

TRANSFERT ET ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le transfert et le contre-transfert, éléments indispensables dans le travail psychanalytique, consistent en la relation particulière qui s'établit entre le patient et le psychanalyste. Cette relation peut être investie positivement ou négativement. L'installation du transfert favorise le développement du processus analytique qui peut se définir par l'interprétation des conflits psychiques (souvent liés à l'enfance) refoulés et réactualisés dans la relation transférentielle.

Si le transfert est le pilier de la psychanalyse, il n'est pas l'apanage exclusif de la situation analytique. Il en concerne bien d'autres dès le moment où deux personnes sont en présence et entrent en relation pour s'intéresser à la parole de l'autre. En hypnothérapie, celui-ci a plus le statut qu'on lui connaît dans la « *psychothérapie d'inspiration analytique* » : il est surtout utilisé, manipulé, plus que décodé ou analysé.

L'hypnose fut l'une des premières méthodes thérapeutiques utilisée jusqu'en 1896, par Sigmund Freud. Il utilise au départ la thérapie suggestive, mise en évidence par Bernheim qui la développa au sein de l'hôpital de Nancy. Sa pratique thérapeutique n'a rien d'original : il donne au patient en état d'hypnose une suggestion visant à la disparition du symptôme. Par la suite, il utilisera la méthode cathartique qui lui permet de réveiller les traumatismes enfouis dans l'inconscient, en générant une décharge émotionnelle à valeur libératrice, l'abréaction. Pour Freud, le transfert sur l'hypnotiseur des fonctions dévolues à l'idéal du moi auquel le sujet cherche à se conformer, explique les phénomènes hypnotiques. Le transfert hypnotique ramènerait l'hypnotisé à un stade précoce de son développement.

Pour Milton Erickson, l'inconscient qui devient accessible pendant l'état hypnotique, n'est pas un espace de conflits comme en psychanalyse, mais un espace de ressources que l'on peut activer. L'hypnothérapie consisterait à amplifier certains mécanismes psychophysiologiques propres à l'état modifié de la conscience, en sollicitant à la fois le registre conscient et inconscient du fonctionnement mental.

Dans le contexte de l'hypnoanalyse, François Roustang¹ (1995) distingue deux phases : la phase d'induction où les interactions transfert, contre transfert et résistances, jouent un rôle prépondérant pour arriver ou non à l'état hypnotique, et l'état hypnotique qui serait un autre état de conscience, un quatrième état, la « veille paradoxale » (en référence au sommeil paradoxal) où les choses se passent un peu comme dans un rêve avec ses images entièrement axées sur les perceptions de son monde intérieur. Dans cette veille paradoxale, le thérapeute se réduit à une simple présence à peine perçue : « *En hypnothérapie il n'y a pas de transfert... Le patient ne s'intéresse pas pour lui-même à la personne du thérapeute, il attend que ce dernier l'aide à se mettre dans les conditions nécessaires pour que ce changement ait lieu, c'est-à-dire lui ouvre la voie de la transe hypnotique... La suggestion est*

¹ ROUSTANG F. 2004. Il suffit d'un geste - Ed Odile Jacob

partout dans toutes les relations et donc aussi en psychanalyse... En hypnothérapie, on ne croit à rien, on attend que l'expérience se déroule ».

Roustang distingue aussi deux types de transferts : un transfert immédiat dans la relation hypnotique et un transfert médiat dans la relation psychanalytique (qui n'est atteint qu'indirectement, à l'aide d'un intermédiaire).

Pour Antoine Bioy² (2005), le rapport hypnotique s'appuie aussi sur un transfert positif de type empathique autrement appelé « *transfert immédiat ou direct* ». Les suggestions hypnotiques, quant à elles, sont co-construites par le patient et le thérapeute, et vont permettre une régression au stade de l'identification primaire, défini par Freud.

La voix dans la relation hypnotique prend une place importante, pour Santiago-Delefosse³ (1998). Elle est une enveloppe qui possède une fonction contenante qu'elle nomme « *kangourou verbale* », un peu comme la voix de la mère délimite le psychisme du nouveau-né dans les premiers mois de la vie. Les suggestions du thérapeute sont vécues comme venant du monde intérieur du patient et lui permettent le « lâcher prise ». Ainsi, la relation hypnotique et sa fonction contenante archaïque avec sa capacité thérapeutique intrinsèque, permet une reconstruction.

En hypnoanalyse, la démarche se réfère avant tout à la psychanalyse. L'état hypnotique est soit introduit au début de thérapie, soit à des moments précis pour faciliter le travail d'association libre et aussi permettre une approche plus flexible des rêves et contenus fantasmatiques. L'état de conscience modifiée est utilisé comme support thérapeutique, et aussi comme objet de l'analyse. Le contenu sémantique de l'imagerie mentale est analysé selon le point de vue de la psychanalyse. En hypnoanalyse, le travail d'interprétation des conflits inconscients et des résistances passera en deuxième position après la prise de conscience émotionnelle, rendue possible par l'hypnose.

D'après Brown et Fromm (1986), en hypnoanalyse le travail sur la résistance et le transfert se voit simplifié et raccourci, grâce aux facteurs inhérents à l'hypnose tels que l'hypermnésie et la focalisation de l'attention.

Pour Jean-Dominique Vuillermet⁴ (2012), l'hypnose est un élément catalyseur : « *elle est toujours présente dans toutes les cures analytiques, même s'elle n'est pas exprimée de façon explicite* ». L'hypnose, qui permet de relâcher les défenses par l'induction, contribue à « *l'émergence de la pensée* ».

² BIOY A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique - Groupe d'études de psychologie - Bulletin de psychologie 2005 / 3 n° 477

³ SANTIAGO-DELEFOSSE M. 1998. De la voix hypnotique à la voix de la mère - Hypnose, Langage et Communication sous la direction de Didier Michaux : Chapitre 10 - Ed Imago

⁴ VUILLERMET JD. 2012. L'hypnose comme élément catalyseur dans les psychothérapies - Thèse de doctorat en Psychanalyse et psychopathologie - Université Denis Diderot Paris 7

Le contexte : de la démystification à l'alliance thérapeutique

Nous avons tous vu l'hypnose de music-hall dans les émissions de télévision ou sur internet, où l'on peut entendre tout et n'importe quoi sur le sujet. L'application qui en est faite aujourd'hui est bien éloignée du contexte thérapeutique. Il en découle une multitude d'informations erronées qui conditionnent les croyances du patient au sujet de l'hypnose.

Depuis quelques années, il est possible de bénéficier de l'hypnose dans le contexte de cabinets psychothérapeutiques, de centres médico psychologiques, ainsi que dans le contexte hospitalier. L'hypnose est devenue une thérapie à part entière, mais c'est le contexte du soin et du soulagement du patient, dans lequel elle est utilisée, qui doit conditionner ce que l'on peut attendre de l'hypnose clinique.

Les trois grandes applications actuelles de l'hypnose sont : l'hypnothérapie (perspective psychothérapeutique), l'hypnoalgésie (prise en charge de la douleur) et hypnosédation (l'hypnose au bloc opératoire).

Dans le cadre de l'hypnose clinique, qu'elle soit dispensée par un médecin, un dentiste, une sage-femme ou un psychologue clinicien, il y a une nécessité à laquelle nul soignant ne peut déroger : le consentement du patient. C'est même un préalable à toute psychothérapie.

Il est aussi nécessaire de poser clairement avec le patient, l'objectif que l'on se fixe au travers de l'hypnothérapie. Cette étape présente l'intérêt de faire mettre en mots une demande qui peut rester trop floue ou pas véritablement formulée. Sans préciser la direction que l'on veut prendre et savoir ce que l'on veut changer, la progression hypnothérapeutique restera imprécise. Il sera difficile de savoir si oui ou non les choses changent en rapport au traumatisme, qui est la cible à traiter.

Edward S. Bordin (1913–1992) (1979), définit l'alliance thérapeutique comme un phénomène collaboratif entre patient et thérapeute qui inclut trois dimensions :

- Les buts ou objectifs fixés par la rencontre, en lien avec la demande ;
- Les tâches à effectuer pour atteindre ces buts ;
- Le lien affectif qui lie le patient et le praticien.

Louise Gaston (1990) détermine les quatre suivants :

- L'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute ;
- L'alliance de travail qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique ;
- La compréhension empathique du thérapeute et son implication,
- L'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liées à la prise en charge.

D'après Nicolas Duruz (1994), l'alliance thérapeutique, est un processus interactionnel par lequel client et thérapeute « *expriment cognitivement et*

affectivement, ainsi qu'au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement ».

Pour Collot (2010) « l'alliance thérapeutique est le lien qui naît dans le contexte d'un travail thérapeutique entre thérapeute et patient, reconnu pour favoriser l'issue du traitement. Il s'établit sous l'égide d'un accordage affectif et d'un accord intellectuel sur un projet thérapeutique mis en commun ».

Aucune prévalence de l'efficacité thérapeutique d'une technique sur une autre n'a été observée. Par contre, la qualité de l'alliance thérapeutique est un des éléments nécessaires à la réussite d'une intervention psychothérapeutique : les méta-analyses de Horvath et Symonds (1991) et Martin, Garske et Davis (2000) ont montré, sur la base de plus de 80 études, publiées ou non, (79 études pour Martin ; 24 pour Horvath), que l'alliance était reliée de manière fiable à une issue thérapeutique positive et n'apparaît pas être fonction du type de psychothérapie pratiquée (ni de la durée du traitement).

Novembre 2013