise au diapason » soi-environnement, mais aussi fantasmes de toute-puissance, d'être sans limites, etc.

Indications et contre-indications, la sophrothérapie et ses limites

De ce qui précède, on peut conclure que la problématique « psychotique » peut se trouver interpellée.

Ceci pose la question des indications de la sophrothérapie pour les cas où la fragilité du moi est certaine et où existe déjà de façon aiguë cette problématique. Au mieux, la personne se défendra face au danger de morcellement ; au pire, elle décompensera.

Il paraît ainsi (au moins pour ce qui me concerne¹) particulièrement hasardeux de proposer une thérapie sophronique à des sujets de structuration psychotique, et aux « pré-psychotiques » parfois difficiles à diagnostiquer du fait de la présence active d'un noyau psychotique *masqué* par des défenses de registre « névrotique² ».

Il n'est réellement possible de se détendre et de se laisser aller en faisant abstraction du monde extérieur que si l'on est *certain* de se « retrouver » après. Si le problème de l'identité, de la permanence individuelle est au premier plan, l'angoisse risque d'être insurmontable. Pour ces raisons, on doit s'assurer, lors des premiers entretiens, que l'on a affaire à des sujets dont la structuration « normale-névrotique » (*cf.* Bergeret) prédomine.

1. Les indications et contre-indications sont avant tout relatives au thérapeute lui-même, plus qu'à la technique. *Cf.* Andreotti et Pasini qui utilisent avec profit le T.A.S. chez les psychotiques.

2. Cas de certains adolescents qui se défendent avec le plus vif acharnement à l'aide de mécanismes phobiques ou obsessionnels, derniers « remparts » face à la menace d'« éclatement » psychotique.

Sans vouloir entrer dans le détail des catégories nosologiques, indiquons simplement que la sophrothérapie semble principalement concerner les problèmes névrotiques, les états dépressifs (névrotiques), les cas d'anxiété diffuse mais permanente, les sentiments d'échec et d'infériorité, et tous les cas où une restauration du moi, une revalorisation narcissique, sont souhaitables.

Un sujet qui se sent entier, non entamé, qui se complâit dans son corps, qui peut jouir de ses capacités tout en reconnaissant ses limites, et qui s'investit positivement dans la réalité : tel est le principal objectif d'une sophrothérapie.

Et nous avons vu comment, s'occupant du corps, les différentes techniques sophrologiques sont particulièrement aptes à atteindre ce but de revalorisation narcissique.

Être bien dans sa peau, s'aimer soi-même, être confiant en ses possibilités, sont autant de facteurs qui permettent l'adaptation relationnelle et l'investissement sur des objets « externes ».

En outre, un sujet qui a développé une image interne confiante pourra se laisser aller à l'écoute de son corps, de ses fantasmes, affects, désirs... Pourra s'autoriser à vivre le maximum de sensations : il sait que si tout cela surgit parfois douloureusement, il n'en sera cependant pas menacé dans les fondements de son identité.

Autour du narcissisme

On retiendra ici qu'en sophrothérapie (comme probablement dans toutes les techniques se rapportant au corps), la *formation du moi* est au cœur du problème ; avec ce que cela implique de processus archaïques relationnels à des objets partiels, puis à l'objet total dont il s'agit de s'individualiser.

Sans entrer dans les discussions théoriques et les distinctions proposées par Freud et les analystes concernant ce concept, il est clair que le *narcissisme dans les différents sens* utilisés habituellement est au centre de la cure sophronique.

Le narcissisme peut être entendu comme un *état premier, anobjectal*, où les instances psychiques ne sont pas différenciées, où le sujet n'a d'autres possibilités que de se prendre lui-même comme objet d'amour : soi sans limites, baignant dans une satisfaction elle-même illimitée, comme celle du fœtus ou du nouveau-né qui vient de s'alimenter.

Il n'est pas rare d'observer des régressions à ce niveau en relaxation (on en donnera un exemple plus loin). La nostalgie d'une « époque » de bien-être complet conduit aussi certains individus à s'endormir en trouvant refuge dans un sommeil rappelant ce bonheur « sans borne ». D'autres encore refusent de « sortir » de cet état lorsqu'on leur propose la reprise :

retrouver la situation actuelle, c'est retrouver la réalité avec ses limites, ses frustrations, ses contraintes... C'est donc le retour dans les difficultés (alors qu'on était « si bien ! »).

On peut encore envisager le narcissisme comme un *stade intermédiaire* entre le stade anobjectal, auto-érotique, et celui de l'amour objectal. Période qui serait contemporaine de l'apparition d'une *première unification* du sujet, de son moi.

Selon Laplanche et Pontalis :

« On peut, dans une perspective génétique, concevoir la constitution du Moi comme unité psychique, corrélativement à la constitution du schéma corporel. On peut aussi penser qu'une telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui, et qui est précisément le Moi. Le narcissisme serait la captation amoureuse du sujet par cette image¹. »

À cet égard, on ne peut omettre de rappeler la période-clé qui, d'après Lacan, marque l'avènement de ce narcissisme : le *stade du miroir*.

Entre 6 et 18 mois, « l'enfant encore dans un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe imaginativement l'appréhension de son unité corporelle. Cette unification imaginaire s'opère par identification à l'image du semblable comme forme totale² ».

Dans l'image du semblable, ou dans l'image spéculaire, l'enfant anticipe ce que sera son unité corporelle : il s'identifie à cette image. De cette période sont issues deux formations, toutes deux (nous le soulignons) régulatrices des *sentiments d'estime de soi* : l'idéal du moi et le moi idéal.

- L'*idéal du moi* est le modèle « idéal » auquel le sujet cherche à se conformer ; il découle à la fois du narcissisme et de l'intériorisation d'apports externes, « par la voie de l'identification aux parents ou à leurs substituts³ » ;
- Quant au *moi idéal*, il désigne :

« le modèle de conduite que le sujet doit réaliser pour satisfaire à une attente qui est la sienne et non celle des autres, un idéal narcissique de toute-puissance⁴ ».

Si j'insiste sur ces différents points, c'est que la régression narcissique est une caractéristique fondamentale en sophrothérapie et, nous le verrons plus loin, que dans ces conditions, les instances idéales (moi idéal, idéal

1. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de psychanalyse*, p. 262.

2. *Ibid.*, p. 452.

3. Lagache D., *Les Modèles de personnalité en psychologie*, p. 94.

4. *Ibid.*, p. 96.

du moi) prennent une place prépondérante, notamment dans la relation patient-thérapeute.

Évolution en sophrothérapie

On ne sera pas étonné, vu l'importance attribuée au corps et, corrélativement, à la construction du moi, du niveau archaïque des fantasmes (se rapportant à la relation duelle) en thérapie sophronique.

Se rejoue fréquemment le processus d'individuation : le nourrisson, d'abord en symbiose complète avec sa mère, va peu à peu se dégager d'elle. Ce processus passe par des relations à des objets partiels, puis à un objet total dont l'enfant se distingue mais dont il sait désormais dépendre complètement, avant de réaliser son autonomie (toute relative).

L'angoisse de morcellement, l'indifférenciation soi-autrui, le clivage en « bons » et « mauvais » objets partiels, feront place à *une angoisse de perte* d'un objet total, distinct de soi, perçu à la fois « bon et mauvais », et à qui s'adressent les pulsions agressives et libidinales (relation d'objet ambivalente).

Il restera encore beaucoup à faire pour que l'enfant parvienne à s'autonomiser, en intériorisant notamment les différentes instances lui permettant d'avoir une *vie socialisée* (la référence à un « tiers » rendant impossible un échange exclusif mère-enfant est à cet égard fondamentale).

Mais, comme nous l'avons vu, les modalités propres à la sophrothérapie mettent l'accent sur les problèmes relatifs à la formation du moi, à la relation narcissique et duelle pré-génitale, soit une période allant de la phase anobjectale jusqu'à la perception d'un autre distinct de soi, puis de soi comme individu à part, entier. Autant dire qu'avec de telles caractéristiques, la régression sophronique se fait sur un mode archaïque dont témoigne la prégnance de certains fantasmes (en rapport avec l'oralité, notamment).

On reconnaîtra dans ce qui suit certaines phases-clés du développement des relations objectales, fréquemment repérables au cours d'une prise en charge sophrothérapique.

Souvent la situation sophronique est vécue (ainsi que la relation duelle au thérapeute) comme « toute bonne ». La pièce où l'on se trouve est perçue comme un endroit de détente parfaite, toute positive, endroit complètement « à part » du monde extérieur, où il fait bon, où l'on est bien... Cette pièce qui représente le « ventre maternel »... À la limite, le thérapeute n'est pas un élément distinct de ce tout de bien-être... Le monde extérieur, *à ce moment*, existe ou n'existe pas : on n'en sait rien, et on est tellement bien dans ce *cocon* que la question ne se pose même pas ! Au thérapeute de ne pas se laisser « enfermer » dans ce piège ultra gratifiant :

les clients viennent se « ressourcer » dans ce bain idéal, très régulièrement (ça leur fait « tant de bien ! »)... et cela *indéfiniment* !

La technique d'induction sophronique suscite aussi la *passivité* du sujet qui « reçoit », sans critique, la « bonne nourriture » de la part du thérapeute¹, la « bonne parole ». Il peut littéralement se laisser « pénétrer », va « incorporer » cette nourriture destinée à le conduire dans un état de bien-être total (comme le nourrisson après la tétée). Relation oralisée entre un thérapeute « tout bon », « tout-puissant », idéalisé, qui « sait » ce qui est bon pour le patient, et un sujet qui reçoit passivement et fait siennes (« incorpore », « boit » ou « goûte » !) ses paroles.

Mais il se peut que cette relation « toute bonne » se transforme soudain en « toute-mauvaise », lorsque, par exemple, le sujet observe que les effets escomptés ne viennent pas aussi rapidement que voulu – satisfaction immédiate oblige !... Les paroles du thérapeute deviennent alors dangereuses, et difficiles à « avaler » ! Ce thérapeute qui induit une régression accompagnée d'angoisse constitue une menace : on va résister en neutralisant son « influence » (impossibilité à se relaxer), ou en l'agressant parfois violemment.

Je repense là à ce que j'ai vécu, au cours d'une des premières séances d'un groupe de Relaxation Dynamique, en institution.

Alors que je montrais le « geste du karaté », avant la sophronisation, une jeune femme placée juste devant moi (par hasard !) me dit sur un ton très agressif : « Si vous restez là, c'est vous qui allez déguster ! »...

La même personne me déclara après la séance :

« J'ai été étonnée (après la reprise) de voir que vous étiez en chaussettes ; parce que j'ai cru, pendant la relaxation, vous entendre marcher très fort, en faisant beaucoup de bruit... et j'ai failli vous crier de faire moins de bruit. »...

Il m'a alors semblé que pour cette dame, non seulement je n'avais pas fait assez de « silence » (ce dont j'ai tenu compte par la suite), mais que, bien plus elle aurait aimé me « museler », ne retenant de mes inductions que le « bruit » empêchant sa propre expression et son écoute d'elle-même.

Ce mode de transfert sur le thérapeute, en « tout bon » ou « tout mauvais », est particulièrement manifeste dans les toutes premières séances de *groupe*.

À d'autres moments, c'est la *dépendance au thérapeute idéalisé* qui domine le tableau des relations. Le sujet se sent uni, unique, mais son bien-être à conquérir, ses difficultés à résorber, le développement de sa confiance en lui-même, de son potentiel positif, dépendent entièrement du (savoir-faire)

1. Certains ont cependant parfois du mal à « digérer » la sophronisation... ou le sophrologue.

(du) thérapeute. Celui-ci devient un moi auxiliaire sur lequel se « repose » le patient (relation *analytique* – étym. = se reposer sur).

Il a besoin des « béquilles » du thérapeute, sans lequel il est *perdu*.

Le thérapeute incarne aussi l'idéal du moi du sujet : ce modèle à suivre, ce « guide » à qui il s'efforce de ressembler... *Piège possible* là encore pour le sophrologue : le sujet devra bien un jour ou l'autre trouver son autonomie (à condition que le thérapeute favorise son indépendance, en acceptant de renoncer à la position gratifiante que lui accorde son client).

Ce type de relation semble se manifester par exemple lorsque la relaxation est vécue *très positivement*, mais uniquement grâce au thérapeute ; le sujet dit alors : « Chez moi, ce n'est pas pareil, ça ne marche pas aussi bien parce que vous n'êtes pas là. » Il est lié au thérapeute par un lien « idéal » : le corps très bien vécu, très chaud, très calme, etc. L'« esprit » en état de bien-être... exactement comme le suggère le thérapeute. Le sujet, dans cette relation imaginaire, a l'impression que tout lui est possible.

Un client, très dépendant, me dit un jour : « C'est agréable de se laisser guider, de suivre votre voix. » Il avait tendance à être très passif, à se laisser aller presque jusqu'au sommeil tellement il se sentait bien en sophronisation.

Du point de vue de la seule détente, tout se passait à merveille : les sensations de bien-être étaient fortes, le relâchement musculaire complet.

Ce qui se passait en fait, était que ce client se plaçait dans une position de soumission aux *directives* d'un thérapeute vécu comme très *bienveillant*.

Lui, qui disait « avoir toujours donné aux autres, sans rien recevoir en échange » se mettait dans la situation inverse de quelqu'un qui « reçoit tout » du thérapeute, sans aucun « effort thérapeutique » personnel.

Il considérait au fond la relaxation comme un don de ma part à son égard.

Il se plaignait aussi de « dépendre des autres » dans la vie quotidienne, de ne rien parvenir à faire « par lui-même ».

Il me rapportait aussi que s'il voulait se détendre « à l'extérieur », il essayait de faire « comme je le lui avais indiqué » (et non tout simplement de « se relaxer »).

Au tout début, si je ne le guidais pas au moment de la reprise, il ne revenait pas de lui-même.

Je l'ai alors incité à faire tout seul sa « reprise », symbole d'autonomisation...

À cet instant précis, les premières difficultés ont surgi : il eut de fortes contractions dans le dos ; sa reprise avait certainement été effectuée trop rapidement, mais surtout il me dit « s'être senti lâché ». Il n'avait donc pas supporté mon attitude l'amenant à quitter sa relation d'étroite dépendance à mon égard.

Ses contractions dans le dos m'ont conduit à le replacer en état de détente, pour le faire ressortir à mon rythme, en répondant sans m'en rendre bien compte à sa demande profonde (réaction contre-transférentielle dont je n'ai fait l'analyse que plus tard).

Son désir de dépendance ayant été satisfait, ce monsieur n'eut effectivement plus aucune douleur après cette deuxième reprise.

La relation de dépendance est parfois telle qu'on demande au thérapeute d'enregistrer une cassette, pour « le conserver avec soi » entre les séances, façon de résoudre (momentanément) le problème de la *perte*... On retrouve ainsi à son gré « son thérapeute », grâce à la cassette !

À ce moment, on sent que le sujet vit ses relaxations au rythme du thérapeute, et fait siennes ses inductions : il « assimile les caractéristiques du “bon objet”, chaud, calme, pesant, en le conservant en soi, par incorporation en relation à l'Idéal du Moi projeté sur le thérapeute (mécanisme prévalent d'identification projective)¹ ».

L'apprentissage de la détente dans le sens d'un bien-être, se fait alors plus facilement qu'auparavant et aboutit à cette « rénovation narcissique » dont nous parlions plus haut. L'amour pour les objets (intériorisés et réels) et la confiance (en soi et en eux) deviennent plus solidement établis. Le sujet sent de plus en plus chez son thérapeute et en lui-même la *prévalence des pulsions d'amour sur les pulsions de haine*, des pulsions de vie sur les pulsions destructrices, bien qu'il sache qu'amour et haine coexistent. Confiant, de par cette prévalence, il peut désormais « se laisser aller » complètement, sans crainte, à l'« écoute de lui-même ». Il devient alors beaucoup plus *actif* dans sa recherche thérapeutique, qu'il conduit désormais de façon plus indépendante : il a toujours besoin du thérapeute, mais ses projections sont moins massives, et il l'utilise de manière plus adaptée. Le thérapeute prend alors plus une place d'« accompagnateur » dans sa démarche thérapeutique ; il n'est plus « celui de qui tout dépend », ni « celui qui peut détruire ». Le patient va ainsi peu à peu se dégager des mécanismes relationnels pré-génitaux qui primaient jusque là pour s'individualiser davantage.

Une autonomisation plus radicale se fera par le développement des mécanismes et des caractéristiques relationnelles du registre œdipien, le primat du génital (bien que des résurgences pré-génitales puissent toujours réapparaître).

Le travail en *activation intrasophonique*, portant sur les symboles imagés (sophro-mnésies, sophro-analyse, etc.) ré-actualisera alors des évocations de type surtout œdipien, des éléments en rapport avec la relation triangulaire, l'angoisse de castration... Les sensations corporelles pourront aussi être plus « génitalisées ».

1. Hubert J.-P., « Alliance sophronique, fantasme ou réalité ? », *Sophrologie Médicale*, n° 1, pp. 1-10.

Finalement, ce qui semble surtout distinguer la sophrothérapie dans l'ensemble des méthodes psychothérapeutiques, c'est ce sur quoi on a insisté tout au long de cette partie :

Un travail sur le corps, la régression et la restauration narcissiques, la réactualisation d'une période où domine la formation de l'identité, par construction d'un moi en référence et parallèlement à la construction de l'image corporelle, à l'aide des identifications et des investissements libidinaux qui prévalent dans cette période archaïque.

Au cours de cette description, nous avons vu combien était prépondérante la *relation au thérapeute*, support des projections, des investissements divers, représentant des imagos parentales.

LA RELATION TRANSFÉRENTIELLE

« En général, on peut dire que c'est davantage le médecin qui guérit, que la méthode qu'il applique¹. »

Je voudrais ici faire quelques remarques générales sur la relation thérapeute-patient, plus qu'entrer dans les méandres divers de cette relation² qu'on ne saurait du reste décrire en termes bi-polaires (positive, négative) étant donné sa complexité dans tous les cas.

Tel individu vient demander de l'aide à un « spécialiste »... Cette situation implique – quelle que soit la spécialité – une relation basée sur un certain décalage entre le thérapeute et « son » client..

Le thérapeute est présumé « savoir » comment il faut faire pour guérir ; il est forcément en position de supériorité vis-à-vis de cette personne *en difficulté* qui lui réclame son aide.

Le client s'en remet donc au thérapeute et à son « pouvoir »... Non sans ambivalence, la plupart du temps :

- Espoir de guérison et peur d'un remaniement personnel profond ;
- Désir de voir disparaître les symptômes et d'en préserver les « bénéfiques secondaires » ;
- Admiration, dépendance voire soumission à l'égard du thérapeute « qui sait », en même temps que craintes face à ce pouvoir qui peut « nuire » (puisque par définition on ne peut le contrôler).

S'il est « celui qui peut aider à guérir », le thérapeute est aussi vécu comme celui qui suscite émotions et angoisse... On s'efforce donc de se

1. Stokvis cité par Geissmann P., Durand de B., *Les Méthodes de relaxation*, p. 260.

2. Dont j'ai donné quelques aperçus au paragraphe précédent.

préservé de lui, ou, moins directement, de « sa » méthode de traitement (ce qui entraîne agressivité et résistances à son égard).

Même lorsque la thérapie progresse dans de bonnes conditions, les productions, les scénarios imaginés par le sujet, sont « donnés à voir » au thérapeute, toujours présent du début de la sophronisation jusqu'à l'analyse de ce qui s'y est déroulé.

Cependant, au fil des séances, le patient devra renoncer à sa dépendance au thérapeute, que cette dépendance se manifeste par soumission ou agressivité.

Il cheminera dans le sens d'une autonomie personnelle au cours d'un processus, souvent long, durant lequel « il pourra chercher lui-même et découvrir les significations cachées de ses contractures ou de ses symptômes, prendre des initiatives concrètes au long de sa cure, et finalement se détacher du thérapeute sans être conduit à reprendre les symptômes initiaux¹ ».

Alliance sophronique et transfert

Il est pour moi évident que le thérapeute ne peut échapper au(x) transfert(s) de son client : du fait du décalage automatique existant entre spécialiste et patient comme je viens de le mentionner, mais surtout à cause des multiples et complexes liens, simultanés ou successifs, qui forgent la relation thérapeutique.

On ne peut donc que s'interroger face à la proposition d'établir *systématiquement* avec le client une *alliance*, comme le préconisent certains. Alliance qui serait une sorte de contrat de travail limité et relativement programmé dans le temps et surtout dans l'*espace affectif*.

Il semble en fait qu'établir un tel « contrat » est avant tout s'efforcer de *mettre des limites* – des garde-fous ! – afin de ne pas se laisser déborder par des affects, des angoisses qu'on ne saurait personnellement contrôler.

N'oublions pas que, au moins dans notre langue, nous utilisons le terme « alliance » aussi pour dénommer l'*anneau* symbolisant *l'union de deux époux* ! J'é mets l'idée que ce souci de préserver une relation de coopération mutuelle, une relation en quelque sorte « humanisée » que représente l'alliance, peut être en fait une façon de se défendre face à des fantasmes, pulsions, relations, d'ordre prégénital ou génital, difficiles à soutenir, surtout si la formation psychothérapique du sophrologue n'est pas très avancée.

1. Lemaire J.-G., *La Relaxation*, p. 119.

Une telle hypothèse m'est venue à l'esprit à la suite de la réflexion d'un sophrologue (gynécologue) qui affirmait candidement : « Moi, je travaille sur le présent... parfois sur le futur... jamais sur le passé ; je n'ai donc pas affaire au transfert ! »

Sans autre commentaire, disons simplement que proposer une alliance est ainsi probablement tenter de « se concilier l'angoisse du patient afin de ne pas avoir à l'affronter¹ ». Cela permet aussi d'éviter l'analyse de ses propres attitudes, *l'analyse contre-transférentielle*.

Établir une certaine complicité avec le client n'est de toute façon certainement pas éliminer l'aspect transférentiel, mais *induire* plutôt *un type de transfert* et s'efforcer de le maintenir. On bloque ainsi, du même coup, le sujet sur un registre hors duquel il ne pourra s'exprimer (par exemple agressivité à l'égard du thérapeute) en refusant que d'autres situations transférentielles s'engagent qui, reconnues, sinon interprétées, permettraient l'évolution du patient.

De toute manière, ce n'est pas parce qu'on souhaite que s'instaure une alliance qu'elle s'établit de fait ! C'est peut être le désir du thérapeute, mais la réalité des rapports est plus complexe.

Quelle sera donc l'attitude de ce même thérapeute lorsque des sensations très subjectives, des productions très archaïques, et les angoisses qui y sont liées, apparaîtront ? Rappellera-t-il au patient qu'il sort d'un « contrat », qui n'a été finalement établi que *par lui* !

Certains sophrologues ont tendance à « offrir » à leurs clients une méthode relativement « standardisée », à paliers progressifs... Cela répond, me semble-t-il, encore à la tentation de se mettre à l'abri des conflits individuels, en proposant des solutions « valables » pour tous...

La relation thérapeutique

Il serait finalement souhaitable que prime ce postulat que le patient en sait de toute façon davantage sur lui-même que quiconque.

Le thérapeute l'aide seulement (et ce n'est pas si mal) à se révéler à lui-même ; il sert de repère à la progression, témoin du « bon » et du « moins bon ».

Il « donne son accord à la partie la moins acceptable du sujet, cette angoisse sans solution immédiate² ».

1. Maurey G., *Le Rêve-Eveillé-Dirigé et l'Inconscient*, p. 321.

2. *Ibid.*, p. 325.

Le thérapeute laisse le patient se situer dans son angoisse, sans artifices défensifs (rituels, appareillages divers...), en lui laissant le temps d'élaborer « sa vérité », à son propre rythme. Il accepte de voir, d'entendre toutes les productions du sujet, sans se laisser envahir par l'angoisse du sujet, ni compatir avec complaisance à ses difficultés, ni le sécuriser à outrance.

Plus la relation avec le client sera ancrée dans la réalité, moins seront rendus possibles les rapports imaginaires et par là-même la répétition, et l'élucidation, des attitudes inconscientes infantiles.

Charge au thérapeute de trouver la distance relationnelle la mieux aidante : ni trop près des affects et désirs du patient pour ne pas s'y engluer, ni trop loin afin qu'il ait quelque chance de les entendre. À lui de gérer au mieux, pour lui et son patient, ses propres attitudes contre-transférentielles.

Si les transferts et contre-transferts participent nécessairement au travail psychothérapique, il reste à préciser qu'en sophrothérapie, le transfert a sans doute le *statut* qu'on lui connaît dans les « psychothérapies d'inspiration analytique » : il est surtout *utilisé*, manipulé, plus que *décodé ou analysé*.

La relation transférentielle, surtout au moment de l'« apprentissage » des techniques de détente corporelle, agit, comme le souligne J.P. Hubert « médiatisée par le corps érotisé du patient¹. » Elle n'est, *en général, pas verbalisée*, bien qu'elle puisse l'être lorsque cela est indispensable à la progression thérapeutique.

Dans la *cure analytique type*, tout est fait (neutralité, silence, règles d'abstinence et de libre association) pour que s'instaure le transfert : sa résolution entraînera l'évolution du sujet.

En *sophrothérapie*, on a sans doute tendance à insister davantage sur le *contenu des productions* du sujet, véritable « troisième pôle » entre le thérapeute et le client : matériel à décoder, à intégrer, fait de sensations corporelles, d'images, d'émotions diverses.

J'aimerais, pour terminer, proposer trois exemples destinés à illustrer quelques points importants de ce chapitre.

Le premier montrera comment une *importante régression* est parfois obtenue *dès la première séance*, en sophronisation de base ; cette régression qui mettra en évidence les données personnelles essentielles du sujet, est accompagnée de résistances et transfert.

Le cas de Madame E.

Madame E. ne pouvait pas commencer sa détente ; elle riait, très nerveusement, en disant : « J'ai l'impression de passer sur le billard. »... Ses yeux ne pouvaient se fermer... « J'ai très peur, dit-elle, je suis sur mes gardes. »...

1. Article déjà cité, p. 8, in *Sophrologie médicale*, n° 1.

Pourtant elle désirait poursuivre : « J'ai tout à y gagner, même si c'est dur ! »... « Je me cache quelque chose sûrement. »

Après quelques instants, elle parvint malgré tout à se détendre en relâchant peu à peu les différentes parties de son corps.

Je lui ai alors demandé de laisser venir une image. Très rapidement, son index s'est levé pour indiquer son désir de « ressortir » sans tarder.

Que s'était-il donc passé durant ce premier essai apparemment peu concluant ?

Écoutons Madame E. : « Quand vous avez passé le corps en revue, j'étais dégoûtée... C'est surtout quand vous avez parlé de l'intérieur du corps... Mon intérieur me dégoûte... J'ai pas un beau corps... Pas de taille... » Autre point : « J'ai senti mon ventre très fortement, c'est peut-être la chose qui est le plus profondément à moi... Peut-être en tant que femme... »

L'image qu'elle a vu était d'abord sa fille – avec qui elle avait des problèmes relationnels. Mais très vite, à la place de son visage est apparue une autre situation : « C'était quand je suis passée sur le billard, pour un avortement, avant la naissance de ma fille... Je voyais la sage-femme qui me faisait une piqûre... Elle me disait « ça va ? »... Je me sentais faible... J'ai eu beaucoup envie de pleurer... »

J'aurai beaucoup de commentaires à faire au sujet de cette séance, mais je résumerai ce qui me paraît en former l'essentiel.

Dès le début, la position allongée donne lieu à des associations sur des idées ayant plus ou moins trait à la mort (« Je vais passer sur le billard »), en tout cas mort de l'« enfant » avorté (avortement qu'elle avait en réalité très mal assumé).

Elle même ne savait pas – et moi encore moins – qu'elle résistait dès le début à la venue de cette scène d'avortement. La sophronisation avait donc éveillé quelque chose de l'ordre de la mort, et s'était répétée là une situation vécue – l'avortement – déplacée sur la situation de relaxation.

Madame E. m'assimilera par la suite à cette sage-femme pouvant faire naître une « nouvelle vie », mais aussi « faire mourir » (ambivalence à mon égard).

La revue du corps, parties après parties, est particulièrement révélatrice du « dégoût » dont fait preuve Madame E. pour son corps et pour elle-même... Comme si elle était « mauvaise », « pas belle » en dedans. C'est un fait qu'elle se vivait fort négativement ; la relaxation mettait clairement à nu son énorme besoin de « revalorisation narcissique ».

Le remplacement spontané de l'image de sa fille par l'image de l'avortement d'un autre enfant, montre que peut-être cette fille était encore en train de supporter d'une façon ou d'une autre le poids de cet avortement (ou quelque chose en rapport avec la mort). Madame E. était en fait venue me voir pour les difficultés rencontrées avec sa fille ; cela avait été sa première demande.

On a donc pu observer, dès la première sophronisation, l'importance chez Madame E. du problème du rejet : elle avait une personnalité « abandonnique », a toujours été rejetée par ses parents, et placée en institution dès sa plus jeune enfance.

Elle a intériorisée une image « mauvaise » d'elle-même (« Si je suis tant rejetée, c'est que je ne suis pas digne d'être aimée. ») ; d'où la forte dévalorisation de soi (« Je n'aime pas mon corps, il me dégoûte. »)... Par répétition, Madame E. avait tendance à reproduire ce rejet chez sa fille.

La scène de l'avortement (« un enfant qu'on ne désire pas ») était un condensé de sa problématique.

Le deuxième exemple montre une régression narcissique, profondément vécue, véritable *rebirth* spontané, au cours d'une séance de Relaxation Dynamique individuelle.

Le cas de Madame F.

J'ai demandé à **Madame F.**, comme il est de coutume en R.D. 1, de laisser venir devant elle l'image d'un objet naturel, en position de détente debout

Cet objet, a-t-elle dit par la suite, était un panier décoratif qui, au fur et à mesure des exercices, s'arrondissait.

Placée en position allongée, j'indiquais : « Vous avez toujours cet objet en face de vous et vous laissez venir des images à partir de cet objet... »

Elle dit : « C'est un panier... Je suis un œuf... Tout chaud... Merveilleuse sensation... (*long silence, visible « béatitude »*)... (*je l'incitais à poursuivre*)... Le panier a trois œufs... Je jaillis de l'œuf... C'est un tourbillon autour de moi et la pièce tourne dans l'autre sens... Comme Aladin... C'est une pièce très ensoleillée... »

Moi, après quelques instants : « – Y a-t-il autre chose ? »

« –... Oui, mes parents... Ils ne disent rien... Sauf mon père, il dit : “Encore une fille !”... Il ne m'aime pas, mais il n'aime personne en réalité... Je me sens très grande, démesurée, et eux tout petits... »

Un moment après, je lui ai demandé de retrouver les limites réelles de son corps, son vécu de détente, et d'opérer à son rythme la reprise habituelle. J'avais senti qu'elle avait complètement vécu ce qui venait de se passer ; elle en était bouleversée, très heureuse car elle avait toujours pensé que sa naissance avait été « une catastrophe ».

Elle avait là, au contraire, perçue cette naissance comme « une libération ». Elle paraissait du reste absolument convaincue qu'elle venait de vivre les sensations exactes qu'elle avait réellement eues à sa naissance. À tort ou à raison ? Qu'importe...

Elle avait été particulièrement émue par la présence des deux autres œufs dans le panier : « C'étaient mes sœurs, et on était toutes les trois “dans le même panier”. » Un de ses problèmes en effet était qu'elle avait été élevée « à part », hors de sa famille, loin de ses sœurs, et qu'elle avait pris cela comme un rejet de la part de ses parents.

Elle avait envié le sort de ses sœurs qui étaient restées dans sa famille ; mais, au fond, pensait-elle maintenant, elles n'avaient pas été plus favorisées qu'elle.

Sans aller plus avant dans le détail de ce cas, on soulignera ici la forte régression, autant physique que psychique, mêlant émotions et sensations accompagnant la naissance.

On notera enfin l'état de « bien-être sans faille » (« œuf tout chaud », etc.) et aussi du sentiment d'être « très puissante », sans limites corporelles très nettes (« Je me sens très grande, démesurée... »).

Le dernier exemple illustre la progression d'une jeune femme, suivie en institution.

Le cas de Madame G.

Les régressions sophroniques du début étaient, chez cette personne, accompagnées de vives angoisses de perte d'identité ; on suivra son évolution vers le développement de cette « image interne rassurante », de cette « restauration narcissique », dont j'ai parlé tout au long de ce travail.

Les cinq ou six premières séances – « simples » sophronisations de base – ont été dominées par une angoisse de perte d'identité et de mort. Madame G. déclarait en effet : « Avant (de faire de la relaxation), j'avais des émotions, maintenant, je n'en ai plus... Je ne me reconnais plus... J'ai peur de n'être plus la même, de ne plus me retrouver... »

Sur le plan physique, son angoisse était focalisée sur le cœur (« douleur au cœur », « peur qu'il s'arrête de battre »), pendant et hors des séances.

J'analysais de mon côté tout ceci comme une peur de perte d'identité individuelle et une angoisse de mort, le cœur symbolisant à la fois la partie « centrale » de l'être et l'organe de vie par excellence. L'angoisse de mort était manifeste en outre dans sa lutte chaque soir contre le sommeil : elle avait peur de ne plus se réveiller le lendemain.

Madame G. n'avait à cette époque aucune perspective positive quant à son avenir et craignait de perdre ce qu'elle était – même si elle en souffrait – sans rien avoir à « mettre à la place ». J'ai alors centré mes interventions, et mes suggestions au cours des sophronisations, sur le fait que dans le fond elle resterait la même, et que les modifications qu'elle connaîtrait l'amèneraient surtout à s'aimer mieux, et à s'accepter d'abord comme elle était.

Madame G. affirmait après les séances « beaucoup apprécier » que je lui dise qu'elle allait se retrouver. Elle commença peu après non seulement à « se retrouver », mais en mieux, avec des sensations de détente beaucoup plus agréables, et se découvrant un corps susceptible de lui procurer du bien-être, sinon encore du plaisir.

Elle prit aussi davantage confiance en elle-même et, à la huitième séance, me dit ne plus avoir d'insomnies : « Je m'endors le soir et me réveille que le lendemain... Il y a longtemps que ça ne m'était pas arrivé ! ».

Si l'on résume ce début de progression, il me semble bien qu'il aille dans le sens d'une restauration narcissique, avec le dépassement d'angoisses liées à la mort .

À ce stade, j'étais, quant à moi, vécu très différemment par rapport au début : je n'étais plus « tout-puissant », ni uniquement « destructeur ».

Suivit une période de deux mois environ où Madame G. put acquérir les différentes sensations du *training* autogène de Schultz (1^{ère} partie), qu'il m'a paru souhaitable d'utiliser pour confirmer cette image de soi « rassurante », et améliorer son estime d'elle-même.

Développement du *bon objet interne*, en liaison sans doute avec la perception du thérapeute vécu aussi « plus aimant que rejetant ».

Lors des toutes dernières séances, alors que Madame G. allait bientôt quitter l'institution qui l'hébergeait, j'ai pu observer un réel changement de registre, avec la prévalence de thèmes, et d'un transfert, de registre plus œdipien.

Madame G. venait d'apprendre que mon épouse était enceinte.

Elle me fit part à l'avant dernière séance d'une série de rêves reprenant tous le même thème : elle attendait un enfant.

À la dernière séance, Madame G. me fit part de son envie de poursuivre son évolution, après sa sortie de l'établissement, avec l'aide d'un thérapeute de son secteur de résidence... Façon peut-être de compenser la perte de la relation qui s'était nouée entre nous, mais surtout, m'a-t-il semblé, expression de son désir de se « construire », d'avancer dans sa progression personnelle.

Cette progression dont nous avons suivi les débuts en sophrothérapie, avec la résurgence de difficultés liées à l'identité individuelle, puis leur dépassement avec la reconquête d'un soi plus « confiant » où prévalent les pulsions d'amour...

S'il restait beaucoup à faire, la relaxation a permis un point de départ puis une ouverture psychothérapique.

La sophrologie vise à harmoniser les différents secteurs du fonctionnement psychique et à restaurer l'équilibre dans l'investissement des trois grands registres de la personnalité :

- Le mental ;
- Le corporel ;
- Le comportemental.

Un de ses principaux avantages tient à son abord global de la personnalité. Renonçant à tout clivage, elle paraît particulièrement apte à favoriser le réinvestissement des secteurs déficitaires, et à rétablir la « libre circulation » d'une énergie psychique fixée sur tel ou tel registre du fonctionnement personnel.

La sophrologie a également pour mérite de ne pas négliger cette communication non-verbale essentielle : le langage du corps. On sait combien les mots sont souvent utilisés défensivement pour masquer les vrais problèmes. Le sophrologue doit apprendre à observer ce que le corps donne à voir, en même temps qu'écouter ce que les paroles laissent entendre.

La pratique clinique nous indique l'importance d'une bonne élaboration du schéma corporel, la prégnance des fantasmes liés au corps, ainsi que la fréquente nécessité de restaurer chez nos patients cette « image de soi » si souvent mise à mal.

J'espère avoir montré, dans les pages qui précèdent, l'intérêt de nos méthodes pour favoriser cette restauration, en mettant l'accent sur l'efficacité conjointe de l'approche corporelle, des images mentales et de la verbalisation.

Il reste qu'en sophrologie ce travail se fait toujours dans un état de conscience privilégié, entre la veille et le sommeil, au seuil dit *sophro-liminal*.

Or la relaxation, le rêve-éveillé, l'hypnose, le yoga et les autres disciplines orientales, sollicitent aussi, dans des proportions variables, la déconnexion d'avec l'environnement, le lâcher-prise, la concentration, l'« absorption » sur les sensations corporelles ou sur les images mentales, l'attitude méditative¹. Ces approches constitueraient-elles autant de variations autour d'un socle commun (l'état *hypnoïde*) propice aux évolutions personnelles et aux changements thérapeutiques qu'elles occasionnent chacune avec sa propre « culture » et ses propres armes ?

Je me contenterai ici d'amorcer un début de comparaison entre les modes d'inductions et de travail thérapeutique en sophrologie et en hypnose éricksonienne, disciplines qui toutes deux s'affichent, avec des airs de proche parenté, sur le terrain des états modifiés de conscience.

1. L'attention flottante du psychanalyste et l'attitude de libre associations de l'analysant ne relèvent-elles pas aussi de cet état de conscience intermédiaire ?

PARTIE 4

PARENTÉS THÉRAPEUTIQUES

LES ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE ET L'HYPNOSE ÉRIKSONNIENNE

QUE l'on invoque l'accès à un état de *supra-conscience* (élargissement du potentiel identitaire et de nos capacités à être) ou qu'on y repère une démarche essentiellement *régressive* touchant à nos déterminants inconscients, on a coutume de ranger en vrac les transes, les extases, l'orgasme, l'ivresse, la méditation, le rêve-éveillé, l'état hypnotique ou sophronique, dans la catégorie un peu fourre-tout des « états modifiés de conscience ».

Les approches qui nous concernent ici ont cependant au moins un point en commun : elles favorisent et mettent à profit un passage de l'ergotropisme (préparation active au combat ou à la fuite) au trophotropisme (attitude de repos, de récupération).

« C'est, dans ce deuxième état que l'organisme se règle lui-même, remet les pendules à l'heure entre ses différents organes, abaisse ce qui s'est trop élevé et élève ce qui a trop chuté dans le feu de l'action... Effet normalisateur lié peut-être à un dialogue :

- d'une part entre l'écorce cérébrale et le cerveau primitif (diencephale) ;
- d'autre part entre l'hémisphère gauche (analytique, rationnel, digital, social) et le droit (synchrétique, intuitif, analogique, intime)¹. »

Ou, comme le fait encore remarquer C. Le Scannff :

« Le concept sous-jacent est que l'homme dispose de mécanismes autorégulateurs innés qui, lorsque l'occasion se présente, replacent les processus cérébraux et corporels dans les meilleures conditions homéostatiques². »

1. Auriol B., *La définition de la relaxation, Introduction aux méthodes de relaxation*, ch. 2, <http://auriol.free.fr/yogathera/relaxation/definition.htm>, 2004.

2. Le Scannff C., *La Conscience modifiée*, p. 19.

La « transe » hypnotique ou l'état sophronique seraient de ces occasions particulièrement privilégiées facilitant le fonctionnement des mécanismes qui assurent notre équilibre.

Il n'est naturellement pas dans mon intention de faire ici un résumé de l'œuvre considérable d'Erickson, mais seulement d'en présenter quelques caractéristiques utiles à la suite du travail.

L'HYPNOSE ÉRICKSONIENNE

Milton H. Erickson (psychiatre américain, 1901-1980) a profondément bouleversé les conceptions et les pratiques de l'hypnose traditionnelle, et sans doute, bien au-delà, la psychothérapie en général.

Il part du postulat, conforté par les succès thérapeutiques, que l'on peut fondamentalement faire confiance à l'inconscient du sujet (défini très empiriquement comme... *tout ce qui n'est pas conscient*) qui fonctionnerait comme une sorte de réservoir de ressources actif permettant de trouver des solutions aux problèmes que le conscient ne parvient à résoudre.

Cette optique oriente largement les actions et l'œil du thérapeute. Erickson se plaisait à dire : « Selon la façon dont on les regarde, les patients ont des tas de problèmes ou des tas de solutions. » Il préférerait dans la même lignée se demander *comment* le patient peut changer, plutôt que de chercher le *pourquoi* de ses symptômes.

Le travail de l'hypnothérapeute traditionnel, dont on sait depuis S. Freud qu'il incarne peu ou prou l'idéal du moi du patient, consistait surtout à émettre des suggestions que le sujet était censé reprendre à son compte, dans une relation plus ou moins autoritaire ou séductrice.

Erickson propose désormais d'aider le patient à se placer dans un contexte destiné à activer « un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le sujet se détache de son environnement pour fonctionner à un niveau inconscient¹ ». Dans cette nouvelle orientation, le sujet n'« obéit » pas, il « répond » plutôt aux sollicitations du thérapeute visant à explorer, à mobiliser ses propres ressources pour effectuer les remaniements qui lui sont utiles. Se réalise comme une « mise entre parenthèses » destinée à libérer les associations figées, pré-établies, les fixations et autres limitations, pour y substituer de nouvelles organisations plus adaptées. La créativité propre à l'inconscient est ainsi stimulée au maximum pour activer des chaînes d'associations positives, restructurer parfois différemment certaines expériences posant problèmes, faire émerger des solutions nouvelles.

1. Godin J., *Les grandes idées de Milton Erickson*, 1988.

Selon Erickson, l'hypnose ne fait que cultiver un fonctionnement *naturel* :

« Quand vous lisez un livre et que votre femme vous parle, il arrive que vous ne répondiez pas aussitôt. Dix minutes après, vous dites : “Tu me parlais¹ ?” »

J. Godin précise qu'en fait :

« Les sujets se tiendraient sur le seuil de deux modes de fonctionnement et ils pourraient en permanence et à loisir, à chaque instant « entrer » et « sortir » de la transe ainsi définie. C'est cette démarche alternante de lâcher-prise conditionnel, objet d'apprentissage, qui, à mon avis, caractérise notre nouvelle conception de l'hypnose². »

Pour F. Roustang, l'hypnose consiste en ce qu'il appelle l'éveil d'une *conscience inconsciente*.

« La conscience est dite inconsciente (*unconscious awareness*) dans la mesure où elle supporte la totalité des souvenirs des perceptions des sens externes et internes, des résultats et des possibilités d'apprentissage... La conscience inconsciente (...) peut être identifiée à la totalité de la personne incarnée donc au corps vivant en tant qu'il est esprit. Cette conscience inconsciente pourrait tout aussi bien être appelée vigilance généralisée³. »

On considère avec cet auteur que l'hypnose constitue un passage de la vigilance restreinte à la vigilance généralisée qui met à la disposition du patient des capacités, des solutions lui permettant de changer.

La créativité propre au fonctionnement hypnotique tient sans doute en bonne part au fait qu'on y cultive l'expression d'une conscience *paradoxe*, libérée des schémas préconçus grâce à l'assouplissement des barrières qui séparent habituellement les processus de pensée primaires et secondaires.

Pour aider à « activer les chaînes d'associations utiles », le thérapeute doit autant qu'il le peut entrer dans les cadres de références de son patient et utiliser son propre langage, au sens le plus général du terme.

Voici par exemple l'extrait d'une induction que j'ai naguère improvisée pour un pilote d'avion, directement reliée à son domaine de travail, avec des allusions implicites au confort et à la déconnexion hypnotique :



« Et je sais bien que tout comme moi vous pouvez entendre cet avion qui passe au-dessus de nous... et je me demande si les passagers ont à présent trouvé la **position la plus confortable possible** sur leur fauteuil, la plus propice à se **laisser aller en confiance**, le corps détendu, l'esprit libre de voyager à sa guise en toute liberté dans des rêveries reposantes... A moins que certains ne préfèrent regarder de temps à autres au travers

1. Cité par Godin J., *La Nouvelle Hypnose*, 1992.

2. *Ibid.*, p. 110.

3. Roustang F., « *Qu'est-ce que l'hypnose médicale ?* », sur Internet à <http://perso.wanadoo.fr/afelm.hypnose.medicale/presentation-hypnose.html>.

des hublots la beauté de certains paysages... Ou ***s'assoupir en toute insouciance*** dans le confort de la détente...Je me demande quand – peut-être ***déjà*** – le pilote a actionné les commandes automatiques, tout en gardant bien sûr un œil expert sur les commandes, capable d'intervenir quand il le désire, mais ***très satisfait de pouvoir se libérer*** ainsi, de se décharger de tout un travail que prend désormais à son compte le pilotage automatique¹... »

Métaphores, allusions, résonances de mots, langage non-verbal et à plusieurs niveaux... Erickson a compris que si l'inconscient communique par des rêves, des images, du langage analogique, c'est ce même type de langage que l'on doit aussi utiliser en hypnose.

Les inductions vont dans le sens d'une *dépotentialisation de la conscience restreinte, vigile*, en jouant notamment sur tout ce qui peut favoriser la *dissociation* : dichotomies entre le monde extérieur et le monde intérieur, le corps et le mental ... À l'intérieur de soi une partie observatrice qui reste vigile et observe l'autre partie qui ressent... Certaines parties du corps peuvent aussi prendre leur autonomie.

Dissociation encore entre le souvenir et l'affect qui lui était rattaché (par exemple, après le vécu cathartique d'un accident, il ne reste plus que les photos *classées* dans un album...).

Le travail inductif conduit à une modification de l'orientation au réel (espace-temps devenus très subjectifs), à l'affaiblissement du sens critique, de la primauté des facultés logiques, pour céder le terrain aux vécus paradoxaux caractéristiques de la conscience « inconsciente ».

Les *stimuli* extérieurs ne sont pas forcément exclus du vécu hypnotique (ils peuvent d'ailleurs servir à l'induction, comme dans l'exemple précédent de l'avion) mais ils perdent de leur importance au profit du vécu interne.

C'est en fait le patient qui indique, par ses attitudes conscientes ou non, ce que le thérapeute doit suggérer : ses mimiques, les expressions de son visage, ses attitudes diverses spontanées, les petits mouvements incontrôlés, etc., sont autant d'indices à repérer, à ratifier pour optimiser les inductions et aller vers une dépotentialisation du conscient, vers une émergence de l'« involontaire ». Chaque séance est ainsi une création unique, originale, à nulle autre identique puisque le lâcher-prise du patient fait poindre la nouveauté, le spontané, tandis que dans son propre lâcher-prise le thérapeute se laisse guider pour avancer en saisissant les perches tendues par les attitudes et les réponses du sujet. Si par exemple il n'obtient aucune réponse à une suggestion ouverte d'image (image positive, souvenir agréable...), mais observe quelque manifestation corporelle non-intentionnelle (hochement

1. ***En italiques et caractères gras***, des mots ou groupes de mots détachés, sur un ton plus appuyé, qui font passer des suggestions implicites de déconnexion – cf. plus loin technique de *saupoudrage*.

de tête, par exemple) le thérapeute va délaïsser sa suggestion d'image pour poursuivre dans le sens de la réponse corporelle spontanée et involontaire. Il adapte et réajuste en permanence si besoin ses interventions en fonction des réactions (ou absence de réactions) du sujet.

Dans l'optique éricksonienne, on ne force jamais les résistances du sujet, mais comme le judoka est censé se servir de la force de son adversaire, le thérapeute doit mettre à profit les défenses pour aider le patient à avancer dans le travail hypnotique. Celui-ci ne veut pas fermer les yeux (par crainte de perdre son contrôle, le contrôle du thérapeute, ou autres fantasmes mobilisés par l'hypnose) ? Il lui sera tout simplement demandé de *rester très attentif*, d'observer avec beaucoup de vigilance tout ce qui se passe... Et si à un moment ou à un autre il sentait que ses yeux lui réclament un peu de repos, il décidera bien lui-même ce qui conviendra le mieux pour son bien-être.

Les inévitables clignements d'yeux ultérieurs feront l'objet de ratifications de la part du thérapeute (« très bien », « c'est cela » et autre hochement de tête approbatif). S'instaure ainsi une communication à plusieurs niveaux destinée à faciliter le processus hypnotique tout en laissant le sujet libre d'exercer toujours son contrôle.

On *évoque* sans imposer, sur le ton de la conversation, en s'ajustant au plus près des réactions du sujet.

On cultive volontiers l'*attente* (quelque chose va se passer même si l'on ne sait encore quoi...) et les effets de *surprise*. La *confusion* surprend le patient en bousculant ses repères classiques et immédiats... :

« Vous ne pouvez pas savoir qu'en ce moment vous n'êtes pas entrain de ne pas changer. »

(Cette triple négation utilisée par Erickson a de quoi laisser le sujet bien perplexe !)

La *saturation de la conscience* facilite aussi la déconnexion : on apporte au patient une quantité d'informations bien supérieures à sa capacité de réception. La logique mentale a là encore du mal à suivre...

Les *suggestions* sont généralement *indirectes* : il ne s'agit pas de suggérer « de l'extérieur » des solutions ou des ressentis « prêt-à-porter » comme dans l'hypnose traditionnelle, mais d'évoquer des possibilités permettant au sujet de prendre la suggestion à son compte ou de la laisser.

Ces suggestions procèdent par implication des réactions recherchées :

« Je me demande si vous allez être étonné ou si vous trouverez tout simplement agréable que l'une de vos mains puisse devenir plus légère ? »

Les *suggestions ouvertes* offrent une palette de réponses possibles... Quelle que soit la proposition retenue elle sera la bonne, celle qui convient au

patient. Souhaite-t-on suggérer l'apparition d'une sensation dans une main ? On peut évoquer toute une série d'éventualités : froid, chaud, détente, lourdeur, fraîcheur, engourdissement, etc. Il est difficile de ne pas obtenir de réponse en ratissant aussi large.

L'hypnotiseur formule parfois une série d'évidences, de truismes :

« Vous inspirez et vous expirez... », « Il est plus agréable d'être confortable... »

Le sujet ne peut ici qu'acquiescer, ce qui le prédispose à accepter les inductions qui vont suivre (*séquences d'acception*).

Avec le *lien*, on rapproche deux phénomènes *a priori* différents :

« Et pendant que votre bras s'élève, votre inconscient se mobilise pour trouver des ressources aidantes. »

Le *double lien*, mode de communication paradoxale, place le sujet dans une situation où il perd en fait la possibilité de choisir. Des alternatives de comportement qui ne font pas habituellement partie des possibilités de choix et de contrôle du patient lui sont proposées :

« Si votre inconscient veut que vous entriez en transe, votre main droite va se lever, si ce n'est pas le cas votre main gauche va se lever. »

Dans tous les cas, on aboutit à une réponse hypnotique.

En parlant, le thérapeute peut isoler des mots ou groupes de mots (par intonations différentes, pauses) pour les détacher du fil de son discours, et faire passer une suggestion (technique de *saupoudrage*).

Les métaphores sont comme nous le verrons au cours des chapitres suivants des outils de communication très utilisés et très efficaces : un mot (ou un énoncé) se trouve recevoir un sens différent de celui qu'il possède dans son usage spécifique en vertu d'une comparaison ou d'une analogie sous-entendues.

Comme l'indique J. Godin, le message métaphorique « véhicule un sens implicite qui, comme dans l'humour, va cheminer pour son propre compte, souterrainement. Ce second sens, s'il est en relation avec les problèmes du patient (...) va être l'occasion de réaménagements psychiques¹ ». Si la métaphore est mauvaise, mal choisie, elle n'a pas d'effets sur le patient qui n'y réagit pas. En revanche, lorsqu'elles ont à voir avec les difficultés du patient, les images d'une métaphore « parlent » à son inconscient, font écho à sa propre expérience, permettent de délier certaines problématiques figées, de provoquer un cheminement associatif ouvert entraînant dans son élan créatif de nouveaux aménagements, générant de nouvelles attitudes.

1. Godin J., *La Nouvelle Hypnose*, p. 171.

Il s'agit en fin de compte de provoquer des réaménagements, des novations qui rendent le symptôme caduc.

On peut donc considérer l'hypnose éricksonienne comme un laboratoire de changement, un espace où le symptôme est travaillé par analogies, par résonances, sans même, la plupart du temps, que l'on y touche ou même qu'on l'évoque directement.

Les pages qui suivent présentent des illustrations de cette approche hypnotique dans des domaines assez courants (problème de tics, demande d'amaigrissement¹), ce qui permettra de pointer les éléments paraissant porteurs d'évolution et de tenter quelques commentaires sur le travail thérapeutique en jeu.

On fera ensuite un parallèle entre hypnose éricksonienne et sophrologie en examinant ce qui peut les rapprocher ou les différencier dans leurs principes généraux, leurs modes d'induction et leurs modalités d'activation thérapeutique.

1. J'adresse ici mes sincères remerciements à la direction de la revue *Phoenix, Journal Francophone d'Hypnose*, qui m'a autorisé à reprendre les articles que j'avais écrits sur ce sujet (cf. bibliographie).

À L'ÉPREUVE D'UN TIC

Amandine est une jeune femme de 33 ans qui est venue en consultation pour des problèmes de tics.

C'est à l'âge de 17 ans que ses tics sont apparus pour la première fois, alors qu'elle était en classe de terminale.

Elle ne peut s'empêcher de se triturer sans cesse les sourcils, particulièrement quand elle réfléchit, ou en cours d'activités intellectuelles.

Ce comportement paraît vraiment la gêner par son caractère obligatoire et répétitif. Amandine ne présente pas par ailleurs de problème personnel bien marqué.

Il m'a semblé que pour elle le secteur intellectuel, la réussite scolaire puis universitaire représentent un pas vers une indépendance qu'en partie elle refuse car ils impliquent un détachement d'avec les parents et un renoncement à ses investissements affectifs de l'enfance.

On peut en effet constater qu'en classe de terminale :

- ses tics apparaissent ;
- elle renonce à son nounours avec lequel elle s'endormait encore ;
- ses résultats scolaires, jusque-là brillants, deviennent médiocres.

Amandine n'avait jamais fait d'hypnose auparavant. Elle pensait que je pourrai lui suggérer que ses tics disparaissent, sans qu'elle en ait conscience, en état hypnotique.

Deux grands thèmes ont orienté les cinq séances.

D'abord, l'idée qu'il peut être satisfaisant de renoncer à certains attachements pour acquérir une autonomie plus grande, et ensuite, l'utilisation de la lévitation du bras pour un travail de recherche inconscient, puisque le tic d'Amandine fait précisément intervenir un mouvement du bras et de la main.

Première séance

On la démarre classiquement par l'évocation d'un paysage agréable et la mise en place d'un *signaling* permettant de suivre la progression de la patiente.

Puis, on continue en rappelant certains apprentissages réalisés dans l'enfance, avec difficulté au début – besoin d'aide, de tuteurs – mais ensuite solidement acquis, comme l'apprentissage du vélo par exemple...

« Le temps a passé, et vous pouvez observer maintenant un enfant en train d'apprendre à faire du vélo (*l'index signale la présence d'une telle image*)... Bien... Un enfant qui a besoin au début des petites roues auxiliaires, pour garder son équilibre... Il est très fier sur son vélo... Mais à un moment il se rend compte qu'il peut encore progresser, et que, pour être un peu plus grand, il devra ôter ces roues auxiliaires... Il va y avoir là un moment un peu difficile, que vous pouvez suivre avec l'attendrissement d'un adulte... Un moment où l'enfant connaît des difficultés ; mais il a envie de progresser : au début c'est difficile... Puis vous pouvez assister à la progression de cet enfant, comme des parents peuvent le faire, avec beaucoup de complicité... Cet enfant qui a su se débarrasser de l'aide des petites roues, pour faire maintenant du vélo, avec beaucoup plus de fierté encore... Comme un grand, sur deux roues... (*son index confirme la progression*)... Tout le monde est ravi de cette évolution... Il est lui-même content de faire les choses tout seul, de pouvoir s'évader librement avec son vélo... Pour revenir, bien entendu, quand il le désire, auprès de ses parents ou des endroits familiers... Il est tout à fait heureux de cela... C'est parce qu'il a eu envie de dépasser son état, qu'il est passé dans un état beaucoup plus serein, beaucoup plus libre... Qu'il est passé sans sourciller (!) d'une étape à l'autre pour accéder à plus d'équilibre, d'indépendance... Et vous pouvez bien le voir gambader, très heureux, où il veut... »

Au cours de cette première séance, il a donc été plus ou moins implicitement question de s'ouvrir à des apprentissages nouveaux, en utilisant, en hypnose, des ressources internes qui ont déjà fait leur preuve durant l'enfance.

Il est également sous-entendu que l'on peut gagner en autonomie sans forcément regretter les positions antérieures.

On peut constater ici le parti-pris « sécurisant » tant dans le contenu que dans le style de la relation patiente-thérapeute.

Le démarrage se fait en douceur, avec la suggestion de retrouver un paysage agréable et l'habituelle mise en place d'un *signaling* qui implique un lien interactif permanent tout en faisant de la patiente le principal acteur du changement thérapeutique.

Ce sont en effet ses « réponses » qui jalonnent et orientent le cheminement de la séance, et qui symbolisent, garantissent d'une certaine manière la *continuité* d'un accompagnement : l'état hypnotique ne se départira jamais d'une relation à deux (si, à la limite, le thérapeute n'obtient aucune réponse, le patient sera engagé dans un retour à l'état vigile).

L'assurance de ce lien à deux peut protéger d'une crainte souvent exprimée de se retrouver seul(e), abandonné(e) à soi-même, déconnecté(e) du monde extérieur sans contrôle. Sans compter qu'on est en droit de supposer qu'un thérapeute qui demande son avis au patient, et en tient compte... ne peut être tout à fait mauvais !

Ni endormissement, ni perte de conscience ne sont ici suggérés, et même à l'inverse, en cas de difficulté, la présence rassurante de cet « œil » vigilant, cette part de soi-même arrimée au conscient, peut être utilisée comme un recours.

La classique métaphore de l'apprentissage du vélo contient l'idée de *ressources internes potentiellement présentes, mobilisables pour dépasser les difficultés ; et n'est pas sans analogie avec la thérapie* (objectifs sentis comme difficiles voire impossibles à atteindre, mais désir d'y parvenir). Elle se double ici de la question de la dépendance aux parents : l'enfant pourra-t-il conserver son équilibre s'il se défait de ses tuteurs ?

Mais ce problème est aussi envisagé *sous l'angle des parents* : acceptent-ils eux-mêmes que l'enfant se détache d'eux pour grandir ?

Non seulement ces parents sont impliqués dans une attitude facilitatrice (ils voient cette évolution de l'enfant d'un œil complice et attendri), mais il est demandé à Amandine – qui est aussi une adulte ! – de se mettre elle-même en position de parent. Avec cette dissociation, elle ne subit pas totalement son problème, mais une part d'elle-même, identifiée aux parents, va l'aider.

Cette évocation court d'ailleurs peu de risques car, quel que soit le niveau plus ou moins excessif d'attachement parents-enfant, il est un fait qu'Amandine sait monter à vélo ; au moins ce progrès-là a-t-il été accepté de part et d'autre. Le thérapeute fait peut-être aussi lui-même passer son souhait de voir évoluer « sa » patiente, de ne pas se l'attacher... Lui qui représente pour elle à ce moment cette aide sans laquelle ne saurait se résoudre la difficulté.

Il me paraît intéressant d'ajouter qu'à l'époque de cette thérapie un de mes enfants apprenait justement à faire de la bicyclette (sous le regard ému de ses parents béats !). Ce qui sans aucun doute donne au langage un ton d'authenticité.

Il apparaît enfin que le filet de protection est jusqu'au bout maintenu : l'enfant qui s'évade peut « revenir bien entendu quand il le désire auprès de ses parents ou de ses endroits familiers »..

Il est certes plus facile de s'éloigner quand on sait pouvoir revenir à la demande. Propos rassurants faisant également allusion à la séance d'hypnose (Amandine peut en sortir quand elle le souhaite).

Cette ambiance sécuritaire déborde à la réflexion très largement le choix d'une stratégie délibérément prudente, mais résulte d'une appréhension intuitive, immédiate, des besoins de protection que j'ai pu ressentir chez Amandine et y répond par des évocations sans doute bien inconsciemment puisées dans mes propres « ressources » contra-phobiques.

Deuxième séance

Cette séance nous donnera l'occasion d'utiliser le geste du tic à d'autres fins : la lévitation du bras va être associée à un travail de l'inconscient qui sera censé mobiliser toutes les données utiles à la résolution du problème d'Amandine.

« Et pendant que vous êtes attentive à tout cela, vous allez oublier votre bras gauche momentanément... Pour au contraire focaliser votre attention sur le bras droit... Observer toutes ces régulations qui se font d'elles-mêmes, pendant que vous pouvez ressentir votre main droite et tout ce qui s'y passe... (*l'index bouge*)... Parfait... Laissez ces automatismes jouer pour vous avec un certain plaisir... Votre organisme capable de réaliser ce dont vous avez besoin...

(Je lève le bras gauche d'Amandine qui reste en catalepsie.)

Très bien... Alors même que votre bras droit connaît ces sensations, (*le bras gauche se met en mouvement*) nous allons voir comment votre bras gauche qui a toute son autonomie va bouger de façon à mobiliser au fur et à mesure de son mouvement toutes les données utiles pour connaître l'histoire de votre problème... Toutes les images, les données qui peuvent ou non parvenir à votre conscience... Ça n'a aucune espèce d'importance que ces données vous parviennent ou non à la conscience... Pendant que votre bras se mobilise de lui-même et que vous avez bien raison de laisser aller, votre inconscient mobilise, pour lui-même et pour vous-même, toutes les données nécessaires à l'historique, tout ce qui est lié à votre problème...

On verra bien quand votre bras stoppera sa progression ... le moment où toutes les données utiles seront présentes...

(Le bras d'Amandine se dirige clairement vers les sourcils.)

Et il semble que votre inconscient cherche quelque chose au niveau de vos yeux, de vos sourcils... Et lorsque ce quelque chose sera trouvé, sera compensé, sera solutionné, alors votre bras pourra lui-même retrouver sa position première...

(La main « mime » le tic, près des sourcils.)

Vous laissez votre main tout à fait libre de réaliser très exactement ce qu'elle souhaite...

(La main redescend vers le bas.)

Et votre inconscient a maintenant trouvé ce qu'il cherchait pour vous être utile, pour vous débarrasser d'une conduite dont vous n'avez plus besoin actuellement, mais qui était tout à fait utile lorsqu'elle s'est installée, bien entendu... *car il y a des moments où l'on a des besoins et d'autres moments par la suite où ces mêmes besoins trouvent d'autres issues, d'autres satisfactions...* Et vous pouvez continuer à vous laisser aller tranquillement, dans le confort de la détente... En repensant peut-être à ce moment où vous avez appris à conduire... Au début avec certaines difficultés, comme tout le monde... Les gestes n'étaient pas forcément bien adaptés et vous avez pu apprendre... De telle sorte que tous ces *gestes de conduite sont devenus parfaitement automatiques et adaptés à vos besoins du moment...* »

Après sa mise en catalepsie, le bras d'Amandine se met *de lui-même* en mouvement... Je pense alors à la technique de E. Rossi (associant les

mouvements de bras à un travail de l'inconscient) pour m'en inspirer, de loin : il est suggéré que les éléments utiles à la résolution du problème de la patiente sont mobilisés tant que le geste se poursuit.

On peut également y trouver la métaphore d'un « membre », relié au tout corporel, qui se meut en toute indépendance, comme un membre du corps familial pourrait le faire.

Il est particulièrement intéressant ici de voir que le bras se dirige finalement vers les sourcils, répétant, (re)donnant à voir le problème d'Amandine.

Faire des suggestions directes traditionnelles tendant à contrer le mouvement équivaldrait à dénier le problème du sujet (et ce qui s'y joue de ses désirs), et laisserait par ailleurs entendre que le thérapeute a le pouvoir de le gommer par simple injonction.

On relève au fil du discours un *propos dissonant* : « Pendant que votre bras se mobilise et que vous avez bien raison de laisser aller... » Il s'agit d'une réaction éminemment subjective, défensive, de ma part : le bras d'Amandine se dirige droit sur moi, avec la possibilité de me toucher. Quand la main d'Amandine a le bon goût d'éviter le toucher, ma réaction ne se fait pas attendre (« Et vous avez bien raison. »). Il semble qu'en un dixième de seconde se joue là quelque chose autour de la limite, de la règle structurant les rapports patiente-thérapeute... Réaction contre-transférentielle, qui n'a rien de délibéré, mais qui permet de pointer (pour mon compte) l'émergence possible de certains désirs dans l'imaginaire de la relation thérapeutique, la question de leur régulation, mais surtout là en l'occurrence l'acceptation de leur présence (*cf.* la réaction injonctive : « Sachez raison garder ! ») pour mieux accompagner Amandine sur le registre qui est le sien (phobique œdipien). L'avant-dernière phrase s'achève sur une affirmation un peu sentencieuse et « paternaliste » : « Il y a des moments où l'on a des besoins, et d'autres moments par la suite, où ces mêmes besoins trouvent d'autres satisfactions. »

Troisième séance

C'est une séance cathartique. La main d'Amandine est à nouveau attirée vers les sourcils après la catalepsie du bras. Je lui suggère alors que des images, des affects, des situations peuvent apparaître, en vue de les dépasser.

« Et en ce moment précis, certaines images, certaines situations, certains besoins peuvent émerger... Iront-ils jusqu'à votre conscience ?... Et une fois que toutes ces images, tous ces besoins, tous ces affects auront émergé, jusque ou non dans votre conscience, alors une autre conduite bien mieux adaptée pourra s'installer... »

(Le visage d'Amandine se crispe et reflète beaucoup de tristesse : elle dira après la séance qu'elle a entrevu alors son nounours qui lui disait « au revoir »).

Un peu plus loin, Amandine est invitée à se retrouver à son bureau dans une activité intellectuelle. On se souvient que ses tics se manifestent surtout à cette occasion.

« Et je vous demande de continuer à vous trouver maintenant dans un moment où vous êtes absorbée par vos études ou dans toute autre tâche équivalente, où maintenant, chose tout à fait nouvelle, il ne vous est plus besoin d'avoir recours à votre ancienne attitude... Les choses qui appartiennent au passé n'ont plus d'impact, excepté bien entendu les choses qui peuvent encore aider... »

Là encore surgit une manifestation émotionnelle importante, avec pleurs. Je l'incite alors à laisser venir et à vivre ce qui peut se présenter, tandis qu'une partie d'elle-même peut rester observatrice de tout cela : Amandine racontera avoir revécu un souvenir d'adolescence.

À 14-15 ans, sa mère l'invite à s'épiler : « Tu es maintenant une jeune fille, tu devrais t'épiler », me dit maman ; comme elle s'épile très finement, je pense que j'ai voulu lui ressembler... Donc j'ai fait comme elle ; et un jour des amis sont arrivés chez nous, avec une jeune fille de mon âge, et la mère de cette fille a été très choquée de me voir épilée... Elle a dit : « Ça vous va très bien », d'un air de dire : « Ça ne se fait pas à votre âge ». »

Existe-t-il une thérapie sans catharsis, sans (dé)charge émotionnelle ?

Affects, souvenirs (plus ou moins reconstruits), verbalisation, sont autant d'éléments constitutifs de toute thérapie. Je n'ai quant à moi jamais vu de thérapie « agréablement vécue » de bout en bout, avec des sentiments « positifs » en tous points, dans une relation d'alliance tranquille. Car il s'agit bien d'un *travail* sur soi.

Le problème ici est de savoir si les affects surgissent parce que je les attends ou s'ils devaient immanquablement apparaître.

Les habitudes culturelles, les désirs (plus ou moins limpides) du thérapeute orientent très évidemment le profil des séances. Mais il n'en reste pas moins que le patient répond ou non au thérapeute selon sa propre structure, apporte ses propres contenus... Et la façon dont il est ou non « suggestible », apte à aller dans le sens, ou à contre-sens, du désir du thérapeute, est aussi susceptible d'être travaillée.

La patiente ne répond pas par exemple à la suggestion (sans doute prématurée) de se voir sans tic... Autre chose l'accapare : ce souvenir ou elle joue à la « petite femme » épilée, maquillée... Sans en avoir les moyens. Il est sans doute question, en vrac : de sa relation à sa mère (ambivalente), de son accession à l'autonomie (ambivalente également), à la sexualité féminine (enviée, redoutée)... Il est vrai que posséder les armes, les attributs de la séduction, rencontre, chez la fille, la mère a son passage... Et bien des renoncements sont nécessaires (l'adieu du nounours est déchirant)... Peut-on en même temps garder la maman de l'enfance et affronter la mère, femme rivale, sans que cela ne génère trop de difficulté ?

Sans parler de la relation au père, jamais évoquée, toujours implicite, et probablement constituant essentiel de la relation au thérapeute... Quoiqu'il en soit de la justesse de ces quelques interrogations – car il est bien difficile d'oublier la question du sens – après cette séance, les tics disparaissent.

Le travail hypnotique semble permettre souvent une notable *économie de moyens*.

La démarche d'ouverture psychologique, au-delà du conscient, dans un état de lâcher-prise, en relation à un thérapeute destiné à l'entendre, mobilise chez le patient toute une constellation d'affects, de « souvenirs » liés à ces affects, qui gravitent autour d'un symptôme donné.

Quelque chose se dit, se (re)joue, et à quoi une occasion est donnée de s'aménager différemment.

Parvenus à ce point de notre travail, les tics ont cessé.

Deux autres séances nous ont cependant paru utiles pour confirmer ce résultat.

Nous n'avons plus dès lors utilisé la stratégie de lévitation du bras puisque les problèmes étaient censés résolus.

Quatrième séance

Cette séance s'appuie sur des métaphores de réussite. Comme la satisfaction d'enfants parvenant à sortir de ces labyrinthes de glace que l'on trouve parfois dans les foires ; après que ces enfants aient buté, tourné en rond, cherché parfois longtemps le chemin qui les conduit à l'objectif.

Métaphore aussi dans la découverte d'un pays inconnu visité pour la première fois. Elle y découvre avec intérêt des modes de vie dont elle n'avait pas idée, des conduites différentes, originales, des comportements nouveaux qui ouvrent ses horizons.

Certaines suggestions plus directes seront également formulées au cours de cette séance : « Et si à certains moments, une de vos mains était encore tentée d'aller trouver vos sourcils, alors votre inconscient saura bien trouver une issue, une compensation ; par exemple, un regain de concentration sur votre travail, ou toute autre attitude profitable. »

Cinquième séance

On va maintenant découvrir ensemble la dernière séance qui constitue un résumé métaphorique de l'ensemble du travail accompli.

Les tics impulsifs seront assimilés à un torrent, d'abord incontrôlable, tumultueux, puis beaucoup mieux canalisé dans la vallée et dévié à des fins utiles par les paysans, pour finalement se jeter, se dissiper dans la mer où l'on ne verra plus sa trace.

Il sera alors possible à Amandine de découvrir tout un tas de choses nouvelles dans ce même paysage de montagne.

Des choses qui étaient bien présentes, mais qu'elle ne soupçonnait même pas, tant son attention était fixée, captée par ce torrent fascinant. Vous découvrirez sans nul doute vous-même d'autres métaphores, d'autres sources de changement que je

n'ai pas perçues, étant moi-même accroché à ces fils conducteurs que je suppose être à l'origine de l'évolution d'Amandine.

« Je vous demande de vous laisser aller dans cet état qui devient si familier pour vous... Dans cette pièce, bien installée confortablement sur cette chaise, il vous est tout à fait possible de laisser s'ouvrir un champ de travail intérieur... En observant les sensations que vous pouvez connaître actuellement... Laisant venir toutes les choses qui peuvent se présenter, sur un plan aussi bien corporel que mental... Dans une perspective d'ouverture... Et il est intéressant d'attendre... en toute tranquillité, en toute sécurité... le moment opportun... (*son index bouge*)... Très bien... Votre index ayant indiqué que vous commencez à entrer dans cet état, nous pouvons... le laisser s'approfondir encore davantage... en allant voyager mentalement vers une zone de montagne cette fois... (*l'index bouge*)... Très bien... votre index accompagne, comme il le fait souvent, les images qui peuvent arriver... continuant à indiquer votre progression... Image de montagne... soit en été, soit au printemps, peut-être, même en hiver ou en automne... Il est bon d'accepter l'image selon la saison... telle qu'elle se présente... et de profiter au maximum de sa vue... de tout ce que vous pouvez mentalement et physiquement en retirer... dans le bien-être de cette détente... Et je me demande maintenant si vous pouvez voir dans ce paysage de montagne un torrent... Un torrent chargé... d'eau... bouillonnant... beaucoup de force, beaucoup de puissance... (*l'index signale l'image*)... Très bien... Dans cette eau qui coule... peut-être bruyamment, mal canalisée... peut-être pouvez-vous percevoir des branchages qui sont emportés par le courant... Courant auquel il est impossible de résister... Et vous regardez cela depuis un endroit tranquille, paisible... Et vous percevez peut-être encore ces branchages qui s'en vont au loin... (*l'index bouge*)... Très bien... se heurtant ça et là à des rochers, de temps en temps... Et tout en restant dans cette montagne... dans l'harmonie de la nature, vous savez parfaitement qu'il est possible... d'être là, et en même temps de se projeter dans un autre endroit... loin dans la vallée... Un endroit ou ce même torrent tumultueux s'est bien assagi... (*le doigt signale*)... Très bien, vous êtes avec cette image d'une eau calme qui s'écoule... régulièrement... et qui s'en va inmanquablement vers la mer... Peut-être ça et là, des champs, des régions, sont irrigués par cette eau utilisée par les paysans pour faire fructifier leurs terrains... On est bien loin là de cette eau tumultueuse incontrôlable, incontrôlée... qui est maintenant canalisée, et qui suit son cours... comme il est naturel... vers la mer... Et, tout en rêvassant sur votre montagne, rêvassant à cette eau qui s'écoule calmement dans la plaine, vous pouvez également vous projeter encore plus loin... lorsque ce qui est devenu maintenant un fleuve se jette tranquillement dans la mer... se dissipe... se mélange à l'eau de mer... Peut-être maintenant pouvez-vous vous retrouver totalement à nouveau dans ce paysage de montagne... laissant le torrent (*le doigt signale*)... Très bien... Pour découvrir tout ce qu'il peut y avoir tout autour... avec curiosité... Tout ce que vous pouvez trouver d'intéressant, en dehors de ce torrent dont vous connaissez le parcours maintenant... *Découverte* d'une certaine végétation, certaines fleurs peut-être... certains arbres... *Découvrir* des petits animaux... Percevez-vous actuellement ces animaux dans cette montagne ? (*le doigt répond*)... Très bien... Vous pouvez les suivre avec amusement, vivre leur vie, indépendante... soit en famille... soit plus solitaires... Chacun étant à ses activités propres, à ses occupations que vous voyez, avec plaisir, avec satisfaction. »

(On fait ici une métaphore dans la métaphore : indépendance satisfaisante des petits vis-à-vis des parents, notamment.)

« ... Vous même en harmonie complète avec cette nature qui vit sa vie... (...) ... Je vous laisse faire ces découvertes par vous-même... Pour vous-même... Pendant le temps nécessaire pour que votre inconscient se ressource, découvre lui-même toutes les choses utiles pour vous... Il suffit simplement de laisser-faire, dans la tranquillité de cette situation... Et lorsque votre inconscient aura renforcé, stabilisé, confirmé... définitivement... les nouveautés acquises au cours de nos séances... Mais il a tout son temps bien entendu, comme toujours... Alors, il saura bien le signaler à sa façon... (*après un moment assez long, le doigt répond*)... Bien... On va donc maintenant profiter de cette nouvelle situation, et vous pouvez en profiter avec autant de bonheur que lorsque vous avez par exemple passé avec succès un examen, que vous avez donc définitivement acquis... réussi... pour passer... à autre chose... à d'autres choses encore plus intéressantes, encore plus gratifiantes... Et vous pouvez maintenant vivre encore dans cet état aussi paisible que la réussite d'une épreuve... qu'il était bon de passer... peut-être êtes-vous encore dans la montagne... (*pas de réponse*)... Ou bien sur cette chaise, plus précisément décontracté (*le doigt se lève*)... Très bien... Profitant au maximum de tous les effets de notre travail... de votre travail... conscient et inconscient... qui continue à se développer pour d'autres objectifs encore... dont on n'avait peut-être pas idée... Tout ce travail intérieur, comme un apprentissage, une découverte... pour d'autres objectifs encore... (...) ... Et vous serez capable maintenant de vous mettre vous-même dans une telle situation de travail, d'ouverture, de progression (*son index bouge*)... Très bien... Capable de laisser votre inconscient trouver avec vous, pour vous, des ressources, des solutions... Il suffirait simplement de vous installer bien confortablement... et de laisser venir... Aussi maintenant, vous pouvez progressivement vous remettre dans le contexte de notre situation, de notre environnement... Vous retrouver petit à petit, à votre rythme, dans cette pièce, en reprenant les commandes de votre corps... Retrouver progressivement et en pleine forme tout ce qui vous entoure... »

Ces dernières séances étaient-elles souhaitables puisque les tics avaient cessé ? Elles l'étaient en tout cas pour calmer mon propre scepticisme et pour souligner le souci d'accompagner une personne et non un tic.

Était-il utile d'user de suggestions directes « au cas où » la tentation du tic se serait représentée ? N'était-ce pas faire passer mes craintes d'un travail insuffisant ?

Difficile de répondre avec certitude...

Les métaphores finales visent à renforcer la satisfaction obtenue par l'abandon de l'ancienne attitude – non sans quelque allusion à la fin de la thérapie –, avec des *gains supplémentaires* : « ... profitant au maximum de tous les effets de notre travail... de votre travail, conscient et inconscient, qui continue à se développer pour d'autres objectifs encore, etc. »

La capacité de se mettre soi-même en état d'hypnose peut aussi être mis au crédit de ce travail thérapeutique.

Pour qu'une hypnothérapie fonctionne, il y faut de la *technique* : je suis bien placé pour savoir qu'on n'est jamais assez familiarisé avec les subtilités des diverses formes d'inductions (implications, liens et doubles liens, paradoxes, confusions...) destinées à « dépotentialiser » le conscient.

Savoir ouvrir les suggestions, jongler avec les modalités de communication, parler pour ne rien dire parfois, se taire pour évoquer aussi... Tout cela, certes, s'apprend et se cultive.

Mais, réduire le travail (l'implication) du thérapeute à un maniement – aussi sophistiqué soit-il – de techniques de communication apparaît un leurre.

Car, d'où viennent l'inspiration, les intuitions, qui donnent aux évocations, aux métaphores, leurs tonalités et contenus plus ou moins judicieux, plus ou moins... thérapeutiques ?

On peut aussi bien reprendre à notre compte le vieil adage de Sacha Nacht pour lequel :

« Ce qui importe surtout dans une analyse ce n'est pas tant ce que l'analyste dit ou fait que ce qu'il est. Ce qu'il dit ou fait, l'analyste le tient en principe de l'enseignement qu'il a reçu. Mais l'usage même qu'il fait de cet enseignement dépend en grande partie de sa personnalité¹. »

L'observation la plus commune montre que, si l'on est à peu près efficaces auprès de telle ou telle catégorie de patients on reste inopérants ailleurs. Dis-moi qui tu guéris, je te dirai qui tu es ! Sans un minimum d'empathie, d'identification à la problématique du patient – un brin gérée tout de même –, sans cette fameuse « résonance d'inconscient à inconscient » chère aux psychanalystes, pas de souffle à la dynamique thérapeutique. Les évocations métaphoriques puisent leur inspiration dans ces mouvements de projections, d'identifications, au moins partielles, du thérapeute à son patient, des relations transférentielles et contre-transférentielles. Si ces processus n'ont en principe pas ici lieu d'être analysés, ils n'en sont pas moins utilisés et opérants – qu'on en soit convaincu ou non – et jouent un rôle prépondérant à la source du changement (*cf.* par exemple, le « choix » d'emblée d'une relation très sécurisante convenant sans doute à la personnalité d'Amandine, ou encore les commentaires des 2^e et 3^e séances).

On se souvient que S. Freud a rapproché l'hypnose de « l'abandon » amoureux. Le thérapeute, en hypnose traditionnelle, serait placé par son patient en position d'incarner son idéal du moi. Dans « Psychologie

1. Natch S., « La Thérapeutique psychanalytique », in *La Psychanalyse d'aujourd'hui*, p. 135.

collective et analyse du Moi », il décrit l'idéal du moi comme une formation personnelle, autonome du moi, rendant compte de la fascination amoureuse, mais aussi de la dépendance à l'hypnotiseur, ou de la soumission à un leader. Autant de situations où une personne (aimée ou redoutée) représente l'idéal du moi du sujet. Et l'on comprendrait ainsi l'efficacité de certaines suggestions autoritaires (ou de certains renoncements « par amour »).

Les guérisons « miraculeuses » ne formeraient-elles pas un modèle caricatural de ce fonctionnement (Dieu comme maître idéal absolu) ?

Et ne touche-t-on pas là à une différence fondamentale nous séparant de l'hypnose traditionnelle ?

Le travail éricksonien commence quand le thérapeute refuse de s'identifier à toute instance idéale

J'aurais en outre tendance à croire que les phénomènes hypnotiques ne présentent pas une spécificité *de nature*, si on les rapporte aux relations courantes *affectivement marquantes* : on y rencontre de semblables mécanismes de fusion (amoureuse ou haineuse), d'identifications, de projections, transformatrices des comportements, et également des suggestions opérantes, des transferts multiples, et autres conditionnements.

Mais il semble que le cadre, les conditions propres au travail hypnotique, condensent et exacerbent les possibilités de changement :

- par un désir d'accompagnement du thérapeute corollaire de la demande d'aide du patient (comme en toute thérapie) ;
- par le souci permanent, spécifique à l'hypnose de « dépotentialiser le conscient » ;
- par les effets particulièrement activateurs de cette dépotentialisation qui mobilise et permet de réaménager les points sensibles et les charges émotionnelles contenues dans cette « relation à l'autre » porteuse de tous les problèmes et de toute évolution.

LA FAIM ET QUELQUES MOYENS

LE foisonnement des méthodes d'amaigrissement associant avec plus ou moins de bonheur régimes diététiques, exercices physiques et soutien psychologique, donne une mesure de la difficulté à trouver une solution thérapeutique satisfaisante à la prise de poids.

Les patients qui viennent consulter pour ce problème ont en général « essayé » beaucoup de traitements, à effets immédiats prometteurs le plus souvent, pour « rechuter » après quelques semaines d'enthousiasme. D'espérances en désillusions, leur quête du remède miraculeux les pousse parfois à promener leurs guêtres jusqu'au cabinet de l'hypnothérapeute : « J'ai lu dans une revue que... », « Une amie m'a dit que l'hypnose est une bonne méthode pour maigrir. »

La représentation commune qu'on se fait de l'hypnose – suggestions de guérison ou ordres bien sentis à l'adresse du patient endormi qui n'a aucun effort personnel à fournir – se marie bien avec la propension du boulimique à vouloir à la fois le beurre et l'argent du beurre.

Maigrir sans effort, en quelques séances d'hypnose, voilà une excellente aubaine (et économique par-dessus le marché).

Certains cependant manifestent plus expressément un besoin de compréhension psychologique et sont prêts à s'impliquer dans un travail personnel mobilisateur.

Les réactions sont légion entre celle du praticien ascétique qui jette son ordonnance à un patient dont il ne comprend décidément pas le manque de volonté (« Revenez me voir dans un mois, j'espère que vous aurez perdu au moins cinq kilos. ») et celle du médecin pléthorique, grassouillet à souhait et satisfait de sa condition, qui sécurise à outrance (« Il vaut mieux être gros et faire envie que maigrir et pitoyable ! »).

Mais de quelles réponses singulières l'hypnothérapeute éricksonien peut-il prétendre disposer ?

Aucune recette ne marche à coup sûr pour le (la) candidat(e) à l'amaigrissement, mais on élaborera peu à peu un travail à la carte, avec quelques ingrédients substantiels à se mettre au départ sous la dent.

LA PERSONNALITÉ À TENDANCE BOULIMIQUE

Une demande d'aide psychologique est fréquente chez des personnes qui désirent maigrir, tout en ne présentant pas l'extrême carence abandonnique de certains boulimiques (états-limites) qui relèvent sans doute davantage d'une psychothérapie de groupe¹.

Ce chapitre concerne essentiellement ces patients que l'on qualifie parfois de sujets « dépendants », ayant des tendances à la boulimie.

- *On mange trop* dans certaines conditions :
 - Quand on est anxieux, en état de stress ;
 - Quand on s'ennuie, pour combler la solitude ;
 - Lorsqu'on a du mal à s'affirmer, à dire non, des colères non exprimées, la peur d'être rejeté ;
 - Par besoin d'amour ;
 - Lorsqu'un vide intérieur est ressenti, les aliments ont alors pour fonction de combler ce vide.

L'angoisse de perte, de séparation est souvent au centre des difficultés. La nourriture (métaphore de l'objet perdu) est destinée à compenser le vide dépressif. Nous trouvons ici un problème vécu à l'extrême par les états-limites, mettant chez eux radicalement en question leur investissement narcissique et le sentiment de leur identité ;

 - Pour le plaisir : on n'ignore pas la volupté de sucer, incorporer ce qui est bon, mais aussi de mordre « se venger sur la nourriture », engloutir, dévorer...
 - *La relation à la mère* se trouve en premier lieu concernée. La mère nourricière peut être perçue comme insuffisamment bonne (manger pour garder le lien avec une mère idéale) à moins que cette relation ne soit trop étroite et difficile à rompre. En se nourrissant, le boulimique conserve avec lui la « bonne mère », il devient d'ailleurs souvent lui-même une « mère » pour les autres.
- Bien manger c'est parfois continuer à satisfaire sa mère. Il y a confusion entre besoin de nourriture et affects lorsque la réponse alimentaire tient

1. Cf. par exemple Hervais C., *Les Toxicos de la Bouffe*, 1990.

lieu de réponse affective (l'enfant a faim de nourriture, mais aussi de tendresse).

- *On est gros pour* :
 - se punir, ou punir quelqu'un d'autre ;
 - se sentir fort (« bien en chair, bien en vie »), être malingre c'est être faible, aller vers la mort ;
 - se protéger des autres (rempart protecteur de graisse) ;
 - attirer la sympathie (« bon gros ») ;
 - éviter les désirs sexuels (peur des avances, peur d'y succomber).
- *En résumé*, le travail psychothérapique avec un patient à tendance boulimique portera sur les angoisses, les insatisfactions, le mal-être compensés par la prise de nourriture, en sachant que la relation à la mère est souvent problématique, mais en portant aussi notre attention sur les craintes du sujet dans sa relation actuelle à autrui.

Toutes ces caractéristiques qui se traduisent par des conduites alimentaires mettant en souffrance le corps réel ainsi que l'image de soi du patient permettent de penser que le suivi hypnotérique, dont on sait qu'il se situe au cœur des interactions psychique-somatique, est particulièrement approprié.

ÉLÉMENTS DE PRATIQUE

Les caractéristiques psychologiques esquissées ci-dessus peuvent fonder des stratégies thérapeutiques toujours susceptibles d'être ensuite reconsidérées, réorientées, ou abandonnées, en fonction de l'écho obtenu ou non chez le patient.

Avoir quelques réserves tactiques en magasin est toujours intéressant, sécurisant pour le thérapeute qui les proposera avec plus ou moins de générosité ou de parcimonie à l'appétit du patient, selon qu'elles lui seront profitables ou pas.

Le principe de l'« auberge espagnole » n'est en effet pas très prisé par les sujets boulimiques qui aiment bien qu'on « leur en donne »... On fournira donc du blé à moudre à leur inconscient qui s'en saisira ou non.

Plus la carte sera variée, meilleures seront les chances d'obtenir quelque résonance singulière apte à amorcer un travail personnel qui n'a plus ensuite à être orienté.

- *En état hypnotique*, il peut être intéressant pour le patient de *se retrouver à un moment où il est tenté de trop manger* (on part ainsi de la préoccupation actuelle du sujet, qu'il sait très facilement évoquer).

On posera alors une série de questions à l'inconscient du sujet (qui répondra au doigt ou à l'œil comme ça lui chante).

« Retrouvez-vous maintenant à un moment où vous avez été tenté de trop manger récemment... Notez l'heure de la journée... Revivez cet instant où vous avez eu envie de prendre de la nourriture... Que ressentez-vous ?... Qu'est-ce qui vous incite à manger ?... Éprouvez-vous du plaisir à le faire ?... Êtes-vous inquiet à cause de quelque chose ou de quelqu'un ?... Certains se sentent alors parfois tristes, d'autres non... Est-ce votre cas ?... Vous sentez-vous seul ? Êtes-vous anxieux ?... Éprouvez-vous de l'ennui ? Ou tout autre sentiment ?... Est-ce que cela a lieu dans un contexte de stress ? Si c'est le cas, qu'est-ce qui vous a stressé ?... Votre envie de manger vient-elle en réaction à une difficulté que vous avez eue avec quelqu'un ? Une dispute ? Un désaccord ? Une contrariété ?... »

Est-ce que le fait de trop manger concerne aussi une autre personne de votre entourage ? Comment vit-elle votre problème de poids ?... Est-ce pour vous une façon de la punir ?... Ou vous apprécie-t-elle ainsi ?... Manger en quantité vous a-t-il apporté la sympathie ou l'affection de quelqu'un à un moment ou un autre de votre existence ?... Est-ce que manger vous aide à quelque chose ? En tirez-vous certain profit d'une manière ou d'une autre ?... Maintenant ou à une autre période de votre vie ?... etc. »

Il serait bien étonnant qu'après un tel balayage de questions nous n'obtenions pas quelques réponses débroussaillant les motivations du « trop manger ». On peut se contenter d'une telle recherche « diagnostique » et réserver aux séances ultérieures la partie proprement thérapeutique, ou engager d'emblée si on le juge utile une recherche inconsciente de solutions.

« Y aurait-il une autre attitude tout aussi satisfaisante... Ou même encore plus satisfaisante que le fait de manger en excès ? Qui apporterait au moins autant de plaisir, de sensations de bien-être ?... Des ressources que vous avez déjà utilisées dans d'autres situations plus ou moins comparables... ou des ressources nouvelles... À moins qu'il ne vous suffise de laisser venir une image de détente... ou une sensation de relâchement, comme actuellement... pour laisser passer un peu d'envie... peut-être encore pas trop pour le moment... ou beaucoup... comme un nuage ne faisant que passer sur un fond de ciel tout bleu... »

Cette formulation d'Erickson lui-même peut nous inspirer :

« Et quel moyen sera à l'origine de la diminution de poids ?... Oublierez-vous tout simplement de manger, et perdrez-vous patience devant les repas plantureux parce qu'ils vous empêchent de faire des choses plus intéressantes ? Certains aliments trop nourrissants ne vous plairont-ils plus pour une raison ou pour une autre ? Découvrirez-vous le plaisir de nouveaux aliments et de nouvelles façons de les préparer ou de les consommer, de sorte que vous serez surpris d'avoir perdu du poids sans manquer de rien ? »

- *Le recours à un guide intérieur*, dans une sorte de rêve éveillé, est des plus intéressants. L'« inconscient » aidant et positif peut bien prendre la forme archétypale d'un vieux sage connaissant tout du sujet et prodiguant ses conseils avisés.

Depuis le sommet d'une montagne (en supposant que le patient aime la montagne !) on invite le sujet à suivre un cours d'eau jusqu'en bas de la vallée. Là, il va s'étendre un moment (à moins qu'il ne préfère s'asseoir ou marcher !) et vivre en harmonie avec la nature... S'il observe bien tout autour de lui il peut apercevoir une grotte (si, si ! Elle y est, je l'ai vue !) qui débute par un couloir dont les parois sont recouvertes de représentations (scènes, objets, symboles) en rapport avec la nourriture, peut-être même des événements traumatisants subis et autres données liées plus ou moins directement à la surcharge pondérale... Mais qu'on n'est pas non plus obligé d'y trouver... L'« inconscient » sait bien ce qu'il est ou non utile d'amener à la conscience du sujet.

Ces éléments peuvent parfois donner lieu à des manifestations émotionnelles importantes à accompagner. Une partie du patient peut vivre tout cela pendant que l'autre partie plus tranquille garde un œil distancié. On peut toujours suggérer que les événements traumatisants avaient leur importance voire leur utilité autrefois... Mais « pouvait-on avoir un autre regard sur la question, d'autres réactions ? »

Des ressources inutilisées alors pourraient sans doute être proposées maintenant qu'il est adulte, par sa partie consciente ou par son inconscient... Quelles ressources ?...

Entré dans la grotte (à moins qu'il ne soit claustrophobe !) et s'avançant jusqu'au bout du couloir, le patient se dirige vers une très belle et vaste salle, sorte de caverne un peu ensoleillée, dans laquelle un vieux sage l'attend et l'accueille.

Une communication, un dialogue intense s'établit avec le sage qui peut éclairer les comportements alimentaires, indiquer des points-clés, suggérer des moyens de satisfaction substitutifs, des conduites à tenir... Ou simplement « être avec » le patient dans une relation chaude et bienveillante.

Il reste ensuite à revenir dans la galerie, plus indifférent aux représentations perçues à l'aller, armé de ressources nouvelles... d'une expérience nouvelle tout au moins.

Retour vers le sommet de la montagne et reprise.

- *Dans une variante pour l'enfant* : le dialogue se fait cette fois avec un animal-confident qui connaît bien le sujet, ses difficultés, ses ressources.
- *Il est toujours intéressant pour le patient d'anticiper la réussite*, de se voir mentalement, dans un avenir plus ou moins proche, évoluer dans des situations avec des attitudes montrant que ses problèmes sont résolus. Tous ne *parviennent* pas à se projeter ainsi aussi facilement, mais il est souvent possible de s'imaginer ayant au moins gagné « un peu de terrain », et progresser ainsi pas à pas.

Ce procédé correspond en sophrologie à la « Sophro-Acceptation Progressive ». Quelques exemples (une fois obtenu l'état hypnotique) :

- Si on mange trop quand on est stressé, se voir utiliser des images de détente et faire des exercices de relaxation ;
- Si l'on s'entoure d'un rempart de graisse pour se protéger de l'extérieur, se voir moins gros en public tout aussi à l'aise ;
- Se promener dans un endroit où se trouve une table avec des aliments qui d'habitude « nous font craquer » et s'y promener avec plus d'indifférence ;
- S'imaginer progressivement plus à l'aise dans des relations « sexualisées » ;
- Se voir à table plus intéressé par les échanges verbaux que par la nourriture.

Ces pratiques ne prétendent nullement régler à elles seules les problèmes mais peuvent être utilement associées à une stratégie d'ensemble élaborée et constamment réajustée selon les besoins du patient et de sa progression.

On peut souvent s'aventurer « en imagination » avec moins de risques, sécurisé par la détente du lâcher-prise, et s'approprier dans des contextes que l'on n'ose encore affronter réellement.

- *Apprendre à mieux s'affirmer, à dire « non »* : Le patient va ici retrouver des scènes récentes (on travaille dans l'actuel) où il n'a su dire non. Le fonctionnement hypnotique favorisera la découverte de ressources aidantes (« Aurais-je pu me comporter différemment ? Qu'est-ce qui m'aurait aidé à le faire ? »). Compte tenu de ces ressources, ou simplement parce qu'en hypnose le sujet a la possibilité de laisser mieux s'exprimer la « partie de lui-même » qui souhaite le faire (et qui ne se le permettait pas trop jusque-là), il va corriger mentalement ses attitudes, s'imaginer dans ces mêmes situations avec la capacité de dire « non ».

On proposera également de « faire un pont » dans l'avenir en demandant au patient de se voir ensuite dans une scène analogue future, capable de mieux s'imposer.

Ce procédé peut d'ailleurs trouver de très larges applications.

Il ne s'agit pas de suggérer de l'extérieur la conduite à tenir, mais de mettre à profit l'état hypnotique pour laisser venir des ressources nouvelles (si elles veulent bien apparaître) et de les mettre mentalement en application.

- *Visualiser, dès les débuts de changement, les multiples ouvertures réalisées*. Par exemple, si l'on a décidé de danser pour maigrir et être plus à l'aise dans son corps, le résultat peut être beaucoup plus large (se faire ainsi des amis, moins craindre la sexualité, intérêt accru pour la musique, etc.)
- *Soi-Idéal de soi* : Le patient désireux de maigrir est par définition insatisfait de son corps. Il a en outre de lui-même une image souvent globalement dépréciée, particulièrement éloignée de l'idéal qu'il poursuit. L'écart entre soi et idéal de soi est excessivement conflictuel chez ces sujets aussi fascinés par les idéaux qu'ils désirent atteindre que par la distance qui les en sépare.

Un travail symbolique sur l'image de soi, proposé par Nadine Brasseur¹, met en scène ce conflit dans un exercice qui, selon elle, « permet à la fois l'acceptation d'une nouvelle image du corps en train de se constituer et la séparation d'avec l'ancienne qui n'est pas rejetée mais est remodelée sans qu'il y ait sentiment de perte ».

L'état de lâcher-prise obtenu, laisser venir un objet qui nous représente tel que l'on est actuellement... Le placer devant l'œil gauche, puis laisser venir un objet nous représentant tel qu'on veut devenir... Le placer devant l'œil droit, donner une couleur à l'objet de gauche, à l'objet de droite, laisser bouger l'objet de gauche, l'objet de droite, écouter quel(s) son(s) peuvent être émis par l'objet de gauche, par l'objet de droite, quelle est la texture de l'objet de gauche, de l'objet de droite, l'odeur de l'objet de gauche, de l'objet de droite, (on a jusqu'à présent pris connaissance de ces objets avec les différents sens).

L'objet de gauche devient plus petit, l'objet de droite ne change pas, l'objet de gauche s'éloigne, celui de droite se rapproche, changer quelque chose à gauche, l'objet de droite reste pareil, envoyer de l'affection à l'objet de gauche, de la joie à l'objet de droite, placer l'objet de gauche dans l'ombre, celui de droite dans la lumière, prendre une qualité de l'objet de gauche, la donner à l'objet de droite, prendre une qualité de l'objet de droite, la donner à celui de gauche, faire descendre l'objet de gauche dans la main gauche, l'objet de droite dans la main droite, réunir les deux mains, avec à l'intérieur les deux objets qui nous représentent (les rapprocher s'ils sont trop volumineux pour être contenus dans les mains.)

Puis on laisse toutes ces images pour revenir progressivement dans la réalité extérieure.

On aura pris soin de mettre en place au préalable un *signaling* pour suivre les différentes étapes de cette progression.

Une de mes patientes a, au cours de cet exercice, visualisé une « patate » pour la représenter dans l'actuel, tandis qu'un « vase » s'est imposé à elle comme symbole de ce qu'elle souhaitait devenir. Partant de ces représentations, je lui ai mijoté par la suite un conte reprenant de nombreux thèmes personnels qu'elle avait évoqués ou qui étaient implicites dans les séances précédentes, conte qui me paraît finalement apte à résumer bien des points de cet article.

1. Brasseur N., « Sophrologie et maîtrise du poids », *Sophrologie & Connaissance*, 2, 1993, pp. 35-36.

« Le vase et la patate »

Un jour, ou plutôt un soir de vague-à-l'âme, une patate rondouillarde négligemment posée au milieu de quelques autres sur la table de la cuisine, se plaignait de son sort, s'en prenant à un vase superbe qui traînait sur le buffet du salon.

« Que suis-je née patate maugréa-t-elle ! Laide et difforme... Juste bonne à être pelée... On m'écrase sans que je puisse même réagir... Je nourris les autres, qui s'empiffrent de moi !

Toi, le vase, tu brilles, on te caresse, te couve du regard, on t'admire... On prend grand soin de toi et on est fier de t'avoir à la maison...

– Tout cela est vrai, dit le vase... Mais je dois rester toujours beau, toujours astiqué, bien en vue... Trop en vue ! Un peu creux tout de même... Et tout en apparence !

– Mais personne n'a jamais dit « beau comme une patate », coupa le légume rageur... On traite même les gens de « patate », et pas pour les flatter ! Mais pour les rabaisser, les dévaloriser un peu plus...

– Là, tu as bien raison de te mettre en colère, je le serais à ta place si on me traitait de la sorte. »

La pomme de terre se sentit un brin comprise et connut un instant de calme... De courte durée.

« – Et tous ces gens qui se régalaient de moi, m'accommodent à leur guise, se goinfrent, me bouffent, me dévorent, sans généralement m'accorder la moindre attention. Bouffer, se remplir la panse ! C'est tout ce qui compte pour eux. Comme s'il n'y avait pas d'autres plaisirs !

– Tu as bien raison !

– Je ne peux lutter contre cette envie de manger, dévorante...

– Il est vraiment dommage que certains ne pensent qu'à se gaver, soutint le vase... Il y a pourtant d'innombrables sources de plaisirs...

– J'aime beaucoup contempler les mille et une couleurs de la salle-à-manger, les changements de tons toujours surprenants, selon qu'on est à l'aube, en plein midi ou au crépuscule... Je guette les variations de temps à l'extérieur de la maison, la force des rayons de soleil qui parviennent peu ou prou à percer les rideaux du salon... Qu'il est bon de se laisser dorer, lécher par les raies de lumière qui parviennent jusqu'à nous ! J'en arrive par moments à oublier complètement ma pitoyable condition et me surprends à rêver... À d'autres cieus, sortir, s'ouvrir, découvrir de nouvelles régions, et rouler ma bosse vers des contrées différentes...

– Comme tu parles bien quand tu te laisses porter par ta flamme et ton imagination, s'extasia le vase.

– Quand je me dore au soleil, ce n'est pas en imagination ! C'est un vrai plaisir, ça fait du bien à la peau, comme une douce caresse qui finit par rentrer en toi pour te réchauffer au plus profond des tripes... Tu dois bien connaître ça de temps en temps toi aussi non ?

– Oh, moi, tu sais ! fit le vase, je suis tellement beau que personne n'ose m'approcher franchement... On me prend avec trente-six précautions ! Au moins on n'a pas peur de toi... Tu n'inspires ni crainte ni jalousie... Et puis tu as dû vivre d'extraordinaires moments, quand tu as poussé dans la chaleur de la terre, arrosée avec amour par le jardinier qui n'a pas ménagé sa peine si l'on en croit tes belles rondeurs...

– Pour finir en purée ! N'exagère pas... dit la patate à nouveau excédée.

– On finit tous un jour ou l'autre, remarqua le vase, en purée ou en mille morceaux... Mais on ferait mieux de profiter de tous les instants qui nous sont donnés, au lieu de passer notre temps à craindre que ça s'arrête !...

– C'est quand même plus facile quand on est un vase...

– Pas tant que tu le crois... Je n'ai jamais vécu que dedans moi !... Les lumières artificielles, les odeurs de tabac, de renfermé... Je ne connais pas l'ivresse du vent, l'énergie du soleil, les grands espaces, la nature, si belle, dit-on... Je me sens quand même un peu creux au fond de moi... Tout en apparence ! Une beauté fragile...

– Arrête, beau vase, tu vas finir par me faire pleurer... Ainsi selon toi, je pourrais avoir plus de chance que toi !... Remarque... Mais tu dois bien connaître des instants de bonheur toi aussi ?

– Ce qui me plaît par dessus tout, c'est la tranquillité du soir, la tombée du jour, lorsque Emma, la maîtresse de maison, s'installe confortablement sur le canapé du salon, pour rêvasser ou écouter de la musique... Instants inoubliables, hors du temps qui passe... Je me laisse pénétrer par l'harmonie des sons, porté par cette atmosphère si paisible, je ne suis plus qu'objet... d'amour, susurra le vase un peu gêné.

Quelle tendresse dans ses mains quand elle me prend pour me contempler ! Il lui est même arrivé une fois de poser ses lèvres sur moi, de me caresser, avant de me remplir d'eau fraîche et de disposer en moi deux ou trois tiges de roses écarlates... J'en suis encore tout remué rien qu'en te le racontant...

– J'aimerais bien connaître des moments semblables, reconnut la pomme de terre... Ça m'est déjà arrivé autrefois... »

Mais elle dut faire silence. Emma rentrait du travail en compagnie d'un de ses enfants. « Je crois bien en avoir vu une ronde à souhait, et très jolie, qui fera ton affaire, lança-t-elle au petit... »

Et, s'approchant de la patate : « – Tiens, dit-elle, la voici justement... Je te l'avais mise de côté.

– Super ! Fit le gamin, ce qui pour lui voulait tout dire... »

Dans les semaines qui suivirent, notre pomme de terre fut transformée en une merveilleuse petite statuette sculptée par les bons soins de l'enfant qui en fit cadeau à sa mère.

La jeune femme mit la statuette bien en évidence, tout près du beau vase qu'elle aimait tant, sur le vieux meuble de la salle à manger.

Elle ne pouvait naturellement imaginer combien ce rapprochement allait changer la vie du vase et celle de la patate... Ni supposer les interminables heures qu'ils allaient passer à bavarder ensemble, parler de lui, d'elle, des autres en général, du temps qui passe, des surprises inespérées sur lesquelles il faut quand même compter, de tout et de rien, et de bien d'autres choses encore dont on n'a pas idée...

HYPNOSE AVEC UN ENFANT

Une toux bien irritante

Cinq mois avant notre rencontre, Thomas (11 ans) avait consulté un ORL à cause d'une toux persistante. La radiographie devait révéler un « léger voile aux poumons » vite gommé par les antibiotiques.

L'enfant continuait pourtant à se racler la gorge, très gêné lui-même et agaçant aussi son entourage et ses petits copains de classe.

Un pneumologue proposa alors un nouveau traitement, avant de confier Thomas à un service de pédiatrie.

Au bilan psychologique il fut suggéré que ce symptôme était probablement en rapport avec une difficulté familiale plus large. L'hypothèse du deuil problématique d'une grand-mère aurait été évoquée et accueillie avec scepticisme chez les parents qui ont fini par m'adresser l'enfant sur les conseils d'un psychiatre.

Thomas est un enfant doté de belles capacités intellectuelles, soucieux d'une indépendance d'idées qu'il affiche à la moindre occasion et pouvant être raisonneur jusqu'au pinaillage quand il s'agit d'obtenir gain de cause ou montrer qu'il n'a pas tort.

Les pistes psychologiques du bilan précédent n'ayant pas été suivies par les parents ni par l'enfant, et puisque le symptôme de Thomas paraissait se situer à l'interface somato-psychique, j'optais pour une approche hypnothérapique tout en affirmant qu'il faudrait reconsidérer la question d'une problématique plus vaste si on aboutissait à une impasse.

Il n'a cependant fallu, à ma grande surprise, qu'une seule séance pour que cesse ce raclement de gorge qui, rappelons-le, se manifestait comme un tic incoercible fréquent et très désagréable.

Cette séance, reproduite littéralement à partir de la bande vidéo, s'est poursuivie sur le ton de la conversation, Thomas gardant les yeux ouverts de bout en bout.

Mon projet était d'abord de trouver une situation plaisante pour l'enfant, dont il retrouverait des sensations corporelles agréables pouvant servir de contrepoint au symptôme.

Il fallait aussi tenir compte de sa propension très nette à prendre le contre-pied, à contredire son vis-à-vis, à s'en démarquer, à contrôler les choses et à exercer constamment son sens critique.

Ne pas braquer cette façon d'être, mais plutôt proposer des inductions laissant fonctionner ce système défensif (la lévitation considérée comme une compétition entre les deux bras par exemple, ou encore la possibilité de me contredire... Ce dont il ne se privera pas).

Se servir aussi *paradoxalement* de cette attitude non seulement pour faciliter le processus de déconnexion mais surtout pour amener l'enfant à éprouver (au moins un peu) l'intérêt d'un assouplissement des facultés critiques, de son contrôle rationnel, et qu'il trouve plus de plaisir aux mouvements spontanés, aux effets de surprises, dans la vie affective et relationnelle en général.

« – Voilà Thomas, on va pouvoir commencer... Tu es bien comme ça ? Bien installé ? Le fauteuil est bien agréable ?

– Oui, ça va (*souriant*).

– En général, c'est ce qu'on me dit, le fauteuil est bien sympa parce que bien confortable... Voilà... Tu m'avais dit que ce que tu aimes bien c'est nager, c'est ça ? (*Thomas acquiesce.*)... Et tu m'avais dit aussi que quand tu nageais ce que tu aimais bien c'était cette sensation de **légèreté** (*Il acquiesce à nouveau.*)... Et tu m'avais dit aussi que ça ressemblait au sommeil, mais qu'évidemment en même temps on ne s'ennuie pas...

– C'est-à-dire que par exemple quand on a envie de dormir et qu'on n'arrive pas à dormir on s'ennuie mais on se repose en même temps, tandis que là on se repose en même temps qu'on s'amuse.

– Oui, c'est encore mieux, t'as tout bénéf là. D'accord.

– On va en avoir une...

– Comment ?

– On va en avoir une. Le père d'un copain nous a donné le nom d'un constructeur de piscines et donc on va en avoir une.

– Ah, une piscine ? D'accord. Il te tarde non ? (*Il acquiesce.*) Quand est-ce que tu l'auras ta piscine ?

– Cet été.

– Cet été ! Il y a des choses qu'on attend comme ça beaucoup, et puis...

– On prendra le temps, on fera au fur et à mesure.

– On verra si ton problème va disparaître au fur et à mesure ou si il va disparaître d'un coup (*Il acquiesce avec la tête*)... Comme tout d'un coup par exemple, je sais pas moi, comme si l'été tu t'en vas en vacances, tu reviens et puis paf la piscine est construite, ça y est ! (*sourire de Thomas*)... Cà c'est pas mal aussi, que ça se fasse sans qu'on soit là toujours entrain de regarder là...

– Au début ils avaient prévu qu'ils nous envoient chez les grands-parents pendant trois jours et puis y'a classe pendant trois jours mais en fait ils avaient rien trouvé, donc là...

(Thomas semble parler de certaines démarches de ses parents pour la future piscine, mais je ne saisis pas bien... d'où la question suivante quelque peu décalée.)

– Ça sera mieux comme ça ?

– Ouais parce que... *(flottement dû à ma question mal à propos.)*

– Ça va se passer comment alors finalement, comment tu crois que ça va se passer ?

– Ben, en fait ils vont avoir le devis là, ils ont déjà parlé des prix, ben ils sont assez bas quand même alors c'est bien, et c'est de la qualité alors la piscine elle risque pas de faire un glissement de terrain ou que le béton ne sèche pas, voilà.

– D'accord. Tout est bien prévu pour ta piscine là...

– Oui, parce que mon père il connaît du monde tandis que Monsieur Triboulet *(un voisin)* il en a entendu parler c'est tout...

– D'accord, il s'est lancé un petit peu au hasard avec n'importe qui...

– Oui, mon père en plus il lui avait dit "faites attention !"...

– Tandis que là vous avez bien fait attention, vous savez à qui vous vous adressez, vous savez que votre terrain permet de faire une bonne piscine sans risque de glissement, c'est ça ? *(Il acquiesce.)* Donc toutes les conditions sont bonnes pour réaliser ça. *(Il acquiesce.)* Ça va être intéressant, hé ? »

Sachant que la déconnexion hypnotique recherchée doit justement provenir d'un détachement — en confiance — d'un mode de fonctionnement où la raison et l'hypervigilance sont privilégiées, je commence par prendre acte de la valeur pour l'enfant de tout ce qui est prévu, calculé, bien réfléchi, en évitant de me mettre à dos son système habituel de protection.

La question est qu'il faut pourtant parvenir à « créer des ouvertures » sans braquer les défenses de l'enfant.

J'en appelle alors à son imagination.

« – Bon, eh bien, moi j'aimerais bien déjà qu'on se projette un petit peu à ce moment où tu vas découvrir ta piscine... J'aimerais que tu puisses l'imaginer, tu crois que c'est possible ou pas ?

– Bé oui parce que je connais déjà les emplacements.

– D'accord, bon tu peux y aller là ?

– À dicter ?

– Comment ?

– À dicter comment elle est ?

(Intellect quand tu nous tiens !)

– Non, non, pas à dicter, y aller toi simplement, dans ta tête, imaginer que tu découvres que ta piscine est faite, quand tu la découvriras *(Il acquiesce.)*... Alors pour ça tu peux garder les yeux ouverts si tu veux, mais dès fois c'est plus facile les yeux fermés. C'est à toi d'essayer, de voir... »

Je tente la fermeture des yeux, mais Thomas ne suit pas le filon : il gardera les yeux ouverts jusqu'au bout.

« – Non, mais... On peut l'imaginer (la piscine) en même temps qu'on regarde quelque chose, c'est-à-dire qu'on y pense, on imagine, on voit très bien comment elle sera, et puis en même temps on y voit.

– Ah, tu penses qu'on peut très bien voir un certain nombre de choses et imaginer encore d'autres choses en même temps ? (*Il acquiesce avec la tête.*) D'accord... Tiens c'est intéressant, je viens de voir que tu... que chaque fois que tu es d'accord avec ce que je dis ou chaque fois que... ça suit bien, tu me fais signe avec la tête comme ça, un petit hochement de tête... Tu pourras laisser toujours ta tête me faire signe comme ça (*hochement de Thomas*) parce qu'elle sait bien le faire apparemment (*Il rit.*)...

Et puis donc, si tu veux, puisque tu me dis que tu peux même les yeux ouverts, tu peux très bien t'imaginer entrain de découvrir la piscine, et ce moment **intéressant** où tu vas la découvrir, où tu vas la voir pour la première fois... Là ça va être bon parce qu'il va y en avoir des choses qui vont se passer là, **agréables**, dans cette piscine... (*acquiescement*).

J'aimerais bien que tu puisses y retourner... euh... y aller déjà. »

Confusion temporelle involontaire attestant probablement d'un début de flottement hypnotique... chez le thérapeute.

« – En fait, on est entrain de s'amuser à plonger, à récupérer dans l'eau des petits bracelets d'eau, des choses comme ça, et puis aussi il y a des grosses bouées là, on monte dessus elles se renversent...

– Ça c'est marrant, hé ? (*Il rit.*)

– On s'amuse à se sauter dessus, puis quelques fois on loupe la bouée alors (*rire*)...

– C'est-à-dire, ça c'est des moments où on est complètement dégagés de tout ce qui s'est passé avant, et de ce qui va se passer après (*acquiescement*)... On vit l'instant présent, insouciants quoi... (*il acquiesce*), on est légers comme ça.

– Oui, je sais... Il y a un copain, un jour il m'a invité, il y avait des énormes bouées comme ça, on arrivait, on sautait dessus et puis la bouée coulait à moitié, et puis (*rire*) quelquefois on tombait, on s'amusait à se faire renverser, c'était marrant.

– Dans ces cas-là, on pense à rien de bien particulier en fait.

– Non, non !

– Y'a aucun souci en fait.

– Là on s'amusait, voilà, c'est tout.

– Y'a des moments comme ça où quand on est bien concentré en fait, les choses qui nous posaient problèmes ne posent plus problèmes, et puis des fois, ça s'en va... T'as pas remarqué ? (*Il acquiesce.*) Moi, je connais quelqu'un, il avait un grand mal de tête qui arrivait souvent et puis une fois il s'est amusé dans un loisir qu'il avait, tu vois, il faisait du théâtre, il adorait ça, et une fois il est parti avec un mal au crâne pour une répétition et puis, il s'y est mis à fond à sa répétition, et puis il s'en

est même pas rendu compte et quand il est sorti de là son mal de crâne était passé, il n'a plus jamais eu de mal de crâne... Enfin plus jamais comme avant quoi... Ca s'est vraiment... impressionnant, hein ? (*Thomas suit attentivement et acquiesce tout au long.*) et pourtant ça existe, parce que... Ben ça s'est passé comme ça.

Et il y a des choses quand on est dans une activité ou même quand on y pense simplement, complètement, il y a des choses qui peuvent se réparer aussi à l'intérieur de soi des fois.

– Je sais... »

Pas la peine d'en remonter à Thomas : on aura remarqué qu'il sait déjà toujours plus ou moins.

« – Le mercredi d'avant on est allés à la piscine municipale, comme j'étais souvent sous l'eau hé ben je toussais moins...

– Tu toussais moins ? Ça s'est intéressant alors... Il y a bien d'autres choses que ton inconscient, tu sais (*je me doute qu'il sait, alors autant qu'il sache que je sais qu'il sait !*), cette partie de toi qui est capable de... réparer... qui est capable... de guérir, qui est capable de te faire faire des choses intéressantes et tout ça, cette partie de toi là, des fois on est pas très très au courant de comment elle travaille, par exemple elle travaille dans les rêves, elle travaille dans l'imagination, elle travaille dans le corps aussi... Hé bien cette partie de soi elle est capable de marcher, de fonctionner toute seule quand on lui donne l'occasion de le faire... Tu vois ? Par exemple quand on s'endort, pendant le sommeil y'a des moments de rêves, et pendant les moments de rêves, l'inconscient il travaille (*Thomas hoche la tête*). Par exemple, je ne sais pas si ça t'est déjà arrivé mais y'a des moments où, tu vois, on ne sait pas très bien ses leçons le soir... ou, quoique toi tu es assez bon élève, mais bon disons que des fois c'est pas très bien mis en place quoi, des récitations ou des choses comme ça, et puis le lendemain matin c'est vachement plus clair : on se réveille – “tiens ça y est !” –, comme si on avait appris pendant la nuit... Ça te l'a fait ça des fois ou pas du tout ?

– Ouais mon père il l'a dit ça.

– Y'en a, ça le fait, hein ?

– Oui mais... Non, en général, je m'y mets avant de dormir, et puis ça passe.

– Ah ça veut dire que tu le fais (= apprendre ?) juste avant de dormir, ça c'est pas idiot du tout comme système, parce que... On dirait que tu as senti déjà que si c'est un peu avant de dormir... Euh... Tu te prépares pour le sommeil, c'est-à-dire que tu donnes à manger un petit peu au sommeil pour lui dire : “Tiens, mets les choses bien bien en place, pendant le sommeil tu me ré pares tout ça, et puis demain matin ça ira parfait”... Hein, on dirait que tu l'as senti toi-même ça... Qu'est-ce que tu fais comme ça ? Tu me parlais de certaines choses que t'apprenais ou quoi ?

– J'sais pas... Un jour j'avais regardé le jeu Sim... Moi, je croyais que j'allais faire des cauchemars, alors je me suis dit “Bon, faut que je fasse attention” et finalement je me suis endormi et c'est allé... J'avais pas remarqué que j'avais grandi depuis le temps en fait... Ils (parents) m'avaient pas laissé regardé des films comme ça.

- Tu sais, il y a des choses... D’abord quand on grandit on s’en aperçoit pas, sauf à certains moments particuliers, avec du recul quoi... Mais en fait ça marche tout seul, tu vois, là aussi c’est un peu comme notre inconscient qui travaille pour nous, tu grandis tout seul, t’as pas besoin d’y penser (*ton enjoué*) : “Tiens aujourd’hui je vais grandir de deux centimètres, tiens je vais grandir de un centimètre et demi dans trois mois, ou tiens peut-être que dans deux ans je ferai tant, peut-être que... etc., etc.”... On n’y pense pas à tout ça (*il sourit*)... Par contre, on aime bien penser – je ne sais pas si ça te le fait à toi avant de t’endormir – à des choses agréables... Ça te le fait à toi ou pas ?
- Et ben moi en général avant de dormir... (*il sourit*.) Tu sais, comment ça s’appelle là ? Y’a des couvertures comme ça, elles sont... Ça s’écrase... C’est bien.
- Ouais (*Je ne vois pas du tout ce qu’il veut dire !*)... T’aimes ça ?
- Mumh (*il acquiesce*).
- Qu’est-ce qui est bien là-dedans ?
- Ben c’est... Tu peux t’envelopper dedans...
- Ça fait une agréable sensation, c’est ça ? (*Il approuve de la tête*)... On est comme bien douillet dans la couverture, puis ça s’écrase un peu sur la peau, c’est ça ? Ça fait du bien...
- C’est bien pour l’hiver, parce que c’est lourd alors ça réchauffe...
- D’accord. Et après quand on s’endort on peut être au contraire **tout léger** dans sa tête (*il approuve*)... Un peu comme si, quand on s’endort, les soucis s’en vont (*idem*)... Ce à quoi on pense, qui revient souvent, tout ça ça s’en va... Et là j’aimerais... Non pas que tu dormes, hein ? (*il rit*)... Voilà... Il s’agit pas de dormir ici ! Mais il s’agit... J’aimerais bien que tu retrouves encore un petit peu cette sensation de **légèreté** que tu as quelques fois quand tu nages, tu vois ? Au niveau du corps et au niveau même de l’esprit... La légèreté... Tu m’avais parlé de légèreté, je crois ?
- Oui. »

Thomas commence à présenter des réactions (et surtout des ressentis) bien spontanées, ce qui m’engage à aller plus loin dans la déconnexion pour préparer la lévitation d’un bras, métaphore ici de changements parfois inattendus, mouvements intérieurs générés par une « force interne » que l’on laisse volontiers agir pour nous.

- « – Est-ce que tu peux la retrouver cette légèreté ? Alors peut-être dans tes bras ? Peut-être dans un de tes bras ? Ou peut-être dans ton corps tout entier, peut-être dans ta tête et partout... (*Thomas a l’air de se concentrer*). Je te laisse un petit peu de temps...
- J’sais pas, dans les bras, j’aime bien.
- Ouais ? Vas-y. Tu veux dire lequel ?
- Dans les deux.
- Les deux ? Très très bien, OK. Tu laisses cette légèreté encore s’amplifier. Puisque tu y arrives bien, on va profiter de ça parce que ça veut dire que quelque part, t’as

une ressource là qu'on va bien utiliser pour ton problème, tu verras (*Il hoche la tête.*)... Déjà ton problème, il commence à être travailler par ta partie inconsciente, et maintenant, toi tu vas l'aider encore à ton inconscient pour bien travailler ton problème... De façon à ce que tu puisses devenir léger, et puis tu sais, ton problème, il peut se **dissiper** un peu comme des nuages... Tu sais des fois il y a des nuages, ils sont là, ils sont bien là hein ? Eh bien petit à petit ils vont disparaître parce qu'ils sont emportés, **légers**, et ils vont se disséminer partout... Et le nuage a disparu. Hein ? C'est comme ça que les choses se passent. »

Thomas, dont le symptôme ne s'était pas manifesté depuis le début de la séance, tousse vivement comme il le fait régulièrement au quotidien.

Le symptôme se rappelle à notre bon souvenir... Juste au moment où on parle de sa disparition.

« – Voila ! Le nuage il est là ! Et il va bientôt disparaître grâce à ton inconscient que tu es entrain de mobiliser... Essaie de bien sentir la légèreté dans tes bras... Peut-être le bras droit ou le bras gauche ou les deux pareils ?

– Les deux.

– Les deux pareils ? Ça c'est très bien. On va voir si y'en a un qui va gagner l'autre en légèreté. Parce que parfois y'a des rivalités... Tu sais, comme des enfants qui sont en rivalité, ils s'aiment bien mais ils sont en rivalité : y'en a un qui dit toujours à l'autre « ouais, moi je vais te gagner » (*il rit*), l'autre qui dit “non, non, pas question”, et ils font la course, et y'en a peut-être un qui va devenir tellement **plus léger** qu'il va commencer à gagner l'autre en se **décollant** un petit peu... »

Rivalité, se démarquer de l'autre, le gagner... Autant d'attitudes que Thomas connaît bien lui-même dans ses relations, ingrédients familiers que j'utilise donc pour faire progresser la déconnexion.

« – Tu sais, c'est comme si le coude il sert un peu de support et puis le bras qui décolle un peu comme un avion qui se décolle d'une piste, parce que l'avion il est très lourd au début (*Thomas acquiesce*) et puis il prend de la vitesse et après il **décolle**... On va voir lequel gagne en légèreté plus vite que l'autre... (*On entend des bruits à l'extérieur.*) Et tu peux entendre ces bruits qu'on entend de l'extérieur... Tu vois y'en a un qui travaille là... Chacun son boulot hein ? Moi je préfère être là en train de faire mon travail, que son travail qui a l'air pénible du point de vue physique... »

Je souhaite intégrer les bruits extérieurs au processus hypnotique. La fenêtre est ouverte, ces bruits sont assez gênants pour moi, ce qui provoque des commentaires mettant très maladroitement en cause le travail du « gêneur »... propos sans doute tenus aussi malgré moi dans la lignée des « rivalités » évoquées juste avant.

Thomas remet bon ordre à mes commentaires.

« – Ça dépend. En général, on fait bien ses études pour pouvoir faire le métier qu'on veut, alors...

– Ouais... Tu veux dire quoi là ?

– Ben, ça veut dire que vous, vous avez voulu devenir psychologue, ben c'était votre choix.

– T'as raison.

– Mais lui, il a voulu devenir chef de chantier ou quelque chose comme ça, c'est son choix.

– Tout à fait ! Donc lui il est content dans ce qu'il fait, mais je parlais du bruit moi surtout... Bon lui, peut-être que ça lui convient bien... Peut-être aussi toi ça te convient... Tu peux écouter de temps en temps ce bruit, ou ne pas l'écouter...

Ça ne t'empêche pas de sentir la légèreté qui se gagne dans le bras... Et moi je préfère effectivement le silence au bruit, ce n'est pas quelque chose qui m'est agréable, c'est tout ce que je voulais dire, sinon... Chacun ressent les choses comme il les ressent, bien entendu, tu as raison... Et là je me demande si tu ressens la légèreté qui se gagne d'un côté plutôt que de l'autre ?

– (*Il sourit.*) Là c'est des deux cotés.

– Des deux côtés ! Alors si ça se trouve on aura la surprise de les voir les deux se lever **plus haut**, plus haut encore tellement ils sont légers... Comme un avion qui décolle pour rejoindre les nuages là-haut, et les nuages vont **se dissiper** complètement quand ton bras gagnera de la hauteur... Tu sais parfois...

(*Thomas observe ses bras avec beaucoup d'attention.*)

– C'est très bien d'être attentif à tout ça... C'est très bien d'être attentif à ce que tes ressources intérieures font là... C'est-à-dire que ton inconscient, il t'aide, bien entendu, à gagner en légèreté là... (*Il acquiesce.*) Et toi tu constates, c'est très bien de constater les effets de ton inconscient sur la légèreté de ton bras

(*Thomas a l'air de ne se concentrer maintenant que sur son bras gauche qui se décolle un peu de l'accoudoir.*)...

On va voir... **encore**... Parfois ça peut aller très haut... Ça peut aller jusqu'au visage, ça peut aller encore plus haut (*sourire étonné*), ouais, ouais... C'est surprenant... On va laisser aller là, on va attendre la surprise, tu sais comme toi quand tu auras la **surprise de découvrir** ta piscine là... Imagine que tu reviens de chez tes grands-parents, ou je ne sais plus ce que tu m'as dit, alors tu reviens là de ta famille...

– Oui, je sais, c'était prévu, mais comme ils avaient rien trouvé c'est annulé...

– Y'aura bien quelque chose qui va se passer avant que tu découvres ta piscine... Et hop ! Tu arriveras devant chez toi et tu diras : "Qu'est ce que je vois ?"... (*Thomas regarde alternativement son bras gauche et son bras droit.*) Ça y est, ça se décolle ?

– Oui (*sourire amusé*).

– Çui-là il est plus rapide ! Ça s'est marrant, tu vois, je m'attendais à l'autre et c'est celui-là qui se décroche ! (*Thomas rit franchement.*)... Maintenant l'autre, il n'a peut-être pas fini, il n'a pas dit son dernier mot encore non plus.

– Ouais, peut-être...

– On verra ça. On va voir la compétition comment elle se poursuit... (*Un bras se lève.*) Très très bien... En voila un qui prend son aïssance là-bas (*Il sourit.*)... Est-ce qu'il va y avoir de la réplique de ce côté ? On verra bien. C'est toujours intéressant de voir comment les choses se passent quand on **laisse faire**, tu vois ? Si tu laisses faire ton inconscient comme tu le **laisses faire maintenant**, tu verras que ton problème va se dissiper aussi tout seul... Comme quand tu étais aussi **avant** que ça se passe... hein ? (*Il acquiesce.*) Avant tes crises de toux tu étais tranquille (*hochement de tête approuvatif*), tu avais la gorge **légère**, insouciant, sans rien... Et puis t'y pensais même pas parce que ça se passait tout seul... Eh bien là je me demande si ton inconscient va t'aider en te faisant oublier complètement tes irritations (*petite secousse de la main gauche que je ratifie.*)... Très, très bien... (*Thomas sourit en constatant la réaction.*)... Je crois qu'il a bien réagi ton inconscient là ! Je crois qu'il est un peu d'accord avec ce que je viens de dire là, c'est-à-dire qu'il va peut-être te faire oublier... soit demain, soit dans une semaine, soit dans un mois... te faire oublier que finalement t'as envie de... racler la gorge... Peut-être que les envies se feront oublier (*il acquiesce.*)... »

Je me souviens qu'à ce moment je me suis demandé s'il était bien judicieux d'évoquer aussi directement le symptôme du « raclement de gorge ».

J'ai poursuivi avec le terme d'irritation mieux adapté car moins direct et englobant avec le symptôme physique d'éventuelles tensions psychologiques pouvant y participer.

« – Peut-être que tout simplement tu n'auras plus d'irritations du tout, parce que ton organisme tu sais il a mis une irritation à moment donné et puis il est capable de la faire sortir (*Secousse très nette du bras droit vers le haut que je n'ai pas perçue sur le moment*) Et ton inconscient il **sait** résoudre ça... (*Réaction du bras gauche vers le haut.*) Très, très bien... Je vois qu'il réagit bien (*Idem du côté du bras droit.*) Même ici ! (*Je montre le bras droit. Thomas s'amuse manifestement en me montrant de la tête le mouvement de son bras droit.*)... Moi j'ai bien senti l'autre mais pas çui-là... C'est incroyable ! Tu vois il y a des choses on croit que ça bouge doucement et en fait ça bouge beaucoup plus qu'on le croit...

– Comment ça se fait ? »

Faut qu'il comprenne Thomas !

« – Hé bien oui, c'est parce que c'est ton inconscient, tiens, qui a compris... Il a compris qu'il fallait t'aider à changer, que tu n'y arrivais pas tout seul, tu vois ?

Alors toi tu es malin, parce que tu t'aides de moi, de mes techniques, pour les mettre à profit pour ton problème, mettre à profit comment le faire bouger, mais c'est ton inconscient qui sait le faire bouger... Alors toi tu ne sais pas le faire bouger ton problème ?

– Non...

– Hein ? Puisque tu es chez moi... Et maintenant on apprend...

- (*Thomas recentre sur les phénomènes physiques.*) C'est bizarre, j'ai l'impression que ça pousse en dessous des mains.
- Très, très bien... Ton inconscient il est capable de pousser aussi beaucoup de choses qui te gênent... Comme ce qu'il fait là pour tes bras...
- (*Amusé*) Mais comment ça se fait que ça pousse sous les mains ?
- Très, très bien... (*Il rit.*) C'est rigolo, non ?
- Ouais
- Plutôt rigolo... Et c'est plutôt nouveau hein ? Y'a des choses à quoi on ne s'attend pas et qui se passent... Et ça c'est le plus intéressant, tu remarqueras peut-être... Dans la vie, les choses les plus inattendues... Par exemple tout à coup paf tu vois ta piscine, alors que jusque-là tu n'en avais pas... Ça c'est vachement marrant, encore que là tu l'avais prévu... Mais tandis qu'il y a des choses qu'on ne prévoit pas du tout (*Il acquiesce.*) et puis du jour au lendemain comme ça ça disparaît... Ou d'autres choses intéressantes apparaissent... Tu vois ? Comme par exemple une forte envie... Euh, d'aller nager, à un moment donné... Pour être bien bien dans son corps... Très léger...
- Ça ici ça pousse plus (*M'indiquant son bras droit.*)
- Ça pousse plus ? Bon, ça veut dire que le travail a peut-être tendance à être fini ici, et que là-bas (Bras droit) ça continue...
- Alors là, c'est un peu plus long quand même !
- (*Le bras droit continue à bouger.*)... Je crois qu'il y en a un qui prend les choses en mains là... (*Sourires*) pour te débarrasser de ton problème... Est-ce que ce problème il va, ton organisme va l'**oublier complètement**, c'est-à-dire réparer les choses pour que tout aille bien... Et à ce moment là, tu auras des changements... Mais les changements, ce sera quelque chose de positif qui va s'installer à la place... Parce que évidemment tout d'un coup passer d'une chose à une autre il faut qu'on y gagne quelque chose... »

Autrement dit, on a beaucoup à gagner en perdant un symptôme.

« –Tu vois par exemple l'enfant qui veut faire du vélo, au début c'est difficile, il ne sait pas en faire, alors il veut passer de la marche au vélo... Il sait pas comment faire, il apprend à le faire, son inconscient l'aide beaucoup... Pour trouver son équilibre et tout ça, et puis quand il sait le faire il a gagné quelque chose, c'est qu'il sait faire du vélo, tu vois ? (*Thomas acquiesce, tandis que son bras gauche a une secousse vers le haut.*)... Tiens, tiens, tiens, ça réagit là-bas ! (*Sourire et comportement amusés de l'enfant. On entend la maman de Thomas entrant de l'autre côté dans la salle d'attente.*)

Attends, je vais mettre de la musique dans la salle d'attente pour ta maman, tu laisses les choses se continuer...

- Çui-ci (= le bras droit) il commence à reprendre là...
- Très bien.
- Cette fois-ci c'est le gauche qui... (*Il sourit.*)
- C'est le gauche qui quoi ?

- C'est le gauche qui... Ça bouge plus.
- Ah ! Ça veut dire que ton inconscient est entrain d'équilibrer les choses là ?
(*Suit un temps où les bras restent dans leurs positions, puis mouvement d'un doigt de la main droite.*) Ah !
- Ça pousse qu'un doigt là !
- Ça pousse qu'un doigt ? Ça c'est drôle... Tiens, tiens, tiens.
- C'est marrant !
- Peut-être davantage d'indépendance par rapport à ton problème aussi. Ça veut dire que tu n'y penses même plus... (*Un autre doigt s'écarte.*) Comme ce doigt-là... Qui s'échappe lui aussi... Dis donc, mais ils gagnent en indépendance tes doigts ! (*Thomas rit en observant ces mouvements. Les doigts de la main droite se mettent aussi à bouger.*) Ils ne sont pas fixés toujours à la même chose tes doigts là... Ça c'est intéressant aussi, hé ? Qu'il y ait beaucoup de liberté de manœuvre... (*Les doigts bougent, Thomas rit.*) Très, très bien... Ce qui a de très bien c'est qu'en même temps ça se fait tout seul et en même temps toi tu t'aperçois de ce qui se fait, hein ? (*L'enfant est très concentré sur les mouvements de ses doigts.*)... Très bien, ouh là y'en a un qui réagit bien, tout seul... Et c'est tout simplement quand ton inconscient sentira... Que ton problème... S'est dissipé... Ou il va se dissiper dans les jours qui arrivent, il faut peut-être un certain rythme, mais peut-être il est déjà parti... hein ? Tu pourras essayer de te racler la gorge volontairement pour voir si c'est bien volontaire, ou s'il est parti un peu ou si c'est pareil... »

Comme Thomas est un enfant à qui « on ne la fait pas » – c'est son saint patron qui m'a soufflé le choix de son pseudo – je lui offre la possibilité de mettre lui-même notre travail à l'épreuve, de le vérifier dans le réel... Avec un propos certes on ne peut plus paradoxal, avec des effets de confusion.

- « – Mais de toute façon tu vas voir qu'il y a quelque chose de différent... Alors est-ce que c'est **de suite là**, ou est ce que c'est **demain** ? Est-ce qu'il va falloir que tu forces là toi-même pour racler alors que tu n'en auras même plus envie ? (*Moue perplexe de Thomas.*) Va savoir hein ? On ne peut pas savoir... Mais y'a quelque chose qui est en train de bouger et ton inconscient quand il l'aura bien mis en place, à ce moment là, il te redonnera de la lourdeur dans tes bras qui retrouveront – à quel rythme ? Je ne sais pas, on verra bien – qui retrouveront les accoudoirs dans la position de départ... Quand le travail sera bien avancé...
- Là, y'a, pas le petit doigt mais celui d'après, aussi il bouge là.
- Ouais. Ils sont bien indépendant, ça c'est amusant. Mais là on va attendre, hein ? On va attendre que tu aies une sensation de lourdeur qui apparaisse parce qu'à ce moment-là ça voudra dire que ton inconscient aura fini de mettre **la solution** en place ou **les solutions** – peut-être qu'il y en a plusieurs – pour résoudre ton problème.
- Quand ça tire vers le bas ?
- Oui. Tu le sens déjà ou pas ?
- Oui, un peu.

– Très bien. Ça veut dire que ça commence à venir, que ton inconscient il a trouvé la solution pour résoudre ton problème. Est-ce que ce sera simplement que **tu oublieras** de racler la gorge ? Est-ce que l'irritation aura passé complètement, peut-être demain, peut-être dans la nuit, peut-être après-demain... On verra bien, hein ? Est-ce que c'est autre chose encore que ton inconscient a trouvé ? On n'a pas besoin de le savoir en fait. Nous tout ce qui nous intéresse, ce qui t'intéresse j'imagine, c'est que tu sois débarrassé du problème, hein c'est ça ? (*Il acquiesce.*) Très bien, on va voir à quelle vitesse ça va redescendre... Des fois ça va très vite, des fois ça va par paliers.

– C'est marrant, je trouve c'est comme si y'avait des crans.

– Comme si il y avait quoi ?

– Des crans.

– Des crans ? Ah oui.

– Des fois je les sens craquer.

– Ah oui, ça fait souvent comme des paliers là, comme ça ? Tu sais comme quand on descend un escalier marche après marche, tu sais ? C'est un peu ça les crans que tu disais ?

– Ouais. (*Thomas fait une remarque difficile à entendre sur les mouvements de sa main gauche*)

– Très très bien, tu laisses faire, maintenant tu commences à être habitué à tous ces phénomènes hein ? (*Petit acquiescement*) Donc tu leur fais confiance parce que c'est comme ça que les choses vont se régler... Et en plus tu auras appris quelque chose, tu auras appris **plein de choses** pendant cette séance... »

Élargissement du travail réalisé à des apprentissages plus vastes et conséquents, touchant à la progression et au bien-être de Thomas.

« – Des choses que tu sais, puis des choses que tu sais moins bien mais que tu as apprises quand même... C'est un peu comme quand on apprend à faire du vélo : on apprend à rester sur le vélo, mais en même temps on apprend... **davantage d'équilibre**, on apprend à faire attention à la route mais en même temps qu'on peut penser à autre chose mais tout en faisant attention... Tu vois, on apprend plein de trucs mais on s'en rend pas compte en fait... Là tu auras appris beaucoup... beaucoup de choses. Pas simplement pour ton problème... Tu as aussi appris qu'on pouvait faire confiance par exemple à d'autres choses... **intérieures**... (*Les bras ont des secousses vers le bas.*) Très très bien... Ça se précise... Et je crois que, on n'y est pas encore mais quand tes bras toucheront les accoudoirs, hé bien à ce moment-là on va pouvoir revenir, hein ? Pour le moment... (*Thomas toujours amusé par le jeu de ses bras fait des remarques à ce sujet.*) Très bien... Et de toute façon il s'est passé quelque chose de très important dans cette séance... De toute façon, que moi j'ai... pu voir... (*“mumh peu probant de Thomas.*) Toi aussi ?

– Euh, oui... (*La question sans doute trop ouverte et allusive – ou impliquant un “plus” de ma part sur sa propre perception ? – reste sans écho et Thomas préfère revenir sur son bras gauche.*)

– C'est marrant ça... Ça y est il redescend.

– Oui. Cui-là il a été le premier à monter et le dernier à descendre. Il avait beaucoup de travail à faire. Il a travaillé le plus celui-là, qu'est-ce que t'en penses ?

– Peut-être.

– Peut-être mais on peut pas savoir hein ? L'essentiel c'est que ça a travaillé.

(Le bras gauche s'abaisse.) Très très bien. C'est très bien de laisser faire les choses comme ça... pour que les problèmes disparaissent après le travail... de ton inconscient...

– Çui-ci (= bras droit) il tire... Comme... Il touche *(l'accouder)*...

– Bien, la prochaine étape – là t'y es bientôt – ce sera quand les deux bras seront bien posés, tu prendras les choses aussi en mains cette fois-ci et tu retrouveras ton tonus complètement *(Thomas acquiesce.)*... On attend hé, c'est quand il va toucher... *(L'enfant s'amuse toujours des mouvements spontanés de son bras.)* Ah, il prend son temps hein le bougre ! *(Je montre l'autre bras.)* Çui-ci il est déjà presque au repos là, il attend l'autre... Tu sais c'est comme toi et ton copain quand tu seras à la piscine... Y'en a un qui attend l'autre parce qu'il arrive à la nage, pour sortir... tu sais... du bain... après s'être bien bien marrés, et après beaucoup de légèreté, d'insouciance, et là on peut **ressortir bien en forme**... Très bien...

– *(Thomas regarde son bras gauche.)* Çui-ci débarque...

– Oui, il débarque... Tout à fait... Et on va le laisser débarquer.

– Ça peut prendre longtemps comme ça ?

– Comment ? Tu veux dire maintenant là ? Maintenant ça y est quasiment, hein ? *(Je tente de dégager en touche mais Thomas revient à sa question.)*

– Non, non, je veux dire ça peut prendre longtemps.

– Ah oui, ça peut, ça peut, il suffit de laisser l'inconscient le faire, ça peut être rapide, ça peut être long, l'important c'est de laisser faire les choses... À leur rythme, parce que si on les laisse faire à leur rythme comme toi tu l'as fait, alors ça veut dire que les choses elles se font bien quoi... Tu vois ? C'est un peu ce que tu disais par rapport aux histoires de terrains... Y'a des terrains qui...

(Les deux bras sont maintenant posés sur les accoudoirs, Thomas reprend son tonus.) C'est bien, tu reprends... les choses en mains.

– *(Il crispe et détend les doigts de ses mains en riant.)* Ça fait bizarre ! Y'en a où c'est les pieds comme ça qui montent ?

– Euh... Oui. Tu sais y'a plein de choses qui peuvent arriver, l'important c'est que l'inconscient lui il sait ce qu'il faut faire, alors on lui laisse le faire, tu vois ? Comme quand t'as un bon ouvrier, tu fais confiance au bon ouvrier et puis comme ça... *(Thomas, qui n'a manifestement cure de ce que je lui raconte, étire son corps tout entier.)* Voilà, comme ça ! Ça fait du bien quand on ressort, hein ? »

Les propos qui suivent nous ramènent dans la réalité bien concrète, et ses dimensions d'espace et de temps.

« – *(Il s'entortille en rigolant.)* Ça me rappelle le chat ça.

– Le chat ?

– Ouais.

- On sent qu’il est bien quand il s’étire comme ça ! Comment il s’appelle ton chat ?
 - Chouky.
 - Chouky... Et qu’est-ce que je veux dire, qu’est-ce que tu vas faire maintenant ?
 - Ben, je vais retourner à l’école.
 - Maintenant, de suite, là ?
 - Non là c’est terminé...
 - Après manger.
 - Il est midi là...
 - Il est midi, tu vas aller manger c’est ça ? Hé bien on va dire à ta maman que ça y est on a travaillé, OK ? Ça te va comme ça ?
 - Ouais. »
- Thomas étire bien son corps une dernière fois.

Commentaires du docteur J. Philip Zindel

Commenter même une seule séance d’hypnose éricksonienne – complexe par définition – ne peut se faire que si l’on se restreint à ne considérer que certains points et à en laisser d’autres de côté. Mon ambition ne sera donc pas de proposer une explication de texte complète du travail thérapeutique de Bernard Etchelecou avec Thomas. Mais je me dois, avant tout, de préciser que j’ai eu le privilège d’être autorisé à visionner le CD de cette séance, et que je dispose donc, pour les commentaires qui suivent, d’un certain nombre d’impressions et d’informations supplémentaires concernant les aspects non-verbaux du déroulement de cette thérapie. Nous verrons que ces derniers ne sont pas sans importance pour comprendre le processus thérapeutique et les interactions entre les deux protagonistes.

Comme l’auteur le décrit très bien dans son texte, il est visiblement important – et sécurisant – pour Thomas de « savoir », et il n’accepterait pas facilement qu’on essaie de lui prouver le contraire. On sent chez lui un grand besoin de contrôle, qui se manifeste entre autres – on peut le voir de manière très frappante dans le CD – par d’innombrables petits coups d’œil contrôleurs et sceptiques jetés vers le thérapeute du début à la fin de la séance. Thomas n’est donc pas du genre à se confier et à s’abandonner aveuglément à ce qu’on lui propose. Il n’aurait donc pas été très judicieux de lui imposer une hypnose les yeux fermés, à moins de risquer de le déstabiliser et de renforcer encore plus ses défenses.

Une deuxième observation, que le simple texte ne permet pas de déceler mais que le visionnage du CD met bien en évidence, est qu’au début de la séance, les mains de Thomas ont inconsciemment pris une position assez insolite : ses doigts apparaissent crispés dans l’air au-dessus des accoudoirs, évoquant en moi l’image des pattes d’une perruche agrippées à un perchoir

virtuel. Mais l'observateur peut suivre au fil de la lévitation comment les doigts se détendent peu à peu – sans qu'il n'y ait aucune suggestion explicite à ce sujet de la part du thérapeute. On peut y voir le reflet du fait que les tensions internes du garçon se dissipent au fil de la lévitation et du jeu imaginaire avec la piscine que lui propose en même temps le thérapeute. Il apprend, sans s'en rendre compte, à se détendre dans une situation complexe, à faire confiance en ses processus inconscients, apprentissage que le thérapeute encourage d'ailleurs avec force de suggestions directes et indirectes. Tout ceci se passe sans que jamais l'enfant ne soit obligé d'avoir la sensation de perdre le contrôle des événements. En plus, ce garçon, si sérieux et sceptique au début, s'amuse. Pendant toute la séance, il peut se sentir maître de ses découvertes auxquelles l'invitent les suggestions du thérapeute.

On remarquera que l'approche éricksonienne qu'a choisi l'auteur permet, du moins dans ce cas, de travailler de manière thérapeutique sans explorer les « causes » des symptômes, ni le contexte familial, social, ni les antécédents. Cette approche permet d'éviter d'éventuelles confrontations avec des zones conflictuelles de la vie qui risqueraient de contribuer à camper l'enfant encore plus solidement dans son attitude rigide et de prolonger le travail. L'hypnose éricksonienne propose bien plus une forme de jeu, c'est-à-dire une manière naturelle d'apprendre des comportements. C'est d'ailleurs ce que l'on peut constater plus facilement aussi en visionnant le CD : le thérapeute et l'enfant sont vraiment toujours entrain de jouer ensemble avec une grande densité affective, avec des mots, des images, des sensations, un jeu qui prend parfois même l'aspect d'une véritable joute. Le cheminement de ce jeu n'est pas un fruit du hasard : d'une part il suit le train que lui donne le patient lui-même en acceptant ou en rejetant les suggestions proposées, et d'autre part le thérapeute fait intervenir des suggestions habilement choisies visant à utiliser les résistances du garçon autant que ses ressources.

Du côté des résistances, il joue avec le sens de la rivalité de Thomas, une attitude qui se traduit dans la relation thérapeutique par son comportement qui suggère un petit peu : « Tu ne m'en feras pas voir. » Au lieu d'essayer de lui faire prendre conscience de cette attitude ou de travailler dessus, B. Etchelecou propose indirectement de l'internaliser, de la transposer dans une rivalité virtuelle entre ses deux bras. Lequel des deux bras va être plus rapide que l'autre ? Il n'essaye pas de changer cette attitude, mais il la respecte, l'honore même en l'invitant à devenir le moteur d'une lévitation. Du côté des ressources, B. Etchelecou utilise le fait qu'il avait découvert auparavant avec l'enfant sa capacité à se sentir bien, à l'aise, sûr de lui, à partir d'une sensation kinesthésique : la légèreté dans l'eau. En combinant

donc ces deux éléments, la rivalité et la légèreté, tout est prêt pour motiver Thomas à vivre une expérience nouvelle où il va retrouver, comme par magie, à l'intérieur de ses bras cet esprit de compétition et le vécu de légèreté par excellence sous la forme de la lévitation.

Mais pourquoi utiliser précisément une lévitation pour guérir une toux ? J'ignore si B. Etchelecou a « prémédité son coup » ou non. J'en doute, car l'inspiration dans le travail hypnotique surgit en général de la situation même, et découle d'une implication créative forte et spontanée de la part du thérapeute. *Le principe général de l'hypnose thérapeutique se fonde sur le plan expérientiel : il s'agit d'inviter et de permettre au patient non pas de comprendre plus mais de faire des expériences nouvelles, souvent surprenantes, sur la base de ce qu'il sait déjà faire, expériences qui lui permettent d'aborder autrement – sur un plan qui n'est pas forcément conscient – les problèmes qu'il essayait de résoudre jusque là par ses symptômes*¹. La forme concrète du phénomène hypnotique utilisé est donc reléguée au second plan par rapport au fait qu'il doit se construire spontanément pendant l'hypnose. En d'autres termes, la lévitation des bras de Thomas n'est ainsi pas liée au fait qu'il s'agissait d'une toux, mais au fait qu'il aime la légèreté et la rivalité. De plus, c'est pour lui un vécu surprenant, surgi de Dieu sait où, mais dont il sent qu'il existe un rapport symbolique avec son symptôme.

Comment, pour terminer, s'expliquer que plusieurs mois après une seule séance, l'enfant se porte, selon les dires de sa mère, toujours parfaitement bien, ceci sans « déplacement » de symptômes ? Certes nous sommes toujours tenus à construire des hypothèses, mais nous pouvons admettre *qu'un changement thérapeutique se met en route quand se crée, au niveau de l'inconscient, un nouvel amalgame entre des forces intérieures jusque là en opposition, bloquées dans un symptôme, et que ces forces trouvent une nouvelle direction dans laquelle agir*². La toux nerveuse de Thomas devait apparemment avoir une certaine signification, secrète, inconsciente, et qui restera mystérieuse, sinon elle n'aurait pas disparu. Mais les suggestions de changement et surtout le fait d'avoir vécu une expérience aussi insolite qu'involontaire et convaincante ont permis à Thomas d'établir une relation un peu plus détendue, plus confiante et plus vivante avec son propre inconscient – un inconscient capable de faire des lévitations !

1. Souligné par moi (B.E.).

2. *Ibid.*

MODES D'INDUCTION ET TRAVAIL PSYCHOLOGIQUE EN HYPNOSE ÉRICKSONNIENNE ET EN SOPHROLOGIE

L'OPTIQUE éricksonienne s'accorde sans grande difficulté au principe d'action positive cher à A. Caycedo.

Mobilisation d'un inconscient bienveillant pour Erickson ou utilisation et renforcement des « structures phroniques positives » dans la terminologie de Caycedo.

L'élargissement du champ de conscience en sophrologie et la recherche des ressources potentiellement présentes en hypnose semblent participer d'un même principe de base : utiliser les « parties saines » de l'individu pour trouver d'autres issues que le symptôme.

On note dans les deux approches un même souci d'apprendre au patient à se passer du thérapeute (mais quelle thérapie n'envisage pas ainsi les choses ?) et à se servir de mieux en mieux de ses propres ressources.

S'en autonomiser par l'apprentissage de « techniques » de lâcher-prise, de déconnexion, dans une relation d'alliance, de coopération, excluant toute directivité ou « ascendant » de la part du thérapeute.

Ce type d'accompagnement est généralement adopté en hypnose (*position basse, apprentissage*), mais Erickson nous a aussi habitués à choisir les « stratégies utiles » pour aider à la résolution des problèmes... Les caractéristiques de tel patient particulier peuvent donc inciter le thérapeute à prendre une attitude très différente et peu orthodoxe (défi, consignes impossibles à respecter, etc.).

La question majeure du transfert et contre-transfert reste discutée, délibérément éludée ou attentivement considérée, selon les positions et formations des praticiens des deux approches.

Principe d'action positive, relation thérapeutique d'alliance, recherche de déconnexion vis-à-vis du monde extérieur, mise en veilleuse des fonctions rationnelles et de contrôle conscient... sont autant de points de convergence entre hypnose et sophrologie.

Mais les procédés techniques d'induction sont assez différents selon l'approche employée.

MODES D'INDUCTION HYPNOTIQUE ET SOPHRONIQUE

La détente

On encourage dans tous les cas une modification de la conscience ordinaire, celle à laquelle le moi s'identifie généralement et qui se repère par des constantes d'espace et de temps dans un rapport « cohérent », rationnel, avec le monde extérieur.

Mais cette modification ne s'induit pas toujours de la même façon ni avec la même intention.

L'éricksonien met à profit que *des éléments contraires peuvent entraîner cette mise entre parenthèses des fonctions de contrôle du moi* (analyse, synthèse, initiatives calculées,...) et *un désinvestissement de la volonté consciente*. Par exemple, pour amener l'état de « transe », les bruits extérieurs peuvent aussi bien être récupérés que le calme environnant (et l'on peut également s'intéresser au contraste existant entre son calme intérieur et l'agitation extérieure pour éprouver encore plus intensément et approfondir cette sensation de calme...).

L'hypnothérapeute cultive le paradoxe et multiplie les offres de déconnexion grâce à des stratégies inductives variées visant à court-circuiter le conscient de son patient. Il ne fait pas aussi systématiquement appel à la détente que ne le fait le sophrologue.

La respiration ample et profonde qui suffit souvent à elle seule à entraîner la détente intéresse naturellement à la fois le sophrologue et l'hypnothérapeute. Mais elle n'est pas forcément traitée par les deux de la même façon.

Imaginons un patient ayant du mal à respirer calmement. L'hypnothérapeute pourrait dire « une détente ou un autre phénomène intéressant peut surgir à tout endroit de votre corps tandis que votre souffle continue à chercher son rythme harmonieux ». Où le sophrologue exercera le plus souvent son patient à la respiration abdominale, pour le faire évoluer vers un état « à mi chemin entre la veille et le sommeil ».

La sophronisation passe en fait par une relaxation physique et mentale régulièrement travaillée et approfondie qui constitue la voix royale d'accès à l'état sophronique, son préalable incontournable. Tout concourt au relâchement dans le bien-être : la voix apaisante du sophrologue, les suggestions de détente invitant au lâcher prise, à l'apaisement des tensions. Il cherche moins directement à dépotentialiser le conscient qu'à élargir le champ de la conscience, dans une meilleure réceptivité, accrue par la détente, aux données physiques et mentales vécues sans dichotomie. Autant dire qu'il n'a pas besoin de ratifier les réactions involontaires et que, d'une façon générale, les inductions sophroniques préalables – *sophronisation de base* – s'apparentent aux techniques de relaxation.

Constatons malgré tout la présence implicite de paradoxes dans certaines propositions sophroniques classiques ; « être réceptif » (= en fait intention active d'être non actif!), vouloir « vivre tout ce qui se passe » (= vouloir... ne rien vouloir de précis en somme).

En sophronisation, si bien sûr le patient vit sa détente à sa manière et de façon non standardisée, le thérapeute propose en fait un schéma inducteur qui, à quelques variations près, reste sensiblement identique dans tous les cas :

→ détente physique → relâchement mental → vécu global « psychophysique » dans le bien-être de la détente → élargissement du champ de conscience (= état « sophronique » propice aux évolutions thérapeutiques).

Le sophrologue soutient en outre que la conquête de la conscience humaine s'appuie fondamentalement sur la conquête de la corporalité.

On a vu que *le travail d'intégration du schéma corporel et l'image de soi* ont une place primordiale en sophrologie, notamment dans les différents degrés de la Relaxation Dynamique qui dépasse le cadre strictement thérapeutique pour proposer un parcours personnel dans la connaissance de la conscience humaine et de sa « transcendance ».

Sans entrer dans les implications philosophiques et sociales de la sophrologie, disons simplement que ce travail sur et avec le corps, sa mobilisation énergétique, le démantèlement de ses zones de tensions, l'harmonie de soi dans un vécu corps-conscience en détente, n'ont pas vraiment d'équivalent en hypnose. Cette évolution personnelle se fait au sein de *groupes* le plus souvent, dimension groupale également exclue de la perspective éricksonienne dont les inductions s'appuient sur les attitudes et réactions spontanées du patient, étant ainsi par définition a-méthodiques et individualisées.

Puisque l'état hypnotique résulte de procédés très larges, incluant des inductions de détente mais aussi des effets d'attente, de surprises, et

la recherche de phénomènes involontaires, pour promouvoir un mode de fonctionnement inconscient, le thérapeute éricksonien ne saurait s'accommoder d'une approche figée, rituelle. Ses inductions requièrent spontanéité, souplesse d'adaptation, invention, (ré)création, aptitudes à la pensée divergente¹.

Si la présence de telles qualités, chez un sophrologue, ne gêne bien évidemment en rien sa pratique, elle y paraît cependant moins indispensable. Car, loin de favoriser la dissociation, celui-ci tend à faire éprouver à son patient la cohésion de soi, dans un vécu unitaire corps-conscience le plus harmonieux possible, généré par l'abaissement du niveau de vigilance.

Il favorise la réceptivité la plus totale à ce qui est perçu « ici et maintenant », sans ces effets d'attente se référant implicitement, chez l'hypnothérapeute, à un « ailleurs » et à un « après » qui ouvrent la voie à la dissociation.

Court-circuiter, dépotentialiser, jeter la confusion dans la conscience entend-on chez les éricksoniens... Mais vous ne verrez jamais un sophrologue semer la confusion (du moins volontairement !) dans l'esprit de son patient.

L'isolement sensori-moteur

Il est favorisé dans les deux approches ; il s'agit de réduire l'importance des stimulations extérieures au profit du « monde intérieur ». Cet abandon passager du réel extérieur et des repères spatio-temporels communs ouvre l'accès à un niveau « autre » de soi.

Accès pour le sophrologue à une conscience élargie, enrichie de toutes les perceptions, sensations, intuitions existentielles, caractéristiques du « seuil sophro-liminal », entre veille et sommeil, dépassant les perceptions ordinaires réduites notamment par le raisonnement logico-analytique.

Accès pour l'hypnothérapeute aux informations d'un inconscient où siègent les modèles comportementaux et relationnels, les ressources biopsychologiques susceptibles de délier les symptômes et de résoudre certaines difficultés spécifiques.

En somme, le désinvestissement des fonctions du contrôle conscient aboutit à un élargissement de la conscience, élargissement du moi au soi pourrait-on peut-être dire, consistant en l'abandon des canaux logico-réducteurs au profit d'une sensibilité de soi plus globale et plus riche... Cette

1. Selon De Landsheere, « L'essence de la pensée divergente réside dans la capacité de produire des formes nouvelles, de conjuguer des éléments que l'on considère d'habitude comme indépendants ou disparates. C'est, si l'on veut, la faculté créatrice, l'imagination, la fantaisie » (« Pour une pédagogie de la divergence », *Synthèses*, 204, 24-35, 1963).

« vigilance accrue qui met à notre disposition les paramètres constitutifs de notre existence » dont parle F. Roustang.

La concentration et l'imagerie mentale

Si l'on se penche maintenant sur ces éléments-clés que sont dans nos pratiques la *concentration* et l'*imagerie mentale*, on constate que l'hypnotiseur traditionnel s'efforce de canaliser l'attention du sujet sur un *stimulus* extérieur monotone et répétitif, alors que le sophrologue ou le thérapeute éricksonien préfèrent l'orienter sur une sensation corporelle interne (chaleur...), une image ou un souvenir agréable.

Ceci a l'avantage de favoriser la déconnexion et la dissociation monde extérieur-monde intérieur, d'approfondir la détente et le vécu agréable, de se laisser porter par ses images, guider dans l'affectif et l'émotionnel par un langage qui leur est propre (l'image), ainsi renoncer à son « petit moi jacasseur », selon l'heureuse expression de J. Donnars, et céder le terrain à la fantaisie, l'imagination créatrice pour impulser des attitudes, des ressources nouvelles.

On privilégiera selon les buts recherchés une *focalisation délibérément entretenue* sur telle image (objet mental, souvenir agréable) ou, à l'opposé, une *libre disponibilité* à ce qui advient des images internes, à l'écoute du flux de la vie psychique et de son ancrage organique.

Tout cela est particulièrement vrai en Relaxation Dynamique : concentration sur un objet, contemplation de son image corporelle, ou méditation inspirée du zen.

Notons quelques procédés utilisés tant en sophrologie qu'en hypnose :

- *Concentration* sur une image, un son, une couleur, etc. agréables ;
- *Immersion* dans une situation passée (sophromnésie ou régression en âge) afin d'en retirer des données positives, constructives (recadrages nouveaux par exemple) ;
- Passage d'une *visualisation « associée »* (immersion dans une expérience de réussite dont on revit les sensations et émotions) à une *visualisation « dissociée »* (observation du même scénario de l'extérieur cette fois... étape cognitive – cf. G. Missoum – pour repérer des ressources réexploitables pour une autre expérience similaire à venir) ;
- *Anticipation de soi* dans un futur proche, les objectifs étant réalisés (sophro-acceptation positive, ou expérimentation de solutions possibles) ;
- On peut aussi sans modifier le contenu des images « s'amuser » avec elles, les *déplacer* à son gré dans l'espace, en déplacer des éléments : il m'est arrivé de demander à un patient en hypnose d'envoyer (se) promener une

partie de lui ou tendance indésirable – une envie de fumer par exemple – où elle le souhaitait, d’aller se dissiper ailleurs en somme.

Remarques sur la proposition de lâcher-prise

Disons enfin que si le patient répond aux inductions hypnotiques ou sophroniques, s’il fait une démarche pour un travail en état de conscience modifié, c’est qu’il croit pour son évolution aux bienfaits d’une « force » intérieure (force extérieure en hypnose traditionnelle) mobilisable dans un état « autre qu’ordinaire », qu’il s’agit donc auparavant d’atteindre ou de réaliser.

Il me semble que cette même *problématique de l’abandon, en confiance ou non*, se retrouve dans une plus ou moins grande facilité à *l’endormissement* : si le sommeil est estimé réparateur, on s’y adonne avec plaisir, et dans le cas contraire, les frayeurs nocturnes ou tout ce qui peut s’imaginer de redoutable quand on relâche la vigilance alimentent les insomnies.

Les difficultés au relâchement sophronique « aux portes du sommeil » ou les « résistances » à l’hypnose rejoignent souvent non seulement la question de l’abandon, la perte du lien avec l’extérieur et les autres, mais aussi la crainte de perdre ses repères conscients structurants, voire ses limites ou son identité (fantasmes d’intrusion de l’autre en soi, de manipulation par l’hypnothérapeute).

Une patiente écartait d’emblée un suivi en hypnose par peur de retomber dans la relation d’emprise qui l’aliénait à sa mère (« Une mère qui décide tout pour moi, qui m’a toujours dicté ce qui est bon pour moi »). Elle acceptait cependant de se détendre avec des techniques sophroniques estimées moins intrusives et considérées comme gérables par elle de façon autonome hors de nos séances.

Certaines attitudes face à la mort (autre « sommeil »... définitif celui-là) *stimulent ou freinent l’accès à la transe ou à l’état sophronique* : croyance ou non à une conscience « transcendante » illimitée, à découvrir ou à retrouver quand on quitte sa conscience ordinaire (soumise aux impératifs d’espace et de temps, à la réalité commune), croyance en un « au-delà » et rejoindre le divin, ou au contraire la mort considérée comme une pure perte... Autant de positions personnelles qui encouragent ou font obstacle au lâcher-prise.

Le désir d’immortalité peut d’ailleurs, chez les patients comme chez les thérapeutes, être à la source de bien des démarches visant à tutoyer, déjà en vie, une réalité « autre » (pour bien se prouver qu’elle existe ?) sans limitations temporelles ni spatiales, états de transe ou d’extase comme révélateurs d’un ailleurs transcendant. Dans les « trances culturelles » on renonce à son *self control* dans l’espoir de rencontrer la divinité, aboutir

à la clairvoyance, à la communion des esprits, aux pouvoirs surnaturels. Abandonner ses limites corporelles et le « réel ordinaire » pour y survivre, accéder à un vécu plus puissant (tout-puissant ?), surmonter la perte et la mort et tenter d'expérimenter l'existence de l'au-delà, semblent parfois au cœur de certains engouements pour les états modifiés de conscience.

MODES D'ACTIVATIONS THÉRAPEUTIQUES EN HYPNOSE ET EN SOPHROLOGIE

En fonction des distinctions réalisées au début de cet ouvrage, *le travail d'évolution ou de thérapie* peut, en *sophrologie*, emprunter plusieurs voies :

- La (l'auto) suggestibilité du sujet, considérablement favorisée par l'état sophronique, est mise à profit dans les techniques que j'ai appelées « à visée résolutive directe ».

C'est le cas d'un sportif en proie au trac qui va progressivement se déconditionner en se projetant mentalement en situation de compétition beaucoup plus serein et adapté.

Les principes, limites et modes d'action de cette approche d'imagerie positive associée à la relaxation paraissent très comparables à ceux de certaines méthodes *comportementales* fondées sur le (dé)conditionnement ;

- On peut se servir aussi de l'état sophronique pour laisser libre cours à l'imagination, se mettre en contact avec cette partie de soi qui cherche à ouvrir les données, qui explore de nouvelles ressources, peut expérimenter d'autres attitudes, découvrir d'autres issues aux problèmes. Mais on le fait beaucoup plus « en conscience » qu'en hypnose.

S'installer par exemple mentalement dans une situation problématique et tirer bénéfice de l'état sophroliminal pour laisser apparaître des ressources aidantes (parfois surgissent des aides très classiques – image agréable, respiration ventrale –, mais parfois aussi de beaucoup plus subjectives) et les intégrer ensuite en Sophro-Acceptation Progressive.

Ou autre travail symbolique proche de l'« imagination créatrice » de C.G. Jung et du rêve-éveillé (Desoille, Leuner) ;

- Il est une autre voie de la sophrothérapie, dite *découvrante*, visant à mieux élaborer les conflits, la problématique du sujet, en mettant en question ses désirs, ses craintes, ses fantasmes, ses « croyances » inconscientes.

On tient ici compte des (en)jeux transférentiels, dans une optique très proche des « psychothérapies d'inspiration analytique » (associations libres d'images en état sophronique, sophromnésies...).

Reconnaissons ici que ces méthodes « découvrautes » ne font pas – telles quelles – partie de la démarche typiquement caycédienne (n'étant pas

axées sur le positif *stricto sensu*). Elles n'en paraissent pas moins légitimes et fructueuses à bon nombre de praticiens de formation analytique.

L'hypnothérapie ericksonienne quant à elle ne repose pas sur l'interprétation, la recherche du sens des symptômes, de leurs causalités. Elle ne peut non plus être assimilée, contrairement à l'ancienne hypnose, à un quelconque travail de suggestion ou de conditionnement.

Le patient se plonge ici dans le jeu aux cartes innombrables et imprévisibles de sa *consciente inconsciente* pour en tirer d'autres atouts, tandis que jusque-là sa main se dirigeait invariablement vers les mêmes figures contraignantes.

Comme le dit très justement E. Collot :

En hypnose « le sujet semble “présent” à deux niveaux simultanément. (...) Le premier “niveau de réalité” est vécu en tâche de fond, en arrière plan : la réalité environnante est perçue a minima ; ce sont surtout les automatismes qui permettent l'interaction physique avec l'environnement. Le second niveau, celui de la réalité psychique, est vécu plus intensément, avec une grande profondeur, et d'innombrables possibilités d'articulation, d'association, de condensation avec les contenus mnésiques, y compris sous forme cœnesthésiques (mise en relation du corps physique, fantasmatique et des processus psychiques). Tout se passe comme si, demeurant au plan de la réalité objective, le sujet accédait à une réalité plus vaste. C'est en collaboration avec cette partie du psychisme du sujet que le psychothérapeute va œuvrer¹. »

Et l'on peut, avec cet auteur, postuler « l'existence d'un *continuum* depuis la conscience “biologique” ou “biochimique” jusqu'à la conscience “psychique”. En conséquence, et bien que la nature du lien entre le phénomène moléculaire et les processus de pensées nous échappe aujourd'hui, l'hypnose apparaît comme un lieu privilégié où ce lien se manifeste². »

Pour conclure, me revient en mémoire un propos de Butler :

« Définir, c'est entourer d'un mur de mots un terrain vague d'idées. »

Hypnose et sophrologie restent encore à bien des égards des terrains vagues qu'il serait bien imprudent de vouloir circonscrire trop rapidement.

J'avance ici simplement l'idée que, tout en étant des disciplines très voisines, hypnose et sophrologie ne sauraient être réduites l'une à l'autre.

Les modes d'induction et les « leviers » thérapeutiques ont en effet paru sensiblement différents.

Le praticien ne se plaindra pas non plus d'avoir plus d'un atout entre les mains.

1. Collot E., « Hypnose et hypnothérapie », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-820-B-50, 2002, pp. 7-8.

2. *Ibid.*, p. 8.

Tableau 18.1. Tableau récapitulatif Sophrologie – Hypnose éricksonienne

	Sophrologie	Hypnose éricksonienne
Détente	Oui	Oui ou Non
Isolement sensori-moteur	Oui	Oui
Concentration	Oui	Oui
Imagerie mentale	Oui (cf. techniques d'activation sophronique)	Focalisation sur image, souvenir positif, immersion dans situation passée, anticipation positive du problème résolu, expérimentation de solutions nouvelles, visualisation « associée » et visualisation « dissociée », etc.
Stratégies de communication	<i>Terpnos logos</i> visant à abaisser le niveau de vigilance.	Effets d'attentes, de surprises, paradoxes, communication à deux niveaux, suggestions intercontextuelles, confusions, recherche de phénomènes involontaires...
Travail sur le schéma corporel et l'image de soi	Oui, toujours présent. Relaxation Dynamique de Caycedo.	Occasionnel, selon objectif.
Fonctionnement Conscient-Inconscient	Mise entre parenthèses des fonctions de contrôle du moi (analyses, synthèses, initiatives calculées...) Élargissement du champ de la conscience. Vécu unitaire.	Dépotentialisation du Conscient. Mode de fonctionnement inconscient recherché. Accès aux informations de l'inconscient, aux ressources bio-psychologiques pour délier les symptômes, trouver des solutions nouvelles. Vécu dissocié.
Travail en groupe	Oui	Non
Relation thérapeutique	Alliance Apprentissage	Position basse Apprentissage Stratégies multiples

CONCLUSION

*ENTENDONS TRANSE ET CONTRE-TRANSE FAIRE
OU « LES AVENTURES CONJUGUÉES DE MILTON
ET SIGISMOND »*

Psychanalyse ou hypnose éricksonienne ?

Il était en leur temps deux garçons aux caractères fort contrastés. On les appellera... Tenez, Milton et Sigismond (pour préserver leur anonymat).

C'était Don Quichote et Sancho, ou, si vous préférez, le jour et la nuit. Ils s'entendaient comme larrons en foire, « cul et chemise » aimaient à répéter les parents de Milton dont le langage, simple et bon enfant, tranchait avec le style plus académique de l'entourage de Sigismond, un milieu « bien comme il faut ».

Les deux enfants, bien que n'ayant cure du monde des adultes, étaient eux-mêmes très différents : Milton, d'humeur enjouée, toujours à l'affût d'un bon tour, apportait à son ami, esprit subtil mais un brin tourmenté, la touche de fantaisie qui lui faisait défaut. Il tirait profit en revanche de la brillance et d'une sûreté de jugement très manifeste chez le jeune Sigismond.

Leur relation de tendre camaraderie s'accompagnait d'une saine émulation prenant parfois allure de franche rivalité.

Ceux qui les ont bien connus ont rapporté quelques anecdotes bien révélatrices du lien de sympathique tension qui les unissait.

Alors qu'ils avaient tous deux une dizaine d'années, Sigismond, agacé de faire trop souvent les frais des plaisanteries de Milton, lui posa en termes

énigmatiques¹ une devinette (probablement destinée à déstabiliser son compagnon) :

« – *Psycha et hypno sont sur un bateau,
Hypno tombe à l'eau
Qu'est-ce qui reste² ?* »

Milton, flairant à son habitude le danger sans rien y comprendre, esquiva le problème et répondit sans grand tracas :

« – *Qu'est-ce qui reste ?... Euh... Le bateau !* »

Sigismond ne put réprimer une moue décontenancée, et pensa que son camarade, avec de telles réactions, n'irait probablement pas bien loin dans la vie.

Il n'en dit pourtant mot.

On retrouve quelques années plus tard les mêmes compères, devenus adolescents, dans la villa de l'un d'eux. Les meilleurs historiens prétendent qu'ils étaient alors très certainement chez Sigismond, bien qu'un récent colloque consacré à ce problème ait émis quelques sérieuses réserves à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, les jeunes gens, alors en vacances, aimaient se rencontrer en fin d'après-midi, après des journées diversement occupées, à courir les filles ou les musées.

Ce soir-là, Milton, qui affichait déjà une piètre santé, s'affala de tout son long sur le canapé du salon, ne laissant pour seule place à son ami qu'un vieux fauteuil en arrière du divan.

Bon gré, mal gré, celui-ci s'y installa et, en quête d'une idée originale, fit à son copain cette proposition inattendue :

« – *Tu as très précisément 3/4 d'heure³ pour me dire tout ce qui te passe par la tête... Je dis bien tout, sans tri, ni censure !* »

Milton songea qu'il était bien fatigué pour se prêter à de semblables âneries, mais se résigna, ne se sentant pas la force de contrarier son compagnon :

« – *C'est d'accord, fit-il, sans enthousiasme.* »

Les quelques deux ou trois minutes de silence qui suivirent mirent Sigismond un tantinet mal à l'aise, bien qu'il voyait là confirmation flagrante de cette pauvreté d'imagination qu'il avait toujours repérée chez Milton.

« – *Un, deux... et trois !* » ponctua subitement ce dernier (non sans une certaine logique, on l'avouera).

1. En comprit-il lui-même toute la portée ?

2. Astuce bien connue des enfants d'aujourd'hui, reprise sous la forme « Pince-mi, pince-moi ».

3. Preuve que Sigismond n'avait pas encore entendu parler de Lacan.

Après un sérieux temps d'arrêt, il compléta : « – *Quatre, cinq... et six !* » Temps de silence et comptage méthodique furent ainsi alternés jusqu'au nombre *soixante-neuf*.

« – *Pourquoi s'arrêter à 69 ?*, dit alors Sigismond, heureux de pouvoir reprendre les choses en mains.

– *Va savoir !*, fit Milton,

– *Va « ça » voir*, répéta Sigismond comme pour lui-même. »

Il se mit à regretter son initiative, n'ayant jamais pensé qu'elle pût générer autant d'ennui, et, sans mot dire, laissa volontiers ses idées s'envoler vers des contrées plus gratifiantes.

Entendait-il encore les curieux propos de son camarade :

« *Saura-t-on jamais à quel point être assis quand on est fatigué peut procurer un confort au moins aussi appréciable qu'évoquer un souvenir plaisant ?* »

Sigismond n'écoutait plus. Il songeait à sa chère Martha, auprès de laquelle il eut, de loin, préféré se trouver à cet instant. Laissant s'abaisser ses paupières pour mieux s'isoler avec sa bien-aimée, il sut imaginer la jeune fille aux traits fins et délicats qui attisait ses ardeurs d'adolescent amoureux.

Certes, n'était-elle pas vraiment belle (au sens des peintres et des sculpteurs), et il saurait le lui confesser en temps opportun¹ car il tenait à une stricte honnêteté.

Pourtant, elle seule, avec sa douceur, sa générosité de cœur, le charme de son maintien, et quelques attraits charnels incontestables, pouvait mobiliser chez Sigismond autant de passion.

Il venait tout récemment de lui déclarer sa flamme, aussi lui restait-il à prendre possession plus intimement de son corps... Le nombre 69 traversa alors malencontreusement son cerveau, stoppant net ses rêveries, pour le ramener à la morne réalité : devant lui, Milton, allongé, dans un jeu inepte qu'il avait lui-même inspiré.

Mais Sigismond, de tempérament plutôt obstiné, décida de poursuivre jusqu'au bout du temps imparti. Il ne serait pas dit qu'il aurait abdiqué avant son compagnon ! Et, du reste, il sentait ce dernier bien capable, avec ses airs à ne pas y toucher, de faire la cour à Martha, sa fiancée.

Milton n'avait ce jour-là visiblement rien d'intéressant à raconter : il « jouait le jeu » lui aussi, ne trouvant plus que dans ses sensations corporelles matière à poursuivre.

« – *C'est drôle, je me sens très lourd maintenant... Sans doute à cause de la fatigue... Ou de la détente... Je ne sais pas... Mais, comme c'est étonnant ! On dirait que mon **bras droit** va s'enfoncer dans le canapé... Tellement il est **lourd**...*

1. Sic ! cf. « Lettre à Martha » du 2 août 1882.

Mon bras gauche au contraire est tout léger !... Comme une montgolfière prête à s'envoler... »

Sigismond, avec la meilleure des volontés, ne pouvait tout de même s'extasier devant des propos aussi... légers ; d'ailleurs, il ne ressentait rien d'identique, puisque c'était chez lui **exactement l'inverse** : bras gauche lourd, bras droit léger !

« – *Très agréable légèreté* », renchérisait Milton, évoquant « *un oiseau qui plane, toutes ailes déployées, doucement soulevé par une légère brise...* »

Sigismond reconnut (en lui-même) que cette dernière image était la bienvenue, en ce lourd après-midi d'été.

Mademoiselle Anna, la très discrète femme de ménage, n'aurait pas moins été surprise, si, entrant par mégarde à ce moment dans le salon, elle avait aperçu le jeune Milton élucubrant sur le divan, avec son camarade derrière lui, un bras levé, comme assoupi.

Assoupi, il l'était ! Et ne devait reprendre pleinement conscience que quelques instants après, à l'heure où la belle comtoise sonnait la fin des amusements.

Tout laisse à penser que ni l'un ni l'autre ne renouvelèrent par la suite semblable expérience.

Sigismond confiera beaucoup plus tard le rêve qu'il fit en « somnolant » sur son fauteuil.

Un de ses copains de classe lui demandait par où il devait passer pour se rendre à un endroit (dont il avait oublié le nom). Mais dès que Sigismond ouvrait la bouche pour lui donner cette information, le camarade en question lui coupait systématiquement la parole ! Très agacé, Sigismond finit par le mettre en demeure de se taire, s'il voulait avoir les précisions attendues. Tout ceci se déroulait sous l'œil intrigué de Jakob, le père de Sigismond.

Repensant à cette rêverie, le soir de cette fameuse journée, Sigismond (dont il faut reconnaître l'extrême acuité psychologique) saisit enfin le motif des tensions qu'il avait toujours éprouvées au contact de Milton depuis tout petit. Il dut admettre son désir de conserver à tout prix la suprématie, face à un rival qu'il souhaitait museler et régenter, en le mettant autant que possible en position de demandeur.

Quelques images s'associaient à ces déductions celle de son-demi frère, Philip, qui avait exactement le même âge que sa mère, et aussi celle de Hans, son neveu, si fier de montrer à Anna son beau « fait-pipi » !

Il ignorait cependant toujours ce qu'était venu faire son père dans cette fantaisie, et ne parvint malgré ses efforts à se souvenir de la destination recherchée.

L'adolescent s'endormit ce soir là, avec le sentiment d'une certaine avancée.

Milton n'était pas non plus trop mécontent de sa journée ; ces quelques mots jetés en vrac sur son journal intime peuvent en témoigner :

« Détours, contours, dérives, esquives... Sigismond, ce jour, *parfaitement mené en bateau*¹ ! »

En bon théoricien de l'œuf et de la poule, on peut légitimement se demander lequel des deux avait eu effet sur l'autre le premier : Milton en butte aux velléités de domination de son camarade et qui cherchait à les endormir ? Ou Sigismond dont les réactions et associations fertiles faisaient écho à la jubilation manipulatrice de son rival ami ?

Toujours est-il que, dans cette histoire, Milton a su trouver la stratégie utile à la réalisation de ses objectifs, tandis que Sigismond pénétrait de plein pied dans les tortueux méandres de la condition humaine.

Faire une comparaison entre hypnose éricksonienne et psychanalyse serait à mon sens se leurrer dans un glissement du qualitatif (la *nature* de leurs approches est radicalement différente, et l'on n'en retire pas les mêmes effets) au quantitatif (« cette thérapie est plus puissante, ou plus efficace, ou plus en profondeur, etc. »).

On se retrouverait entre thérapeutes un peu comme Hans (le neveu !) avec ses petits copains, à se demander qui fait pipi le plus loin !

Aucune allusion ici naturellement à la satisfaction retirée par certains de la longueur ou de la brièveté de leurs thérapies.

Séduire Anna avec son bel instrument, projetait Hans ? Mais Anna n'appartiendra jamais à Hans, ni la thérapie à personne !

Si tous les chemins mènent à l'homme, leurs parcours sont éminemment singuliers ; on ne saurait les figer dans cette seule alternative : extirper les vieux démons ou se faire aider par notre bon ange.

Aujourd'hui je me sens pousser des ailes.

À la fois d'ange et de démon.

HISTOIRE DE FAMILLE

Hypnose ou sophrologie ?

« Alors en fin de compte t'es sophrologue ou hypnothérapeute ?

– J'ai reçu l'an dernier un patient qui tenait absolument à travailler en sophro avec moi, mais ne voulait surtout pas avoir affaire au psychologue que je suis ! On lui avait dit que ça soulevait parfois des problèmes de famille et il tenait à garder sa femme...

1. Souligné par lui.

- Il savait que tu travailles aussi en hypnose ?
- Oui, mais il n'en voulait pas non plus. Trop peur d'être influencé sans qu'il s'en rende compte ! Il cherchait tellement à me ligoter sous la casquette sophro que j'avais du mal à m'y résoudre.
- Mais comme t'avais pas grand choix, t'as fini par le suivre en sophro...
- Pas exactement. Il est venu la semaine suivante et a continué à me parler de ses problèmes, et une autre fois encore, puis encore et encore... Ainsi pendant trois ou quatre mois.
- Comment ça ! Il n'a jamais fait de sophro ?
- Jamais. Il me parlait de lui et se plaignait notamment d'un certain désir de contrôler les gens, de les tenir en laisse, de leur coller des étiquettes. Je l'écoutais...
- Il ne s'est jamais plaint d'être en face du psychologue ?
- Je ne vois pas de quoi tu parles. Il cherchait quelqu'un pour l'aider et ça avait l'air d'avancer... Alors hypno, sophro ou une autre formule !... D'ailleurs, après la première séance, il n'en a plus reparlé.
- Et tu disais qu'après quelques mois d'entretiens il allait mieux ?
- Beaucoup mieux ! Il l'affirmait et ça se sentait. Plus libre dans sa tête et dans ses mouvements. Il allait et venait à sa guise dans son histoire et dans sa vie... Il paraissait plus en accord avec lui-même, plus spontané et ouvert aux changements.
- C'est sa femme qui a dû apprécier la différence !
- Ils ont divorcé peu de temps après.
- Arrête de divaguer un moment s'il te plaît.
- Je te raconte seulement ce qui s'est passé. Oh, et puis tu sais, moi, les histoires de famille... »

EN AVANT LA MUSIQUE

Harmonie *Ad Libitum*

On raconte, entre mille anecdotes, que le jeune Mozart fut un jour mis au défi de jouer un passage impossible : tandis que la partition retenait chaque main aux deux extrémités du clavier il lui fallait faire entendre une note au beau milieu de l'instrument ! Techniquement injouable n'est-ce pas ? C'était méconnaître le sens de l'adaptation et la liberté d'initiative du petit Amadeus. Il s'aïda de son nez pour faire sonner la touche incongrue et poursuivit le morceau de façon plus orthodoxe.

Virtuose ou besogneux, le thérapeute rôdé à ses techniques saura également en user selon les règles convenues, les asservir ou même les délaïsser selon la partition avancée par le patient.

Membre d'un groupe, il en partage les orientations, les modes d'approche avec leurs règles, techniques et codifications générales.

Il est en ce sens semblable à tout autre de sa famille thérapeutique.

Mais les particularités de son parcours, la diversité de ses formations, son expérience clinique qui mêle avec plus ou de moins de bonheur l'apport de méthodes différentes (psychanalyse, PNL, gestalt, hypnose, sophrologie...), le placent en affinité pratique sinon théorique avec certains de ses confrères seulement.

Le thérapeute est à cet égard semblable à quelques autres.

Enfin, tel un musicien suffisamment au point avec ses gammes pour ne plus être encombré par la technique, son inspiration le guide qui le met au diapason de son patient pour jouer des registres utiles.

Le thérapeute n'est fondamentalement semblable à aucun autre.

Cet ouvrage est le fruit d'une pratique, pédagogique et thérapeutique.

Les interrogations et réflexions théoriques que cette pratique a suscitées portent évidemment la marque de ma formation psychologique.

Un éclairage parmi d'autres...

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM K. (1966), *Développement de la libido*, Paris, Payot.
- ABREZOL R. (1992), *Vaincre par la sophrologie*, Lausanne, Soleil.
- ABREZOL R. (1972), *Sophrologie dans notre civilisation*, Neuchâtel, Inter Marketing Group.
- ABREZOL R. (1980), *Naître et bien-être*, Lausanne, L'Âge d'homme.
- ABREZOL R. (1983), *Sophrologie et sport*, Lausanne, Signal.
- ALEXANDER F. (1952), *La Médecine psychosomatique*, Paris, Payot.
- AMADOU R. et coll. (1984), *Hypnose, magnétisme, relaxation*, Paris, Sand.
- ANCELIN A., SAURET M.J. (1977), *Le Corps et le groupe*, Paris, Privat.
- ANCELIN-SCHUTZENBERGER A. (1978-1979), « Image mentale et visualisation », *Bulletin de Psychologie*, 339, XXXII, 3-7, 361-374.
- ANZIEU D. (1990), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- AUDOIN J.-L., SOUFFIR J. (1980), *Pour la femme, 50 exercices de sophrologie*, Paris, Retz.
- AURIOL B. (2004), *La définition de la relaxation, Introduction aux méthodes de relaxation*, ch. 2, <http://auriol.free.fr/yogathera/relaxation/definition.htm>.
- BARON E. et coll. (1981), *Détente et mouvement en psychothérapie*, Paris, ESF.
- BECCHIO J., JOUSSELLIN C. (1994), *Nouvelle hypnose, Initiation et pratique*, Paris, L'Épi.
- BERGERET J. (1983), « Toxicomanes et délinquants », *Bulletin de Psychologie*, XXXVI, 359, 225-232.
- BERGERET J. et coll. (1979), *Psychologie pathologique*, Paris, Masson, 3^e éd.
- BERGES J., BOUNES M. (1974), *La Relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Paris, Masson.
- BERNARD M. (1976), *Le Corps*, Paris, Universitaires.
- BIZE P.R., GOGUELIN P. (1968), *L'Équilibre du corps et de la pensée*, Paris, Marabout.
- BLANC B. (1996), *Former avec la sophrologie*, Lyon, Chronique Sociale.
- BOON H., DAVROU Y., MAQUET J.C. (1976), *La Sophrologie*, Paris, Retz.
- BOURGEOIS P. (1973), « Image du corps et anorexie mentale », *Evol. Psychia.*, XXXVIII, 1, 73-121.
- BOUVRON A.M. (1984), « L'Espace personnel, une approche expérimentale et psychanalytique », *Bulletin de Psychologie*, XXXVII, 365, 565-573.
- BRASSEUR N. (1993), « Sophrologie et maîtrise du poids », *Sophrologie & Connaissance*, 2.
- CAYCEDO A. (1969), *Progrès en sophrologie*, Barcelone, Scienta.
- CAYCEDO A. (1971), *Dictionnaire abrégé de Sophrologie et de Relaxation Dynamique*, Barcelone, Emegé.
- CAYCEDO A. (1979), *L'Aventure de la sophrologie*, Paris, Retz.
- CHAUCHARD P. (1956), *Physiologie de la conscience*, Paris, PUF, Que sais-je.
- CHENE P.A. (1985), *Manuel pratique d'accouchement par Sophrologie*, Paris, de la Norière.
- CHERTOK L. (1963), *L'Hypnose*, Paris, Payot.

- CHERTOK L. (1979), *Le non-savoir des psy*, Payot.
- CHERTOK L. (1983), « Actualités de la suggestion ou les vicissitudes de la relation thérapeutique », *Nouvelles tendances en psychothérapie*, Paris, Masson.
- COLLOT E. (1995), « Les États non ordinaires de conscience et l'hypnose », *La Transe et l'hypnose*, Paris, Imago.
- COLLOT E. (2002), « Hypnose et hypnothérapie », *Encyclopédie Méd. Chir., Psychiatrie*, 37-820-B-50.
- CORRAZE J. et coll. (1980), *Image spéculaire du corps*, Paris, Privat.
- COSNIER J. (1988), « À propos de l'autoérotisme dans ses rapports avec le narcissisme », *Revue française de Psychologie*, xli, 5-6, 1019-1028.
- COSTE J.C. (1977), *La Psychomotricité*, Paris, PUF, Que sais-je.
- DAUTREMONT D. (1974), « Du corps dans le groupe », *Bulletin de Psychologie*, n° spécial, pp. 164-166.
- DAUVEN J. (1977), *Les Pouvoirs de l'hypnose*, Dangles.
- DAVID P. (1981), *La Séance de psychanalyse*, Paris, A. Colin.
- DAVROU Y. (1981), *La Sophrothérapie*, Paris, Retz.
- DAVROU Y. (1985), *Comment relaxer vos enfants*, Paris, Retz.
- DAVROU Y., LECLERCQ F. (1986), *Les Étonnantes possibilités de votre mémoire par la sophrologie*, Paris, Retz.
- DAVROU Y., MACQUET J.C. (1978), *Le Guide pratique de la sophrologie*, Paris, Retz.
- DE BOUCAUD M., DARQUEY J. (1983), *Le Projet en psychothérapie par le corps et par l'image*, Paris, ESF.
- DE LANDSHEERE (1963), Pour une pédagogie de la divergence, *Synthèses*, 204, 24-35.
- DECLERCK M. (2004), *Le Schéma corporel en sophrologie et ses applications thérapeutiques*, Paris, L'Harmattan.
- DECLERCK M. et coll. (2004), *Les Images en sophrologie*, xxxvii^e congrès de la Société Française de Sophrologie, Paris, L'Harmattan.
- DELAY J. (1970), *Les Maladies de la mémoire*, Paris, PUF, 5^e éd.
- DESOILLE R. (1973), *Entretiens sur le rêve-éveillé-dirigé en psychothérapie*, Paris, Payot.
- DOLTO F. (1984), *L'Image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- DONNARS J. (1981), *Vivre*, Paris, Tchou
- DORON R. (1978), *Éléments de psychanalyse*, Paris, PUF.
- DUBOIS O. et coll. (2003), « Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique », *Encyclopédie Méd. Chir., Psychiatrie*, 37-870-A-10.
- ERICKSON M.H. (1993), *L'Hypnose thérapeutique – Quatre conférences*, Paris, ESF., 3^e éd.
- ETCHELECOU B. (1992a), « Entendons transe et contre-transe faire », *Phoenix*, n° 17, décembre.
- ETCHELECOU B. (1992b), « Hypnose éricksonienne et sophrologie », *Phoenix*, n° 14, mars.
- ETCHELECOU B. (1994), « À l'épreuve d'un tic », *Phoenix*, n° 22, mars.
- ETCHELECOU B. (1995), « Grosso modo la faim et quelques moyens », *Phoenix*, n° 28, septembre.
- ETCHELECOU B. (1996a), « Hypnose éricksonienne et sophrologie : un air de famille », *Phoenix*, n° 33, décembre.
- ETCHELECOU B. (1996b), *Manuel de Sophrologie Pédagogique et Thérapeutique*, Maloigne, 2^e éd.
- ETCHELECOU B., GODIN J. (1990), « Sophrologie et hypnose », *Phoenix*, n° 7, avril.
- EY H. (1968), *La Conscience*, Paris, PUF, 2^e éd.
- FABRE N., MAUREY G. (1985), *Le Rêve-éveillé analytique*, Paris, Privat.
- FEIJOO J. et coll. (1986), *Traité de Sophrologie*, t. 3, Physiologie, Paris, Courrier du Livre.
- FERNANDEZ L. (1982), *Sophrologie et compétition sportive*, Paris, Vigot.
- FILLOUX J.C. (1951), *Le Tonus mental*, Paris, PUF, Que sais-je.
- FONTAINE O. (1978), *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Dessart.
- FREUD S. (1936), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Idées.
- FREUD S. (1950), *Ma Vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Idées.
- FREUD S. (1962), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, Idées.
- FREUD S. (1968), *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, Idées.

- FREUD S. (1973), *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 6^e éd.
- FREUD S. (1973a), *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, Idées.
- FREUD S. (1973b), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- FREUD S. (1973c), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot.
- FREUD S. (1974), *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- FREUD S. (1975), *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 5^e éd.
- FUSINI-DODDOLI M. (1970), *Le Rêve-éveillé-dirigé*, Paris, ESF.
- GANTHERET F. (1968), « Le Corps en psychologie clinique », *Bulletin de Psychologie*, 270, XXI, 15-19, 933-935.
- GEISSMANN P., DURAND DE BOUSINGEN R. (1968), *Les Méthodes de relaxation*, Dessart, 2^e éd.
- GENTIS R. (1982), *Leçons du corps*, Paris, Flammarion, Champs.
- GODIN J. (1991), « Hypnothérapie », *Encyclopédie Méd. Chir.*, Psychiatrie, 37820-B-50.
- GODIN J. (1992), *La Nouvelle hypnose*, Paris, Albin Michel.
- GUILHOT J. (1974), *Désir et conduite*, Paris, Denoël.
- GUILHOT J. (1980), *Le Concept de libido*, Paris, PUF.
- GUILLOT M.A. et J. (1987), *Analyse, activation et action thérapeutiques*, Paris, ESF.
- GUSDORF G. (1951), *Mémoire et personne*, Paris, PUF.
- HALEY J. (1984), *Un Thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*, Paris, Épi.
- HAUMONT C. (1980), *Le Guide Marabout de la relaxation et de la sophrologie*, Paris, Marabout.
- HELD R. (1968), *Psychothérapie et psychanalyse*, Paris, Payot.
- HERMANT G. et coll. (1986), *Le Corps et sa mémoire*, Paris, Doin.
- HERVAIS C. (1990), *Les Toxicos de la bouffe*, Paris, Buchet-Chastel.
- HUBERT J.P. (1980), *La Relaxation Dynamique*, Paris, Centre de sophrologie de Paris.
- HUBERT J.P. (1982a), « Sophrologie et psychanalyse », conférence au Congrès Mondial de Bogota.
- HUBERT J.P. (1982b), *Traité de sophrologie*, t. 1, Origines et développements, Paris, Courrier du Livre.
- HUBERT J.P. (1983), « La Sophrologie », in *Les Médecines différentes*, Paris, Dauphin, pp. 261-274.
- HUBERT J.P., ABREZOL R. (1985), *Traité de sophrologie*, t. 2, Méthodes et techniques, Paris, Courrier du Livre.
- JEDDI E. et coll. (1982), *Le Corps en psychiatrie*, Paris, Masson.
- JEZIC H. (1982), *La Sophrologie, le corps et l'âme*, Paris, Buchet-Chastel.
- JOST J. et coll. (1977), *La Musicothérapie et les méthodes nouvelles d'association des techniques*, Paris, ESF.
- KLEIN M. (1969), *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.
- KLEIN M. (1976), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- KLEIN M. et coll. (1972), *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2^e éd.
- LACAN J. (1971), « Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du je », *Écrits 1*, Paris, Seuil, Points, pp. 89-97.
- LAGACHE D. (1965), « Le Modèle psychanalytique de la personnalité », in *Les Modèles de personnalité en psychologie*, Paris, PUF, BSI, pp. 91-117.
- LAPLANCHE J. (1970), *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1973), *Vocabulaire de psychanalyse*, Paris, PUF, 4^e éd.
- LAUNAY J. et coll. (1975), *Le Rêve-éveillé-dirigé et l'inconscient*, Bruxelles, Dessart.
- LE SCANFF C. (1995), *La Conscience modifiée*, Paris, Payot.
- LEMAIRE A. (1977), *Jacques Lacan*, Bruxelles, Dessart, 2^e éd.
- LEMAIRE J.C. (1964), *La Relaxation*, Paris, Payot.
- LITOVSKY DE EIGUER D., CHANOIT P.F. (1974), « Une expérience de techniques associées : expression corporelle et psychothérapie de groupe », *Bulletin de Psychologie*, n^o spécial, pp. 167-174.
- LOWEN A. & LOWEN L. (1978), *Pratique de la Bioénergie*, Paris, Tchou.
- LOWEN A. (1981), *La Bioénergie*, Paris, Tchou.

- MAHLER M. (1977), *Psychose infantile*, Paris, Payot.
- MALAREWICZ J.A. (1990), *Cours d'hypnose clinique : études éricksoniennes*, Paris, ESF.
- MALAREWICZ J.A., GODIN J. (1986), *Milton Erickson, de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*, Paris, ESF.
- MARCEL J.L. (1978), *Bio-électronique médicale*, Paris, Maloine.
- MILLS J.C., CROWLEY R.J. (1995), *Métaphores thérapeutiques pour enfants*, Paris, Desclée de Brouwer.
- MISSEWARD A. (1974), « Note sur le corps, dans les groupes et ailleurs », *Bulletin de Psychologie*, n° spécial, pp. 161-163.
- NATCHT S. (1956), « La Thérapeutique psychanalytique », in *La Psychanalyse d'aujourd'hui*, 2^e éd., Paris, PUF, pp. 123-168.
- NICOLAS A. (1972), *Reich*, Paris, Seghers
- PAGES M. (1985), « L'Emprise », *Bulletin de Psychologie*, XXXVI, 360, pp. 503-509.
- PALMIER J.M. (1972), *Lacan*, Psychothèque, Paris, Universitaires.
- PASINI W. et coll. (1981), *Éros et changement – Le Corps en psychothérapie*, Paris, Payot.
- PELICIER Y. et coll. (1983), *La Serrure et le songe*, Paris, Médica-Économica.
- PERREAULT-PIERRE E. (1997), *Sophrologie et performance sportive*, Paris, Amphora.
- PETOT J.-M. (1995), « Hypnose, absorption et ouverture à l'expérience », *La Transe et l'hypnose*, Paris, Imago.
- PROUST M. (1918), *Du Côté de chez Swann*, NRF, t. 1, Paris, Gallimard.
- RAGER J. (1973), *Hypnose, sophrologie et médecine*, Paris, Fayard.
- RAOUL E. (1983), *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité*, Paris, Maloine.
- REICH W. (1952), *La Fonction de l'orgasme*, Paris, L'Arche.
- REICH W. (1971), *L'Analyse caractérielle*, Paris, Payot.
- RIOUX G. et coll. (1980), *Déterminants psychologiques de la performance*, Paris, Vrin.
- RIOUX G., THILL E. (1983), *Compétition sportive et psychologie*, Chiron.
- RISCH H. (1983), « La Relaxation », in *Les Médecines différentes*, Paris, Dauphin, pp. 171-188.
- ROSOLATO G. et coll. (1971), « Lieux du corps », *Nouvelle Revue Psychiatrique*, n° 3, printemps, Paris, Gallimard.
- ROUSTANG F. (2000), *Comment faire rire un paranoïaque*, Paris, Odile Jacob.
- ROUSTANG F. (2000), *Qu'est-ce que l'hypnose*, Paris, Minuit.
- ROUSTANG F. (2004), « Qu'est-ce que l'hypnose médicale ? », sur Internet à <http://perso.wanadoo.fr/afehm.hypnose.medicale/presentation-hypnose.html>.
- ROUX M.L., « Le Corps en psychothérapie », *Le Praticien*, n° 376, p. 45.
- SAADA D. (1966), *L'Héritage de Freud*, Paris, Aubier Montaigne.
- SAMI-ALI M., (1977), *De la Projection – Une Étude psychanalytique*, Paris, Payot.
- SAMI-ALI M., *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod.
- SAPIR M. (1980), *Soignant-soigné : le Corps à corps*, Paris, Payot.
- SAPIR M. (1986), *Nous sommes tous des Psychosomatiques*, Paris, Dunod.
- SAPIR M. et coll. (1979), *La Relaxation : son approche psychanalytique*, Paris, Dunod.
- SCHILDER P. (1968), *L'Image du corps*, Paris, Gallimard.
- SCHULTZ J.H. (1977), *Le Training autogène*, Paris, PUF, 7^e éd.
- SCIUTO G. (1975), *Hypnose réelle*, St. Jean de Braye, Dangles, 3^e éd.
- SEGAL H. (1974), *Introduction à l'Oeuvre de M. Klein*, Paris, PUF, 2^e éd.
- SIVADON P., GANTHERET F. (1965), *La Rééducation corporelle des fonctions mentales*, Paris, ESF.
- SPITZ R. (1971), *De la Naissance à la parole*, Paris, PUF.
- TERRASSON S. (1986), *Plaisir et confort de l'accouchement*, Paris, de la Norière.
- TRAN-THONG (1972), *Stades et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*, Paris, Vrin, 4^e éd.
- VOUSINAS D. (1960), « Hypnose, suggestion, hystérie » in *Bulletin de Psychologie*, 184, XIV, 4, novembre, pp. 161-189.
- WALLON H. (1957), *L'Évolution psychologique de l'enfant*, Paris, Colin, 5^e éd.

- WALLON H. (1959), « Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant », *Enfance*, 3-4, pp. 252-263.
- WALLON H. (1963), « Les Étapes de la personnalité de l'enfant », *Enfance*, 1-2, 73-85.
- WALLON H. (1970), *Les Origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 4^e éd.
- ZEIG J.K. (1988), *La Technique d'Erickson*, Paris, Hommes et Groupes Editeurs.
- ZINDEL J.Ph. (1989), « The Use of hypnotic techniques in psychoanalytic therapies », in D. Waxman (Ed.), *Hypnosis*, London, Whurr Publishers, pp.125-130.
- ZINDEL J.PH. (1992), « How can Hypnosis enrich Psychoanalytic therapy and vice versa ? », in W. Bongartz (Ed.), *Hypnosis : 175 years after Mesmer*, Konstanz: Universitäts-Verlag Konstanz, pp. 207-211.
- ZINDEL J.PH. (1994), « L'Apport de l'hypnose à la psychothérapie des patients psychotiques », in *Actes de la Société Française d'Hypnose*, « L'Hypnose, 101 ans après Charcot, Bernheim, Janet et Freud », Paris, SFH, pp. 53-56.
- ZINDEL J.PH. (1995), « L'Hypnose, outil de proximité thérapeutique », *Le Journal des Psychologues*, 127, 34-36.
- ZINDEL J.PH. (2005), « L'Hypnoanalyse », *Psychomédia*, 7, 66-69.

ADRESSE UTILE

INSTITUT EUROPÉEN DE SOPHROLOGIE DU TRAVAIL

Associé au département de Psychologie de la Santé de l'université de Metz

Chambre des Employés Privés du Luxembourg

13 rue de Bragance

L-1255 Luxembourg

Tél. (00 352) 44 40 91-600

Fax (00352) 44 40 91-650

www.LLLC.lu

Bernard Etchelecou

COMPRENDRE ET PRATIQUER la Sophrologie

La sophrologie est à la fois l'étude de la conscience en harmonie et un ensemble de techniques visant à l'épanouissement et au bien-être de l'individu.

- Une première partie de l'ouvrage est consacrée à la **description des principales techniques sophrologiques** ;
- La deuxième partie porte sur des **applications de ces techniques dans le domaine pédagogique** : mémorisation, préparation aux examens, à l'accouchement, aux interventions chirurgicales, entraînement des sportifs ;
- La **thérapeutique sophronique** est examinée ensuite avec l'aide de nombreuses observations cliniques ;
- La dernière partie élargit le propos à **l'hypnose ériksonienne**, en montrant comment cette pratique peut efficacement se conjuguer avec la sophrologie.

Cet ouvrage répond au désir de fournir un ensemble de repères à ceux qui veulent aborder la sophrologie et les états modifiés de conscience dans les secteurs de la santé et du développement personnel, mais aussi de la pédagogie ou de l'entreprise.



Préface de
J. Philip Zindel

BERNARD ETCHÉLECOU



est psychologue clinicien, psychothérapeute en cabinet libéral et en institutions. Après avoir enseigné au Collège international de sophrologie médicale (Paris, Lyon), il est actuellement formateur – consultant à l'Institut européen de sophrologie du travail (Luxembourg).



9 782100 507559

6641476
ISBN 978-2-10-050755-9

www.dunod.com
www.intereditions.com

 **InterEditions**