

PRINCIPES ET COMPÉTENCES DE LA THÉRAPIE ÉRICKSONNIENNE

2017 ÉDITION
CCET-1

Manuel de recherche et d'enseignement
pour la Thérapie Ericksonienne 2017

Soutenu par
La Fondation Milton H. Erickson
avec
L'institut Milton H. Erickson de Phoenix

Traduction Française : Elise Lelarge, Edith Hameon, Isabelle Prévot

PRINCIPES ET COMPÉTENCES DE LA THÉRAPIE ÉRICKSONNIENNE

Manuel de recherche et d'enseignement pour la Thérapie Ericksonienne 2017

« De nombreux patients m'ont écrit une lettre, m'ont expliqué qu'ils voulaient de l'aide... et ne l'ont pas envoyée par la poste. Ils ont demandé de l'aide par un processus formel conscient, puis leur inconscient leur a répondu. Ainsi, alors je ne serais qu'un souvenir, vous m'écrirez et votre inconscient sera capable de répondre à votre lettre. »

– Milton H. Erickson M.D., 1974

Dan Short, Series Editor for the Core Competencies for Ericksonian Therapy,
2017 Edition (CCET-1)

Équipe

Jeff Zeig, Co-fondateur et Directeur, Fondation Milton H. Erickson

Scott D. Miller, Co-fondateur, ICCE

Dan Short, Directeur, Institut Milton H. Erickson de Phoenix

Autres contributeurs

La liste des compétences fondamentales, élaborée dans un but de recherche et d'enseignement en 2017, est le fruit d'un travail de collaboration. *Les Principes et les Compétences Fondamentales de la Thérapie Ericksonienne : Manuel de recherche et d'enseignement* est destiné à être utilisé pour le suivi, la mesure et la mise en œuvre des compétences fondamentales en thérapie éricksonienne.

L'équipe internationale de développement comprenait : Marilia Baker, Rubin Battino, Norma Barretta, Consuelo Casula, Betty Alice Erickson, Helen Erickson, Roxanna Erickson-Klein, Teresa García-Sánchez, Steven Gilligan, Eric Greenleaf, Carl Hammerschlag, Abraham Hernández Covarrubias, Jean-Claude Lavaud, John Lentz, Camillo Loredio, Rob McNeilly, Michael Munion, Idrissa Ndiaye, Bill O'Hanlon, Ernest Rossi, Charles Simpkins, Isabelle Prevot-Stimec, Bernhard Trenkle, and Michael Yapko.

Copyright © 2017 by Dan Short, Ph.D. Tous droits réservés.

L'autorisation est accordée pour la distribution aux étudiants par le biais de canaux professionnels, à condition qu'aucune redevance ne soit perçue.

Table des Matières

INTRODUCTION AU MANUEL DES COMPÉTENCES FONDAMENTALES EN THÉRAPIE ERICKSONIENNE	4
.....
L'OBJECTIF DU MANUEL DES COMPÉTENCES	4
COMMENT CE MANUEL A-T-IL ÉTÉ RÉDIGÉ	5
MILTON H. ERICKSON ET L'HISTOIRE DU MOUVEMENT ERICKSONIEN	9
I. FONDEMENTS THÉORIQUES	11
DÉFINITION DE LA THÉRAPIE ÉRICKSONIENNE.....	12
THÉORIE DE LA SANTÉ ET DE LA PROSPÉRITÉ HUMAINES	13
THÉORIE DU CHANGEMENT	16
THÉORIE DU PROGRÈS.....	17
II. FONDEMENTS RELATIONNELS	18
OBSERVATION : VOLONTÉ D'ÊTRE PROFONDÉMENT PERSPICACE DANS LA RELATION À L'AUTRE.....	20
VALIDATION : VOLONTÉ D'ACCEPTATION ET DE SOUTIEN DANS LA RELATION À L'AUTRE	21
ÉPANOUISSEMENT : VOLONTÉ D'ORIENTER ET D'ÊTRE SOURCE D'INSPIRATION PAR RAPPORT AUX AUTRES.....	22
DÉFI : VOLONTÉ D'ÊTRE UN GUIDE MOTIVANT DANS LA RELATION AUX AUTRES	23
III. COMPÉTENCES FONDAMENTALES	24
I. INDIVIDUALISATION : DISPOSITION À INDIVIDUALISER LA THÉRAPIE	25
II. UTILISATION : DISPOSITION À UTILISER DANS LA THÉRAPIE LES DYNAMIQUES INTRAPERSONNELLES ET INTERPERSONNELLES AINSI QUE LES FACTEURS LIÉS AUX CONTEXTES.	29
III. STRATÉGIQUE : DISPOSITION À CREER UN CONTEXTE DE RESOLUTION DE PROBLEMES AUTOORGANISE	33
IV. DÉSTABILISATION : DISPOSITION À PERTURBER LES SCHEMAS PSYCHOLOGIQUES STABLES AFIN DE FAVORISER LA FLEXIBILITE ET L'APPRENTISSAGE.	37
V. EXPÉRIENTIEL : DISPOSITION À PRIORISER L'APPRENTISSAGE PAR L'EXPERIENCE.....	41
VI : NATUREL : UNE VOLONTE DE CREER L'ATTENTE D'UN CHANGEMENT NATUREL ET AUTOMATIQUE	46
IV. APPAREILS DE MESURE	54
ÉCHELLES DES FONDATIONS RELATIONNELLES (EFR-SC)	55
<i>Instructions pour l'administration du EFR-SC</i>	56
<i>Premiers résultats</i>	58
ÉCHELLES DE COMPÉTENCES FONDAMENTALES (ECF-6)	59
<i>Propriétés psychométriques et interprétation des scores</i>	60
<i>Instructions pour l'administration du ECF-6</i>	66
<i>Formation et supervision</i>	67
V. RESSOURCES COMPLEMENTAIRES	68
LISTE DES INSTITUTS ÉRICKSONIENS À TRAVERS LE MONDE	68
HISTOIRE DE LA FONDATION MILTON H. ERICKSON : L'HISTOIRE D'UN EFFORT DE COOPÉRATION	69
GLOSSAIRE DE LA TERMINOLOGIE ÉRICKSONIENNE	81
BIBLIOGRAPHIE.....	95

Introduction au Manuel des Compétences Fondamentales en Thérapie Ericksonienne

L'approche éricksonienne de la thérapie représente une communauté internationale d'individus inspirés par le travail pionnier de Milton H. Erickson, docteur en médecine. Les personnes qui se considèrent comme éricksoniennes ont généralement participé à une formation organisée soit par la Fondation Milton H. Erickson, soit par un institut agréé situé dans différents pays du monde.

La Fondation Milton H. Erickson était et est encore dédiée à la promotion et à l'avancement des contributions faites aux sciences de la santé par feu le Dr Milton H. Erickson. À cette fin, la Fondation procure une formation continue via des congrès, des formations en petit groupe, et des publications pour les professionnels de la santé et de la santé mentale.

En complément du travail de la Fondation Erickson, située à Phoenix, en Arizona, il existe également un réseau d'instituts éricksoniens qui se sont répandus dans le monde entier et qui cherchent aussi à faire avancer la thérapie éricksonienne au sein de leurs aires géographiques respectives. Ces groupes professionnels ont obtenu l'autorisation de la Fondation d'utiliser le nom de Milton H. Erickson dans le titre de leurs instituts. Ils sont dirigés par des professionnels ayant rempli les critères d'éligibilité de la Fondation, ayant reçu de hautes recommandations de professionnels affiliés, et ayant démontré leurs connaissances de la méthode éricksonienne. Le Conseil d'Administration de la Fondation passe en revue chaque candidature des instituts pour s'assurer qu'ils respectent les critères requis.

De même que chaque praticien individuel possède ses ressources propres et singulières, chaque programme de formation a ses propres processus de formation autonomes, dont la plupart peuvent inclure : l'enseignement des principes éricksoniens de changement et de croissance humaine, l'enseignement des compétences de base aussi bien générales que spécifiques et de la pratique avec des techniques particulières à la thérapie éricksonienne, la présentation des travaux originaux de Milton Erickson, et la supervision ou la consultation pour les thérapeutes praticiens. Bien sûr, tout praticien compétent aura également une formation et des connaissances dans un domaine plus vaste ainsi qu'un enregistrement de son diplôme officiel auprès d'une autorité compétente. Parce que le terme « Ericksonien » est censé signifier une approche caractérisée par sa diversité et sa croissance perpétuelle, les praticiens les plus doués et les plus compétents poursuivent une formation et un suivi continu tout au long de leur carrière.

L'OBJECTIF DU MANUEL DES COMPÉTENCES

L'objectif de ce manuel est d'aider à clarifier la communication, la recherche, la pratique et les critères globaux de la formation à la thérapie éricksonienne. Bien que pour certaines personnes le terme « manuel » évoque des images négatives de protocoles rigides et d'approches thérapeutiques simplistes, l'intention générale pour ce manuel est plutôt de s'assurer que toute personne qui prétend pratiquer, faire de la recherche, ou enseigner la thérapie éricksonienne puisse faire évaluer cette affirmation par rapport à un ensemble de critères universellement acceptés.

Les connaissances et savoir-faire d'une discipline particulière constituent les compétences fondamentales de cette approche. Comme le définissent Marelli, Hoge et Tondora (2004), une compétence fondamentale est une capacité humaine mesurable qui est nécessaire pour une performance efficace. Les compétences fondamentales comprennent les connaissances, les savoir-faire et les aptitudes qui sont requis pour que le praticien puisse dire qu'il ou elle utilise un modèle de pratique particulier. Comme pour d'autres thérapies fondées sur des preuves, la thérapie

éricksonienne est une approche conceptuelle distincte de la thérapie avec des compétences fondamentales spécifiques qui peuvent être enseignées et mesurées dans la pratique. C'est la preuve de ces compétences fondamentales qui rend possible l'éducation basée sur les résultats (*outcome-based education* (OBE)).

Le Manuel des Compétences Fondamentales de la Thérapie éricksonienne consiste en une série de principes recouvrant les informations les plus importantes pour les praticiens et les instituts qui cherchent à maîtriser la thérapie éricksonienne. Ces principes ont été répartis entre les fondements relationnels et un ensemble de compétences fondamentales. Le but du manuel est de fournir aux chercheurs et aux praticiens une base approfondie des connaissances et compétences qui sont les plus fortement liées à une performance clinique exceptionnelle pour un thérapeute éricksonien.

L'information contenue dans ce manuel est généralement plus descriptive que péremptoire et définitive. Cela signifie que ce manuel ne contient pas tout ce qu'il y a à savoir sur la thérapie éricksonienne. Par conséquent, ce n'est pas parce qu'une technique ou un principe n'est pas mentionné dans ce texte qu'il n'est pas éricksonien. Le manuel est plutôt un ensemble de principes et de pratiques qui ont le plus grand consensus parmi les chercheurs et les enseignants actuels de la thérapie éricksonienne. De plus, ces principes et pratiques sont spécifiques à la pratique de la thérapie éricksonienne, la distinguant ainsi d'autres thérapies expérientielles, suggestives ou intégratives. À ce stade de l'évolution de la thérapie éricksonienne, les principes suivants résument le mieux cette forme singulière de pratique clinique.

Ainsi, nous espérons que ce manuel servira de ressource pour la création de nouveaux axes de recherche et d'amélioration des programmes de formation existants. Le manuel, le formulaire d'évaluation des fondements relationnels et l'échelle des compétences fondamentales permettront aux enseignants d'effectuer une analyse objective de leurs élèves et d'identifier les points faibles pour un enseignement adapté. En outre, les praticiens chevronnés, qui souhaitent accroître leurs compétences par une pratique réfléchie, peuvent enregistrer leur propre travail et utiliser la notation numérique pour identifier et améliorer les zones de faiblesse. Ces ressources sont destinées à être partagées avec les instituts éricksoniens agréés du monde entier à des fins de formation et de recherche.

COMMENT CE MANUEL A-T-IL ÉTÉ RÉDIGÉ

Contrairement à d'autres écoles traditionnelles de psychothérapie, la thérapie éricksonienne n'a pas été conceptualisée par une seule personnalité faisant autorité. Au contraire, cette méthode systématique de thérapie a évolué au fil du temps et de la pratique, alors que des personnes talentueuses, inspirées par les études de cas de Milton Erickson, cherchent à pratiquer et à enseigner.

Comme il n'existe pas « d'architecte » unique de la thérapie éricksonienne, son évolution et son développement continu sont principalement le résultat de congrès internationaux, de livres ou de vidéos et de programmes de formation dirigés par l'intermédiaire du réseau mondial d'instituts éricksoniens.

C'est par ces moyens que les enseignants et les universitaires d'Erickson cherchent collectivement à diffuser les aspects les plus essentiels et les plus reproductibles de l'œuvre novatrice de Milton Erickson.

Par conséquent, pour atteindre les objectifs présentés dans ce manuel, la plupart des principaux enseignants et universitaires éricksoniens ont été contactés pour la collecte d'informations, ainsi que des praticiens courants de la thérapie éricksonienne. Ces informations ont été soumises à une analyse

systematique visant à produire une description complète et crédible de la thérapie éricksonienne. Les idées développées dans ce manuel représentent les connaissances et l'expérience du corps international des personnes interrogées suivantes :

Marilia Baker (États-Unis d'Amérique), Rubin Battino (États-Unis d'Amérique), Norma Barretta (États-Unis d'Amérique), Consuelo Casula (Italie), Betty Alice Erickson (États-Unis d'Amérique), Helen Erickson (États-Unis d'Amérique), Roxanna Erickson-Klein (États-Unis d'Amérique), Teresa García-Sánchez (Espagne), Steven Gilligan (États-Unis d'Amérique), Eric Greenleaf (États-Unis d'Amérique), Carl Hammerschlag (États-Unis d'Amérique), Abraham Hernández Covarrubias (Mexique), Jean-Claude Lavaud (île de la Réunion), John Lentz (États-Unis d'Amérique), Camillo Loredio (Italie), Rob McNeilly (Australie), Scott Miller (États-Unis d'Amérique), Michael Munion (États-Unis d'Amérique), Idrissa Ndiaye (France), Bill O'Hanlon (États-Unis d'Amérique), Ernest Rossi (États-Unis d'Amérique), Dan Short (États-Unis d'Amérique), Charles Simpkins (États-Unis d'Amérique), Isabelle Prevot-Stimec (France), Bernhard Trenkle (Allemagne), Michael Yapko (États-Unis d'Amérique), et Jeff Zeig (États-Unis d'Amérique).

Bien qu'il ne s'agisse pas de tous les représentants et enseignants de la thérapie éricksonienne, il s'agit d'un échantillon large et représentatif qui est clairement capable de distinguer la thérapie éricksonienne des autres formes de thérapie.

La liste suivante des principes relationnels et de compétences de base de la pratique a été établie en regroupant d'abord les éléments en termes de validité apparente, puis à l'aide de l'analyse factorielle exploratoire (AEC). Pour ce faire, chacun des experts énumérés ci-dessus a été invité à produire une liste de compétences, de techniques et/ou de principes qu'il ou qu'elle considère comme les plus importants pour une pratique compétente de la thérapie éricksonienne.

La demande d'information était large et ouverte afin de rassembler autant d'idées pertinentes que possible. Ensuite, chaque idée distincte a été traitée comme un point d'information unique, qui pourrait ensuite être regroupé avec d'autres idées dont la signification coïncide (c'-à-d., validité apparente). Celles-ci ont ensuite été soumises à une analyse de tri bidimensionnelle qui sera brièvement décrite ci-dessous, puis plus détaillée tout au long de ce manuel.

La première étape de cette analyse a été désignée pour être inclusive de chaque idée soumise par l'équipe de développement. Ces contributions s'étendaient d'un minimum de 24 points de données distincts à un maximum de 212. L'ensemble de données agrégées a ensuite été divisé en un nombre minimal de catégories prioritaires nécessaires pour saisir chaque point d'information. Cela a abouti à la formation de quatre grandes catégories. Ces quatre catégories sont censées représenter un ensemble universellement agréé de compétences ou de pratiques essentielles pour la thérapie éricksonienne :

1. Observation
2. Épanouissement
3. Validation
4. Défi

Afin d'atteindre ce niveau global d'informations, les descriptions de ces ensembles de compétences distinctes sont vastes et non concrètes. Elles nous disent en termes généraux quelles compétences cliniques sont considérées comme essentielles pour un praticien compétent et accompli de la thérapie éricksonienne. Bien que ces descriptions ne soient pas suffisamment spécifiques pour l'enseignement et la formation, elles apportent un bon point de départ dans la recherche d'une « vue d'ensemble » de cette forme unique de thérapie.

Afin d'atteindre un degré plus élevé de spécificité et de terminologie opérationnelle, une deuxième série d'analyses a été menée, cette fois-ci en identifiant les groupes qui étaient à haute fréquence (c.-à-d. ceux ayant le plus grand nombre de points). Toutes les idées qui ne venaient que d'un ou de deux intervenants ont été retirées de l'analyse. Cela a créé un ensemble plus étendu de compétences de base. Les six groupes qui se sont formés dans la deuxième analyse sont :

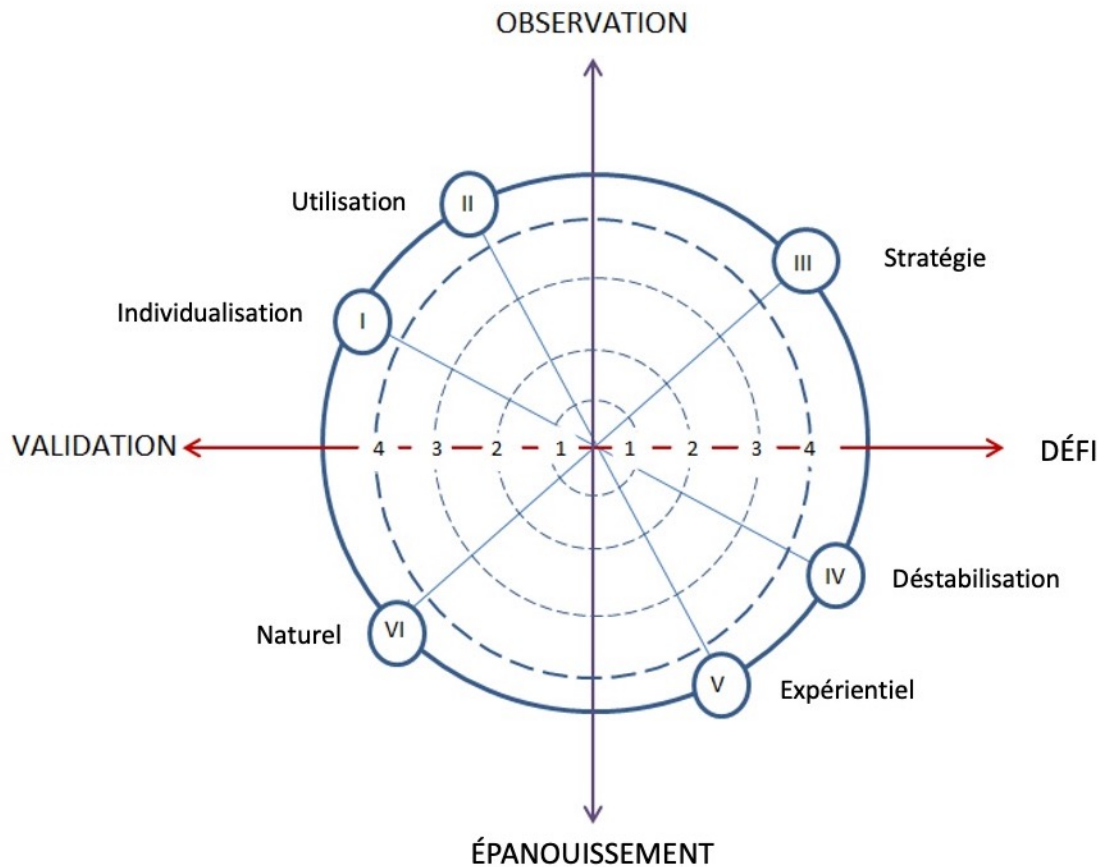
1. Individualisation
2. Utilisation
3. Stratégie
4. Déstabilisation
5. Expérientiel
6. Naturel

Cela ne veut pas dire que ce sont les seules catégories qui peuvent être utilisées pour définir le travail des praticiens éricksoniens. Si vous deviez plutôt rassembler les enseignants et les auteurs les plus connus sur cette approche de la thérapie et leur demander de produire une liste des caractéristiques les plus essentielles d'une pratique compétente, reconnue universellement, voici à quoi ressemblerait très probablement la liste.

La raison pour laquelle une analyse multidimensionnelle est nécessaire pour expliquer cette approche complexe et nuancée de la thérapie brève est due au degré de superposition de quelques données en raison des résultats apparemment paradoxaux de l'enquête.

Plus précisément, les experts s'accordent à dire qu'Erickson acceptait avant tout des « individus » et était prêt à valider leurs paroles et leurs actions (c'-à-d. une approche thérapeutique non directive). Les experts s'accordent également à dire qu'Erickson a utilisé des méthodes de provocation, des confrontations thérapeutiques et à des obligations comportementales (tâches thérapeutiques) au cours de traitements (c'-à-d. une approche thérapeutique directive). Ainsi l'aspect multidimensionnel de son travail est repéré par les praticiens de la thérapie éricksonienne d'aujourd'hui.

Mais comment concilier ces différences d'une manière qui puisse être facilement conceptualisée et comprise ? La solution proposée ici est que les six compétences de base partagent des compétences relationnelles qui se chevauchent. Les quatre compétences relationnelles identifiées ici représentent des polarités qui se contrebalancent et donnent lieu à une approche de la thérapie plus nuancée et plus stable. Pour mieux comprendre cela, imaginez l'éventail des capacités d'un thérapeute qui ne se sent à l'aise qu'en approuvant les actions des gens, par opposition à un thérapeute qui ne se sent à l'aise que pour dire aux gens quoi faire, par opposition à un thérapeute dont la capacité de validation est contrebalancée par une forte capacité à défier les personnes à faire quelque chose qui est dans leur intérêt. Ces dualités apparemment incompatibles sont en fait des forces complémentaires qui fonctionnent ensemble de la même manière que la joie et la colère s'équilibrent et se stabilisent mutuellement. Cette vision conceptuelle de la thérapie éricksonienne est illustrée dans le diagramme ci-dessous.



Comme nous pouvons le voir sur le diagramme, les compétences fondamentales d'individualisation, d'utilisation et d'approche stratégique exigent des capacités d'observation très développées (c'-à-d. de communication réceptive¹). Par contre, les compétences fondamentales de naturalisme, d'expérientiel et de déstabilisation nécessitent des compétences d'épanouissement² très développées (c'-à-d., de communication expressive³). De la même façon, le naturalisme, l'individualisation et l'utilisation exigent tous un degré élevé de validation (c'-à-d. de pouvoir souple), alors que la déstabilisation, l'expérientiel et la stratégie exigent la capacité d'initier et d'appliquer des activités structurées conçues pour remettre en question les ensembles comportementaux et mentaux établis (c'-à-d. de pouvoir dur). L'importance de ces compétences complémentaires a été brièvement soulignée par Erickson, lors d'une rencontre d'enseignement avec Jeff Zeig, lorsqu'il a expliqué son utilisation du pouvoir en déclarant que ce type de thérapie nécessitait une main de fer dans un gant de velours (c'-à-d. un pouvoir dur et doux).

Au cours de la collecte des informations, l'une des personnes interrogées a déclaré : « Je me considère comme un psychothérapeute éricksonien, mais je crois que l'apprentissage de la nosologie que nous avons créée pour décrire ce que nous faisons ne reflète pas de manière adéquate ce qui rend le thérapeute compétent ». C'est un point important qui nécessite plus qu'une réponse théorique. Et c'est pourquoi ce manuel comprend un dispositif d'évaluation qui a été soumis à des tests

¹ Note des traductrices : processus de réception et de compréhension d'un message provenant d'une autre personne – basé ici sur les capacités d'observation du thérapeute.

² NDT : Le terme anglais choisi par Dan Short pour ce concept est le terme « cultivation » qui fait référence en anglais (comme le terme français culture aussi bien à la culture agricole qu'à la culture générale ou l'érudition. Nous avons choisi de traduire ce terme par épanouissement qui nous semble mieux refléter l'objectif de la thérapie, rendre le texte plus fluide pour le lecteur.

³ NDT : expression directe de l'attitude du sujet à l'égard de ce dont il parle – congruence ou lien entre la situation, les émotions, l'expression corporelle, le langage...)

psychométriques approfondis et qui constate de façon fiable l'ensemble de compétences de base inhérentes à l'approche de la thérapie éricksonienne. Cet objectif a été atteint avec un degré de précision permettant aux évaluateurs de différencier ce type de traitement d'autres approches similaires. Cette composante sera expliquée en détail par la suite dans le manuel. Le point important est que les concepts suivants sont le produit d'une investigation empirique et, en tant qu'ensemble, se sont avérés être des indicateurs significatifs de la pratique ou non de la thérapie éricksonienne.

En résumé, ce manuel est destiné à fournir une description complète de la thérapie éricksonienne qui est à la fois cohérente sur le plan conceptuel et vérifiable empiriquement. Il existe un dicton populaire connu parmi les chercheurs en sciences du comportement : « Si vous ne pouvez pas l'évaluer, alors il n'existe pas. ». En d'autres termes, si vous souhaitez prouver que quelque chose est réel et pas seulement une théorie ou une croyance superstitieuse, alors vous devez trouver un moyen de l'observer et de l'évaluer. Pour cela le principe de chacune des six compétences de base de ce présent manuel a été expliqué, puis divisé en au moins quatre composants, dont chacun est ensuite défini à l'aide de termes opérationnels concrets.

En tant que partie intégrante de ce cadre conceptuel, deux dispositifs comportementaux ont été étudiés et développés dans un format d'échelles sommaires. Bien que chaque dispositif d'évaluation ait ses forces et ses faiblesses, ils sont conceptuellement congruents et peuvent être utilisés pour coder numériquement des vidéos de praticiens ou d'étudiants cherchant à utiliser de manière compétente la thérapie éricksonienne.

MILTON H. ERICKSON ET L'HISTOIRE DU MOUVEMENT ERICKSONIEN

Milton Hyland Erickson (1901 - 1980) est considéré comme un « architecte » d'innovations en psychothérapie qui s'apparentent à celles de Sigmund Freud. Alors que Freud est connu comme le père des théories modernes de la psychothérapie, Erickson est considéré comme un pionnier dans les techniques pratiques d'intervention et de changement. Cet esprit pionnier et cette volonté de prendre des risques font partie de l'histoire de sa vie. Né dans une cabane en bois avec un plancher en terre battue dans une ville minière du Nevada, Erickson, âgé de cinq ans, a déménagé avec sa famille dans une ferme à Lowell, dans le Wisconsin. Le trajet a commencé par un voyage vers l'est dans un wagon, une ironie qu'Erickson aimait utiliser pour illustrer le fait d'avancer en faisant les choses à l'envers.

La vie à la ferme a fourni à Erickson de nombreuses opportunités de résoudre les problèmes quotidiens, en attendant patiemment que les cultures poussent et en observant attentivement les processus de la nature. Ces qualités, pragmatisme, patience et grande attention, sont évidentes dans la pratique de la thérapie éricksonienne. Le récit de l'acceptation des difficultés, du dépassement de l'adversité, de l'accomplissement d'un travail par étapes, aussi bien que l'utilisation de l'efficacité pour le changement, est devenu une partie intégrante de ses techniques d'enseignement et est maintenant utilisé par des thérapeutes du monde entier.

À l'âge de 17 ans, Erickson est atteint de poliomyélite. Tandis qu'il était allongé dans son lit, paralysé et qu'il perdait connaissance, Erickson entendit un médecin dire à sa mère : « Le garçon sera mort demain matin. » Cette déclaration eut un profond effet sur Erickson et produisit une puissante réaction émotionnelle. Il ne croyait pas que quiconque ait le droit de dire cela à une mère, encore moins à sa mère.

Dans un état de défi, Erickson trouva suffisamment d'énergie physique pour non seulement survivre à la nuit, mais aussi pour survivre à la maladie. Le virus de la polio ayant affecté tout son corps pendant une période, son seul contrôle volontaire était sur ses paupières. Erickson se souvenait de cette période comme d'une intense prise de conscience — conscience de ses propres limites et de son

environnement. Il a utilisé des mois de rééducation fastidieuse pour apprendre l'interaction entre le corps et l'esprit, et pendant cette période de confinement, il est devenu astucieusement conscient des modèles de comportement de ceux qui l'entouraient, comme reconnaître qui venait par le bruit des pas, et anticiper leur état émotionnel avant de les voir réellement.

Pour compléter son rétablissement, Erickson embarqua pour un voyage en canot de six semaines en descendant le Mississippi et en remontant le fleuve à contre-courant. Il était à peine capable de se tenir debout sans béquilles, incapable de transporter le canot sans aide, et disposait de ressources financières minimales. De nombreuses nuits, il « gagnait » son souper en racontant des histoires aux pêcheurs le long de la rivière. La pratique de la suggestion indirecte et de l'évocation de ressources ainsi que la narration demeurent des caractéristiques importantes de l'approche éricksonienne.

Après son diplôme, Erickson a occupé divers postes dans des hôpitaux publics auprès de patients malades mentaux gravement atteints. C'est dans le cadre institutionnel qu'Erickson a reconnu l'importance de l'humour, de l'espoir et des relations interpersonnelles. Il a trouvé le moyen de confronter les patients à leurs propres symptômes avec bienveillance, soit en les observant exécutés par d'autres, soit en faisant interpréter intentionnellement le comportement symptomatique par le patient. Comme il vivait dans un logement situé sur le terrain de l'hôpital, Erickson a pu constater quotidiennement les changements dans l'état de santé de ses patients. Grâce à cet avantage observationnel, Erickson était en mesure de voir les effets de l'interruption du schéma comportemental, ainsi que les effets des changements du contexte interpersonnel et du changement de perspective. Il en vint bientôt à se rendre compte que nombre d'entre eux servaient de tremplin pour d'autres progrès thérapeutiques.

Écrivain prolifique, Erickson a continuellement contribué à la littérature professionnelle ; il est devenu connu pour ses idées et ses travaux. Il était considéré comme révolutionnaire par certains et alarmant par d'autres. Après avoir déménagé en Arizona en 1948 et commencé une pratique privée, d'autres professionnels ont cherché à apprendre de lui, sa réputation grandissant tant au niveau national qu'international. Malgré la faiblesse due aux graves séquelles de la polio et à son âge, Erickson continua d'enseigner jusqu'à sa mort, laissant une large influence dans le domaine qui a continué à se développer au cours des décennies suivantes.

La présence de l'histoire de la vie d'Erickson au début d'un manuel sur la thérapie éricksonienne n'est pas une question de curiosité. Son histoire est plutôt une source d'inspiration, amenant les autres à découvrir le type d'espoir et de résilience qui caractérise cette thérapie. Même dans les pires moments de sa vie, Erickson n'a jamais perdu espoir et confiance dans les potentialités humaines. Sa maladie et la manière dont il s'est guéri sont des exemples clairs de ce que l'hypnose peut faire pour traiter la douleur, la dépression, guérir des traumatismes et des pertes, et pour transformer le désespoir en une vie enrichissante. Même avant sa mort, en 1980, les études de cas et les principes de pratique enseignés par Milton Erickson entraînent un grand nombre de ses élèves dans leur propre processus de découverte créative. Excités par les changements dans leur propre vie et la vie de ceux avec qui ils ont travaillé, les élèves d'Erickson ont continué à développer son travail d'une manière qui ne correspond pas nécessairement à ce qu'il a fait. Cependant, cette nouvelle croissance est toujours le fruit de l'arbre d'origine et donc éricksonien.

I. Fondements théoriques

Aperçu des fondements théoriques

La section I de ce manuel, consacrée à la thérapie éricksonienne (TE), définit la T. E. et décrit les fondements théoriques de sa pratique, de sa formation et des recherches en cours.

La relation entre la théorie et la pratique au sein de la communauté éricksonienne a toujours été controversée. Erickson a enseigné à ses étudiants le scepticisme à l'égard de la théorie et de toutes les constructions académiques qui limitent la flexibilité d'un praticien ou étouffent sa créativité. Alors que la sagesse conventionnelle au sein de la communauté des chercheurs est que la bonne pratique doit être guidée par la théorie, ce n'est pas la position adoptée par la plupart des chercheurs et des enseignants de la T.E.. Ils soulignent plutôt l'importance des connaissances acquises par l'expérience concrète et l'observation directe. Comme certains l'ont dit, « c'est le client qui apprend la thérapie (au thérapeute), pas un manuel ». Les praticiens de la T. E. considèrent la pratique clinique comme un processus de recherche permanent, qui a plus de valeur que les modèles trop réductionnistes élaborés par des personnes qui n'ont aucune connaissance directe du client, du thérapeute ou des circonstances immédiates auxquelles ils sont confrontés. Dès le début, la formation des fondements théoriques de la T. E. a suivi le travail de pionnier et d'inspiration d'Erickson, plutôt que l'inverse.

La nécessité de rattacher ultérieurement une théorie abstraite à une pratique concrète est analogue à celle de rattacher une adresse et un numéro de téléphone à son domicile. Ce ne sont pas ces éléments qui font de votre maison un foyer, mais sans eux, les autres auront du mal à vous trouver. Dans cet esprit, les fondements théoriques suivants visent à situer la T. E. parmi d'autres écoles de pensée et à la définir en tant que pratique professionnelle.

Définition de la thérapie éricksonienne

- *Une approche expérientielle et phénoménologique de la résolution des problèmes qui utilise les caractéristiques existantes du client tout en évoquant les processus naturels d'apprentissage et d'adaptation.*

Théorie de la santé et de l'épanouissement humain

- *Les gens ont des besoins à la fois universels et idiosyncrasiques qui sont innés, qui motivent le comportement et qui produisent un sentiment d'épanouissement et de bien-être physiologique lorsque ces besoins sont satisfaits.*

Théorie du changement

- *Toute psychothérapie implique une certaine forme de réorientation, qui s'effectue par le biais de processus d'auto-organisation adaptatifs.*

Théorie du progrès

- *La transformation est considérée comme un processus paradoxal qui commence par l'accueil inconditionnel des clients, car ce sont eux qui suggèrent les réponses au thérapeute et, souvent, le problème devient la solution.*

DÉFINITION DE LA THÉRAPIE ÉRICKSONIENNE

La thérapie éricksonienne est généralement classée comme tout effort de résolution de problèmes orienté vers un objectif et fondé sur une méthodologie inspirée par les enseignements et le travail de Milton H. Erickson, MD.

Plus précisément, la thérapie éricksonienne est définie comme une approche expérientielle et phénoménologique de la résolution de problèmes qui utilise les attributs existants du client tout en évoquant les processus naturels d'apprentissage et d'adaptation. Un changement thérapeutique significatif peut se produire dans plusieurs systèmes (par exemple, les systèmes cognitifs, comportementaux, affectifs, subconscients, autonomes et sociaux) sous forme symbolique ou directe.

Les expériences vécues sont utilisées pour déstabiliser les schémas inadaptés et faire émerger les ressources inhérentes qui peuvent être utilisées pour résoudre les problèmes immédiats et futurs. L'hypnose et/ou les méthodes dérivées de l'hypnose occupent une place centrale. L'utilisation des ressources inhérentes qui peuvent être obscures pour le client est essentielle, alors qu'une théorie explicite de la personnalité et l'interprétation des schémas passés ne le sont pas.

Ironiquement, la thérapie éricksonienne est parfois considérée comme une théorie du changement qui n'a pas de théorie distincte, ou comme une collection de techniques qui inclut tout ce qui fonctionne. À l'instar du paradoxe d'un koan zen, l'approche thérapeutique d'Erickson repose sur le principe que le doute et la créativité générative sont plus importants que la certitude intellectuelle et les procédures standard. Cela étant dit, avec le temps et le développement continu, un ensemble systématique de principes a évolué, qui sont à la fois cohérents et universellement acceptés. Comme nous le verrons bientôt, ce sont les principes, plutôt que la pratique exacte, qui définissent l'approche éricksonienne.

Contrairement à de nombreuses écoles thérapeutiques traditionnelles, la thérapie éricksonienne n'est pas un ensemble systématique de procédures ou de protocoles de traitement, mais plutôt une constellation de principes qui guident le processus thérapeutique. Le cœur de l'influence éricksonienne est la permissivité même qui la rend difficile à définir. Si les rôles du praticien et du client restent distincts, ni l'un ni l'autre ne sont contraints par l'orthodoxie ou le protocole ; au contraire, chacun est libre d'explorer toute orientation ou possibilité éthique suscitée par le processus de découverte thérapeutique.

À cet égard, la thérapie éricksonienne est une perspective d'apprentissage, de guérison et de croissance qui favorise la flexibilité d'une manière adaptative permanente. Les praticiens sont donc invités à faire preuve d'une grande souplesse et d'une grande créativité lorsqu'ils travaillent en collaboration avec le client. La norme selon laquelle les progrès sont mesurés est subjective et établie par le client par rapport à ses objectifs personnels (c.-à-d. phénoménologique).

Dans cette approche, la relation thérapeutique existe pour répondre aux besoins du client. Au cours de cet effort de coopération, le thérapeute accepte et encourage les tentatives du client de diriger et d'influencer le processus thérapeutique. En retour, le client est plus ouvert à l'influence de la thérapie. Ainsi, la relation, qui s'articule autour de la coopération, peut être décrite comme réciproque et autorenforçante.

De la même manière que la méthode scientifique est utilisée par tous les scientifiques et fait l'objet d'un consensus général, les compétences de base énumérées dans ce manuel sont utilisées par les éricksoniens du monde entier et font l'objet d'un consensus général. Cependant, tout comme il n'existe pas de version canonisée de la méthode scientifique, il n'existe pas de document unique définissant de manière autoritaire la thérapie éricksonienne. Il s'agit plutôt d'un ensemble d'idées, essentiellement démocratiques et en constante évolution, qui ont en commun d'avoir été inspirées par le travail de pionnier et l'enseignement de Milton H. Erickson. Alors que toutes les formes de psychothérapie évoluent avec le temps, ce processus d'évolution fondamentalement humain est intégré dans la

conception de la thérapie éricksonienne, qui favorise le changement continu au niveau des micro-interactions, le thérapeute adaptant la thérapie aux besoins changeants de l'individu, séance après séance ; conçue pour évoluer au niveau macro, la T. E. s'adaptant pour répondre aux besoins d'une société en mutation et pour tirer profit des recherches émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales.

En 1979, Erickson fit ce commentaire célèbre à Ernest Rossi : « Pour entreprendre ce type de thérapie, vous devez être vous-même en tant que personne. Vous ne pouvez pas imiter quelqu'un d'autre, mais vous devez le faire à votre manière ». Ce mandat a déclenché un processus d'exploration de soi à l'échelle du système, dont bénéficient réciproquement le thérapeute et le client. L'autonomie individuelle étant un principe fondamental de la pratique éricksonienne, on s'attend à ce que les enseignants et les praticiens éricksoniens du monde entier conduisent la thérapie de manière assez similaire, bien qu'unique et différente. Si la méthodologie peut varier selon les cultures, les régions, les thérapeutes et les cas individuels, les principes fondamentaux de la thérapie éricksonienne constituent le pivot autour duquel s'articule tout le travail thérapeutique. En d'autres termes, il n'existe pas de méthodologie ou d'orthodoxie pure permettant de mesurer les compétences d'un individu. Cependant, il existe un ensemble de valeurs universellement reconnues qui se reflètent dans les principes fondamentaux et qui peuvent être utilisées pour discerner les compétences dans la pratique de la thérapie éricksonienne.

En utilisant à nouveau la méthode scientifique comme analogie, bien qu'il n'y ait pas une seule « bonne » façon de faire de la science, les chercheurs compétents sont formés aux protocoles expérimentaux les plus largement adoptés, ils ont lu les travaux des philosophes des sciences les plus célèbres et ils exposent leurs travaux à l'examen et à la correction de leurs pairs. De même, les éricksoniens compétents connaissent les techniques thérapeutiques éricksoniennes les plus répandues. En plus d'étudier les nombreux concepts théoriques utilisés pour expliquer ces techniques, ils se sont familiarisés avec les idées originales et le travail d'Erickson. Les praticiens compétents acceptent que leur propre travail soit observé, soit dans le cadre d'une supervision et d'une consultation classique, soit mesuré objectivement dans le but d'une pratique et d'une formation délibérées.

Parvenir à une définition et à une classification universellement acceptées de la thérapie éricksonienne a été un défi, c'est le moins que l'on puisse dire. Cependant, la thérapie éricksonienne existe bel et bien pour les milliers de ses praticiens à travers le monde et pour le nombre encore plus important de personnes dont ils ont aidé à améliorer la vie. Et parce qu'elle est différente des autres formes de thérapie, elle peut donc être identifiée et mesurée.

THÉORIE DE LA SANTÉ ET DE LA PROSPÉRITÉ HUMAINES

Bien que tous les individus soient supposés avoir des besoins différents et des valeurs et croyances uniques, tout plan général de thérapie doit être organisé autour de certaines hypothèses de base sur la santé mentale et l'épanouissement de l'être humain. Ces hypothèses principales servent en quelque sorte de balise au loin, de sorte que lorsque le thérapeute cherche à manœuvrer en accord avec les idiosyncrasies de chaque client, une destination familière est toujours gardée en vue.

Conformément à d'autres formes de théorie de la pulsion, les éricksoniens reconnaissent généralement une grande catégorie de besoins instinctifs qui sont très pertinents pour la santé et le bien-être. La plupart s'accordent à dire *que les gens ont des besoins à la fois universels et idiosyncrasiques qui sont innés, qui motivent le comportement et qui produisent un sentiment d'épanouissement et de bien-être physiologique au fur et à mesure que ces besoins sont satisfaits*. Ainsi, l'épanouissement humain est en grande partie une expérience subjective dérivée d'un processus continu de satisfaction des besoins.

Bien qu'il n'existe pas de doctrine unique de la thérapie éricksonienne qui approuve une liste spécifique de besoins, la liste suivante de tendances apparemment innées comprend des besoins universels qui sont

communément identifiés par les experts et les érudits éricksoniens comme étant étroitement associés à l'œuvre inspirante de Milton Erickson. Il s'agit des besoins qui sont le plus souvent utilisés dans la pratique contemporaine et qui permettent d'avoir une « vue d'ensemble » pour les besoins du jugement clinique et de la planification stratégique :

Le besoin de survie : recherche de la sécurité et d'un sentiment de sécurité dans l'intérêt de l'autoconservation et de la propagation de l'espèce. La survie peut être physique ou symbolique et comprend donc la reproduction, la protection de la famille et des communautés, et la création d'un héritage qui s'étend au-delà de la vie.

Le besoin d'altruisme : faire preuve de compassion, de générosité et d'abnégation pour le bien d'autrui (jusqu'à mettre sa propre vie en danger pour sauver un étranger). Erickson pensait que les gens étaient naturellement altruistes et s'épanouissaient en aidant les autres. On suppose également que l'altruisme est présent dès la naissance (c'-à-d. que les gens naissent bons), qu'il est intrinsèquement gratifiant, qu'il accroît le bonheur et qu'il est motivé par des processus inconscients (c'-à-d. qu'il peut être rapide et automatique, avant même que l'on ait le temps de réfléchir ou de raisonner).

Le besoin d'appartenance : pour obtenir une confirmation extérieure de notre identité, une confirmation extérieure des réalités émotionnelles et du sens de notre vie. L'appartenance peut être établie par le mariage, la famille, l'amitié, les équipes et les groupes qui partagent des croyances communes, ou tout autre rassemblement de personnes capable de créer une affiliation et de promouvoir l'altruisme (c'-à-d. donner et recevoir de l'amour).

Le besoin de sens : être un membre actif de la société et trouver un sens à l'existence. Pouvoir structurer sa vie quotidienne avec des activités orientées vers un but qui, en fin de compte, servent les causes de la survie, de l'altruisme et de l'appartenance. Le sens peut également prendre la forme d'un apprentissage accru, d'un travail utile, d'une meilleure connaissance de soi et de l'entretien de relations interpersonnelles.

Le besoin de nouveauté et de créativité : grandir, apprendre, découvrir et concevoir de manière unique notre expérience de vie. La résolution de problèmes est censée être un effort créatif à la fois progressif et flexible, à mesure que l'individu recherche des défis significatifs et y répond (le cerveau et le corps sont faits pour une stimulation nouvelle plutôt que pour la répétition rigide et la résolution de problèmes stéréotypés). Pour ces raisons, les individus sont plus susceptibles de s'épanouir lorsqu'ils sont exposés à la nouveauté et qu'ils ont la possibilité d'apprendre de manière créative.

Grâce à cette connaissance, le praticien est en mesure d'improviser des techniques de thérapie et de répondre avec souplesse aux besoins immédiats du client sans se perdre ou se tromper sur le processus thérapeutique global. Toujours en utilisant la navigation comme métaphore, nous pourrions dire que ces cinq points sont analogues aux points d'une boussole. Ils aident le praticien éricksonien et son client à ne pas se perdre tout en cherchant une destination significative.

La thérapie en tant que résolution de problèmes

Compte tenu de la définition précédente de la santé et de l'épanouissement humain, le processus de la thérapie éricksonienne devient essentiellement une question de résolution stratégique de problèmes. La stratégie globale de la thérapie éricksonienne consiste à fournir un contexte dans lequel le client produit ses propres solutions. Ainsi, un élément central de l'approche éricksonienne consiste à se concentrer sur les forces et la motivation existantes et à les amplifier pour s'engager dans la résolution des problèmes.

Bien qu'il existe de nombreuses formes de thérapie qui cherchent à responsabiliser leurs clients, l'approche éricksonienne se concentre uniquement sur l'aide à apporter aux personnes pour qu'elles

développent des ressources inconscientes ainsi que des compétences conscientes qui sont utilisées dans le but de résoudre des besoins non satisfaits. À l'instar de la kinésithérapie en médecine, une fois que ces ressources psychologiques ont été identifiées et développées, on suppose que le client continuera à les utiliser tout au long de sa vie pour résoudre ses problèmes, mais sans avoir besoin de l'assistance spéciale d'un thérapeute.

Résolution des problèmes centrée sur la pathologie versus résolution des problèmes centrée sur le besoin

Suivant l'idéologie du modèle médical, de nombreuses écoles de thérapie ont été construites autour de l'identification et de la guérison de la pathologie du client. Cependant, contrairement à la résolution de problèmes centrée sur la pathologie (c'-à-d. le diagnostic et le traitement des troubles), la résolution de problèmes centrée sur les besoins s'intéresse principalement à l'action du client (plutôt qu'à l'action d'un médicament, d'une procédure ou des connaissances de la personne qui prodigue les soins). Ainsi, l'une des principales caractéristiques de la thérapie éricksonienne est qu'elle met l'accent sur l'apprentissage, l'augmentation de la motivation et l'utilisation des forces et des ressources existantes.

Il serait incorrect d'affirmer que les praticiens éricksoniens n'utilisent jamais de catégories diagnostiques. Le praticien veille plutôt à éviter d'utiliser des étiquettes diagnostiques d'une manière qui crée des limitations apprises ou une perte de motivation. L'identification des problèmes est généralement reconnue comme une étape utile dans la résolution des problèmes. Les clients font souvent état d'un sentiment de soulagement lorsqu'un vague sentiment de détresse est reconnu et mis en mots. Mais pour la plupart des éricksoniens, il n'y a pas de véritable réussite thérapeutique tant que le client n'est pas orienté vers la possibilité de faire quelque chose pour résoudre le problème identifié.

Conformément à l'approche pragmatique d'Erickson en matière de résolution de problèmes, les éricksoniens sont réticents à consacrer du temps ou de l'énergie à expliquer à leurs clients pourquoi ils ne disposent pas déjà des ressources essentielles pour résoudre efficacement leurs problèmes. L'accent est plutôt mis sur l'aide à la localisation et au développement de ces ressources.

Erickson pensait que la plupart des problèmes de ses patients étaient dus à des limitations apprises. Il s'agit d'une perspective pragmatique qui met l'accent sur ce qui peut être réalisé à la suite d'un nouvel apprentissage. Par exemple, la limitation peut être une sous-estimation de la capacité innée d'une personne à surmonter les défis et à atteindre les résultats souhaités, ou une sous-estimation de la disponibilité des ressources sociales et environnementales nécessaires pour accroître la capacité d'une personne à relever un défi donné, ou une sous-estimation de la capacité d'une personne à s'adapter à des circonstances immuables. Dans cette perspective, toute maladie, tout défi situationnel, voire la mort elle-même, devient une préoccupation secondaire par rapport à la tâche d'en savoir plus sur ce que l'on peut faire. Ainsi, lors de la résolution des problèmes, l'accent n'est plus mis sur la recherche du « remède », mais sur la volonté de construire et de poursuivre indéfiniment une vie agréable.

La thérapie comme processus d'expérimentation et de découverte

Comme nous l'avons déjà mentionné, la T. E. se distingue du modèle médical sur certains points essentiels. L'un d'entre eux est qu'elle ne propose pas de solutions toutes faites ou de réponses fondées sur la recherche aux problèmes rencontrés par les clients. Au contraire, le client et le thérapeute s'associent dans un processus collaboratif d'expérimentation et de découverte. Paradoxalement, c'est cette position (ne pas détenir les réponses) qui rend le praticien éricksonien le mieux à même d'aider ses clients à trouver des solutions.

À cet égard, la thérapie éricksonienne peut être décrite comme un processus d'expérimentation et de découverte. Les personnes qui résolvent efficacement les problèmes génèrent de nombreux plans d'action possibles avant d'essayer de résoudre un problème. Dans la thérapie éricksonienne, le client et le thérapeute collaborent pour créer des plans d'action alternatifs et un moyen d'identifier les résultats

positifs. Cet esprit d'expérimentation est important pour accroître la flexibilité et la résilience lorsque les résultats ne sont pas au rendez-vous. Dans cette perspective, le processus de résolution des problèmes thérapeutiques devient alors l'examen, la sélection et l'application de diverses hypothèses de solution destinées à faciliter les capacités de résolution des problèmes du client. Plus encore que la résolution du problème présenté, la thérapie éricksonienne vise la découverte du potentiel humain et des capacités non réalisées — une découverte ouverte au client comme au thérapeute.

Depuis l'époque de James Braid (1848), l'hypnose a été définie en termes de fixation de l'attention. Mais dans le cadre de la T. E., l'acte de fixer l'attention n'est pas aussi important que ce sur quoi l'attention du client est fixée. L'approche de la T. E. est implicitement positive. Toutes les tentatives d'hypnose et de suggestion reposent sur l'idée que la personne peut se concentrer sur ce qui est positif et bon en elle. Ces points focaux incluent ce en quoi le client croit, ce qu'il valorise ou ce qu'il apprécie profondément. Plutôt que d'agir comme un agent de changement exogène, l'hypnose éricksonienne est utilisée comme une forme de communication évocatrice dans laquelle le client est invité à répondre à la signification interprétée subjectivement de la communication, qui est ensuite utilisée pour susciter et utiliser les ressources inconscientes ainsi que les ressources conscientes. Ainsi, l'hypnose éricksonienne est l'art et la science de la communication de l'espérance pour améliorer la santé et le bonheur des personnes. En effet, tous les aspects de l'approche éricksonienne visent précisément à atteindre cet objectif.

THÉORIE DU CHANGEMENT

Le changement auto-organisé

Erickson considérait l'organisme humain comme un ensemble complexe, en constante évolution, de processus intellectuels, émotionnels et biologiques, ayant des dimensions à la fois conscientes et inconscientes. Il a enseigné que tous les êtres humains possèdent d'impressionnantes capacités d'auto-organisation et d'adaptation qu'il convient d'évoquer et de mettre au service de la thérapie. Comme l'explique Erickson, *« le lieu de la transformation créative dans toutes les formes de psychothérapie se trouve en fait dans l'esprit et le corps du patient — et non dans ceux du thérapeute — le fardeau de la responsabilité pour une psychothérapie efficace est le travail intérieur du patient lui-même. La manière de faciliter le travail thérapeutique intérieur créatif du patient est le fardeau de la responsabilité du thérapeute dans une psychothérapie efficace »*⁴.

Dans les écoles de pensée traditionnelles, la théorie du changement cible généralement un seul aspect de l'expérience humaine considéré comme crucial pour le bien-être. L'entreprise de cette thérapie est alors axée sur le changement de cet aspect (par exemple, la TCC = changer la cognition dysfonctionnelle). La thérapie éricksonienne, en revanche, vise à inclure tous les aspects de l'expérience humaine. Elle est conçue pour traiter les croyances conscientes, les croyances inconscientes, le dialogue intérieur avec soi-même, les interactions avec les autres, les souvenirs, les rêves pour l'avenir, l'activité musculaire, le fonctionnement du système nerveux autonome, le système immunitaire et tout autre aspect du fonctionnement humain qui est influencé par l'esprit. Comme l'a déclaré Erickson, toute psychothérapie implique une certaine forme de réorientation, qui est réalisée au moyen de processus d'auto-organisation adaptatifs. Cette réorientation peut prendre la forme d'un changement de perspective, par exemple lorsqu'une personne développe un nouvel état d'esprit ou de nouvelles croyances, un changement de cadre de référence, ou lorsqu'une personne acquiert de nouvelles expériences de vie ou dispose de nouvelles informations, d'un changement dans l'activité du système nerveux central, ou encore lorsqu'une colère intense est déclenchée, qu'une relaxation est induite ou que des larmes refoulées sont libérées. Il y a également des changements dans des facteurs situationnels clés, comme lorsqu'une personne décide de trouver un nouvel emploi, de se marier ou de retourner à

⁴ Cette citation est tirée d'un article classique, *The Burden of Responsibility in Effective Psychotherapy*, de Milton H. Erickson, 1964.

l'école, ce qui peut stimuler une réorientation dans tous les domaines énumérés ci-dessus.

Alors que de nombreuses approches thérapeutiques mettent l'accent sur une réorientation de l'expérience émotionnelle ou du traitement cognitif, Erickson a utilisé des ressources sociales et contextuelles pour créer un processus expérientiel conçu pour faciliter un changement auto-organisé. Ainsi, les praticiens éricksoniens utilisent souvent des activités expérientielles, physiques ou situationnelles pour parvenir à une réorientation dans de nombreux domaines, tant au niveau conscient qu'inconscient.

Comme indiqué plus haut, Erickson pensait que le changement peut se produire et se produit souvent à un niveau inconscient. Cette forme profonde de guérison et de croissance implique des processus invisibles de réorganisation, de réassociation et d'adaptation. Les interventions éricksoniennes sont souvent ciblées sur le réalignement et la réorganisation des ressources internes préexistantes, un éveil des capacités jusqu'alors inconnues. Dans la mesure du possible, ces expériences sont adaptées aux besoins de l'individu. Ainsi, ce sont les principes de la thérapie éricksonienne qui restent fixes, tandis que la méthode de mise en œuvre est nécessairement fluide et flexible.

THÉORIE DU PROGRÈS

Paradigme non linéaire de l'apprentissage et du progrès

Dans la pensée occidentale, les relations de cause à effet sont souvent considérées comme linéaires. En thérapie, il est naturel de supposer que l'intervention « A » conduira systématiquement au résultat « B ». Pour Erickson, la relation de cause à effet est rarement linéaire. La transformation est plutôt considérée comme un processus paradoxal qui commence par l'accueil inconditionnel des clients, car ce sont eux qui suggèrent la réponse au thérapeute et, souvent, le problème devient la solution. Ainsi, on dit que le progrès se produit lorsque les clients découvrent des capacités jusqu'alors inconnues qui peuvent être utilisées de manière significative.

À cet égard, la thérapie éricksonienne suit souvent un chemin de changement non linéaire. Erickson a expliqué qu'il faut parfois revenir en arrière pour avancer. Par exemple, gagner le contrôle d'un comportement involontaire en le faisant intentionnellement, ou aider une personne à reconnaître un comportement productif en s'engageant dans un comportement improductif, ou prescrire une rechute comme moyen d'encourager un progrès à long terme, etc. Il s'agit là encore d'un processus expérimental qui fait appel à des parties de l'esprit qui ne peuvent être comprises par l'intelligence consciente. Par conséquent, plutôt que d'essayer d'expliquer pourquoi l'échec est parfois nécessaire au progrès, ou pourquoi la confusion est nécessaire à l'apprentissage, le praticien éricksonien reconnaît la valeur d'un paradigme non linéaire de l'apprentissage et du progrès.

II. Fondements relationnels

Aperçu des fondements relationnels

La section II de ce manuel, consacrée à la thérapie éricksonienne (TE), se compose d'une série de quatre ensembles d'aptitudes supérieures qui englobent les fondements relationnels sur lesquels repose la pratique de la TE. En plus de faire de la thérapie éricksonienne une forme de thérapie dynamique et relationnelle, ces quatre ensembles de compétences contribuent à montrer tout ce qui se passe au cours de la thérapie. Le but de cette partie du manuel de traitement est de fournir aux praticiens des objectifs relationnels essentiels à partir desquels dérivent tous les aspects du jugement clinique et de la motivation du client. Les praticiens éricksoniens bien formés cherchent continuellement à améliorer les quatre compétences suivantes :

Compétence 1 : Observation

Volonté de faire preuve d'une grande perspicacité dans la relation à l'autre

Compétence 2 : Validation

Volonté d'acceptation et de soutien dans la relation à l'autre

Compétence 3 : Épanouissement

Volonté d'orienter et d'être source d'inspiration pour l'autre

Compétence 4 : Défi

Volonté d'être un guide motivant dans la relation à l'autre

Fondements relationnels

S'il existe une seule compétence qui pourrait être utilisée pour résumer tout ce qui est éricksonien, ce serait l'entière capacité à se connecter avec les autres de manière profonde et convaincante. Que l'on décrive la pratique par le thérapeute d'une communication efficace, d'une flexibilité relationnelle, d'une observation fine ou de l'amour et de la compassion, tout revient à la capacité du thérapeute à créer un attachement réel avec ceux qui sont sinon perdus ou bien isolés dans un contexte problématique de vie.

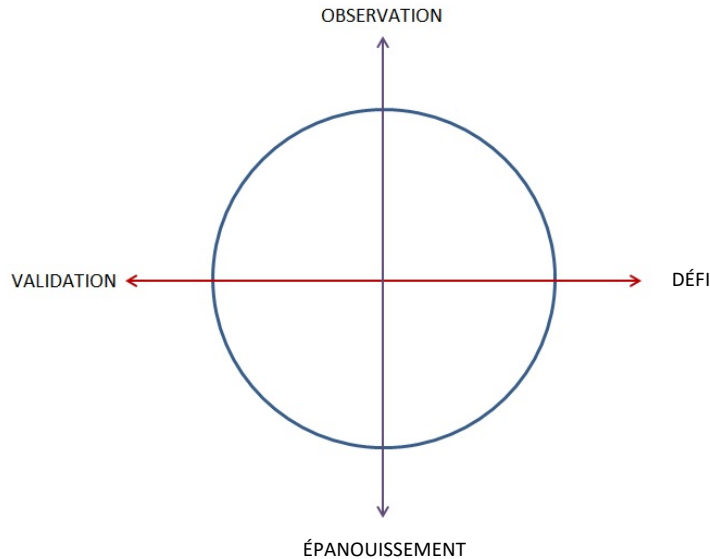
Comme indiqué précédemment, en T.E., la résolution d'un problème n'est pas attribuée à l'utilisation d'une technique de soin, mais c'est plutôt une nouvelle forme de relation qui se crée. On dit que la thérapie éricksonienne se fait AVEC plutôt que POUR le client. Erickson a souvent parlé de l'importance primordiale d'obtenir la confiance du client et son engagement à coopérer, comme conditions préalables à toute autre méthodologie thérapeutique.

L'importance des fondements relationnels est maintenant reconnue dans tout domaine comme un facteur commun à toutes les thérapies réussies. Ce facteur commun est généralement décrit comme la construction d'une alliance thérapeutique, qui dans le contexte de l'hypnose a été historiquement décrite comme un accord, et plus récemment comme une harmonie et un attachement.

Outre ces deux dynamiques importantes (collaboration et alliance), il a été affirmé que le principal avantage de la thérapie éricksonienne est un modèle entraînant un engagement du cœur et une ouverture d'esprit. La relation qui se forme au cours de la thérapie éricksonienne est conçue pour être à la fois profondément émotionnelle et très motivante. En utilisant le langage de la théorie des « états du moi », cette expérience relationnelle augmentée a été décrite comme un « état de performance » qui produit un bénéfice mutuel à la fois pour le client et le thérapeute. L'idée de base est que les clients doivent sentir au plus profond d'eux-mêmes que leur thérapeute prend soin d'eux et agit pour leur bien-être, afin que le reste de la thérapie produise des résultats positifs. Toutes les techniques thérapeutiques éricksoniennes sont censées être utiles uniquement lorsqu'elles sont utilisées dans le contexte de cette forme particulière de relation.

Comme on le verra bientôt, les éléments d'une communication profondément ressentie (par le client) ne peuvent être mesurés en demandant au thérapeute ce qu'il ou elle avait l'intention de réaliser. Une personne peut avoir l'intention d'être très observatrice et toujours passer à côté de choses qui sont vraiment importantes pour le client. De même, un observateur impartial ne peut évaluer l'efficacité de l'observation du thérapeute. C'est plutôt le client qui doit fournir la vraie mesure. De la même manière que l'alliance thérapeutique est habituellement mesurée en demandant au client de commenter sa propre expérience, le fondement relationnel qui sous-tend toutes les autres interventions éricksoniennes doit venir du client. Pour cette raison, une échelle d'évaluation a été incluse dans ce manuel. Contrairement à d'autres mesures de l'alliance thérapeutique, ce dispositif a été conçu pour mesurer les dynamiques relationnelles clés que les thérapeutes éricksoniens considèrent comme les plus essentielles.

L'enquête menée en 2016 auprès d'enseignants et de spécialistes de la thérapie éricksonienne du monde entier a révélé que quatre grandes catégories d'engagement relationnel étaient généralement approuvées. Ces idées ont été regroupées sous les termes généraux : observation, validation, épanouissement et défi. Chacune de ces catégories sera décrite plus en détail dans les paragraphes suivants.



OBSERVATION : Volonté d'être profondément perspicace dans la relation à l'autre.

Le premier fondement relationnel est une observation attentive. Il a été affirmé que quelques-unes des compétences fondamentales les plus importantes de la thérapie éricksonienne (par exemple, l'individualisation, la résolution de problèmes et l'utilisation) requièrent des capacités d'observation particulièrement développées. Lorsque Norma Barretta, l'une des étudiantes de Milton Erickson, lui a demandé quels étaient les trois aspects les plus importants pour réaliser un travail clinique efficace, Erickson a répondu : « Observez... observez... observez... ».

Parce que le praticien éricksonien regarde vraiment et écoute attentivement l'histoire unique de chacun, il est mieux préparé à adapter la thérapie et à utiliser des compétences et des ressources méconnues. Parce que le praticien éricksonien n'écoute pas seulement ce qui est dit, mais aussi ce que le client a évité de dire et parce que le thérapeute observe les modèles de comportement récurrents, il est capable de faire des estimations étonnamment précises sur les actions passées et futures. Ce type de capacité prédictive est nécessaire à la stratégie dans la résolution de problèmes, qui requiert planification et préparation. Parmi les autres compétences d'observation, citons le fait d'apprendre à voir les forces, là où d'autres ne voient que les faiblesses, ou d'apprendre à identifier les ressources, là où d'autres ne voient que les limites. Ces compétences sont toutes essentielles à la résolution de problèmes.

Une manière utile de conceptualiser l'observation thérapeutique est de la considérer comme une compétence de communication réceptive, qui inclut une écoute attentive. Les compétences d'observation du thérapeute sont évaluables rétrospectivement par l'effet sur l'épanouissement du patient (qui améliore sa compétence de communication expressive).

En d'autres termes, le thérapeute ne peut exprimer habilement ses idées thérapeutiques sans une observation attentive. De même, l'expression habile d'idées importantes sera nécessairement suivie d'une observation attentive afin d'en juger l'effet.

À l'opposé, un client peut s'asseoir en face d'un thérapeute peu compétent et ne se sentir ni vu ni entendu. Dans ce cas, il y a absence cruelle de motivation indispensable pour s'engager dans tout autre processus thérapeutique. Une rupture tout autant préjudiciable de la relation se produit chaque fois que le client se sent jugé ou incompris. C'est pourquoi les praticiens éricksoniens observent sans interpréter. Si un comportement ou une expérience doit être interprété, c'est le client plutôt que le

thérapeute qui donne un sens à ce qui s'est passé. Non seulement l'interprétation du thérapeute risque de fausser la propre exploration du client, mais elle interfère également avec le processus de validation, qui sera décrit plus en détail ci-dessous. Ce sont là quelques-unes des nombreuses raisons pour lesquelles ceux qui ont étudié directement auprès d'Erickson ont appris à observer tranquillement, à accepter et à utiliser tout ce que le client apporte dans sa thérapie.

VALIDATION : Volonté d'acceptation et de soutien dans la relation à l'autre

La deuxième dynamique relationnelle qui a été étroitement associée au travail d'Erickson est celle de l'acceptation et de la valorisation de ce qui a été dit ou fait. En lisant les transcriptions du travail d'Erickson avec ses clients, il est intéressant de noter que le mot qu'il répète beaucoup plus souvent que tout autre est le mot « oui », souvent exprimé de façon plus complète par « Oui... c'est vrai ». C'était la réaction habituelle d'Erickson à tout acte d'autodévoilement. Qu'il s'agisse d'un dévoilement émotionnel ou d'une opinion intellectuelle, la réponse immédiate d'Erickson était de manifester son soutien et de valoriser ce qui avait été exprimé. C'est la définition opérationnelle de la validation thérapeutique : *démontrer son soutien et valoriser ce qui a été exprimé par le client*. (Bien que le mot « validation » ait été utilisé ici pour décrire cette compétence, d'autres termes sont utilisés : accepter l'individualité du client, honorer ses réalités subjectives et ratifier son caractère unique).

Si le principal objectif de la thérapie est que l'individualité du client s'exprime de façon complète et désinhibée, l'acceptation totale des réponses du client dans sa thérapie est une évidence. À cet égard, la validation est un moyen important d'établir un lien profond avec le client, tant au niveau conscient qu'inconscient. Ce type de communication donne aux clients la capacité de rester ouverts aux nouvelles idées et de s'empressement d'entendre et d'accepter ce qui est suggéré. Cet état particulier d'augmentation de la suggestibilité est soigneusement gardé en s'abstenant de tout jugement négatif ou de tout rejet des révélations du client. Ainsi, les praticiens de la T. E. sont réticents à exprimer leur désaccord avec tout ce que le client dit ou pense, à moins qu'il n'y ait une intention stratégique (par ex., restrictions volontaires/« pas encore⁵ », évocation d'une colère constructive, etc.).

L'un des mandats clairs de la thérapie éricksonienne est qu'elle respecte l'individu. Dans ce cadre, la personne n'est pas censée se conformer à des normes sociales décrétées, mais est au contraire libre d'explorer ses propres chemins pour se connaître et interagir avec le monde. Le thérapeute cherche alors à valider les signes comportementaux des propres réponses du client, ce qui conduit à un plus grand dévoilement de soi et à une augmentation de l'influence relationnelle. Plus le client se sent accueilli et accepté pour ce qu'il est, plus le processus de collaboration est renforcé et celui du changement naturellement commencé.

Si le thérapeute suit le bon objectif, tout ce qui se passe pendant la thérapie peut être considéré comme le « bon » résultat. Pour les clients qui ne font pas grand-chose pendant la thérapie, une réponse valable est : « Votre réponse prudente et contemplative à la thérapie est réellement un bon signe ! » (Toute réponse est bonne tant que le thérapeute n'est pas complètement ignoré). Pour ceux qui éclatent en sanglots pendant la thérapie, une réponse valable est : « Votre corps est en train de relâcher des tensions, cela va vous apporter un grand soulagement ». Pour ceux qui ne croient pas que le succès est possible, « Votre inconscient va devoir cacher votre succès. Vous ne pourrez réaliser que vous avez réussi que lorsque vous serez prêt ». Il est particulièrement important de valider les progrès. Par exemple, si le client a l'air heureux et excité et qu'il demande au thérapeute « Est-ce que c'était supposé arriver pendant la transe ? », la réponse validante est : « Oui ! C'était supposé arriver exactement de cette façon. »

⁵ NDT : « pas encore » : incitation pour le patient à ne pas changer trop vite.

Le thérapeute compétent est toujours conscient de la menace de rejet ou de honte et s'efforce au contraire d'obtenir l'acceptation. Ce niveau de protection n'est pas possible si l'on cherche à contrôler le client, même d'une manière infime. Au contraire, le praticien éricksonien non seulement accepte, mais aussi trouve de la valeur dans tout ce que fait le client (ex. : la validation). Bien que la validation puisse s'exprimer de façon verbale ou non verbale, il s'agit principalement d'une qualité de communication qui dépend d'un désir sincère de comprendre les autres et de voir l'importance de leur existence. Une fois de plus, cette grande compétence récurrente est liée à la volonté de remettre en question le statu quo, qui est une communication compétente centrée sur l'expérience du changement.

ÉPANOUISSEMENT : Volonté d'orienter et d'être source d'inspiration par rapport aux autres.

Un autre fondement essentiel attendu de la relation est un épanouissement du potentiel non réalisé. En plus des qualités combinées de curiosité et de patience, l'épanouissement est la volonté de donner au client le même type de soin qu'un parent apporte à un bébé en pleine croissance ou celui d'un agriculteur à une graine nouvellement plantée. Certaines des compétences de base les plus importantes de la thérapie éricksonienne (ex. : la déstabilisation et l'apprentissage par l'expérience) n'ont de sens que si le thérapeute veut engager le client dans un processus d'apprentissage et de progrès. Ces processus doivent se dérouler au sein d'une relation favorisant la propre exploration et l'auto-organisation à un niveau inconscient.

Lorsque l'un des élèves de Milton Erickson, Ernest Rossi, a commenté l'importance de la propre exploration au cours de la thérapie, Erickson a expliqué : « La vie n'est pas une chose dont vous pouvez répondre aujourd'hui. Vous devriez apprécier l'attente, le processus de devenir ce que vous êtes. Il n'y a rien de plus agréable que de planter des graines de fleurs et de ne pas savoir quel type de fleurs va apparaître. » Lorsqu'un thérapeute est capable de prendre le même plaisir dans la croissance de ses clients, alors la dynamique de l'épanouissement est là.

Parmi les praticiens éricksoniens, l'idée de planter des graines est importante. Cette analogie agricole est utilisée pour distinguer l'approche naturaliste de l'hypnose d'autres approches plus autoritaires. Bien que ce ne soit pas une condition préalable, la plupart des thérapeutes éricksoniens ont étudié les principes et la pratique de l'hypnose et les utilisent de manière formelle ou informelle tout au long de la thérapie. Ceci est particulièrement visible dans l'utilisation de l'approche naturaliste, de l'apprentissage par l'expérience et de la déstabilisation. Chacune de ces techniques peut faciliter les états modifiés de conscience, même sans procédure formelle d'induction. Lorsque des techniques telles que la suggestion permissive ou la métaphore hypnotique sont utilisées pour faire une suggestion importante, le processus ultérieur d'exploration et de découverte de soi est souvent appelé « ensemencement ». Comme les plantes, les êtres humains semblent avoir besoin de certains nutriments environnementaux pour s'épanouir. Dans le contexte de la thérapie, les nutriments essentiels comprennent la bienveillance, la patience, l'attente positive, l'offre de l'espoir et une large utilisation de l'humour. Chacune de ces qualités est étroitement associée à une façon d'attirer le client qui favorise l'épanouissement de ses capacités.

Fondée sur une philosophie qui reconnaît une tendance humaine innée à la santé et au bien-être, l'approche éricksonienne considère que les clients ont déjà en eux la capacité de se guérir et de grandir. L'épanouissement consiste donc à faire s'exprimer la confiance en cette capacité et l'attente positive de ce qu'elle produira. Si le thérapeute considère qu'il s'agit d'un processus circulaire, plutôt qu'unilatéral, la thérapie lui offre aussi la possibilité à son tour de s'épanouir.

Contrairement aux « interventions », qui sont unilatérales, l'épanouissement est une voie à double

sens. Le thérapeute ne sait pas à l'avance comment il ou elle s'épanouira en travaillant avec une personne précise. Cependant, si la thérapie est considérée comme une opportunité d'épanouissement, les propres tendances du thérapeute à l'épanouissement et à l'apprentissage sont également activées. La créativité et l'énergie positive qui en résulte procurent non seulement une force puissante pour la personne qui est en thérapie, mais c'est aussi ce qui galvanise ceux qui la pratiquent.

DÉFI : Volonté d'être un guide motivant dans la relation aux autres

Cette dernière partie est la moins bien définie dans la littérature éricksonienne et, par conséquent, celle qui a reçu le moins de rapports lors de l'étude de 2016. Cela s'explique peut-être par le fait qu'une incompréhension de ce que signifie lancer un défi (d'une manière respectueuse et thérapeutique) peut conduire à des résultats désastreux. Mais sans cette dernière partie, nulle avancée dans le rapport autre qu'un simple constat, le thérapeute agit davantage comme un suiveur que comme un leader. Ou, pour utiliser une analogie sportive, le thérapeute devient plus meneur de jeu qu'entraîneur.

Ce qui semble faire l'unanimité, c'est d'identifier la thérapie éricksonienne comme un guide plutôt qu'une thérapie flottante. Il est également reconnu que le praticien éricksonien recherchera des preuves d'engagement dans la thérapie, comprenant l'exécution d'activités nécessitant des efforts. L'exemple le plus classique venant d'Erickson est celui qu'il demandait à ses nouveaux patients d'escalader le Squaw Peak (grimper un sentier de randonnée escarpé jusqu'au sommet) et de le rappeler ensuite pour fixer le premier rendez-vous. Cet exemple donne une idée de ce que signifie le défi lancé au client.

L'hypothèse de base est que sans défi, la motivation commence à faiblir. Les praticiens qui savent lancer des défis thérapeutiques comprennent comment les adapter à la personne. Lorsque le défi est trop grand, il crée de l'anxiété ou le sentiment d'être dépassé. Mais sans défi, la motivation fait place à l'ennui.

Les défis lancés aux clients peuvent revêtir de nombreuses formes. Dans certains cas, il peut s'agir de dire au client une vérité difficile à entendre. Dans d'autres cas, le défi consiste à rappeler des émotions fortes qui ont été niées, voire craintes. Pour certaines personnes, le défi peut consister à accepter la bienveillance à leur égard ou à écouter quelqu'un énumérer leurs qualités. Quel que soit le cas, le praticien éricksonien est prêt à susciter plus de réponses dans une relation de coopération et de respect.

Pour qu'une tâche ou un devoir soit thérapeutique et non abusif, il doit toujours être sécurisant, respectueux de toutes les personnes impliquées et librement choisi. D'abord et avant tout, le praticien éricksonien doit toujours chercher à ne pas nuire, physiquement ou émotionnellement.

Il faut reconnaître que chacune de ces quatre dynamiques relationnelles peut être problématique si elle est mal équilibrée. Sans des bases suffisantes dans la polarité de la validation, les efforts d'un thérapeute pour lancer un défi au client peuvent aboutir à une piètre relation. Mais lorsque la main de fer est dans un doux gant de velours, les individus même les plus fragiles peuvent être conduits sans dommage.

III. Compétences fondamentales

Aperçu des compétences fondamentales

La section III du manuel sur la thérapie éricksonienne (TE) comprend une série de six principes qui regroupent la plupart des techniques et des stratégies cliniques propres à la pratique de la TE. En plus de donner à TE son caractère spécifique en tant que forme unique de thérapie, ces six principes représentent des facteurs communs trouvés dans la plupart des séances de thérapie d'une grande variété de clientèle et de motifs de consultation. L'objectif de cette partie du manuel est de fournir aux praticiens une base approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à une pratique compétente. Les praticiens éricksoniens bien formés maîtrisent les six domaines suivants :

Compétence I : Individualisation

- *Disposition à individualiser la thérapie*

Compétence II : Utilisation

- *Disposition à utiliser dans la thérapie les dynamiques intrapersonnelle et interpersonnelle ainsi que les facteurs liés aux contextes.*

Compétence III : Stratégie

- *Disposition à créer un contexte personnalisé de résolution de problème*

Compétence IV : Déstabilisation

- *Disposition à perturber des modèles psychologiques stables pour encourager la souplesse et l'apprentissage*

Compétence V : Expérientiel

- *Disposition à prioriser l'apprentissage par l'expérience*

Compétences VI : Naturel

- *Disposition à créer l'attente d'un changement naturel et automatique*

I. INDIVIDUALISATION : Disposition à individualiser la thérapie

Un des principes de base de la thérapie éricksonienne est que chaque client est un individu unique que demande une thérapie unique. Déçu par les résultats des traitements standardisés, Erickson considérait l'individualisation du traitement comme un impératif thérapeutique. Il s'opposait aux protocoles établis sur la façon dont la thérapie devrait se dérouler. À la place, Erickson a souligné l'importance de l'observation et la flexibilité en utilisant les connaissances immédiatement disponibles du client pour guider l'intervention, plutôt qu'un savoir théorique à propos d'un diagnostic.

Les éricksoniens ne s'engagent pas dans des thérapies stéréotypées, voire « universelles ». Bien sûr cela ne veut pas dire que les professionnels ne peuvent pas réutiliser des techniques utiles. Cependant, pendant la thérapie personnalisée, le praticien éricksonien modifie chaque technique pour la rendre la plus adaptée possible à la situation présente.

Tout en restant ferme dans ce principe, il est essentiel de rester absolument flexible dans les méthodes appliquées. Comme l'a expliqué Erickson (1979) lorsqu'il enseignait à Ernest Rossi, « les psychothérapeutes ne peuvent pas dépendre de routines ou de procédures évolutives normalisées pour être appliquées sans discrimination à tous leurs patients. La psychothérapie n'est pas la simple application de vérités et de principes supposément découverts par des académiciens dans des expériences de laboratoire contrôlées. Chaque rencontre psychothérapeutique est unique et exige un nouvel effort créatif de la part du thérapeute et du patient pour découvrir les principes et les moyens d'atteindre un résultat thérapeutique. » L'exemple le plus parfait de personnalisation signifie que vous avez trouvé la bonne chose à faire, au bon moment, pour cet individu unique. La qualité de l'ajustement expire à la minute où il a été utilisé.

Parce que chaque personne est un individu unique, chaque session est une création unique. Lorsque le thérapeute et le client se rencontrent pour la première fois, ils créent une relation qui n'existait pas auparavant. Dans ce nouveau système, chacun influencera l'autre de façon potentiellement inattendue. Le thérapeute peut résister à cette occasion naturelle de créativité s'il se tourne vers un scénario tiré d'un manuel de traitement ou commence à réciter un protocole. Dans la thérapie éricksonienne, la créativité est considérée en elle-même comme un mécanisme important de la santé et donc elle est utilisée dès que possible. Parce qu'il y a relativement peu de mandats théoriques pour guider et structurer la séance de thérapie, le thérapeute est forcé de s'appuyer plus solidement sur ses propres compétences d'observation et ses idées créatives ainsi que la perspicacité et la créativité qui attendent d'être découvertes chez le client.

Comme mentionné précédemment, l'observation attentive est un élément crucial dans plusieurs des compétences fondamentales. Cela est particulièrement vrai pour l'individualisation du traitement, qui nécessite de remarquer la façon dont le client est spécial et différent des autres ; la reconnaissance des forces cachées et des ressources qui peuvent être utilisées dans la thérapie ; et une appréciation des passions et des intérêts uniques du client. De plus, il est important de se renseigner sur ce que le client considère comme ses qualités personnelles, ses souvenirs préférés, ses rêves à long terme, ses besoins les plus importants, ses valeurs les plus fortes et ses désirs les plus profonds. Tous ces éléments font partie intégrante de l'identité totale du client et constituent donc un puissant moteur de changement.

Parmi les autres facteurs importants à observer, il y a l'attention du client ; les changements soudains de pensée ; l'évitement de certains sujets ou le changement de tonalité de la voix lorsque certains mots sont mentionnés ; les émotions non reconnues que l'on peut voir sur le visage ou la peau ; la façon dont le problème est abordé par le client, la répétition de certains mots, des gestes

emblématiques ou des métaphores. Chacun d'eux représente des états de conscience particuliers, dont chacun peut être exploré et/ou modifié pour produire de nouvelles possibilités pour la découverte d'une solution. Ainsi, le thérapeute cherche à apprendre les façons individuelles uniques du client de répondre et puis utilise ces connaissances pour modifier toute séance de thérapie ultérieure. Cela mènera à une thérapie personnalisée et unique et se traduira naturellement par une relation spéciale avec chaque client.

Au sens lexical le plus large, ce processus pourrait être classé comme une forme d'analyse (observation/évaluation). Certes, les praticiens de l'hypnose éricksonienne reconnaissent l'importance de l'analyse non seulement pendant la séance initiale, mais tout au long de la durée de la thérapie. Toutefois, l'objectif de l'analyse n'est pas d'en arriver à un diagnostic, mais plutôt de recueillir le plus d'informations possible sur les besoins, les ressources et les perspectives uniques que chaque personne apporte à la thérapie. Toutes les interactions du thérapeute sont conçues pour répondre aux besoins du client. La thérapie n'est jamais aléatoire ou réactionnaire. Bien que la priorité soit d'apprendre la façon dont le client exprime ses besoins dans le langage, on suppose que la connaissance explicite fournit un tableau incomplet. Les observations de processus inconscients tels que la logique implicite et l'émotion inconsciente sont faites en étudiant les insinuations, les modèles de comportement et l'expression non verbale. Cette information est ensuite utilisée pour formuler une approche thérapeutique soigneusement adaptée.

Hypothèses centrales à propos de l'individualisation

Un certain nombre d'hypothèses fondamentales sous-tendent le processus d'individualisation et de prise de décision clinique du thérapeute envers le client. La connaissance de ces hypothèses permet au praticien de fonctionner dans l'esprit de l'intervention plutôt que de reproduire mécaniquement des techniques établies —

- Chaque client demande un traitement spécifique.
- La créativité est, en elle-même, un mécanisme de santé important et donc essentiel à la thérapie.
- Le savoir instantané obtenu par l'observation a plus de valeur qu'un savoir théorique provenant d'une université
- Certains des messages les plus significatifs entre les gens sont non verbaux
- Chaque personne fonctionne à partir de son propre système de logique qui a du sens pour elle et qui doit être utilisé pour l'aider à trouver du sens dans la thérapie.
- Les mots choisis par les clients ont une signification spéciale et des associations émotionnelles importantes, donc ce sont les mots qui sont les mieux adaptés pour transmettre des messages thérapeutiques
- Le client ne devrait pas avoir besoin de modifier son comportement pour répondre aux besoins du thérapeute ; c'est plutôt la responsabilité du thérapeute d'adapter son style de relation pour les besoins du client
- Les progrès thérapeutiques surviennent quand le client est prêt et capable de travailler, ce qui ne peut être anticipé par un calendrier rigide ou un protocole de traitement
- Les besoins du client peuvent changer au jour le jour tout comme ses objectifs ; par conséquent, la thérapie est un processus continu d'observation minutieuse et de réajustement constant

Exemples pratiques d'individuation.

À quoi ressemble l'individuation ?

Individualiser le langage de la thérapie pour s'adapter au client	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise les mots du client. Ne substitue pas par d'autres mots.	Utilise un jargon psychologique ou des termes de substitution.
Acquiert une compréhension de l'expérience personnelle du client : utilise des exemples et des analogies à partir des expériences du client (c.-à-d. reflète le langage expérientiel du client).	Introduit des idées le plus souvent en référence à des recherches ou des théories universitaires.
Utilise des métaphores, symboles et analogies en référence à celles du client et les utilise pour véhiculer des idées de solutions.	Introduit ses idées grâce à des analogies ou des métaphores qui sont surtout signifiantes pour le thérapeute.

Individualiser le style de communication pour s'adapter au client	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Se synchronise sur la façon dont le client utilise les gestes et le langage non verbal.	Reste en dehors du rythme du client.
Se synchronise sur l'expression émotionnelle du client (c.-à-d. la mimique, le rythme respiratoire, etc.)	Utilise une approche indifférenciée (« écran blanc » — ne montrant pratiquement aucune émotion) ou contrebalance les émotions négatives du client avec des émotions plus positives.
Se synchronise de façon générale à la façon de communiquer du client. Par exemple est direct avec les personnes qui parlent de façon directe ou franche, est indirect avec ceux qui sont plus réservés ou évitants ; ou utilise un langage imagé avec ceux qui utilisent des symboles ou des métaphores.	Le thérapeute a son style unique de communication qui ne correspond pas à celui du client.

Individualiser le rythme de la thérapie pour s'adapter au client	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Évalue le degré de préparation du client au travail émotionnel, à parler de lui et son niveau de vulnérabilité. Respecte le besoin d'intimité du client et propose d'ajuster l'impact émotionnel de la thérapie.	Suit des protocoles de thérapie standard.

Est capable de calme et d'attendre le bon moment pour parler. (c.-à-d. faire des pauses).	Poursuit la conversation sur un rythme constant.
Cherche à évaluer le niveau de préparation du client au changement. Propose de changer maintenant ou plus tard, un peu ou beaucoup.	Impose au client de montrer des signes de changements.
Permet au client de choisir la durée et la fréquence des séances.	Dicte au client la procédure standard du rythme des rendez-vous.
Modifie la procédure de la thérapie pour tenir compte d'un comportement résistant (p. ex., un client qui refuse de parler se fait dire de passer du temps à contempler silencieusement les raisons pour lesquelles il suit une thérapie).	Entre dans des conflits de pouvoir avec le client.
Reconnaît les limitations du client.	Ne tient pas compte des limitations du client.

Individualiser la logique du changement pour s'adapter aux valeurs du client, à son système de croyances et à son expérience personnelle.

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Pose des questions pour savoir en quoi le client est unique --la façon dont le client est spécial et différent des autres et utilise ces informations pour créer une expérience unique de thérapie.	Se focalise le plus souvent sur la recherche, ou l'expérience du thérapeute quand il a travaillé avec d'autres clients.
Pose des questions à réponse oui/non pour établir une séquence de réponses « oui » (c.-à-d. « yes » set).	Fait souvent des déclarations avec lesquelles le client n'était pas d'accord explicitement ou de façon plus intériorisée.
Fait des affirmations qui contribuent à une atmosphère d'accord et de compréhension mutuelle.	Fait des affirmations qui laissent au client le sentiment de ne pas être compris, d'être ignoré ou jugé.
Formule de nouvelles idées dans le système de valeurs existant du client.	Ne fait aucune référence au système de valeurs du client.
Utilise les croyances du client pour transmettre les messages thérapeutiques.	Argmente sur la « vérité » ou contredit le client.

II. UTILISATION : Disposition à utiliser dans la thérapie les dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles ainsi que les facteurs liés aux contextes.

Le concept d'utilisation est souvent considéré pour être une des plus grandes contributions d'Erickson à la thérapie. En termes simples, *l'utilisation est une stratégie psychothérapeutique qui engage les circonstances, les habitudes, les croyances, les perceptions, l'état d'esprit, les symptômes ou les résistances au service des objectifs principaux de la thérapie.* Ainsi, le praticien éricksonien apprend à devenir « prêt à intervenir », un état particulier d'observation accrue et une tendance à la validation qui aide le thérapeute à réduire les désaccords tout en travaillant à des résultats significatifs.

À la différence de l'optimisme, l'utilisation est une énergie créative qui va au-delà d'un simple état d'esprit d'espoir pour répondre à un problème pour lequel il existe une solution disponible. Par exemple, le thérapeute qui est optimiste pourrait répondre gentiment et patiemment à un client qui refuse de parler, en espérant que bientôt le client trouvera quelque chose à dire. Mais le thérapeute qui est prêt à intervenir et qui cherche à utiliser le comportement naturel du client peut faire la suggestion suivante, « Assis là, en silence, vous verrez que beaucoup de pensées importantes vous viennent à l'esprit, des pensées auxquelles il n'est pas facile de réfléchir, mais qui méritent toute votre attention. ». C'est un exemple d'utilisation du comportement et de la situation dans son ensemble pour le bien du client.

Si un état d'esprit d'acceptation est un élément nécessaire de l'utilisation, elle ne suffit pas à elle seule. L'utilisation pousse l'acceptation un peu plus loin en la transformant en action orientée vers les buts, une action adaptée à la situation immédiate. La logique de base de l'utilisation est d'obtenir la coopération des clients selon la façon dont l'individu est prêt et capable de coopérer. Par exemple, la relaxation peut être utilisée avec quelqu'un qui est épuisé, la réflexion tranquille avec quelqu'un qui ne veut pas parler, ou l'enseignement pour quelqu'un qui veut apprendre de nouvelles compétences. De même, les personnes hautement conformes sont invitées à se conformer, tandis que les sujets résistants sont invités à résister. Ceux qui ne peuvent pas arrêter un comportement sont invités à exécuter le comportement jusqu'à en être fatigués et à ceux qui sont prêts à prendre en charge leur thérapie est donné l'espace pour le faire. L'objectif de l'utilisation est qu'à chaque fois que le thérapeute est en mesure de négocier une série continue d'échanges coopératifs, une réorientation est réalisée chez le client qui engage des processus adaptatifs et l'auto-organisation semble de nouveau possible. Si cette activité subconsciente pouvait être mise en mots, elle pourrait probablement ressembler à quelque chose comme : « Hé ! Ce que je fais est important ! »

Hypothèses centrales à propos de l'Utilisation

Un certain nombre d'hypothèses centrales sous-tendent le processus d'utilisation et régissent la prise de décisions et le comportement thérapeutique envers le client. La connaissance de ces hypothèses permet au thérapeute de fonctionner selon l'esprit de l'intervention plutôt que de reproduire mécaniquement des techniques préétablies —

- Chaque client tire un bénéfice de la reconnaissance de ce qu'il/elle est capable de faire.
- Tout comportement a de la valeur si on lui donne le bon contexte et un objectif approprié (ce qui comprend le comportement symptomatique, le comportement improductif, la résistance à la thérapie, etc.)
- Devenir activement engagé dans une activité qui a du sens pour le client est en soi un mécanisme important de la santé et donc essentiel à la thérapie
- L'engagement coopératif commence lorsque le thérapeute accepte ce que le client fait
- La thérapie commence par la sereine acceptation de ce qui ne peut pas être changé

- Les comportements que le client a essayé d'inhiber ou de supprimer sont plus facilement gérés une fois qu'ils sont effectués avec une intention consciente
- La thérapie ne devrait pas chercher à isoler les gens du contexte d'apprentissage lié à de leurs expériences personnelles au sein d'une famille, d'une profession, d'une culture ou d'une religion.

Exemples pratiques d'utilisation

À quoi ressemble l'utilisation ?

Utiliser le besoin du client d'exercer son choix et son discernement	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Donne au client le choix entre deux options qui répondent toutes les deux à ses besoins (c.-à-d. double lien).	Essaie de persuader le client de suivre une voie choisie par le thérapeute.
Demande au client de décider quelles parties du symptôme conserver et quelles parties éliminer (c.-à-d., sortir de l'ambiguïté).	Le thérapeute aborde le changement d'un point de vue tout ou rien.
Suggère l'importance d'une action imminente ou déjà en cours (c.-à-d., reprendre le contrôle).	Cherche à changer le comportement choisi par le client.
Décrit le comportement immédiat du client et le présente comme une expression de son choix (c.-à-d., <i>Tracking</i> ⁶).	Ignore le comportement immédiat du client.
Fait un lien entre le progrès et les comportements qui seraient autrement perçus comme indésirables (p. ex., le refus de parler est lié à une contemplation réfléchie et à une thérapie plus profonde).	Fait une tentative pour enseigner au client comment faire la thérapie correctement.
Suggère au client de discerner quand et où il pourrait intentionnellement s'engager dans un comportement involontaire (le client est structuré pour effectuer intentionnellement le comportement « incontrôlable à un moment où il ne causera pas de problèmes)	La majeure partie de la thérapie vise à éliminer ou à supprimer le comportement symptomatique.

⁶ Cf lexiquein

Utiliser l'énergie sous-jacente/la direction du problème présenté pour atteindre un objectif souhaitable

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Demande au client de réaliser intentionnellement une partie des symptômes complexes (c.-à-d., prescription de symptômes).	Discute du comportement du symptôme, mais ne fait jamais d'étude expérimentale à ce sujet.
Changement du contexte dans lequel le comportement symptomatique se produisait et, dans ce nouveau contexte, le comportement était plus fonctionnel (sublimation).	Discute du comportement du symptôme, mais n'ont jamais fait d'étude expérimentale à ce sujet.
Utilisation du comportement symptomatique comme solution à un autre problème dans la vie du client (par exemple, l'insomnie est utilisée comme excuse pour rattraper le retard dans la lecture).	Discute du comportement du symptôme, mais n'ont jamais fait d'étude expérimentale à ce sujet.
Utilise le comportement symptomatique pour renforcer l'égo du patient (par exemple, « Je n'ai jamais vu quelqu'un gérer aussi bien une dépression aussi grave... votre capacité d'adaptation est remarquable »).	Discute du comportement du symptôme, mais n'ont jamais fait d'étude expérimentale à ce sujet.
Utilise la résistance à la thérapie comme un moyen d'approfondir l'implication du client dans la thérapie (c.-à-d. en prescrivant la résistance).	Soit ignore la résistance à la thérapie, soit interprète la résistance, soit cherche à éliminer la résistance.

Utilisation d'un comportement inattendu ou d'événements imprévus pour atteindre un objectif thérapeutique.

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise une réaction inattendue à la thérapie comme point de départ pour progresser (par exemple, a dit au client que cette réaction est un bon signe et l'a encouragé à s'en servir pour poursuivre la thérapie).	Traite la réponse inattendue comme un résultat négatif.
Utilise un comportement embarrassant ou indésirable à des fins positives (par exemple, un client qui pleure puis rougit se voit expliquer à quel point la vulnérabilité est importante pour la thérapie).	Soit ignore les comportements gênants ou indésirables, soit les excuse poliment.
Utilise les rapports d'échec pour augmenter les attentes de succès futurs (par exemple, encadrer une rechute et la détresse émotionnelle qui s'ensuit comme une preuve que la personne est prête à changer).	Fait preuve d'empathie ou d'acceptation, mais n'a pas réussi à accroître l'attente de résultats positifs à l'avenir

Reconnait des commentaires autodérisoires ou des défauts de caractère affirmés par le client et ajoute un bénéfice thérapeutique (par exemple, « Il a fallu du courage pour l'admettre »).	N'accepte pas l'autodérision du client, mais tente de l'encourager ou de le complimenter.
Utilise les réactions négatives au thérapeute pour construire l'alliance (par exemple, « J'avais besoin d'entendre cela, pour t'aider »).	Se met sur la défensive lorsqu'il est critiqué par le client ou le blâme.

Utilisation du contexte environnemental pour soutenir et enrichir les processus thérapeutiques

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise des événements extérieurs comme support de thérapie. Par exemple, des vacances avec des membres de la famille, des excursions dans un parc ou des programmes éducatifs dans un collège communautaire local (c.-à-d. un contexte thérapeutique).	La plupart des discussions sur la thérapie se sont déroulées au bureau.
Utilise des éléments de l'univers naturel pour raconter des histoires pleines de possibilités, tels que des « objets sacrés », des puzzles, des animaux ou d'autres objets originaux situés dans le bureau de thérapie.	Les conversations semblent cliniques ou académiques. Il n'y a pas beaucoup de liens avec le monde extérieur.
Rencontre l'ensemble de la famille et orient sur la modification de la dynamique du foyer. (Restructuration)	Se concentre exclusivement sur le traitement du client.

III. STRATÉGIQUE : Disposition à créer un contexte de résolution de problèmes autoorganisé

En plus de souligner l'importance d'accepter le caractère unique de chaque individu, la T. E. reconnaît également la conception innée des êtres humains en tant que créatures auto-organisées ou « bâtisseurs de vie ». Erickson pensait que les êtres humains étaient des organismes orientés vers la survie et la croissance, avec un besoin inné de maîtriser les expériences internes et externes de la vie. Il s'efforce donc de surmonter les obstacles et les défis tout en s'appuyant sur des connaissances organiques et sur l'apprentissage de toute une vie. Par conséquent, la T. E. part du principe que tous les individus ont un besoin élémentaire de rechercher les défis de leur choix, de s'efforcer d'atteindre des objectifs personnels significatifs, de construire un avenir préféré et d'exercer leur volonté personnelle en ce qui concerne leur identité, leurs relations et leur vision du monde. C'est ce que l'on appelle collectivement « l'autonomie ».

Créer stratégiquement l'expérience de l'autoagencement implique de transférer la propriété du changement au client. C'est ce qui rend l'entreprise de résolution de problèmes transformationnelle. S'exprimant sur ce sujet, Erickson a expliqué qu'il y a un net « transfert du thérapeute au patient de tout le fardeau de la définition de la psychothérapie désirée et de la responsabilité de l'accepter ». Ainsi, le lieu de la résolution des problèmes thérapeutiques se trouve dans l'esprit et le corps du client. Tout succès obtenu grâce à la thérapie appartient alors légitimement au client plutôt qu'au thérapeute.

Le thérapeute n'est pas censé résoudre les problèmes. Au contraire, il incombe au thérapeute de discerner comment faciliter le travail intérieur du client à l'aide d'un processus créatif qui se déroule sous la conscience. Comme l'explique Erickson, « ... la verbalisation de leurs propres désirs, besoins et intentions au niveau de leurs propres cognitions inconscientes, force les objectifs thérapeutiques à devenir les propres objectifs du patient, et non ceux simplement proposés par le thérapeute qu'il visite ». Tout éveil d'une émotion, toute évocation d'un souvenir ou tout exercice d'imagination est conçu pour obtenir cet effet particulier. Tout au long du processus thérapeutique, le thérapeute sollicite un retour d'information suffisant pour déterminer l'effet obtenu. Parce que les idées spontanées du client sont créées intentionnellement, ce type particulier de contexte de résolution de problèmes est généralement appelé l'approche stratégique.

Hypothèses centrales d'une approche stratégique

Un certain nombre d'hypothèses centrales sous-tendent le processus de thérapie stratégique et régissent la prise de décision clinique et le comportement du thérapeute à l'égard du client. La connaissance de ces hypothèses permet au praticien d'agir en accord avec l'esprit de l'intervention plutôt que de reproduire mécaniquement des techniques établies.

- Les clients sont plus enclins à changer lorsqu'ils voient leur monde sous l'angle de la possibilité et de l'espoir.
- Les personnes changent et se développent en réponse aux défis
- Les clients sont plus à même d'atteindre leurs objectifs qu'ils ne le pensent.
- Les objectifs exprimés (intellectuels) des clients peuvent ne pas être aussi importants pour la thérapie que les objectifs exprimés qui sont implicites dans l'action et l'émotion.
- Les personnes doivent développer leurs propres compétences en matière de résolution de problèmes afin de s'épanouir en dehors de la thérapie.
- Les problèmes psychologiques sont souvent des problèmes de focalisation ; les gens se concentrent sur ce qui ne va pas et non sur ce qui va bien, ou ils se focalisent sur les raisons

de leur malheur au lieu de se concentrer sur la construction d'un avenir meilleur.

- La résolution des problèmes doit être axée sur l'avenir plutôt que sur le passé.
- La motivation à suivre la thérapie est intégrée dans le processus d'identification des besoins profondément ressentis et d'encouragement des solutions uniques du client.
- L'action interpersonnelle est considérée comme une source d'effets thérapeutiques

Exemples pratiques de l'approche stratégique

À quoi ressemble l'approche stratégique ?

Rendre explicite le rôle du client en tant que principal agent du changement	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Explique au client qu'il détient la clé du changement ou que les réponses dont il a besoin seront trouvées à l'intérieur de lui-même (c.-à-d. l'attribution interne du changement).	Le client demande au thérapeute de le faire changer de comportement et le thérapeute accepte.
La majorité du temps de la thérapie est consacrée à des discussions sur la capacité du client à prendre des mesures pour résoudre le problème	La majeure partie du temps de la thérapie est consacrée à la collecte des antécédents, à l'explication des possibilités de diagnostic ou à l'explication d'une philosophie de changement.
Définition du rôle du client en tant que résolveur de problèmes et du rôle du thérapeute en tant que source de soutien (définition des rôles).	Le thérapeute essaie d'aider le client en lui proposant des solutions.

L'énergie de résolution des problèmes est orientée vers le problème le plus central ou le besoin le plus urgent, tel que défini par le client.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Demander au client d'énoncer en termes clairs et concis ce qu'il considère comme le problème principal.	Utilisation de tests ou d'autres procédures de diagnostic pour déterminer le problème clinique.
Demande suffisamment de détails sur le problème, et donne la priorité à une compréhension précise, au point que le client peut être certain que le thérapeute connaît son problème et s'investit pour l'aider à le résoudre.	Le thérapeute s'est empressé de tirer des conclusions ou a agi comme s'il en savait plus que le client sur son problème.
Demande s'il y a d'autres choses qu'il devrait savoir pour que la thérapie soit efficace.	Semble tirer des conclusions hâtives. Ne laisse pas suffisamment de temps au client pour explorer ses pensées.
Cite des déclarations du client sur ce qu'il perçoit comme un problème.	La thérapie est axée sur l'éducation du client au sujet de son problème.

S'engage dans un processus visant à détecter les caractéristiques du problème qui existent en dehors de la conscience.	La définition du problème se limite à ce dont le client est conscient.
--	--

Susciter et renforcer la confiance dans les idées intuitives du client sur la manière de résoudre le problème présenté	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Demande au client de préciser ses objectifs et de les honorer (c.-à-d. de se concentrer sur l'avenir).	La thérapie est centrée sur le passé et sur les raisons du problème.
Aide à identifier <u>et</u> à intégrer les objectifs implicites dans les actions ou la communication du client (c.-à-d. les objectifs inconscients).	La discussion sur les objectifs s'est limitée à ce dont le client était conscient
Sollicite les idées du client sur la manière de cadrer les tâches thérapeutiques à l'intérieur et à l'extérieur du cabinet <u>et</u> coopère avec ces idées (engagement collaboratif).	N'a pas réussi à susciter une résolution créative des problèmes de la part du client.
Aide le client à élaborer des stratégies pour mettre en œuvre ses solutions.	Se concentre sur le travail émotionnel ou insiste sur une approche purement indirecte.
Utilise l'individualité du client comme source d'inspiration pour trouver une solution à son problème unique.	S'appuie sur des recherches ou des études de cas pour trouver des solutions possibles.
Invite le client à préciser concrètement ce qu'il attend du thérapeute ou de la thérapie (c.-à-d. des pensées, des comportements ou des états émotionnels spécifiques à modifier).	Dit au client ce qu'il doit accomplir, sans lui laisser le temps de préciser ses propres désirs, besoins et intentions/objectifs.
Encourage le client à définir la thérapie qu'il pense être la plus efficace <u>et</u> se conforme clairement à la (aux) suggestion(s) du client sur la manière dont la thérapie pourrait se dérouler	Ne sollicite pas les idées ou le retour d'information du client sur la manière dont la thérapie doit être menée.
Reconnaît les instructions indirectes sur la manière dont la thérapie doit se dérouler et fait des efforts évidents pour s'y conformer (par exemple, client : « J'aimerais que ma mère m'écoute sans me donner de conseils ». Le thérapeute écoute, sans donner de conseils).	N'utilise pas le retour d'information offert par le client.
Encourage le client à avoir confiance en ses propres capacités.	Assure au client que le thérapeute est capable de l'aider.
Utilise les expériences de vie, les ressources et l'éducation uniques du client au cours du processus de résolution des problèmes, en transférant les compétences d'un domaine à l'autre (par exemple, travail/domicile).	L'accent est mis sur l'enseignement de nouvelles compétences au client.

Amélioration de la volonté du client d'agir en tant que principal agent du changement	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
L'attention est portée sur les réalisations, les compétences et les atouts des clients.	L'attention portée au traumatisme, à l'échec ou aux faiblesses du client.
Divise le problème en plus petits morceaux pour qu'il paraisse moins écrasant (c.-à-d. partitionner).	Tentative de résoudre trop de problèmes à la fois ou trop rapidement.
Utilisation de points focaux émotionnels existants comme source de motivation (par exemple, une mère qui se déteste, mais qui aime son enfant est encouragée à travailler sur l'image de soi pour le bien de son enfant).	Ne pas reconnaître que le client est déjà très motivé d'une manière ou d'une autre.
Utilisation d'une échelle d'évaluation pour attirer l'attention sur l'évolution du symptôme dans le temps ou après un seul exercice (c.-à-d. l'échelle des symptômes).	À des difficultés à aider le client à reconnaître les petits cas isolés de changement.
Pose des questions qui impliquent la réussite (par exemple, « Saviez-vous que vous seriez capable de faire cela ? » ou « Vous rendez-vous compte que vous avez un bon instinct et que vous pouvez vous fier à cet instinct ? »)	Poser des questions qui impliquent des inquiétudes, des doutes ou de la méfiance à l'égard de ce que le client essaie d'accomplir.
Fait quelque chose pour susciter le type d'émotion forte nécessaire pour catalyser l'action vers des objectifs thérapeutiques.	La session a semblé fade ou émotionnellement plate.
Sous-évalue intentionnellement la volonté de changement du client afin d'obtenir une réponse forte (par exemple, discuter de la date à laquelle le client commencera à travailler ou de l'ampleur du changement qu'il autorisera).	A essayé de motiver le client à agir, mais a manifestement « exagéré » la volonté de changement du client, ce qui a entraîné un comportement contraire.
Exprime de l'excitation ou de la joie avec le client lorsque des progrès sont réalisés (c.-à-d. harmonisation des affects).	N'a pas réussi à faire résonner la joie du client.
Décrit un processus plus difficile ou plus douloureux que le client devrait subir s'il ne souhaitait pas coopérer à la thérapie immédiate.	N'a pas négocié avec le client les modalités de mise en œuvre de la thérapie.
Utilise le comportement contraire du client comme source de motivation dans un sens positif (par exemple, a soutenu que le client devrait conserver un certain pourcentage du comportement problématique).	Rejette les comportements qui ne sont pas conformes au processus thérapeutique prescrit.

IV. DÉSTABILISATION : Disposition à perturber les schémas psychologiques stables afin de favoriser la flexibilité et l'apprentissage.

En T.E., de nombreux systèmes sont ciblés pour être modifiés. Il s'agit de systèmes cognitifs, de systèmes comportementaux, de systèmes sociaux et même de systèmes biologiques. Comme nous l'avons déjà dit, les personnes sont censées s'auto-organiser, ce qui signifie que la croissance et l'adaptation sont des processus innés, s'il y a suffisamment de flexibilité.

Dans de tels cas, Erickson pensait que l'apprentissage de nouveaux modèles de pensée et de comportement nécessitait une période temporaire de déstabilisation au cours de laquelle les réponses conditionnées ne pouvaient pas s'exprimer pleinement.

Parfois appelée « technique de confusion », la déstabilisation « déstabilise » temporairement le repérage conscient en perturbant l'orientation du temps, du lieu, de la personne, du mouvement ou de la signification des événements. À titre d'exemple, avec une personne qui insiste sur le fait que la thérapie ne peut pas l'aider, la déstabilisation est obtenue en posant la question suivante : « Êtes-vous certain que vous n'avez pas déjà fait des progrès sans le savoir ? » Pour un effet supplémentaire, le thérapeute peut ajouter : « Vous vouliez devenir plus sûr de vous et vous insistez maintenant avec assurance sur le fait que vous n'êtes pas devenu plus sûr de vous ». Ces questions perturbent le cours normal de la pensée, créant ainsi une période de fluctuation.

Au cours de cette période, le système de pensée établi est déstabilisé et donc plus flexible et ouvert à de nouvelles informations et à l'exploration de configurations potentiellement plus adaptatives. Lorsque la déstabilisation se produit dans le contexte d'une relation thérapeutique, de nouveaux modèles de pensée et de comportement plus adaptatifs, ou d'engagement social, apparaissent alors que les processus inconscients se réorganisent avec de nouvelles associations et perspectives.

Comme indiqué ailleurs, bien que l'utilisation de l'hypnose ne soit pas synonyme d'approches éricksoniennes, il existe un lien étroit. Les praticiens éricksoniens utilisent souvent l'hypnose formelle et informelle pour favoriser une fluctuation entre les systèmes conscients et inconscients. Cela correspond à la croyance d'Erickson selon laquelle l'hypnose offre une opportunité unique de communiquer de nouvelles idées et de nouvelles perspectives. Parfois, l'induction de la transe elle-même peut être utilisée pour catapulter un client dans un état de déstabilisation et provoquer une réorientation interne.

Avec ou sans l'utilisation de l'hypnose, la déstabilisation a pour but de susciter la curiosité et l'ouverture à un monde plein de surprises et de nouvelles possibilités. Elle n'a pas pour but de submerger le client ou de créer une dépendance excessive aux idées du thérapeute. Si la flexibilité des systèmes comportementaux et cognitifs est généralement encouragée par les Ericksoniens, l'importance de l'intégrité individuelle est également reconnue. En d'autres termes, la flexibilité du système est conceptualisée comme étant curvilinéaire en ce sens qu'un excès (par exemple, « je ne fais confiance à aucune de mes pensées ») ou un manque de flexibilité (par exemple, « je refuse de changer mes croyances ») est associé à un mauvais fonctionnement. Par conséquent, lorsque la déstabilisation est utilisée, elle ne l'est que jusqu'à ce qu'un degré optimal de flexibilité soit atteint, ce qui permet au client de maintenir son intégrité individuelle tout en s'ouvrant au changement.

Hypothèses centrales à propos de la Déstabilisation

Un certain nombre d'hypothèses centrales sous-tendent le processus de déstabilisation et régissent la prise de décision clinique et le comportement du thérapeute à l'égard du client. La connaissance de ces hypothèses permet au praticien d'opérer en accord avec l'esprit de l'intervention plutôt que de

reproduire mécaniquement des techniques établies.

- La rigidité empêche une adaptation et une croissance saines
- L'humour et les surprises sont importants pour la thérapie
- Les gens ne sont pas ouverts à de nouvelles informations tant qu'ils n'ont pas éprouvé de doutes.
- Lorsque les schémas établis ne peuvent s'exprimer pleinement, les processus inconscients cherchent à se réorganiser avec de nouvelles associations et perspectives.
- Les nouveaux cadres de référence doivent être élaborés par le client (et non par le thérapeute).
- Changer l'avis des gens n'est pas aussi utile que d'élargir les perspectives (l'élargissement des perspectives s'accompagne d'un plus grand nombre d'options et de choix).

Exemples pratiques de déstabilisation

À quoi ressemble la déstabilisation ?

Déstabilisation de l'orientation de la réalité immédiate du client	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise des mots ou des idées qui dépassent la capacité du client à les suivre consciemment et/ou à leur donner un sens et fait suivre cette période de doute d'une information utile ou d'une suggestion manifestement utile (c.-à-d. induction de la confusion).	Déroute le client, mais n'a pas donné d'informations utiles.
Pose des questions destinées à accroître momentanément le doute sur soi et à motiver la poursuite de la réflexion et de la découverte de soi (par exemple, « Êtes-vous certain que c'est le mieux que vous puissiez faire ? »).	Hésite à poser des questions qui pourraient être gênantes ou embarrassantes pour le client.
Utilise un mouvement interrompu au cours d'un comportement très pratiqué, tel qu'une poignée de main, pour créer une confusion (c.-à-d. induction de la poignée de main).	Aide le client à rester orienté vers un processus de discours social normal.
Répond de manière largement imprévisible, en faisant un usage prudent de déclarations ou d'actions inattendues, en particulier lorsque les schémas mentaux établis bloquent les progrès (par exemple, en lançant un faux caillou au client).	Les actions et les commentaires du thérapeute étaient facilement anticipés par le client.
Juxtapose et relie des concepts opposés dans un même ensemble de directives (par exemple, prendre un « plaisir vicieux ») (c.-à-d. l'apposition des contraires).	Essaie de faire en sorte que toutes les communications soient directes et faciles à comprendre.

Déstabilisation d'une perspective existante sur un ensemble d'événements en modifiant le contexte dans lequel ils sont interprétés.

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Redéfinit le comportement symptomatique de manière à en atténuer le pouvoir (peut-être en utilisant des étiquettes moins chargées d'émotion) et le fait de manière à ce que le client semble se sentir responsabilisé (par exemple, en utilisant l'humour et l'acceptation).	Continue à travailler principalement à partir de la perspective que le client a apportée en séance.
Réoriente le client vers un symptôme de sorte qu'il ne semble plus pathologique ou anormal (c.-à-d. normaliser).	Essaie de convaincre le client qu'il n'a pas de problème ou que ce n'est pas si grave (la différence est subtile, mais très importante).
Expérimente de nouveaux ensembles d'attributions en essayant de comprendre le comportement d'autrui (par exemple, « et si ce n'était pas intentionnel ? » ou « et s'il avait peur, mais le cachait ? » ou « et s'il essayait d'aider ? »).	Le point de vue du thérapeute sur les autres dans le monde du client reste sous le contrôle de la perspective originale du client.
Attire l'attention du client sur d'autres résultats qu'il n'avait pas envisagés ou anticipés (qui sont associés à différents états d'esprit plus positifs).	Le point de vue du thérapeute sur les facteurs situationnels reste sous le contrôle de la perspective originale du client.
Changement de la signification émotionnelle donnée à un événement particulier (recadrage)	Essaie d'amener le client à avoir une vision plus positive des événements qui se sont produits.

Déstabiliser un état émotionnel fixe par le biais du choc ou de l'humour

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise un mot ou une action choquante pour stimuler une réaction émotionnelle.	Utilise un langage offensant ou abusif, ce qui entraîne la rupture de la relation.
Utilise un mot ou une action choquante pour désamorcer un état émotionnel problématique.	Essaie de faire changer le client d'état émotionnel. Le thérapeute s'est montré menaçant ou en colère.
Utilisation de l'humour thérapeutique pour désamorcer un état émotionnel problématique.	Plaisante sur les problèmes du client de telle sorte que celui-ci s'est senti ridiculisé ou qu'il a eu l'impression d'avoir été victime d'une agression. Sentiment que la souffrance est minimisée.
Fait un commentaire inattendu auquel le client n'est pas du tout préparé.	Fait trop de commentaires inattendus ou absurdes, ce qui amène le client à douter de l'intelligence du thérapeute.

Déstabilise l'expérience de la réalité corporelle en créant un sentiment d'isolement par rapport à un aspect du moi.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilisation de la dissociation hypnotique pour focaliser l'attention et catalyser l'« automaticité » de perspectives et d'expériences nouvelles et utiles (qu'elles soient émotionnelles, comportementales ou physiques).	S'est engagé dans un discours social normal en suivant les règles de conduite ordinaires.
Divise la conscience en champs d'expérience distincts (par exemple, « Vous pouvez d'abord revivre l'événement, mais seulement en le voyant, sans émotion. Ensuite, vous pouvez revivre toute l'émotion, mais sans voir les événements »).	Demande au client de faire l'expérience d'un trop grand nombre de détails émotionnels, d'un seul coup.
Suggère une dissociation du symptôme ou du comportement problématique en le considérant comme une entité distincte du soi (extériorisation).	Identifie le client comme étant le problème, soit directement, soit de manière implicite.
Expérimentation de différentes perspectives personnelles (par exemple, exercices d'inversion des rôles, altération hypnotique de l'identité ou simples questions : « Et si on vous avait fait cela ? Qu'auriez-vous ressenti ? »)	Ne s'intéresse pas suffisamment au point de vue du client, ce qui donne à ce dernier le sentiment d'être incompris ou que sa réalité n'a pas d'importance.
Demande au client d'examiner ses expériences d'un point de vue extérieur (par exemple, comme un film vu par un spectateur, ou d'un « point de vue d'oiseau » comme s'il volait au-dessus de sa tête).	Ne permet pas au client d'examiner les expériences les plus significatives et les plus pertinentes pour la résolution immédiate du problème.
Demande au client de personnifier un aspect de lui-même et de dialoguer avec lui comme s'il s'agissait d'une autre personne (par exemple, la chaise vide).	Incite le client à faire un exercice qu'il ne souhaitait pas faire.
Traitement d'événements du passé, sans implication consciente, émotionnelle ou physique (expérience de dédoublement).	Tentative d'effectuer tous les soins au niveau conscient.

V. EXPÉRIENTIEL : Disposition à prioriser l'apprentissage par l'expérience

L'apprentissage expérientiel est le processus d'apprentissage par l'expérience et se définit plus précisément comme l'apprentissage par la réflexion sur l'action. Pour les thérapies expérientielles en général, le thérapeute est considéré comme un facilitateur de certains types d'exploration de l'expérience, mais pas comme un expert du contenu de l'expérience du client. Les clients sont plutôt considérés comme des experts de leur propre expérience et la thérapie est censée être un processus orienté vers la découverte.

De même, le praticien éricksonien cherche à créer des environnements expérientiels qui amèneront les clients à découvrir leurs propres solutions et leurs propres idées sur des questions qu'ils considéraient auparavant comme problématiques ou impossibles. Ce qui rend la composante expérientielle de la T. E. unique, c'est la manière à plusieurs niveaux dont on parvient à « appeler des solutions ». Les événements expérientiels vont de l'utilisation de métaphores, de suggestions indirectes, de rituels de guérison et de tâches ambiguës à l'utilisation formelle de l'hypnose.

Une autre qualité qui distingue le travail expérientiel éricksonien des autres thérapies est son champ d'application quasi illimité, qui s'étend du bureau de consultation à la maison, en passant par le travail, l'école ou même le sommet d'une montagne.

Plus célèbre encore, Erickson invitait ses patients et ses étudiants à grimper au sommet d'une montagne voisine afin d'acquérir une perspective plus large sur les événements de la vie. Cet événement expérientiel a souvent donné lieu à des prises de conscience importantes ou à des changements de conscience qu'il était difficile de définir avec des mots. Qu'il s'agisse de visiter un jardin, d'acheter une nouvelle garde-robe, d'aider une association caritative ou de partir pour une aventure imprévue, les éricksoniens reconnaissent que les expériences peuvent favoriser un changement d'état, de perspective, d'humeur, de physiologie, de biologie et d'identité. Ces expériences sont souvent menées en dehors du cabinet de thérapie, dans le monde naturel du client, afin de communiquer l'idée que le processus de croissance, d'apprentissage et d'adaptation se produit dans la vie de l'individu et n'est pas limité au cabinet de consultation.

Comme indiqué précédemment, il n'est pas nécessaire qu'un thérapeute utilise l'hypnose ou cherche à induire des états de transe pour être considéré comme éricksonien, mais l'une des compétences fondamentales de cette approche comprend la capacité à reconnaître les changements dans les états de conscience, ainsi que les implications de la suggestion, et à les utiliser dans l'intérêt de la thérapie. À tout moment, le praticien s'efforce de remarquer ces « moments existentiels » qui offrent l'occasion d'intégrer les suggestions thérapeutiques.

Alors que presque tous les thérapeutes en santé mentale ont été formés pour observer les changements dans les états émotionnels (par exemple, lorsqu'une personne passe de la tristesse à la colère, etc.), peu d'entre eux ont été formés pour reconnaître les changements dans la conscience, lorsqu'une personne passe d'une pensée consciente laborieuse (c.-à-d. la vigilance) à une concentration réfléchie absorbée intérieurement (c.-à-d. la rêverie), à une attention très réceptive (c.-à-d. un relâchement du contrôle de l'ego sur l'orientation de la réalité). Les éricksoniens reconnaissent les bienfaits des états modifiés de conscience et savent comment évoquer ce processus naturel d'apprentissage et d'auto-organisation en utilisant un processus connu sous le nom d'induction conversationnelle. Cette induction naturaliste de la transe contraste fortement avec la notion de « faire entrer » une personne en transe ou de contrôler d'une manière ou d'une autre l'esprit du client. Il s'agit plutôt d'un événement expérientiel qui peut être utilisé pour faciliter de nouvelles possibilités. La valeur d'une induction est donc proportionnelle à sa capacité à créer une nouvelle expérience dans

l'esprit et le cœur du sujet.

En conséquence, les séances de thérapie elles-mêmes sont souvent conçues comme un théâtre symbolique du changement, dont l'objectif est le suivant : « En vivant cette expérience, vous pouvez être différent ». Au cours de la thérapie, des événements expérientiels sont utilisés pour aider à solidifier la réorganisation de l'expérience au plus profond de soi. Comme l'explique Erickson, « une telle réorganisation se fait en fonction des expériences de vie du patient, de sa compréhension, de ses souvenirs, de son état d'esprit et de ses idées, et ne peut pas être réalisée en fonction de ceux du thérapeute »⁷.

La T. E. est donc un effort pour créer des expériences d'apprentissage plutôt que des compréhensions intellectuelles. Comme pour les autres thérapies expérientielles, les éricksoniens utilisent également l'imagerie guidée, les jeux de rôle, le mouvement physique et les accessoires physiques, mais ils ont surtout recours aux états modifiés et à l'hypnose. Quelle que soit la méthode utilisée, l'approche éricksonienne cherche à susciter un sentiment expérientiel d'autodétermination et d'adaptation. Cela se fait par l'intégration des ressources conscientes et inconscientes, ce qui conduit à la création de nouvelles associations, à l'acceptation de ce qui ne peut être modifié et à la possibilité de faire des choix significatifs dans la vie quotidienne.

Hypothèses centrales à propos de l'Approche Expérientielle.

Il existe un certain nombre d'hypothèses centrales qui sous-tendent le processus de la thérapie expérientielle et régissent la prise de décision clinique et le comportement du thérapeute vis-à-vis du client. La connaissance de ces hypothèses permet au praticien d'opérer en accord avec l'esprit de l'intervention plutôt que de reproduire mécaniquement des techniques établies.

- Les gens sont faits pour apprendre par l'expérience, plutôt que par la seule instruction didactique.
- L'expérience adulte et/ou actuelle est aussi importante que l'expérience de l'enfance
- Les gens sont plus fortement influencés par leurs sentiments que par leurs croyances et c'est par l'expérience que nous acquérons de nouveaux sentiments.
- Les sentiments forts, tels que ceux créés par une expérience fascinante, impressionnante, mystérieuse, belle ou dangereuse, ont tendance à produire des changements durables
- L'apprentissage se produit à différents niveaux, dont beaucoup existent en dehors de la conscience ; la communication thérapeutique doit donc dépasser les limites du langage et du traitement conscient.
- La transe hypnotique est l'une des extrémités d'un continuum d'implication expérientielle, à travers lequel une gamme illimitée d'événements expérientiels peut être produite

⁷ Cette citation vient de l'ouvrage, *Hypnotherapy*, by Milton H. Erickson & Ernest Rossi, 1980.

Exemples pratiques d'une approche expérientielle

À quoi ressemble l'approche expérientielle ?

Création d'un événement impliquant une participation physique et contenant des éléments de mystère, de nouveauté, d'intrigue ou de réflexion profonde.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Modification de l'expérience de ses besoins/intentions en demandant au client de parler plus lentement, les yeux fermés et l'esprit concentré sur une seule idée (absorption, approfondissement).	Le thérapeute parle trop vite, change souvent de sujet ou maintient la conversation en mouvement.
Création d'un moment de rêverie pendant lequel le client peut réfléchir en privé à la nature du problème, avec ou sans souvenir conscient après la fin de l'exercice.	Tentative de forcer un état altéré en faisant entrer le client en transe.
Utiliser des souvenirs réels du passé expérientiel du client, plutôt que des comportements imaginaires, pour amorcer le changement (par exemple, faire revivre à un couple en colère un moment de compassion mutuelle) (c.-à-d. revivification).	Ne mentionne pas le passé expérientiel du client.
Demander au client de visualiser l'avenir tel qu'il sera une fois le problème résolu (visualisation, imagerie hypnotique).	Axer la conversation sur les possibilités négatives, les résultats indésirables que le client doit s'efforcer d'éviter.

Participation à une procédure hypnotique (événement extraordinaire) destinée à susciter des connaissances ou des capacités inconscientes.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Suggère la sensation d'un mouvement automatique ou sans effort dans une partie du corps comme preuve de réactivité (par exemple, ratification par la lévitation du bras).	Propose des suggestions sans déterminer si le client est prêt à les recevoir.
Suggère une suspension temporaire des mouvements de certaines parties du corps ou du corps entier comme preuve de la réceptivité à l'hypnose (par exemple, ratification au moyen de la catalepsie).	S'est trop concentré sur un type de réactivité et n'a donc pas reconnu d'autres comportements importants (par exemple, catalepsie dans un membre différent).
Apprend au client à communiquer avec son inconscient par le biais de mouvements automatiques (c.-à-d. la signalisation idéomotrice).	N'utilise pas une communication plus directe, telle que la parole, lorsque le client était prêt à le faire.
Demande au client d'écrire un texte ou de dessiner des images pendant que son attention consciente est distraite (écriture automatique).	Passe trop rapidement à un problème émotionnel sans donner au client le temps de mettre en pratique la nouvelle compétence.

Changement d'orientation temporelle vers une date antérieure et utilisation de souvenirs spontanés de la résolution de problèmes antérieurs, qu'ils soient réussis ou non, pour mieux informer la résolution de problèmes immédiats (c.-à-d. régression temporelle).	Le débat d'idées et les enseignements tirés du passé ont été menés à un niveau intellectuel, sans implication expérimentale.
Changement d'orientation dans le temps vers une date future (par exemple, « Allez dans le futur dans 10 ans, regardez en arrière et réfléchissez à ces événements. Quel message auriez-vous pour le jeune d'aujourd'hui ? ») (c.-à-d. progression dans le temps).	Permet à la discussion de se focaliser excessivement sur les résultats futurs plutôt que d'enseigner au client comment apprécier le processus de confiance en soi.
Crée une nouvelle option de réponse qui évoque la prise de décision et la réalisation d'un choix personnel (c.-à-d. un rituel).	N'a pas recours à des rituels qui auraient une grande signification culturelle ou religieuse pour le client, mais utilise plutôt un rituel de thérapie familial au thérapeute.
Relie le changement psychologique à un mouvement ou à une sensation corporelle non volontaire (par exemple, réduire l'implication émotionnelle en utilisant la lévitation des mains en liant le désengagement à l'expérience de la main qui quitte la jambe) (c.-à-d. établir un lien).	Ne qualifie pas les changements intervenus, soit en laissant entendre qu'ils sont permanents, sans aucune flexibilité, soit que les changements sont parfaits et absolus.
Création d'un lien psychologique entre une expérience et une autre (ancrage).	Ne réussit pas à effectuer un test et à s'assurer que la liaison a été établie.

Expérimenter de nouveaux comportements ou de nouvelles pensées qui s'inscrivent dans les limites que le client s'est imposées, tout en modifiant progressivement le modèle établi.

Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Propose au client d'expérimenter le symptôme dans un nouvel espace (par exemple, déplacer une paralysie du bras dans un petit doigt ou déplacer une phobie dans une chaise) (c.-à-d. déplacement du symptôme).	Ne réussit à faire naître l'espoir qu'un changement de localisation des symptômes est à la fois possible et probable.
Suggère au client de continuer à ressentir un symptôme, mais avec des changements de fréquence, de durée, de localisation spatiale ou de moment de la journée (programmation des symptômes) ou une complexité accrue (sublimation des symptômes).	N'a pas inclus le client dans la planification, n'a pas demandé au client de réfléchir au type de modification qui a le plus de chances de fonctionner.
Suggère au client de remplacer un symptôme très invalidant par un nouveau symptôme moins invalidant (substitution).	(Note : Ce terme a une signification différente dans les cercles analytiques)

Demande au client de faire un exercice thérapeutique entre les séances	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Des activités structurées sont prévues en dehors du bureau de consultation pour promouvoir l'apprentissage (par exemple, devoirs, tâches thérapeutiques).	Essaie de faire faire au client des choses qu'il ne souhaite pas faire, ce qui entraîne une lutte de pouvoir.
Interfère avec l'expérience spontanée de la rechute en la rendant obligatoire (c.-à-d. en prescrivant la rechute).	Ne reconnaît pas un certain changement de comportement, parle au client comme s'il y avait un désir partiel de revenir à l'ancien comportement alors qu'il n'y en a pas.
Demande au client de réfléchir au problème ou à sa solution dans un lieu qui inspire l'admiration (par exemple, en montant une colline ou en s'asseyant dans un jardin).	Recommande un événement qui serait agréable pour le thérapeute, mais n'a pas réussi à identifier un événement qui serait significatif pour le client.
Encourage le client à expérimenter de nouveaux contextes sociaux (par exemple, adhérer à une nouvelle organisation, nouer de nouvelles amitiés, fréquenter un autre type de personne, s'adresser à d'autres membres de la famille élargie).	Pousser le client à faire quelque chose, comme sortir avec quelqu'un, avant qu'il ne soit prêt ou sans qu'il ne soit intéressé par cette possibilité.
Aide le client à élaborer un rituel destiné à rendre le comportement problématique plus difficile ou gênant (c.-à-d. des épreuves).	AVERTISSEMENT : Certains thérapeutes ont dû renoncer à leur licence après avoir tenté une « épreuve » de manière incompétente. Tente de punir le client par des actions indésirables ou recommande au client de suivre une ligne de conduite qui a entraîné un préjudice émotionnel ou un dommage à autrui.

VI : NATUREL : Une volonté de créer l'attente d'un changement naturel et automatique

Erickson a enseigné que chaque être humain fait partie de la nature et qu'il est donc doté de certains pouvoirs universels de la nature. Pour ceux qui considèrent que la croissance, l'apprentissage et la liberté sont inhérents à tous les êtres vivants, il s'ensuit logiquement qu'au cours de la thérapie, les personnes devraient avoir la liberté de répondre d'une manière qui corresponde à la croissance naturelle et à l'apprentissage ou à la guérison.

Erickson appelait son approche de l'hypnose « induction naturaliste », car, plutôt que d'essayer de forcer un état de conscience modifié, Erickson entrait dans son propre état d'attente accrue et d'attention concentrée. En réponse, ses patients modifiaient naturellement leur état de conscience et, dans cet état librement choisi, devenaient plus ouverts aux nouvelles idées et suggestions. Si nous considérons cette méthode d'induction comme analogue à ce qui peut être réalisé avec la thérapie dans son ensemble, alors la thérapie elle-même devient une induction naturaliste pour le changement. Cela commence par un état d'attente accru chez le thérapeute et se termine par le fait que le client choisit librement la manière dont il va rendre ce changement manifeste en exerçant ses pouvoirs naturels de croissance et d'apprentissage.

On a dit qu'être éricksonien, c'est incarner l'attente. Dans le contexte de la thérapie éricksonienne, l'approche naturaliste est une attente non déclarée selon laquelle le changement le plus idéal vient de l'intérieur. C'est un type de changement qui est facilité par des processus naturels de croissance et d'apprentissage plutôt que d'être induit artificiellement par des agents externes. Pour que l'approche naturaliste ait un sens, il faut croire que tous les individus possèdent une tendance innée à apprendre et à se développer et que, lorsqu'ils en ont l'occasion, la plupart d'entre eux s'efforcent d'améliorer leur santé et leur bien-être. À cet effet, tout au long de la thérapie, un climat d'attente est activement créé afin que des possibilités puissent apparaître et être vécues.

Comme indiqué précédemment, cela commence par l'attitude du thérapeute lui-même, qui a une confiance profonde dans le fait que les clients ont en eux les réponses nécessaires à la résolution de leurs problèmes. On part également du principe que les réponses produites de l'intérieur ont une plus grande valeur thérapeutique que les réponses fabriquées par d'autres. De la même manière que les consommateurs d'aujourd'hui, soucieux de leur santé, s'intéressent avant tout aux produits sans OGM, les praticiens éricksoniens utilisent des techniques conçues pour stimuler la croissance organique. Ainsi, des méthodologies telles que l'induction conversationnelle, la suggestion permissive, l'ambiguïté ou l'effet boule de neige visent toutes à stimuler les pouvoirs naturels de changement qui existent dans la partie inconsciente de l'esprit humain. Lorsque c'est le cas, les résultats de la thérapie semblent se produire automatiquement et sans effort conscient. Un client qui en a fait l'expérience peut dire : « Je ne sais pas comment c'est arrivé, mais je suis différent. Je n'ai plus les mêmes problèmes qu'avant ».

Une autre attente importante est que toutes les personnes peuvent réorganiser leur expérience d'elles-mêmes de l'intérieur, sans la médiation d'une pensée dirigée consciemment. Selon Erickson, l'approche naturaliste progresse en développant une dichotomie accrue (dans la conscience du client) entre le fonctionnement conscient et inconscient. En travaillant avec un seul individu, Erickson s'adresse à deux systèmes psychologiques : « Vous êtes assis ici devant moi avec votre esprit conscient et votre esprit inconscient ». De ces deux systèmes, les praticiens de la T. E. supposent que les processus inconscients ont un meilleur accès à la mémoire, aux fonctions automatiques et à une plus grande capacité de traitement des stimuli internes et externes.

L'inconscient est considéré comme un immense réservoir de toutes les expériences de la vie, encodées au plus profond de soi et pourtant accessibles pour aider à guider l'individu de manière inconsciente. Ainsi, l'inconscient est conscient des besoins et des expériences qui sont inconnus de l'esprit conscient. En T.E., il est primordial de répondre aux besoins au niveau inconscient, alors que la résolution des problèmes peut ou non être nécessaire au niveau conscient. Cela s'explique par le fait que les processus inconscients sont considérés comme un lieu important de changement et, parfois, comme le lieu le plus puissant.

Une autre des contributions les plus importantes d'Erickson à la psychothérapie est la suggestion permissive, qui est une forme de suggestion hypnotique conçue pour stimuler les processus naturalistes de croissance et d'apprentissage. La suggestion permissive est définie comme une suggestion intentionnellement flexible afin que le client puisse utiliser ses ressources inconscientes pour trouver la réponse la plus appropriée. C'est cette approche permissive de la thérapie en général qui sert de base à la flexibilité qui caractérise la TE, car elle crée un espace d'autonomie maximale pour le client et le praticien.

Bien que le thérapeute cherche à agir comme un catalyseur de changement, il n'essaie pas de contrôler les résultats du client. Cette différence subtile, mais très importante est ce qui sépare l'utilisation de la suggestion dans l'hypnose éricksonienne des tentatives plus coercitives de suggestion ou de persuasion. Le besoin inné de faire l'expérience de la liberté et d'un sentiment croissant de bien-être est absolument essentiel à l'utilisation de toute technique en T.E.. En conséquence, les praticiens éricksoniens contemporains communiquent, du début à la fin, des suggestions thérapeutiques visant l'attente plutôt que le contrôle. Par exemple, des suggestions ouvertes, telles que : de l'aide est disponible (vous n'êtes pas seul), le changement est imminent, les ressources dont vous avez besoin sont en vous, vous pouvez faire plus que vous ne le pensez, le changement peut être automatique, le progrès est évident, et la réalité, telle que vous la connaissez, a changé ; toutes ces suggestions offrent un espace pour le discernement individuel et l'organisation de soi (c.-à-d. l'autonomie).

Dans la T. E., les praticiens se concentrent sur ce que le client reconnaît être capable de faire et suggèrent un processus naturel de croissance, dirigé par le client. Cette approche a du sens du point de vue de l'utilisation (utiliser les ressources existantes) et du point de vue stratégique (c'est le client qui s'approprie le processus de croissance et les réalisations futures). Nous pouvons maintenant ajouter une troisième perspective, l'approche naturaliste, en suggérant que ce progrès se produira naturellement et automatiquement.

Dans la T. E., on demande aux clients de ne procéder qu'aux changements dont ils sont capables à l'heure actuelle. L'implication tacite est que le client sera naturellement prêt à relever des défis plus difficiles dans un avenir proche. Une conversation informelle est utilisée pour introduire des idées qui font appel à des processus naturels. Par exemple, demander à un client ce qu'il fera lorsqu'il sera guéri, c'est présupposer implicitement que la guérison se produira. Le but de l'utilisation d'une forme de communication qui indique une signification au-delà des mots prononcés est de stimuler le raisonnement inconscient et/ou de médiatiser les émotions et les attitudes implicites. On s'attend à ce que cela se produise en accord avec les limites des capacités cognitives et de l'expérience de vie du client.

Pour conclure, il est important de reconnaître que pour les praticiens éricksoniens, les interventions ne sont pas considérées comme intrinsèquement thérapeutiques ou bénéfiques. Il ne s'agit pas d'agents exogènes supposés être curatifs indépendamment du contexte. Il s'agit plutôt d'une relation interpersonnelle qui doit être établie. C'est l'habileté avec laquelle cette relation est menée qui donne

un sens particulier à ces techniques. Toute technique ou stratégie naturaliste doit s'appuyer sur une base relationnelle de validation et de culture. Sans cela, il est peu probable que la technique produise des résultats positifs. Tout d'abord, le praticien cherche à valider la bonté de l'esprit du client et sa capacité innée de guérison, d'apprentissage, de croissance et de recherche de nouveaux défis. Deuxièmement, le praticien cherche à cultiver un processus mutuel de découverte. Tandis que le client explore des dimensions jusqu'alors inconnues de sa réalité subjective, le praticien s'engage dans une exploration de ce qui est possible dans un contexte thérapeutique.

Hypothèses centrales à propos de l'Approche Naturaliste.

Il existe un certain nombre d'hypothèses centrales qui sous-tendent le processus de la thérapie naturaliste et régissent la prise de décision clinique et le comportement du thérapeute envers le client. La connaissance de ces hypothèses permet au praticien d'agir en accord avec l'esprit de l'intervention plutôt que de reproduire mécaniquement des techniques établies.

- Le changement le plus idéal se produit de l'intérieur
- Les personnes peuvent réorganiser leur expérience d'elles-mêmes (de l'intérieur) sans la médiation d'une pensée consciemment dirigée.
- Les clients ont en eux les réponses dont ils ont besoin pour résoudre leurs problèmes
- Le changement thérapeutique évoque les tendances naturelles à la croissance, à l'apprentissage et à la recherche d'une meilleure santé et d'un plus grand bien-être.
- La thérapie doit être flexible et permettre une autonomie maximale du client en offrant des possibilités de créativité, de discernement et d'autodétermination.
- Les états de conscience caractérisés par l'absorption ou l'attention concentrée sont particulièrement propices aux nouveaux apprentissages et aux changements de cadre de référence et sont donc importants pour le processus de changement.
- La suggestion thérapeutique est plus efficace lorsqu'elle communique un message positif général plutôt que de prescrire un unique résultat concret.
- Les suggestions les plus efficaces donnent aux clients la permission de faire ce qu'ils aimeraient faire, mais qu'ils ne peuvent pas faire seuls.
- Les gens sont en meilleure santé lorsqu'ils apprennent et se développent en accord avec les principes d'auto-organisation du changement.
- Un fort sentiment d'autodétermination diminue la probabilité de rechute et conduit à un développement personnel continu.

Exemples pratiques d'approche naturaliste.

À quoi ressemble l'approche naturaliste ?

Attention portée aux capacités internes d'apprentissage, de créativité, de perspicacité et de performance	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Suggère que toute la perspicacité et le discernement dont le client a besoin seront découverts de l'intérieur de lui-même. (c.-à-d. suggère l'auto-efficacité).	Le thérapeute est trop prompt à donner des conseils ou n'a pas su reconnaître un véritable besoin d'information.
Demande au client de répondre à certaines de ses propres questions (c.-à-d. suggère l'auto-efficacité).	Le thérapeute s'empresse de répondre à toutes les questions du client.
Propose des états de conscience modifiés pour susciter un « état régressif » afin d'améliorer le rappel d'informations apprises à une période antérieure de la vie.	Ne réussit pas à transformer en expérience positive et significative les vécus des expériences douloureuses du passé.
Propose des états de conscience modifiés pour susciter un « état d'apprentissage » afin d'améliorer la capacité du client à tirer profit de l'expérience.	Le thérapeute cherche à induire un état de conscience altéré afin de « contrôler » le client.
Propose des états de conscience modifiés pour susciter un « état de performance » afin d'améliorer la capacité du client à surmonter des défis difficiles.	Le thérapeute se concentre principalement sur ses performances et ne permet donc pas au client d'apporter une valeur ajoutée ou de démontrer ses capacités.
Propose des états de conscience modifiés pour susciter un « état créatif » afin d'améliorer la capacité du client à transformer un problème en une solution ou une ressource.	Le thérapeute dépend presque exclusivement de sa propre créativité plutôt que de chercher à la susciter chez le client.
Utilise des métaphores ou des anecdotes tirées de l'histoire du développement du client pour suggérer la capacité naturelle de l'esprit et du corps à apprendre, à grandir, à guérir, etc.	Reste exclusivement concentré sur le moment présent ou sur l'avenir, sans intégrer toutes les dimensions du temps à des fins thérapeutiques.
Apprend au client à prendre l'initiative d'induire une transe hypnotique dans le but de suggérer des changements automatiques (c.-à-d. l'auto-hypnose).	L'hypnose a été isolée dans le cabinet thérapeutique et est devenue la propriété exclusive du thérapeute.

Créer des options de réponse qui évoquent un processus créatif et d'autodétermination chez le client.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise un langage détaillé et précis pour transmettre des idées vagues, des significations peu claires ou des explications ou pensées incomplètes (c.-à-d. une communication partielle).	Parle de manière condescendante ou donne au client l'impression qu'il n'est pas intelligent ou qu'il manque de perspicacité.
Utilise des figures de style pour faire une comparaison ou pour communiquer des significations à plusieurs niveaux (par exemple, métaphore).	Essaie de contrôler la compréhension ou les idées du client.
Prends deux choses apparemment différentes et utilise l'une pour mieux expliquer l'autre, mais sans fournir d'explication détaillée (c.-à-d. des analogies).	Ne vérifie pas la compréhension du client en lui demandant un retour d'information, considérant au contraire que la communication est claire.
Demande au client d'effectuer un exercice symbolique sans lui donner de détails sur la raison ou la signification de cet exercice (tâche symbolique ou tâche ambiguë).	Essaie de « faire » comprendre au client le point de vue que le thérapeute souhaite communiquer.
Utilise une suggestion de changement largement permissive (par exemple, « Vous pouvez profiter du processus de découverte de la façon dont vous serez le plus à l'aise avec les changements qui se produisent au plus profond de vous »).	Utilise la suggestion permissive, mais n'a pas évalué ou développé la volonté de changement (c.-à-d. a mis la charrue devant les bœufs).
Utilise une suggestion qui couvre toutes les possibilités, en sollicitant une réponse, mais sans dicter ce que cette réponse doit être (par exemple, « Vous pouvez me dire seulement ce que vous êtes prêt à révéler, et vous pouvez garder secret les choses qui ne sont pas importantes pour votre thérapie »). (suggestion permissive).	Utilise la suggestion permissive avec un langage excessif, mais a ensuite essayé de contrôler la réponse du client, envoyant ainsi un message implicite contradictoire.
Donne des indications pour une réponse générale, tout en laissant les détails de la réponse ouverts (par exemple, a encouragé le client à faire confiance à son « inconscient » ou à sa « sagesse universelle ») (c.-à-d. une suggestion ouverte).	Doute ou inquiétude exprimés à propos d'une petite partie des pensées ou des actions du client.
Suggère qu'un changement non spécifié est imminent et qu'il se concrétisera lorsque le client sera prêt (prédiction ambiguë).	Utilise une prédiction ambiguë, mais n'a pas laissé suffisamment de temps pour qu'elle se développe (c.-à-d. qu'il s'est découragé trop rapidement).

Suscite des réponses par le biais d'insinuations ou d'implications plutôt que par des déclarations explicites	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Utilise des déclarations factuelles ou pose des questions qui présupposaient un progrès, une guérison ou une résolution de problème imminents (c.-à-d. présupposition ou implication).	Le thérapeute a soit exagéré l'idée d'un progrès futur, soit semblé douter de la possibilité d'un tel progrès.
Créer un théâtre symbolique du changement qui semble convaincant pour le client et qui communique l'idée que « En vivant cette expérience, vous serez différent » (c.-à-d. suggestion indirecte).	Propose des tâches dans le cadre de la thérapie et en dehors, mais le client s'est senti incapable de réussir ces tâches ou ces devoirs.
Utilise la narration pour susciter une ligne de pensée générale, mais sans fournir d'interprétation détaillée (c.-à-d. en racontant une histoire).	Raconte des histoires bouleversantes ou offensantes pour le client ou qui n'abordent pas les besoins émotionnels immédiats du client.
Raconte des anecdotes sur d'autres clients qui commençaient à faire des progrès impressionnants et dont les détails semblent parallèles à la situation du client (c.-à-d. des exemples de cas)	Décrit les mauvais résultats obtenus avec des clients ayant le même type de problème ou donne l'idée que le problème du client est préoccupant.
Utilise une conversation ou une histoire apparemment causale pour suggérer une directive implicite (c.-à-d. une suggestion imbriquée ou entremêlée).	Fait des blagues ou partage des idées de façon décontractée, sans tenir compte des besoins cliniques du client (c.-à-d. en plaisantant de façon insouciant).
Intervention manifeste auprès d'une personne pour traiter indirectement d'autres personnes qui observent l'intervention (traitement parallèle).	Tentative de traitement parallèle, mais sur une question, il y avait des différences fondamentales entre les clients.
Utilise un signal ou un stimulus pour obtenir une réponse automatique (c.-à-d. des indices minimaux).	Fait trop d'efforts pour solliciter une réponse que le client aurait fournie sans réfléchir.
Omission d'un élément de la conversation ou de l'action qui devrait être présent (absence manifeste).	Insulte accidentellement le client en lui expliquant des choses qui devraient être évidentes.
Établit une relation de cause à effet sans susciter un examen conscient (causalité implicite).	Ne réussit pas à établir des associations significatives dans le cadre de la thérapie qui ont une valeur pratique pour la résolution des problèmes (par exemple, identifier un aliment qui cause des symptômes).

Suggestions émises en dehors des limites de la conscience	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Répète la même idée thérapeutique tout au long d'une conversation naturelle, en utilisant des moyens indirects (c.-à-d. entrecoupés).	Fait une suggestion utile, mais n'a pas assuré le suivi pour voir si elle avait été traitée en profondeur.
Transmission d'idées au moyen d'associations inconscientes qui se sont formées autour de certains objets ou outils linguistiques (communication symbolique).	Ne demande pas au client d'identifier les symboles ou les objets qui ont une signification émotionnelle pour lui.
Expose progressivement le client à de nouvelles idées ou à de nouveaux comportements en les développant ultérieurement avant de les utiliser à des fins thérapeutiques (c.-à-d. ensemencement).	Essaie de dire au client tout ce qu'il a « besoin » d'entendre sans évaluer son état de préparation émotionnelle.
Communication d'un message ou d'une idée en dessous du niveau de la perception sensorielle ou en dehors de la conscience (suggestion subliminale).	Utilise la suggestion subliminale pour une idée qui devait être comprise au niveau conscient et utilisée pour une prise de décision immédiate.

Suggérer une action, une pensée ou une perception automatique et sans effort qui se produira à un moment ultérieur, en dehors du bureau.	
Preuve de la compétence	Échec de mise en place de la compétence
Suggestion d'un changement imminent dans un lieu éloigné du bureau (par exemple : « Parce que vous êtes si bien entré en transe, des résultats plus positifs se produiront plus tard »). (c.-à-d. suggestion posthypnotique).	Effectue un travail hypnotique de qualité en séance, mais n'a pas réussi à suggérer que les avantages se répercutent sur la vie en dehors des séances de thérapie.
Suggère le plus petit degré de changement pour établir la possibilité de changement, puis suggère qu'il s'agissait d'un processus naturel d'apprentissage.	Essaie d'aller trop vite dans le changement, ce qui a amené le client à se sentir incompetent ou à se retirer de la thérapie.
Attire l'attention sur les petits progrès réalisés au cours de la thérapie, que ce soit à domicile ou au cabinet, et a suggéré que ces progrès conduiraient à d'autres changements plus importants (effet « boule de neige »).	Attire l'attention sur de petits problèmes ou erreurs que le client n'avait pas remarqués, ce qui lui donne l'impression que ses actions ne sont pas assez bonnes.
Suggère que les plus petites réalisations, qu'elles soient intentionnelles ou non, sont la preuve d'une croissance naturelle et d'un progrès continu (c.-à-d. l'effet boule de neige).	Induit le client en erreur en lui suggérant que le changement peut se produire comme par magie, sans qu'il ait à y consacrer du temps ou des efforts.

<p>Attribue à l'inconscient le mérite d'initier des changements que le client considérait comme des comportements aléatoires ou accidentels et suggère que d'autres changements automatiques suivront.</p>	<p>Se laisse entraîner par la perception de l'échec du client (ou par les critiques de quelqu'un d'autre à l'égard du client) et ne sait pas reconnaître les petits progrès réalisés.</p>
<p>Décompose l'agenda thérapeutique en petites étapes ou en changements minimes et suggère que ceux-ci progresseront naturellement au fil du temps (c.-à-d. partition ou fragmentation).</p>	<p>En essayant de rendre le problème plus gérable, le thérapeute suggère par inadvertance une faible capacité d'adaptation ou une plus grande fragilité que ce n'est le cas pour ce client.</p>
<p>Réponds à un échec présumé en suggérant des progrès futurs (par exemple, « Le changement que vous recherchez peut survenir après la fin apparente de la thérapie »). (c.-à-d. une prédiction ambiguë).</p>	<p>Utilise des normes trop perfectionnistes, insistant sur une « guérison totale » sans pour autant négliger les progrès accomplis.</p>

IV. Appareils de mesure

Aperçu des appareils de mesure

La section IV du manuel de la thérapie éricksonienne (TE) fournit aux lecteurs des outils de mesure pratiques qui sont faciles à utiliser, rapides à interpréter et solides sur le plan psychométrique. À ce jour, deux outils ont été créés, chacun ayant ses propres atouts et se présentant sous la forme d'une échelle récapitulative (c'-à-d. plusieurs éléments mesurant le même facteur).

Le premier dispositif est l'échelle des fondements relationnels (EFR-SC), qui fournit un retour d'information significatif sur le degré de compétence exercé par le thérapeute au cours d'une séance donnée. Le formulaire est conçu pour recueillir des données qualitatives auprès du client (c'-à-d. son expérience subjective au cours de la thérapie). Ce dispositif peut être analysé immédiatement, sans notation numérique. Les informations ouvertes recueillies à l'aide de ce formulaire renseignent les chercheurs sur la nature de la dynamique interpersonnelle et sa relation avec le progrès global. Elles informent également les praticiens sur l'état immédiat de la relation thérapeutique et sur les domaines qui nécessitent une attention ou une amélioration. Le EFR-SC est donc à la fois un outil d'information pour la pratique clinique et un instrument de formation, de supervision et de recherche continues. Certains résultats initiaux sont inclus dans ce manuel.

Le second dispositif est l'échelle des compétences fondamentales (ECF-6), qui fournit un retour d'information significatif sur la nature de l'approche thérapeutique employée au cours d'une session donnée et sur la mesure dans laquelle elle reflète la maîtrise de la méthodologie éricksonienne établie. Cela permet d'informer les chercheurs sur le type de thérapie employée. Ils informent également les praticiens sur les points forts et les points faibles de l'ensemble des compétences de a T.E.. Des normes ont été créées pour permettre d'interpréter les scores et d'évaluer le niveau relatif de compétence d'une personne, tel qu'il est jugé par des évaluateurs tiers. Une fois de plus, le ECF-6 est à la fois un outil pour évaluer la pratique clinique et un instrument de formation, de supervision et de recherche continues.

ÉCHELLES DES FONDATIONS RELATIONNELLES (EFR-SC)

Échelle des fondements relationnels (EFR-SC)

Expérience subjective de la thérapie

Patient : _____

Thérapeute :° _____

Date : _____

1. Est-ce que vous vous êtes senti considéré et/ou écouté aujourd'hui ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Je me suis senti le plus considéré ou écouté quand mon thérapeute...

2. Est-ce que vous vous êtes senti accueilli et/ou validé aujourd'hui ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Je me suis senti le plus accueilli ou validé quand mon thérapeute...

3. Est-ce que vous vous êtes senti encouragé à faire vraiment de votre mieux pour résoudre votre problème ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Les éléments qui m'ont encouragé à travailler dur sont...

4. Est-ce que vous vous êtes senti comme si des graines de changement avaient été plantées ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Les éléments qui me semblent différents après aujourd'hui sont...

La thérapie m'aide clairement : Oui Non Peut-être

Instructions pour l'administration du EFR-SC

Voici le mode d'emploi de la feuille de notation EFR-SC, qui doit être remise au client à la fin de la séance de thérapie.

- 1. Présentation de la feuille de réponse :** L'échelle des fondements relationnels (EFR-SC) comporte quatre échelles qui sollicitent des réponses ouvertes. Invitez le client à répondre à autant de questions qu'il le peut. Encouragez le client à répondre par les premières idées qui lui viennent à l'esprit.
- 2. Discuter des réponses :** Après avoir demandé au client de remplir le formulaire et de vous le renvoyer, vérifiez quelles parties de la thérapie ont été les plus significatives pour lui. C'est une bonne occasion de valider toute expérience subjectivement significative. Remarquez également s'il y a une partie de la thérapie qui n'a pas semblé plaire au client. Si le client indique que la thérapie ne l'aide pas, demandez-lui : « Qu'est-ce que j'aurais pu faire qui aurait été utile ? » Veillez à valider les commentaires du client. Ne vous mettez pas sur la défensive et n'exprimez pas votre désaccord avec l'évaluation du client. Veillez à noter toutes les suggestions du client afin de pouvoir les intégrer lors de la prochaine séance.
- 3. Développement professionnel :** La réponse narrative fournie par le client sera l'élément le plus important des données interprétatives produites par ce dispositif. Le praticien sera plus compétent s'il prend note de tout écart entre ce qui était censé être le plus significatif pour le client et ce qui est effectivement rapporté comme étant le plus significatif. Comme pour l'accordage d'un piano, ce type de retour d'information devrait aider le thérapeute à affiner les détails de l'interaction afin d'obtenir la meilleure résonance possible.

Le questionnaire rempli doit être conservé dans le dossier clinique. Cette mesure peut être remplie séance par séance. Elle est plus appropriée pour une utilisation avec des adolescents ou des adultes.

Échelle des fondements relationnels (EFR-SC)

Expérience subjective de la thérapie

Client : _____

Thérapeute :

Date : _____

1. Est-ce que vous vous êtes senti considéré et/ou écouté aujourd'hui ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Je me suis senti le plus considéré ou écouté quand mon thérapeute...

2. Est-ce que vous vous êtes senti accueilli et/ou validé aujourd'hui ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Je me suis senti le plus accueilli ou validé quand mon thérapeute...

3. Est-ce que vous vous êtes senti encouragé à faire vraiment de votre mieux pour résoudre votre problème ? ___ Oui ___ Non

Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Les éléments qui m'ont encouragé à travailler dur sont...

4. Est-ce que vous vous êtes senti comme si des graines de changement avaient été plantées ?

___ Oui ___ Non

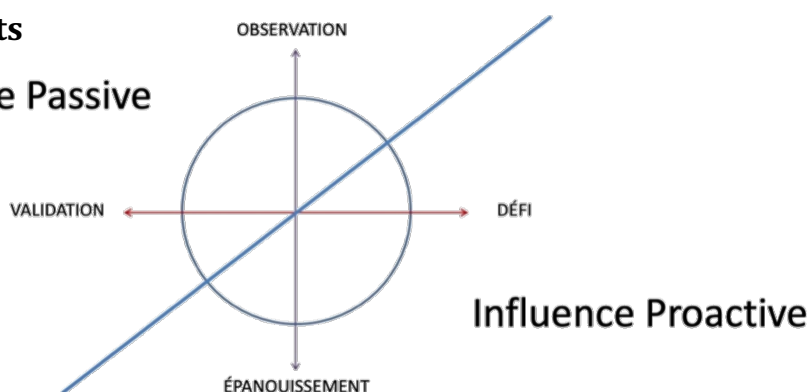
Si oui, alors écrivez la suite de la phrase suivante :

Les éléments qui me semblent différents après cette journée sont...

La thérapie m'aide clairement : Oui Non Peut-être

Premiers résultats

Influence Passive



Influence Proactive

Le EFR-SC a été utilisé dans un cabinet privé⁸ pour recueillir des informations qui ont été analysées au niveau qualitatif. La majorité des réponses des clients (97 %, n=38) ont été expliquées ou résumées ci-dessous.

Influence Passive		Influence Proactive	
<p>OBSERVATION Il s'agit de comportements rapportés par les clients, qui les ont aidés à se sentir considérés et entendus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Retour d'informations non verbales</u> : contact visuel, hochement de tête, posture • <u>Poser des questions</u> : enquête approfondie, recherche de précisions • <u>Réactivité</u> : se concentrer sur les préoccupations les plus profondes, répondre à toutes les questions du client 	<p>ÉPANOUISSEMENT Circonstances rapportées par les clients, qui les amènent à s'attendre à un changement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Outils</u> : le client est informé de ce qu'il doit faire différemment à la maison ou au travail. • <u>Excitation émotionnelle</u> : des émotions fortes ont été ressenties au cours de la thérapie. • <u>Changement d'humeur</u> : le client se sent mieux à la fin de l'entretien qu'au début.
<p>VALIDATION Il s'agit de comportements rapportés par les clients, qui les ont aidés à se sentir acceptés et validés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Soutien verbal</u> : produire des preuves pour soutenir la position du client • <u>Relation</u> : s'identifier aux expériences du client • <u>Le non-jugement</u> : une réponse positive aux questions sur lesquelles le client craint d'être jugé. 	<p>DÉFI Il s'agit de comportements rapportés par les clients, qui les ont motivés à faire des efforts dans le cadre de la thérapie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Alignement</u> : l'objet de la conversation est aligné sur les préoccupations les plus profondes du client. • <u>Directives thérapeutiques</u> : le client se voit confier des tâches difficiles à accomplir. • <u>L'espoir</u> : il y a quelque chose de positif à atteindre

⁸ Ces données proviennent de clients qui ont rencontré Dan Short ou Aimee Short. Chacune des 38 enquêtes représente l'opinion d'un seul client, prise au hasard, à différents moments du processus global de thérapie. Chacun des descripteurs figurant dans le tableau décrit généralement la réponse d'un ou de plusieurs clients.

ÉCHELLES DE COMPÉTENCES FONDAMENTALES (ECF-6)

Échelle compétences éricksoniennes

Thérapeute : _____ Session : _____ Date : _____
 Patient : _____ Durée : _____ Évaluateur : _____

Entourez le chiffre de 1 à 10 selon ce que vous observez

1 : Individualisation de la thérapie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie est conduite pour répondre aux spécificités du patient
 Bas : La thérapie suit un protocole ou une procédure standard

2 : Stratégie - Patient acteur

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : Le patient est considéré comme l'acteur principal de la résolution du problème
 Bas : Le patient est considéré comme le problème

3 : Utilisation - du contexte, des ressources personnelles et de l'entourage

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : L'objectif principal est d'accueillir et d'utiliser les spécificités du patient et ses compétences
 Bas : L'objectif principal est de modifier les habitudes du patient

4 : Déstabilisation - Encourager la flexibilité et les apprentissages

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie provoque des surprises, de la curiosité ou des nouvelles façons de penser ou d'agir
 Bas : La thérapie suit une routine ou peut être anticipée facilement

5 : Expérientiel - favorise les processus d'apprentissage ouverts

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie comporte des expériences qui incitent à la réflexion, à une nouvelle compréhension ou de nouvelles sensations
 Bas : La thérapie dépend d'instructions conscientes et de compréhensions conceptuelles

6 : Naturel - Créer de l'attente pour une survenue naturelle, voire automatique, du changement.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : Les suggestions sous-entendent que les changements vont survenir automatiquement, naturellement, grâce à des compétences spéciales du patient
 Bas : Le changement est attribué au pouvoir de la thérapie ou à la connaissance et à l'habileté du thérapeute.

Profil des compétences fondamentales

Analyse multidimensionnelle des ensembles de compétences

SCORE	ENSEMBLE DE COMPÉTENCES FONDAMENTALES
	I. Individualiser le traitement (c'est-à-dire l'adapter)
	II. Utiliser les dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles ainsi que les facteurs situationnels (c.-à-d. l'utilisation)
	III. Créer un contexte de résolution de problèmes auto-organisé (c'est-à-dire une approche stratégique)
	IV. Provoquer des états altérés pour catalyser la croissance des connaissances et des capacités naturelles (c'est-à-dire la déstabilisation)
	V. Donner la priorité à l'apprentissage expérientiel ouvert (c'est-à-dire à l'apprentissage par l'expérience)
	VI. Créer l'attente que le changement se produise naturellement et automatiquement (approche naturaliste)

ECF-6

L'échelle des compétences fondamentales (ECF-6) a été conçue pour produire des mesures fiables (cohérentes) et efficaces du comportement observable commun aux praticiens experts de la thérapie éricksonienne. Le ECF-6 n'est pas une liste faisant autorité de tout ce qui peut ou doit se produire en thérapie éricksonienne, mais plutôt une tentative de définir objectivement les types de comportements les plus couramment associés à cet ensemble particulier de compétences cliniques (c.-à-d., la TE). Pour ce faire, des données ont été collectées et étudiées par une équipe d'experts dans le domaine de la thérapie éricksonienne qui sont collectivement responsables d'une grande partie de la littérature sur ce sujet et de l'enseignement et de la formation à travers un réseau mondial d'instituts et de congrès éricksoniens.

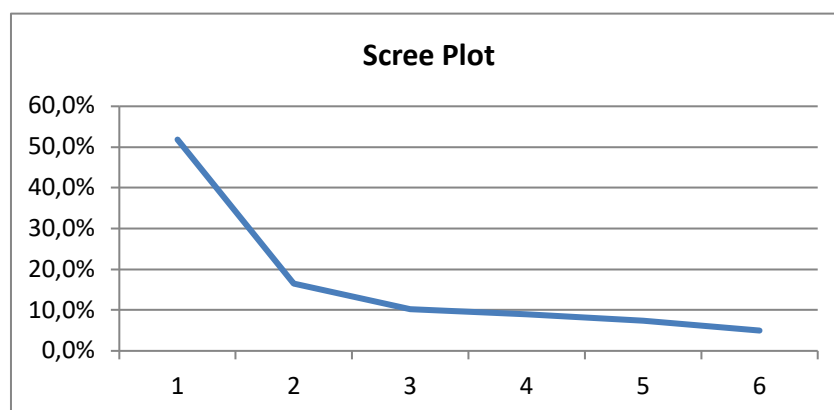
Propriétés psychométriques et interprétation des scores

L'échelle des compétences fondamentales (ECF-6) est un instrument de mesure à échelle de somme (c'-à-d. un score dérivé de plusieurs items indépendants), qui a été conçu et évalué selon le modèle classique de la théorie des tests (Nunnally, 1970), qui suppose que le score observé est composé du score réel et de l'erreur de mesure ($Y = T + E$). Une bonne compréhension de la dimensionnalité, de la fiabilité et de la validité d'une échelle est nécessaire pour que les chercheurs puissent mener des recherches qui fournissent des informations claires.

Dimensionnalité

La dimensionnalité d'une échelle ou structure factorielle fait référence au nombre et à la nature des variables reflétées dans ses items. Le ECF-6 étant destiné à mesurer une seule variable, les items de l'échelle doivent être unidimensionnels, ce qui signifie qu'elle produit un score unique représentant la seule dimension reflétée dans ses items (c'-à-d. la pratique éricksonienne).

L'analyse factorielle exploratoire (AFE) est la méthode la plus courante pour évaluer la dimensionnalité des échelles psychologiques. La méthode d'extraction utilisée pour l'AFE était la factorisation de l'axe principal (FAP), qui est plus robuste que d'autres méthodes. Le scree plot suivant a été utilisé pour l'interprétation. Il s'agit de la meilleure option disponible largement pour évaluer le nombre de facteurs sous-jacents à un ensemble d'items.



Lors de l'interprétation d'un diagramme de dispersion, on espère trouver un « point d'aplanissement » clair. Lorsque l'on détermine le nombre de facteurs, il y en a un de moins que le nombre de facteurs du point d'aplanissement. Dans le cas présent, le premier facteur représentait 51,8 % de la variance, puis il est tombé à 16,5 % et s'est stabilisé. Cela suggère la présence d'un seul facteur, mesuré par six items.

Fiabilité

La fiabilité concerne la capacité d'un instrument à mesurer quelque chose de manière cohérente. Cet aspect est important, car un instrument ne peut être valide que s'il est fiable. La cohérence interne est l'un des moyens d'analyser la fiabilité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle tous les éléments d'un test mesurent le même concept ou la même construction. L'homogénéité est une condition préalable à une analyse significative de l'interrelation (c'-à-d. de la cohérence interne), qui, dans le cas présent, a été satisfaite par l'unidimensionnalité des éléments.

Une description de la cohérence interne a été produite en analysant les corrélations entre les six items

indépendants de l'échelle qui composent le ECF-6, par rapport aux variances de ces items. L'indice de fiabilité utilisé pour cette estimation est le coefficient alpha de Cronbach = $(k/[k-1]) * [1 - (s^2_i)/s^2_{sum}]$, qui est la mesure objective de fiabilité la plus largement utilisée. La covariance relativement élevée entre les sujets (= 0,76) suggère que les items de l'échelle de somme mesurent la même variabilité entre les items et donc le score réel.

Résumé statistique de l'analyse de fiabilité

Moyenne cumulée = 48.6				
Déviation standard = 8.3				
Cronbach alpha = 0.76				
Corrélation inter-items moyenne = 0.7				
	Signification si supprimé	D SDT si supprimé	PM Itm-Tot Correl. (r)	Alpha si supprimé
I	40	7.4	.66	.73
II	40.4	7.2	.71	.71
III	40.7	6.81	.76	.70
IV	41.6	7.0	.58	.83
V	40.3	6.9	.76	.70
VI	39.9	7.2	.74	.71

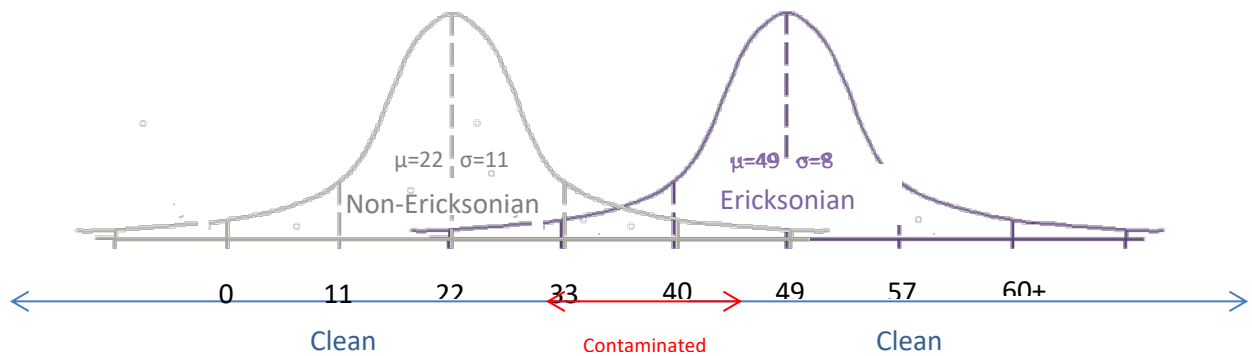
Comme deuxième moyen de décrire la cohérence interne, un test de fiabilité de la moitié divisée a également été effectué, les résultats indiquant que les deux moitiés sont fortement corrélées ($r = 0,61$).

Validité

La validité concerne la mesure dans laquelle un instrument mesure ce qu'il est censé mesurer. Toute étude qui utilise une mesure comme indice d'une variable qui n'est pas elle-même directement observable (dans le cas présent, la compétence en thérapie éricksonienne) doit établir la validité de la construction pour que les résultats de l'étude soient significatifs. Les chercheurs établissent généralement la validité de construction d'une mesure en la corrélant avec un certain nombre d'autres mesures qui devraient, en théorie, lui être associées (validité convergente) ou varier indépendamment d'elle (validité discriminante). Malheureusement, dans le cas des compétences éricksoniennes fondamentales, d'autres mesures universellement reconnues n'ont pas encore été établies.

Sans ce type de réseau nomologique et de données quantitatives, le moyen le plus pratique d'examiner la validité de la construction est de comparer les scores d'échelle obtenus à partir des évaluations d'experts connus en thérapie éricksonienne avec les scores d'échelle obtenus à partir des évaluations d'experts connus dans d'autres domaines de la thérapie. Plutôt que d'utiliser un indice de corrélations positives et négatives, une distribution de fréquences a été construite pour évaluer la validité convergente et discriminante. Cette méthode peut être utilisée pour démontrer l'ampleur relative des différences entre les populations et pour fournir des intervalles de confiance pour la prise de décision.

Distributions normales pour deux populations



Scores éricksoniens de 32 à 65 (M=49, DS=8).

Scores des non-éricksoniens de 0 à 44 (M=22, DS=11).

Comme le montrent les graphiques de distribution de fréquence, il semble y avoir deux populations distinctes qui peuvent être identifiées par le ECF-6. Un test de signification statistique a été réalisé à l'aide d'un *test-t*. Ce choix s'explique par le fait que, pour des échantillons de taille moyenne, la *statistique t* est relativement robuste face à des violations modérées de l'hypothèse de normalité (c.-à-d. des variances inégales). Pour ces échantillons, il y a eu un effet significatif de l'approche thérapeutique, $t(65)=5,01, p<0,0001$, les Ericksoniens recevant des scores significativement plus élevés que les non-Ericksoniens.

La capacité diagnostique du ECF-6 en tant que système de classification binaire (c.-à-d. thérapie éricksonienne ou non) a été analysée à l'aide d'une courbe ROC (Receiver Operating Characteristic). Le score ayant la plus grande sensibilité/spécificité était de 34, ce qui a donné un résultat exceptionnellement proche et un score élevé pour l'aire sous la courbe (AUC=0,970).

La variable manipulée pour la validité discriminante (éricksonienne ou non éricksonienne) était un composite d'enregistrements de plusieurs thérapeutes. Un effort a été fait pour contrôler les différences de compétences globales et d'années d'expérience en faisant correspondre le niveau d'expertise, l'âge et le sexe dans les deux groupes. Pour les deux groupes, trois thérapeutes ont été sélectionnés, chacun comprenant deux hommes et une femme. Les six thérapeutes utilisés pour établir des normes pour ces compétences sont tous considérés comme des experts dans leurs domaines respectifs et physiquement matures (c.-à-d. âgés de 50 à 70 ans). On ne sait pas encore si ce niveau d'expertise a gonflé les scores du ECF-6. Les trois thérapeutes utilisés pour la condition éricksonienne ont tous enseigné l'ET dans différentes villes du monde. Pour la condition non éricksonienne, trois styles de thérapie ont été sélectionnés : La thérapie cognitivo-comportementale (CBT), l'hypnothérapie traditionnelle et la thérapie rogérienne. Ces thérapies sont considérées comme les plus proches de l'approche éricksonienne et constituent donc le test le plus rigoureux de la capacité de discrimination. On suppose que le problème de la contamination diminuera lorsque la T. E. sera comparée à des approches philosophiquement moins proches ; toutefois, cette idée n'a pas encore été testée.

Synthèse — Clé de notation

I. Individualisation : La thérapie a-t-elle été adaptée au client ?

- **Individualiser le langage de la thérapie au client**
- **Individualiser le style de communication au client**
- **Individualiser le rythme de la thérapie au client**
- **Individualiser la logique du changement aux valeurs, au système de croyances et à l'expérience personnelle du client.**

II. Utilisation : L'objectif principal était-il d'utiliser les caractéristiques du client ?

- **Utiliser le besoin du client d'exercer son choix et son discernement**
- **Utiliser l'énergie sous-jacente/la direction du problème présenté pour atteindre un objectif souhaitable**
- **Utilisation d'un comportement inattendu ou d'événements imprévus pour atteindre un objectif thérapeutique.**
- **Utilisation du contexte environnemental pour soutenir et enrichir les processus thérapeutiques**

III. Stratégie : le client a-t-il été considéré comme un acteur important de la résolution des problèmes ?

- **Rendre explicite le rôle du client en tant que principal acteur du changement**
- **L'énergie de résolution des problèmes a été orientée vers le problème le plus central ou le besoin le plus urgent, tel que défini par le client.**
- **Susciter et renforcer la confiance dans les idées intuitives du client sur la manière de résoudre le problème présenté**
- **Amélioration de l'aptitude du client à agir en tant que principal agent du changement**

IV. Déstabilisation : A-t-on tenté de perturber les schémas inadaptés afin d'attirer de nouveaux apprentissages ?

- **Déstabilisation de l'orientation de la réalité immédiate du client**
- **Déstabiliser une perspective existante sur un ensemble d'événements en modifiant le contexte dans lequel ils sont interprétés.**
- **Déstabiliser un état émotionnel fixe par le biais du choc ou de l'humour**
- **Déstabilise l'expérience de la réalité corporelle en créant un sentiment d'isolement par rapport à un aspect du moi.**

V. Expérientiel : L'apprentissage par l'expérience a-t-il été privilégié par rapport à l'enseignement didactique ?

- **Création d'un événement impliquant une participation physique et contenant des éléments de mystère, de nouveauté, d'intrigue ou de réflexion profonde.**
- **Participation à une procédure hypnotique (événement extra-ordinaire) destinée à susciter des connaissances ou des capacités inconscientes.**
- **Expérimenter de nouveaux comportements ou de nouvelles pensées qui s'inscrivent dans les limites que le client s'est imposées tout en modifiant progressivement le modèle établi.**
- **Demander au client de faire un exercice thérapeutique entre les séances**

VI. Naturaliste : Le client a-t-il reçu des suggestions de changement qui l'ont orienté vers des processus naturels de croissance, d'apprentissage et/ou de guérison inconscients ?

- **Porter attention aux capacités internes d'apprentissage, de créativité, de perspicacité et de performance.**
- **Créer des options de réponse qui évoquent un processus créatif et d'autodétermination chez le client.**
- **Susciter des réponses par le biais d'insinuations ou d'implications plutôt qu'en faisant des déclarations explicites**
- **Suggestions émises en dehors des limites de la conscience**
- **Suggérer une action, une pensée ou une perception automatique et sans effort qui se produira à un moment ultérieur, en dehors du bureau.**

Échelles de compétences fondamentales (ECF-6)

Feuille de notation de l'observateur

Thérapeute : _____ Session : _____ Date : _____

Patient : _____ Durée : _____ Évaluateur : _____

Entourez le chiffre de 1 à 10 selon ce que vous observez

1 : Individualisation de la thérapie

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie est conduite pour répondre aux spécificités du patient

Bas : La thérapie suit un protocole ou une procédure standard

2 : Stratégie - Patient acteur

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : Le patient est considéré comme l'acteur principal de la résolution du problème

Bas : Le patient est considéré comme le problème

3 : Utilisation - du contexte, des ressources personnelles et de l'entourage

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : L'objectif principal est d'accueillir et d'utiliser les spécificités du patient et ses compétences

Bas : L'objectif principal est de modifier les habitudes du patient

4 : Déstabilisation - Encourager la flexibilité et les apprentissages

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie provoque des surprises, de la curiosité ou des nouvelles façons de penser ou d'agir

Bas : La thérapie suit une routine ou peut être anticipée facilement

5 : Expérientiel - favorise les processus d'apprentissage ouverts

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : La thérapie comporte des expériences qui incitent à la réflexion, à une nouvelle compréhension ou de nouvelles sensations

Bas : La thérapie dépend d'instructions conscientes et de compréhensions conceptuelles

6 : Naturel - Créer de l'attente pour une survenue naturelle, voire automatique, du changement.

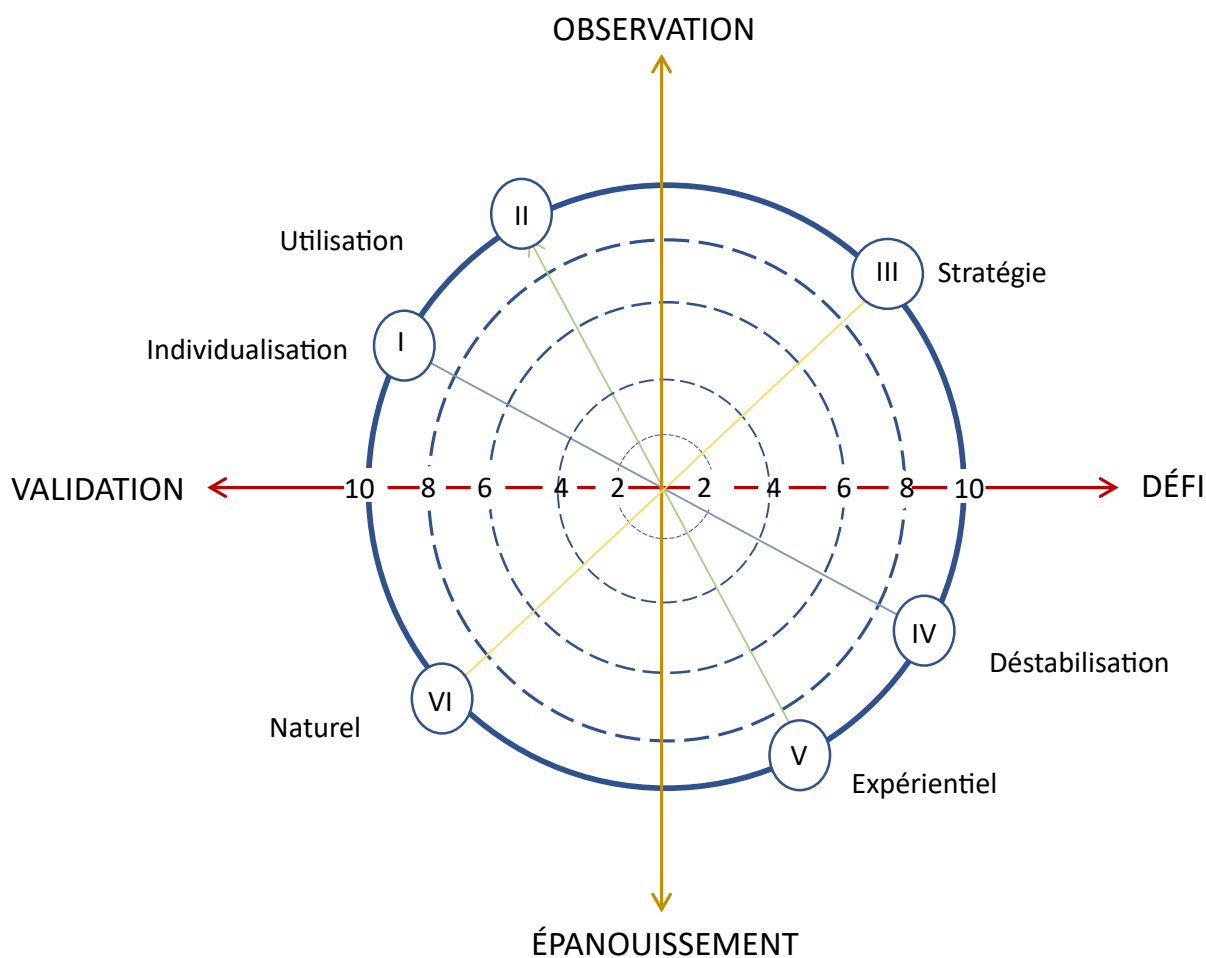
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Haut : Les suggestions sous-entendent que les changements vont survenir automatiquement, naturellement, grâce à des compétences spéciales du patient

Bas : Le changement est attribué au pouvoir de la thérapie ou à la connaissance et à l'habileté du thérapeute.

Profil des compétences fondamentales

Analyse multidimensionnelle des ensembles de compétences



SCORE	ENSEMBLE DE COMPÉTENCES FONDAMENTALES
	I. Individualiser le traitement (c'-à-d. l'adapter)
	II. Utiliser les dynamiques intrapersonnelles et interpersonnelles ainsi que les facteurs situationnels (c.-à-d. l'utilisation)
	III. Créer un contexte de résolution de problèmes auto-organisé (c'-à-d. une approche stratégique)
	IV. Provoquer des états altérés pour catalyser la croissance des connaissances et des capacités naturelles (c'-à-d. la déstabilisation)
	V. Donner la priorité à l'apprentissage expérientiel ouvert (c'-à-d. à l'apprentissage par l'expérience)
	VI. Créer l'attente que le changement se produise naturellement et automatiquement (approche naturaliste)

Instructions pour l'administration du ECF-6

Voici les instructions pour l'utilisation de la feuille de notation du ECF-6.

- 1. Pour commencer :** avant d'utiliser la feuille de notation pour coder la ou les démonstrations thérapeutiques, vous devez vous familiariser avec chacune des six échelles del'ECF-6 et avec les explications correspondantes figurant dans la Clé de notation. Vous saurez ainsi quels sont les comportements à surveiller lorsque vous observerez la vidéo et vous pourrez acquérir une compréhension globale de chaque ensemble de compétences. Après cela, vous serez prêt à regarder la vidéo destinée au codage.
- 2. Marquer la feuille de scores :** l'échelle des compétences fondamentales (ECF-6) comporte six sections précédées de chiffres romains et d'une brève description de l'échelle. Sous la partie numérotée de l'échelle de Likert (0-10) se trouvent des indications pour les notes élevées et basses. Les réponses doivent être indiquées à l'intérieur de la case en encerclant UNIQUEMENT l'un des 11 nombres entiers. Chaque section (I-VI) requiert une seule note. Des informations qualitatives peuvent être indiquées dans l'espace entre les sections (par exemple, ce que vous avez vu et qui vous a amené à choisir une certaine note). Les informations qualitatives sont facultatives.
- 3. Choix du score :** si, après avoir regardé la démonstration, vous pouvez vous souvenir d'un exemple clair qui correspond à l'incitation élevée, choisissez un score élevé (10-8). Si la norme semble avoir été partiellement atteinte, ou si certains comportements correspondent aux messages des deux côtés, choisissez un score moyen (7-4). Si vous vous souvenez d'un exemple clair correspondant à l'incitation faible, choisissez un score faible (3-0).

Certaines interventions ont de multiples facettes et peuvent donc répondre à des critères dans plusieurs domaines de compétence. Si une seule déclaration ou action du thérapeute répond aux critères dans plusieurs catégories de l'échelle, notez-la dans chaque domaine qu'elle satisfait.

- 4. Utiliser le graphique :** une fois que vous avez noté les six domaines, reportez ces scores dans le tableau situé au bas de la page de synthèse. Si vous souhaitez utiliser le graphique comme aide visuelle, placez un « x » sur l'axe de chaque domaine sur l'un des quatre cercles concentriques, en fonction de la valeur du score figurant dans le tableau. Enfin, une ligne peut être tracée d'un « x » à l'autre, ce qui donne une forme qui illustre la taille de chaque ensemble de compétences.

Formation et supervision

En ce qui concerne l'enseignement et la formation, Scott Miller et ses collègues ont découvert, en étudiant l'efficacité des praticiens, que le temps et l'expérience n'améliorent pas automatiquement l'efficacité des praticiens. Au contraire, en moyenne, les résultats cliniques se dégradent lentement. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres domaines (par exemple, les prévisions politiques) où le statut d'expert conduit à une confiance excessive dans l'idéologie, à la conjecture (c'-à-d. au biais de disponibilité) et à moins d'attention à la perspicacité collaborative et au retour d'information critique.

En réponse à ce problème, Miller a recommandé un processus d'éducation qu'il appelle la pratique délibérée (PD). Ce processus implique un effort conscient et délibéré visant à améliorer des aspects spécifiques de la performance d'un individu. Tel que décrit par Miller, la pratique délibérée contient quatre ingrédients essentiels : (1) identifier des objectifs de performance dépassant de peu ses capacités actuelles, (2) avec un coach ou un groupe de consultation, développer et exécuter un plan avec des étapes et des stratégies pour atteindre ces objectifs de performance ; (3) utiliser des moyens d'observation et de mesure fiables afin d'identifier les petites erreurs et les fautes et de fournir un retour d'information correctif ; enfin, (4) suivre les progrès sur une échelle suffisamment sensible pour détecter une amélioration lente, mais constante (idéalement, cela devrait être représenté sous forme de graphique afin que la ligne de tendance puisse être étudiée).

Bien que l'instrumentation du ECF-6 soit conçue pour répondre à des normes rigoureuses en tant qu'instrument de recherche, elle est suffisamment simple à administrer et à noter pour servir de mesure pratique dans le cadre d'une formation de niveau supérieur ou d'un développement professionnel continu. Pour ceux qui souhaitent exceller dans la pratique de la T. E., il est recommandé qu'un échantillon vidéo de leur travail soit évalué par 3 ou 4 autres personnes dans le cadre d'un groupe de consultation ou d'un programme de formation. Le praticien qui a fait l'objet de la démonstration clinique devrait également évaluer la séance. Cela fournira des informations intéressantes sur l'image que le professionnel se fait de lui-même et sur la sous-estimation ou la surestimation de ses capacités. Le groupe doit donner son avis sur les points forts. Pour les scores les plus faibles, il est utile de demander au groupe des suggestions concrètes sur la manière dont cette compétence aurait pu être améliorée dans cette situation spécifique.

V. RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

Aperçu des ressources complémentaires

La section V de ce manuel qui porte sur la thérapie éricksonienne contient des références qui intéresseront ceux qui souhaitent en apprendre davantage sur cette approche unique de la thérapie. Comme indiqué ailleurs dans ce manuel, si vous connaissez des ressources qui ont été accidentellement omises, ou des détails qui nécessitent d'être corrigés, merci de contacter l'éditeur. De cette façon, les informations pourront être prises en considération dans les futures éditions : dan@iamdrshort.com.

(Pour joindre les traductrices pour la version française dreliselelarge@gmail.com)

Liste des instituts éricksoniens à travers le monde

À l'heure actuelle, il existe plus de 100 instituts actifs dans le monde.

Histoire de la Fondation Milton H. Erickson

La Fondation Erickson est un pôle de dirigeants et de formation depuis 1980, ainsi que le gardien de l'Erickson Audio Achieves et du Museum Erickson.

Glossaire relatif à la terminologie éricksonienne

Un effort a été fait afin de fournir des définitions précises pour tout terme apparaissant dans ce manuel.

Références pour les ressources fondamentales à propos d'Erickson

Beaucoup de choses ont été écrites au sujet de Milton Erickson et de l'hypnose éricksonienne, certaines intéressantes et d'autres moins intéressantes. Les documents apparaissant dans cette liste proviennent de sources sûres et sont donc utiles pour mieux comprendre cette approche.

LISTE DES INSTITUTS ÉRICKSONIENS À TRAVERS LE MONDE

Les instituts éricksoniens sont des groupes professionnels qui ont obtenu la permission de la Fondation pour utiliser le nom « Milton H. Erickson » dans le nom de leur organisation. Ils sont dirigés par des professionnels qui ont satisfait aux exigences d'éligibilité de la Fondation, ont reçu des recommandations élogieuses de la part de professionnels affiliés, et ont fait la démonstration de leurs connaissances des méthodes éricksoniennes. Le conseil d'administration de la Fondation étudie chaque candidature d'institut pour s'assurer que les candidats respectent les standards requis.

Consulter la liste actualisée sur <https://www.erickson-foundation.org/institutes>

HISTOIRE DE LA FONDATION MILTON H. ERICKSON : L'HISTOIRE D'UN EFFORT DE COOPÉRATION

Ce récit historique rassemble les contributions de Linda Carr-McThrall, Roxanna Erickson Klein, Marnie McGann et Dan Short.

« Un objectif sans date n'est qu'un rêve. Milton H. Erickson, M.D.

Le rêve : Cette déclaration du Dr Erickson a été un présage. La Fondation Milton H. Erickson est née du rêve d'un homme : Jeffrey Zeig, PhD. Et, plus de trente ans après sa création, soutenue par une petite équipe de travailleurs acharnés, la générosité des donateurs et le dévouement sans faille des bénévoles, la Fondation a dépassé ses modestes débuts pour devenir l'une des organisations les plus reconnues dans le monde et les plus influentes dans le domaine de la psychothérapie.

Au début de sa carrière de psychologue clinicien, Zeig a souhaité remercier Milton Erickson de sa générosité envers lui. Se souvenant de l'époque où il était un étudiant en médecine sans ressources financières, le Dr Erickson a encadré plusieurs étudiants prometteurs, dont Zeig, cela gratuitement. Le Dr. Erickson a dirigé plus intensément les études de Zeig que celles de ses autres protégés. Pendant six ans, de 1974 à 1980, Zeig fut invité à plusieurs reprises à séjourner chez Erickson. Au fur et à mesure que l'amitié et l'appréciation mutuelle se développaient, l'influence du Dr. Erickson sur la vision de la psychothérapie de Zeig et sur sa vision du monde s'approfondissait.

Milton H. Erickson, MD, était déjà reconnu par beaucoup comme la plus grande autorité mondiale en matière d'hypnose et de psychothérapie stratégique brève. Ses approches avaient attiré l'attention du monde entier et fait l'objet d'études sérieuses de la part de centres de recherche. De nombreuses personnalités dans ce domaine, dont Jay Haley et Ernest Rossi, ont reconnu l'importance cruciale des contributions du Dr Erickson et ont attiré l'attention sur les changements de paradigme qui ont apporté de nouvelles compréhensions à la psychothérapie.

Zeig souhaitait remercier le Dr Erickson pour son tutorat en organisant un événement en son honneur. Il souhaitait également lui offrir l'occasion de constater l'impact considérable de ses idées. Zeig rêvait d'organiser un congrès centré sur les approches éricksoniennes en matière d'hypnose et de psychothérapie, avec des intervenants qui pourraient témoigner de l'impact et de l'influence primordiale du Dr Erickson sur leur travail. Zeig envisageait d'en faire un événement international, organisé au centre de convention de Phoenix, Arizona, coïncidant avec le 78^e anniversaire du Dr Erickson, le 5 décembre 1980.

Des débuts modestes : Plusieurs mois s'écoulèrent avant que le Dr Erickson donne son accord à l'événement, peut-être pour évaluer la détermination de Zeig. Une fois l'accord obtenu, Zeig obtint le soutien d'autres étudiants qui avaient bénéficié de la générosité du Dr Erickson. Depuis le domicile de Zeig, des bénévoles envoyèrent 70 000 formulaires. Les invitations individuelles de la faculté furent faites par Sherron Peters, alors fiancée de Zeig, sur une machine à écrire prêtée par l'hôpital d'État de l'Arizona où Zeig travaillait. La réponse au congrès fut phénoménale. Au fur et à mesure que les inscriptions affluaient, la nécessité de créer une fondation plus officielle pour la formation et à but non lucratif s'imposa.

Le Dr Erickson et son épouse Elizabeth, ainsi que Zeig et Sherron Peters, créèrent la Fondation Milton H. Erickson. Les quatre directeurs constituèrent le premier Conseil d'Administration et Sherron Peters occupa le premier poste rémunéré de directrice exécutive. À l'époque déjà, la Fondation était envisagée d'organiser le Congrès de l'année suivante, un événement déjà immensément prometteur

et dynamique.

Pour obtenir des fonds pour le premier congrès, Zeig décida d'utiliser la transcription d'un séminaire exceptionnel d'Erickson comme base d'un livre : *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*, publié par Brunner/Mazel. L'éditeur a également signé un contrat pour les actes du Congrès et a accordé une avance qui a permis l'archivage légal des documents de l'entreprise. Avec la nomination officielle d'un Conseil d'Administration, la Fondation Milton H. Erickson a été officiellement constituée en 1979. Avec la rédaction d'une mission de formation et l'engagement à but non lucratif.

Conformément aux souhaits du Dr Erickson, l'accent a été mis sur l'intégration des méthodes éricksoniennes, comme courant principal de la psychothérapie, et non sur la création d'une école distincte. Il a été convenu que les présentations et les formations seraient réservées aux professionnels plutôt qu'à un public plus large. Il a également été décidé que la Fondation ne serait pas une organisation de membres. Toutes ces politiques restent en vigueur aujourd'hui.

Décès du Dr Erickson : En mars 1980, sept mois avant le Congrès, le Dr Erickson est décédé subitement à la suite d'une brève maladie. La famille décida d'organiser un petit service commémoratif privé et de disperser ses cendres sur le mont Squaw Peak, qui surplombe la maison familiale. Le chagrin suscité par cette perte s'est répandu dans toute la communauté professionnelle et a fait écho à l'ampleur de la renommée du Dr Erickson. Celui-ci a cependant pu reconnaître et apprécier la part du cadeau offert par Zeig, puisque 750 professionnels s'étaient déjà inscrits au Congrès — un nombre plus important que jamais pour un congrès centré uniquement sur le thème de l'hypnose.

Premier Congrès : Malgré cette perte, la famille Erickson encourage Zeig à aller de l'avant avec son projet de congrès. Ils pensaient que ce congrès permettrait de rassembler ceux qui souhaitaient honorer le Dr Erickson et d'unir les professionnels qui partageaient les mêmes croyances en matière d'approches thérapeutiques. Quelques mois après la mort du Dr Erickson, un autre événement inattendu s'est produit. Gregory Bateson, qui devait être l'orateur principal du congrès, est également décédé. « Presque toutes les autorités disponibles en matière d'hypnose et de psychothérapie éricksoniennes faisaient déjà partie de la faculté », explique Zeig, « il a donc été décidé de sortir du domaine et d'inviter Carl Whitaker, MD, à être l'orateur principal. » Il a accepté et le premier congrès a eu lieu en décembre 1980, attirant plus de 2 000 participants, ce qui en a fait le plus grand congrès jamais organisé sur le thème de l'hypnose pour les décennies à venir.

Conseil d'administration : Les cinq membres du conseil d'administration de la Fondation sont des bénévoles dévoués qui jouent un rôle déterminant dans la révision de la déclaration de mission et le contrôle des performances de la Fondation. Ces postes non rémunérés ne sont pas assortis d'un mandat.

Après le décès du Dr Erickson, Kristina Erickson, MD, a pris la relève de son père au sein du conseil d'administration. En 1988, Mme Peters a démissionné et a été remplacée par J. Charles Theisen, JD, titulaire d'un diplôme de droit de Stanford, expert en affaires et très attaché à la mission de la Fondation. En 1994, Kristina Erickson a pris sa retraite et a été remplacée par un autre membre de la famille, Roxanna Erickson Klein, RN, PhD. En 1998, le conseil d'administration s'est ouvert à l'international en élisant Camillo Loredio, MD, comme l'un de ses membres. Loredio avait établi avec succès l'Institut Erickson à Rome et avait été président de la Société italienne d'hypnose et de l'organisation italienne de thérapie familiale. Un an plus tard, Bernhard Trenkle, Dip, Psy, directeur de l'Institut Erickson de Rottweil et alors président de la Société Erickson allemande, a également rejoint le conseil d'administration. Personnalités internationales de renom et deux des plus éminents

thérapeutes d'Europe, Loriedo et Trenkle ont participé à de nombreux congrès de la Fondation en tant qu'enseignants. En 2008, Elizabeth Erickson, l'un des premiers membres du Conseil d'administration, est décédée. En 2015, ce poste a été occupé par la belle-fille d'Elizabeth Erickson, Helen Erickson, PhD, MSN, BSN. Ce qui suit est une description détaillée de chacun des membres actuels du conseil d'administration.

Jeffrey K. Zeig, PhD, est le fondateur et le directeur de la Milton H. Erickson Foundation. Zeig est également l'organisateur du *Congrès sur l'évolution de la psychothérapie*, du *Congrès de thérapie brève*, du *Congrès sur la thérapie de couple* et des Congrès internationaux sur les approches éricksoniennes de la psychothérapie. Il fait partie du comité de rédaction de nombreuses revues, est membre de l'American Psychological Association et de l'American Society of Clinical Hypnosis. Psychologue clinicien, M. Zeig exerce en cabinet privé et anime des ateliers dans 40 pays. Il a été invité à donner des conférences dans de grandes universités et des hôpitaux universitaires, et a édité, coédité ou écrit plus de 20 livres sur la psychothérapie, publiés dans 14 langues étrangères.

Roxanna Erickson Klein, RN, PhD, partage son temps entre le travail clinique, l'écriture et l'enseignement. Erickson Klein est coautrice (avec Betty Alice Erickson et Dan Short) de *Hope & Resiliency : Understanding the Psychotherapeutic Strategies of Milton H. Erickson*, et co-éditrice de *The Collected Works of Milton H. Erickson*. Elle a compilé un glossaire international afin de rendre plus cohérentes les traductions de la littérature professionnelle éricksonienne. Récemment, elle a coécrit un livre (avec Kay Colbert) qui propose des exercices de groupe pour le traitement de la toxicomanie, intitulé : *Engage the Group ; Engage the Brain (Engager le groupe ; Engager le cerveau)*.

Camillo Loriedo, docteur en médecine, est professeur de psychiatrie et de psychothérapie à l'université de Rome, à la faculté de médecine et à l'école de spécialisation. Il est président de la Société italienne de psychothérapie et a été président de la Société internationale d'hypnose. Loriedo est l'auteur de plus de 350 articles scientifiques et de 26 livres.

J. Charles Theisen, MA, MBA, JD, PhD, est ou a été un membre actif de CEO (Chief Executive Organization) et de YPO/WPO (Young Presidents Organization et World Presidents Organization). Theisen a également siégé ou siège actuellement au conseil d'administration de Childhelp, USA, Homeward Bound, Robbins-Madanes Center et Yo San University.

Bernard Trenkle, psychologue diplômé, est directeur de l'Institut Milton Erickson, à Rottweil, en Allemagne, et a été président de la Société internationale d'hypnose. Il a également été président de la Milton Erickson Society of Clinical Hypnosis en Allemagne. En plus d'avoir co-organisé le *Congrès européen sur l'évolution de la psychothérapie* en 1994 à Hambourg, Trenkle a organisé six congrès internationaux sur l'hypnose infantile en Allemagne et la réunion de la Société internationale d'hypnose à Brême en 2012, qui est actuellement le plus grand congrès jamais organisé sur l'hypnose avec plus de 2 300 participants.

Helen Erickson, PhD, MSN, BSN, est professeur émérite à l'école d'infirmières de l'université du Texas, à Austin, et membre de l'American Academy of Nursing. Helen a plus de cinquante ans d'expérience dans les soins infirmiers, a publié des dizaines d'articles professionnels, a écrit et édité de nombreux livres, a fait des présentations lors de nombreuses réunions professionnelles et a reçu de nombreuses récompenses. Actuellement, Helen exerce de manière indépendante au Texas et propose des soins infirmiers holistiques à ses clients. Elle siège actuellement au conseil d'administration de l'American Holistic Nurses' Certification Corporation, dont elle a été présidente de 2002 à 2014.

Les bénévoles : L'esprit du bénévolat est au cœur de la Fondation depuis sa création. Depuis 1979, lorsque les bénévoles ont trié les inscriptions pour le premier congrès sur le sol du salon de Zeig, jusqu'à aujourd'hui, alors que les bénévoles font des dons substantiels de leur temps et de leurs talents pour montrer à presque tous les éléments de la Fondation, que l'esprit de don désintéressé est la clé du succès de la Fondation et de la philosophie sous-jacente de l'approche éricksonienne. Bien que tous les besoins ne soient pas satisfaits et que tous les rêves ne soient pas encore réalisés, les contributions des bénévoles ont considérablement amélioré ce que le petit personnel rémunéré a été en mesure d'accomplir. Nous éprouvons chaque jour une immense gratitude à l'égard de ces nombreux supports bénévoles.

Bulletin d'information : Peu après le premier congrès, Bill O'Hanlon, MS, s'est porté volontaire pour diriger une lettre d'information de la Fondation Erickson afin de créer un réseau avec les professeurs, les participants et le public plus large de professionnels intéressés par le travail et les orientations de Milton Erickson. Le premier numéro de la *lettre d'information de la Fondation Milton H. Erickson* a été publié le 21 juin 1987. Il a facilité le dialogue continu sur les approches éricksoniennes et a développé un forum de discussion et d'évaluation des approches thérapeutiques efficaces. Après un mandat de six ans en tant que rédacteur en chef, M. O'Hanlon a été remplacé par Michael Yapko, PhD, qui a occupé ce poste pendant les six années suivantes. Par la suite, le poste a été occupé par des bénévoles de longue date, notamment Roxanna Erickson Klein, PhD, Betty Alice Erickson, MS, Dan Short, PhD, et Sharon McLaughlin, MS. Les rédacteurs invités Carol Kershaw, PhD, et Bill Wade, MS, ainsi que les rédacteurs d'articles de fond et de critiques de livres, apportent leurs talents pour compléter la publication, certains depuis plus d'une décennie.

La lettre d'information est publiée sous forme de journal trois fois par an, et son contenu ne cesse de s'étoffer, proposant des entretiens passionnants avec des professionnels de ce domaine, des articles d'intérêt et des critiques de livres. Actuellement, Richard Landis, PhD, est rédacteur en chef, Karen Haviley est responsable de la production, et Alex Simpkins, PhD, et Annellen Simpkins, PhD, supervisent les critiques de livres. Le bulletin est envoyé gratuitement chaque année à 8 000 professionnels américains. Dans le monde entier, environ 4 000 personnes le téléchargent.

Approches éricksoniennes : La première mention imprimée de la « *thérapie éricksonienne* » remonte à 1978, lorsque Zeig a publié la brochure du premier congrès. Avec l'amélioration de la communication entre les cliniciens et les éducateurs, le terme « *approches éricksoniennes* » a commencé à attirer l'attention et à être plus largement utilisé. L'expression « *approches éricksoniennes* » fait référence aux techniques d'hypnose et de psychothérapie développées par Milton Erickson. Cependant, il est important de faire la distinction entre le travail du Dr. Erickson et le travail éricksonien, qui est généré par ses élèves et les élèves de ses élèves. Zeig a construit un diagramme qui présente la généalogie de l'influence du Dr. Erickson d'une manière claire et significative pour les étudiants et les professionnels. (Disponible sur www.erickson-foundation.org/genealogy) Alors que les idées du Dr Erickson étaient initialement considérées comme révolutionnaires, elles sont aujourd'hui mieux acceptées et constituent le fondement d'autres écoles de psychothérapie qui sont déjà considérées comme des courants dominants.

Le Dr. Erickson a rejeté l'idée qu'une approche unique puisse constituer une théorie de la psychothérapie. Il pensait plutôt que la tâche des professionnels consistait à s'adapter aux besoins changeants et aux circonstances qui évoluent au fil du temps. Malgré cette position, de nombreux éricksoniens se sont efforcés de définir plus clairement le travail du Dr Erickson et les concepts sous-

jacents qui identifient la pensée éricksonienne.

La réalisation d'une vie : Lors du congrès de 1980, Jay Haley a été honoré en tant que premier lauréat du prix de la Fondation pour l'ensemble de sa carrière. Ce prix est décerné en reconnaissance de la contribution professionnelle, non seulement à la psychothérapie éricksonienne, mais aussi à l'ensemble du domaine de la psychothérapie et au bien-être de la société. Les lauréats suivants ont été Ernest Rossi (1986), Paul Watzlawick (1988), Elizabeth Erickson (1989), Kay Thompson (1992), Stephen Lankton (1994), Burkhard Peter (1999), Bernhard Trenkle (1999), Camillo Loredio (2001), Stephen Gilligan (2004), Michael Yapko (2007) et Teresa Robles (2011).

Archives : Le Conseil d'administration de la Fondation a considéré le développement des archives Erickson comme l'un des principaux rôles de la Fondation. Il s'agit notamment de rendre l'œuvre du Dr Erickson plus accessible et plus familière à la communauté de la santé mentale.

Lori Weirs, membre du personnel de la première heure, a été la première à prendre la responsabilité des archives. Elle a transcrit de nombreux ateliers et entretiens menés par Zeig, et comme une myriade de documents historiques s'accumulaient — lettres, entretiens, cassettes audio, cassettes vidéo, livres — un archiviste professionnel de l'université d'État de l'Arizona a été engagé pour former Lori Weirs. « Les archives ont fait faire un grand pas en avant », a-t-elle déclaré lors d'une interview.

Aujourd'hui, les archives abritent trois collections distinctes, mais qui se recoupent : les travaux de Milton H. Erickson, les travaux des contemporains et successeurs d'Erickson et l'opulente collection de documents relatifs aux congrès organisés par la Fondation. La collection d'articles et de récits relatifs à l'influence du Dr Erickson continue de s'enrichir. Les archives contiennent également des audios et des vidéos des congrès de la Fondation, des congrès sur la thérapie brève, les couples, l'évolution et les congrès éricksoniens. La Fondation progresse dans la numérisation des archives dans plusieurs formats de fichiers, y compris les MP3 et les MP4. En l'espace de trois décennies, les archives de la Fondation sont devenues l'une des plus complètes au monde.

L'objectif de faire des Archives un endroit pour les étudiants sérieux a été limité par des contraintes d'espace et de personnel. Cependant, le déménagement de la Fondation dans un nouveau siège en 2012 a permis de résoudre l'encombrement de l'espace qui réduisait l'accès à une grande partie des Archives. Le but est de trouver la manière de rendre les Archives plus accessibles afin d'encourager les étudiants à venir et à utiliser les documents de première main pour mieux les former et améliorer leurs compétences.

Le siège : Avec le succès du congrès de 1980, le conseil d'administration a commencé à envisager de futures formations et des opportunités éducatives. Un modeste cottage en stuc blanc situé au 3606 North 24th Street à Phoenix a été acheté pour ces projets, et une petite équipe a été recrutée. À chaque formation, l'intérêt pour les approches éricksoniennes a continué de croître, et la Fondation elle-même s'est développée. Finalement, trois autres cottages adjacents ont été achetés et les quatre cottages sont devenus le siège de la Fondation pendant plus de 30 ans. En 2009, la Fondation a acheté un bâtiment au 2632 East Thomas Road à Phoenix, et en 2011, la construction a commencé pour le surélever. En septembre 2012, la Fondation a emménagé dans le bâtiment. Lorsqu'on a demandé à une ancienne employée de longue date, Alice McAvoy, de citer le changement le plus important survenu à la Fondation au fil des ans, elle a répondu : « Le nouveau bâtiment — il est magnifique ! »

Le personnel : Au tout début, les employés de la Fondation portaient de nombreuses casquettes. Lori Weirs, institutrice à la retraite, n'a pas fait exception à la règle. En 1981, elle a accepté ce qu'elle pensait n'être qu'un poste temporaire à temps partiel, mais elle est restée à la Fondation pendant

près de vingt ans. Elle a commencé par taper tous les noms des participants aux congrès sur des cartes de 3 x 5. « C'était avant que nous ayons des ordinateurs, se souvient-elle, et c'était un véritable test. Mme Weirs est rapidement devenue coordinatrice des bénévoles avant de travailler aux Archives.

En 1986, Linda McThrall, diplômée en journalisme de l'Arizona State University, a rejoint la Fondation et en est devenue la directrice exécutive un an plus tard. « Cela n'a pas été facile pour moi », se souvient-elle, « car je n'aime pas être en première ligne. Je suis plus à l'aise à l'arrière-plan ». Les responsabilités de Mme McThrall comprenaient l'organisation des conférences, des congrès, des séminaires et des ateliers. « Notre équipe a accompli de grandes choses, souvent avec un budget très limité. Il y avait toujours quelque chose d'intéressant ou de stimulant. Nous avions la possibilité d'être créatifs. À l'époque, le personnel était presque exclusivement composé de femmes. C'était un endroit où l'on pouvait être soi-même ». Aujourd'hui encore, Mme McThrall et Mme Weirs se rencontrent pour prendre un café. Mme McThrall déclare qu'elle sera toujours reconnaissante de ses années passées à la Fondation. « C'était l'occasion de me dépasser ».

La flexibilité de l'environnement de travail de la Fondation a permis aux membres du personnel de mener des projets particuliers, dont certains ont continué à se développer. Mary Helen Kelly a apporté des années d'expérience dans le travail avec les organisations à but non lucratif et a aidé à organiser la coordination des instituts Erickson et à créer le premier répertoire des instituts.

Contrairement à de nombreux membres du personnel qui ont découvert le travail du Dr Erickson dans le cadre d'un emploi, Alice McAvoy est venue travailler à la Fondation grâce à Milton Erickson. Elle lui a rendu visite pour en savoir plus sur l'hypnose et sur la manière de traiter les problèmes de douleur qui l'ont tourmentée tout au long de sa vie. « C'était intéressant de le rencontrer », se souvient-elle. « Il était en fauteuil roulant à l'époque et portait toujours un pyjama violet. Il m'a beaucoup aidée et, bien que je n'aie pas eu recours à l'hypnose, il m'a donné de nombreux conseils sur la manière de parvenir à l'auto-hypnose. L'un des aspects les plus passionnants du travail à la Fondation était les grands congrès et la possibilité de rencontrer et d'interagir avec des professionnels du monde entier. Nous avons le sentiment de faire quelque chose d'important en promouvant et en légitimant l'utilisation de l'hypnose. J'avais le sentiment que ce que je faisais seule n'était pas terriblement important, mais que je faisais quelque chose d'utile pour servir l'humanité parce que je soutenais ceux qui étaient importants ». À l'époque, le mari de Mme McAvoy travaillait comme conseiller, et elle a donc proposé ses services à la Fondation. « Je faisais tout ce qui était nécessaire », dit-elle. Finalement, elle s'est vu proposer un poste rémunéré et est restée à la Fondation pendant environ huit ans. L'une de ses réalisations a été d'organiser des vidéos du Dr Erickson.

Au fil des ans, de nombreux employés de la Fondation se sont montrés exceptionnels. La Fondation semble attirer ceux qui travaillent le mieux dans une petite organisation et qui s'épanouissent dans un monde où la passion et l'objectif sont les forces motrices. Jeannine Elder est une autre employée qui a trouvé un véritable sentiment d'appartenir à la Fondation. Son rôle de coordinatrice de la faculté et de liaison avec les instituts lui a valu le respect et l'allégeance des dirigeants des instituts et des membres de faculté du monde entier. Il était toujours intéressant de voir le lien qu'elle parvenait à établir dans ses communications à long terme. Elle est restée au service de la Fondation jusqu'à son décès en 2010.

Une autre employée appréciée a été Susan Velasco, qui a servi la Fondation pendant 16 ans (1995-2011) en tant qu'assistante administrative et gestionnaire des affaires. Susan était une organisatrice de réunions exemplaire et s'occupait de toutes les fonctions et décisions importantes de la Fondation.

Elle a contribué à affiner la mission de la Fondation et a géré son personnel avec efficacité et bonne humeur. Bien qu'elle ait appris qu'elle était atteinte d'un cancer au pronostic **sévère**, Susan Velasco a persévéré et s'est consacrée au travail de la Fondation jusqu'à son décès en avril 2011.

Les membres actuels du personnel de la Fondation sont les suivants : Stacey Moore, responsable des finances ; Chuck Lakin, directeur du marketing ; Chandra Lakin, coordinatrice des événements et de l'éducation ; Rachel Wu, coordinatrice des facultés et des instituts ; Marnie McGann, spécialiste des projets ; Christina Khin, responsable des opérations et de l'informatique ; Matt Braman, spécialiste des multimédias ; Fred Huang, assistant marketing, et Kayleigh Vaccaro, spécialiste des ventes et de la formation.

Roxanna Erickson Klein, membre du conseil d'administration, note que le personnel de la Fondation est resté remarquablement stable au fil du temps. « Les employés ont la possibilité d'évoluer dans leur poste et les postes sont suffisamment flexibles pour capitaliser sur les talents que les individus apportent à l'organisation. Il est agréable de voir combien de membres du personnel ont noué des amitiés durables et combien de choses ont été accomplies avec une petite équipe. Au cours de notre histoire, nous avons eu de nombreux employés remarquables, et c'est encore le cas aujourd'hui. Chandra Lakin et Rachel Wu sont toutes deux de parfaits exemples de personnes qui apportent intégrité et compétences personnelles à leur poste. Mais surtout, elles sont capables de s'adapter aux exigences fluctuantes des circonstances. Ce n'est pas un endroit où il est facile de travailler, et les besoins dépassent toujours les ressources, mais trouver des moyens de faire en sorte que les choses se passent, et qu'elles se passent bien, demande un certain type de personne ».

Instituts : Au moment de la création de la Fondation Erickson, plusieurs petits instituts locaux avaient déjà demandé au Dr Erickson l'autorisation d'utiliser son nom dans le titre de leurs instituts. La Fondation offre un moyen d'utiliser de façon officielle le nom du Dr Erickson et d'établir un réseau d'affiliation. Il existe des obligations de qualité, et les instituts candidats sont soumis à un processus d'évaluation rigoureux. L'ensemble des instituts indépendants, librement affiliés à la Fondation, constitue un réseau de référence vers lequel la Fondation peut orienter ses demandes. Chaque institut représente une approche de la gestion de la pratique ou de l'entreprise qui correspond aux missions individuelles. L'élément commun est l'affiliation au réseau et l'engagement d'utiliser le nom du Dr Erickson pour la prestation éthique de soins dédiés à préserver la santé de la société. Les instituts sont identifiés sur le site web de la Fondation et il y en a aujourd'hui plus de 140 dans 32 pays différents. La véritable philosophie des approches éricksoniennes a fait la preuve de son adaptation à diverses cultures. La reconnaissance et l'intérêt croissants dans le monde entier sont gratifiants pour la Fondation et ses partisans.

Congrès : Le congrès de 1980 sur les Approches Éricksoniennes de l'hypnose et de la psychothérapie s'est avéré être un succès qui a dépassé les attentes. À tel point que la Fondation a pu acheter une propriété pour ses projets, financer une petite équipe, publier un livre sur les résultats et, plus important encore, générer un élan d'intérêt pour en savoir plus sur le Dr Erickson. À l'époque, il était impossible de prévoir que l'intérêt pour le travail du Dr Erickson continuerait à prendre l'ampleur qu'il a prise au fil des décennies. Zeig et le conseil d'administration sont restés déterminés à identifier et à documenter le rôle de l'influence du Dr Erickson dans le domaine de la psychologie, et à organiser des congrès éricksoniens dans le cadre de la mission en cours. Les congrès ont lieu tous les quatre ou cinq ans, généralement à Phoenix, et, à ce jour, il y en a eu 11.

Après le premier congrès, Zeig a commencé à élargir sa vision et a développé le *Congrès de Thérapie Brève*. Il a choisi de créer un modèle cyclique où les *Congrès de Thérapie Brève* alternent avec les

autres Congrès. Des *Congrès de Thérapie Brève* se sont tenus à Orlando, à New York et à plusieurs reprises dans le nord et le sud de la Californie. Ils réunissent des experts qui enseignent des méthodes efficaces de thérapie brève aux médecins, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, psychothérapeutes. Jusqu'à présent, il y a eu 10 congrès sur la thérapie brève.

Au cours des premières années, Zeig a également envisagé un autre thème de congrès. Son intention était de faire de la psychothérapie éricksonienne un courant dominant dans le domaine de la psychothérapie et de donner aux cliniciens du monde entier la possibilité de rencontrer des sommités et d'apprendre d'elles. Le premier *Congrès sur l'évolution de la psychothérapie* s'est tenu en 1985 et a attiré plus de 7 000 participants. Il a été salué comme un événement historique par le *Los Angeles Times* et le *New York Times*, et reste à ce jour l'une des plus grandes réussites de la Fondation. Le congrès a été si puissant et a créé une cohésion jamais ressentie auparavant dans le domaine de la psychothérapie que la Fondation continue d'en organiser une tous les quatre ans.

En collaboration avec le personnel de la Fondation, M. Zeig a fait preuve d'un talent extraordinaire pour rassembler les intérêts, afin que les psychothérapeutes aux idées similaires ou même différentes puissent apprendre les uns des autres. Le premier *Congrès sur l'Évolution* a été un exploit remarquable, qui a attiré des professionnels réputés de haut niveau, et les a encouragés à s'engager dans un dialogue et un débat constructif. Les étudiants d'aujourd'hui bénéficient de l'extraordinaire prouesse dont Zeig a fait preuve en réunissant ce groupe.

L'objectif principal du *Congrès sur l'évolution* est d'améliorer les compétences thérapeutiques de chaque participant en apprenant les principes et les techniques des écoles contemporaines de psychothérapies, en comprenant les points communs qui sous-tendent un travail clinique réussi et en appréciant le développement historique et les projections futures des disciplines psychothérapeutiques.

Un autre thème de congrès développé par Zeig est le *Congrès de la thérapie de couple*, qui se tient généralement au printemps en Californie. Ellyn Bader, PhD, codirectrice de l'institut des couples à Menlo Park, en Californie, apporte son aide à l'organisation de ce congrès très prisée. Un noyau de formateurs travaille chaque année pour offrir une conférence porteuse d'énergie et d'enthousiasme. Le congrès sur la thérapie de couples se concentre sur deux aspects importants de la vie des couples : l'intimité et la sexualité.

La Fondation a également parrainé conjointement un certain nombre de congrès internationaux, dont le *Congrès européen sur l'évolution de la psychothérapie* qui s'est tenu en 1994 à Hambourg, en Allemagne. Organisé par Bernhard Trenkle, ce congrès a été le plus grand rassemblement jamais organisé en Europe sur le thème de la psychothérapie. Plus récemment, la Fondation a coparrainé un webinaire international avec l'Institut Milton Erickson de Tasmanie.

Enseignement : Brent Geary, PhD, a développé le programme de formation intensive de la Fondation sur les approches éricksoniennes de la thérapie hypnotique brève. Les formations intensives, qui ont lieu trois fois par an à Phoenix, offrent une expérience d'apprentissage dynamique, ciblée, adaptée et orientée vers un objectif. Les participants apprennent les principes, les applications et les techniques de l'hypnose et de la thérapie éricksonienne. Les classes plus petites et les inscriptions limitées permettent aux étudiants de bénéficier d'un enseignement plus individualisé. Les ateliers sont organisés en niveau de formation : fondamental, intermédiaire et avancé, et se déroulent sur plusieurs semaines consécutives, ce qui convient aux 30 % de participants qui vivent en dehors des États-Unis.

Zeig a mis au point une série annuelle de masterclass, également organisés de niveaux débutants à avancer, dans lesquels les thérapeutes peuvent participer activement à leur propre développement professionnel. Organisé dans la maison Hayward du Dr Erickson à Phoenix, aujourd'hui Musée Erickson, et réservé aux professionnels de la santé mentale agréés et expérimentés, cet atelier expérientiel de quatre jours, limité à 12 participants, est conçu pour améliorer considérablement les compétences.

Les soins : L'une des premières visions du Conseil d'administration était que la Fondation devienne une organisation à trois volets, avec un équilibre entre l'enseignement, les archives et le travail clinique. En 1987, la Fondation a créé le Centre Milton H. Erickson pour l'Hypnose et la Psychothérapie. Michael Leibman, MC, en était le directeur et Brent Geary, PhD, le coordinateur de la formation. La clinique proposait des tarifs dégressifs aux patients et offrait aux professionnels la possibilité de se former à la psychothérapie éricksonienne. Une salle de visionnage avec miroir sans tain et la possibilité d'une formation participative en classe promettaient un apprentissage précieux. Malheureusement, la clinique n'évolua pas de manière à promouvoir l'autonomie et les ressources ne furent pas disponibles pour la développer davantage. L'effort a été abandonné et la clinique a fermé ses portes ; les perspectives en vue d'un travail clinique futur restent incertaines.

Publications : À la suite de plusieurs Congrès, la Fondation a pu conclure des contrats de publication des résultats. Les redevances ont ensuite été réinvesties dans la Fondation, et les ouvrages ont servi à améliorer le travail de la Fondation de multiples façons.

Les monographies éricksoniennes : En 1984, le Conseil d'administration de la Fondation a décidé de créer une publication scientifique pour fournir une discussion académique approfondie sur des aspects spécifiques des approches éricksoniennes. Lorsque *The Erickson Monographs* a été publié pour la première fois, Stephen Lankton, MSW, en a été le rédacteur en chef bénévole. Cependant, seuls 10 numéros ont été publiés.

En 1997, une deuxième série d'annuaires a été publiée avec les co-rédacteurs bénévoles William Mathews, PhD, et John Edgette, PsyD. Intitulée *Current Research and Thinking in Brief Therapy*, cette publication n'a duré que trois ans.

En 2002, la Fondation a créé les Presses de la Fondation Erickson pour publier des livres qui mettent en valeur les pratiques éricksoniennes.

La publication la plus importante de la Fondation Erickson a été *The Collected Works of Milton H. Erickson*. Ernest et Kathryn Rossi, ainsi que Roxanna Erickson Klein, ont donné de leur temps et de leurs ressources pour obtenir les droits de publication de nombreux ouvrages qui n'étaient pas disponibles auparavant. En collaboration avec la Fondation, ils ont édité la collection des œuvres du Dr Erickson, en y ajoutant des commentaires relatifs aux connaissances actuelles qui n'étaient pas disponibles du vivant du Dr Erickson. Chaque volume de *Collected Works* est un produit de la Erickson Foundation Press. Conçus comme une collection de 18 ouvrages, les volumes sont publiés et vendus de temps en temps par la Fondation. Tous les droits d'auteur sont reversés à la Fondation.

Le musée : Le développement du Musée Erickson, dans la maison du Dr Erickson à Hayward, est l'une des entreprises les plus récentes de la Fondation.

Après la mort du Dr Erickson en 1980, sa veuve, Elizabeth, est restée dans la maison qu'ils avaient partagée ensemble au cours de la décennie précédente. À la mort d'Elizabeth, les membres de la famille Erickson ont accepté de vendre la maison à la Fondation et de prêter des biens afin de préserver l'aspect expérientiel de venir suivre les cours du Dr Erickson. Le bureau du Dr Erickson est resté relativement intact depuis sa mort, Elizabeth se réjouissant de l'afflux continu de visiteurs, qui se poursuit encore aujourd'hui. Des membres de la famille, ainsi que Zeig, ont prêté au musée des objets précieux et des souvenirs, qui sont exposés aux visiteurs venus du monde entier.

Lorsque Milton et Elizabeth Erickson se sont installés en Arizona en 1948, le Dr Erickson occupait un poste à l'hôpital d'État de l'Arizona. En 1949, il quitte ce poste et déménage sa famille de l'hôpital pour s'installer dans une petite maison au 32 West Cypress Street à Phoenix. Il s'installe alors comme praticien libéral et utilise l'une des chambres à coucher comme cabinet. La maison de Cypress Street n'existe plus, mais la Fondation a acheté un tas de briques provenant de la maison lorsqu'elle a été démolie dans les années 80.

En 1970, le plus jeune des enfants Erickson était parti à l'université. Le Dr Erickson, qui avait marché avec une canne pendant toute sa vie d'adulte, se déplaçait de plus en plus en fauteuil roulant. Elizabeth et lui ont donc cherché à s'installer dans un endroit central, dans une maison pouvant accueillir un fauteuil roulant et où il pourrait avoir un bureau à domicile.

Parmi les nombreuses propriétés qu'ils ont visitées, ils sont tombés amoureux (tout comme le propriétaire initial) de l'arbre vert géant niché dans l'arrière-cour de la maison de Hayward Avenue. Diverses autres caractéristiques rendaient la maison désirable, notamment ce que l'on a appelé la « Petite Maison », un bâtiment séparé au sud de la maison principale où le Dr Erickson pouvait voir ses patients et organiser ses séminaires de groupe. La maison principale comporte deux chambres à coucher, tandis que la Petite Maison, plus indépendante, dispose d'une petite chambre à coucher, d'une salle de bains et d'une cuisine. Quelques modifications furent nécessaires pour rendre la maison plus adaptée aux fauteuils roulants ; des rampes ont été ajoutées dans la maison et dans les salles de bain. Milton et Elizabeth ont emménagé en 1970 et se sont installés seuls dans la maison pour la première fois de leur long mariage.

La maison de style ranch de l'avenue Hayward est située à quelques kilomètres à l'ouest de ce qui était alors connu sous le nom de Squaw Peak (aujourd'hui Piestewa Peak) Mountain. La résidence et le bureau de Milton Erickson ont été construits au début des années 60. À l'origine, il s'agissait de la résidence familiale personnelle de l'entrepreneur en bâtiment. Il avait acheté deux terrains et placé la maison de manière à avoir le grand arbre vert de la région, dans l'arrière-cour. La nouvelle maison des Erickson s'est avérée beaucoup plus accueillante. La petite maison servit d'endroit où les étudiants qui venaient pour de longues visites puissent bénéficier d'un lieu confortable et privé.

Le Dr Erickson était passionné par l'enseignement, mais ses limitations physiques liées au syndrome post-polio rendaient les déplacements difficiles. La réputation du Dr Erickson d'être capable de travailler avec les patients les plus difficiles a suscité une vague d'intérêt pour apprendre ses techniques. C'était l'époque où l'enseignement par l'expérience est devenu de plus en plus populaire et où un certain nombre de maîtres thérapeutes ont commencé à ouvrir leurs portes aux étudiants pour leur permettre d'apprendre, ce qui n'avait jamais été fait auparavant. Cette tendance a coïncidé avec la publication en 1973 du livre de Jay Hayley, *Uncommon Therapy*, dans lequel l'auteur tente de décrire le travail du Dr Erickson.

Haley, Weakland, Watzlawick et Fisch, tous originaires du Mental Research Institute en Californie. Ils ont été parmi les premiers groupes à visiter la maison d'Erickson pour un enseignement par l'expérience. Les collègues ont pu observer et enregistrer les techniques thérapeutiques utilisées par le Dr Erickson, puis tenir des discussions savantes sur sa méthodologie. Entre les sessions d'enseignement organisées dans les bureaux de Cypress Street et de Hayward Avenue, des centaines, voire des milliers d'étudiants se sont rendus en pèlerinage pour étudier sous la direction du Dr Erickson. Sa réputation était telle que les gens venaient de loin et de près pour le voir.

Ce qui avait commencé comme un groupe occasionnel s'est transformé en une pratique essentiellement clinique et a rapidement évolué vers une série de séminaires d'enseignement d'une semaine au cours desquels des groupes auto-sélectionnés venaient étudier avec le Dr Erickson. Cette activité est devenue son centre d'intérêt professionnel jusqu'à la fin de sa vie. Il pensait qu'en s'adressant aux étudiants, il pouvait répondre aux besoins thérapeutiques d'un nombre de patients bien supérieur à celui qu'il pouvait voir individuellement ; il se réjouissait donc de l'occasion qui lui était donnée d'en étendre la portée.

Les étudiants étaient de tous niveaux — certains professionnels installés cherchant à améliorer leurs propres connaissances ; d'autres, des étudiants de premier cycle cherchant des bases. Certains avaient des problèmes qu'ils espéraient pouvoir résoudre en amadouant le Dr Erickson en vue d'une séance privée. D'autres cherchaient uniquement à améliorer leur compétence. Certains étudiants et groupes sont venus à plusieurs reprises, d'autres ont enregistré des séances et d'autres encore ont écrit sur ce qu'ils ont appris. Nombreux sont ceux qui ont déclaré que les séances d'une semaine changeaient la vie.

Les Erickson continuèrent à organiser les séances à la manière « mom and pop », Elizabeth apportant souvent un plateau de limonade pendant la pause de l'après-midi. La secrétaire à temps partiel du Dr Erickson, Maretta Ramirez, tapait sa correspondance sur la table de la cuisine et répondait au téléphone lorsqu'elle était présente, mais sinon c'était Elizabeth ou le Dr Erickson lui-même qui prenait les appels et tenait le planning. Les Erickson avaient convenu de ne pas planifier les sessions de formation trop longtemps à l'avance ; six mois était le délai le plus long qu'ils estimaient nécessaire pour évaluer la capacité physique du Dr Erickson à travailler.

La plupart des groupes comptaient huit participants et s'organisaient eux-mêmes. Il arrivait parfois qu'un seul participant veuille participer, il était alors inscrit dans un groupe plus petit. Les sessions se tenaient généralement les lundi, mardi, jeudi et vendredi. L'unique jour de semaine et le week-end libres se sont avérés suffisamment flexibles pour que le Dr Erickson puisse consacrer du temps aux personnes ayant des besoins ou des capacités spécifiques. Les séminaires devinrent un flux d'énergie auto-entretenu, un réseau de relations qui s'étendait à tous ceux qui cherchaient à se développer professionnellement.

Milton et Elizabeth Erickson accordaient une grande importance à leurs alliances professionnelles de long terme, entretenant des amitiés pendant des décennies. Au fur et à mesure que les séminaires d'enseignement gagnaient en popularité, ils ont « adopté » plusieurs professionnels comme amis intimes, leur ouvrant leur cœur et leur maison. Jeff Zeig, Ernest Rossi, John Beahrs, Marion Moore et une pléthore d'autres devinrent des visiteurs réguliers, séjournant dans la Petite Maison pendant des jours, voire des semaines. Lorsque Roxanna, la septième enfant, est revenue vivre à la maison pendant qu'elle suivait des cours d'infirmière à l'université d'État d'Arizona, elle libérait la Petite Maison où elle logeait et s'installait dans la maison principale lorsqu'il y avait des invités. Rarement, un visiteur a été invité à séjourner dans la deuxième chambre de la maison principale. À la même époque, le plus jeune

fils Erickson, Robert, et sa femme, Kathy, achetèrent une maison à quelques rues de là. Le Dr Erickson aimait organiser de grands dîners de famille auxquels participaient les membres de sa famille et ses étudiants préférés.

Les Erickson valorisaient les relations, la communication, l'exploration et l'adaptation. Ils trouvaient de la beauté dans la vie de tous les jours et dans le fait d'apporter le pouvoir de guérison intérieure à ceux qui les entouraient. Leurs modestes quartiers et leur mode de vie familial offraient un message de valeurs qui parle encore aux visiteurs venus du monde entier pour le découvrir. Les visiteurs ne cessent de s'étonner qu'un si grand professeur ait eu plaisir à avoir un mode de vie aussi simple. Le Dr Erickson ne s'est jamais excusé pour son mobilier restreint ou modeste ; il insistait plutôt sur la façon de vivre de cette manière-là. Lorsqu'il a ouvert son cabinet sur Cypress Street, sans bureau, avec seulement deux chaises et une table pliante, il a déclaré : « Je suis là, et le patient l'est aussi ».

Aujourd'hui, la maison Hayward/Musée Erickson est entretenue avec amour par une gardienne dévouée, Ceil Gratz, qui est, et a été, une amie précieuse de la famille pendant de nombreuses années. Gratz est également guide touristique pour le musée. Une boutique de souvenirs pittoresque a été installée sur le terrain, et les membres de la famille consacrent leur temps et leurs connaissances à soutenir le musée.

Le magicien du désert : En 2011, la Fondation s'est impliquée dans un projet créatif en produisant « Le magicien du désert », un film important sur la vie et l'œuvre du Dr Erickson réalisé par le cinéaste renommé Alex Vesley de Noetic Films. Né à Vienne, Vesley, psychothérapeute diplômé et petit-fils de Viktor Frankl, a remporté le California Films Award Diamond Award pour son film « Viktor and I ». La sortie de « Wizard of the Desert » est prévue pour le *Congrès sur l'Évolution de la Psychothérapie* à Anaheim, en décembre 2013.

Orientations futures : La Fondation se réjouit à l'idée d'offrir pendant de nombreuses années encore des possibilités de formations exceptionnelles aux professionnels de la santé et de la santé mentale par le biais de congrès, d'ateliers, de séminaires, de programmes de formation, des Archives et la Presse de la Fondation.

« Lorsque j'ai créé la Fondation », se souvient M. Zeig, « je pensais qu'elle aurait un impact pendant dix ans et qu'elle tomberait ensuite dans l'ombre. Aujourd'hui, je me rends compte que mon jugement était limité, car la Fondation s'est révélée encore plus dynamique au 21^e siècle, et je suis sûr qu'elle continuera à avoir un impact dans un avenir indéterminé. »

<https://store.erickson-foundation.org/foundation-press/>

<http://www.ericksoncongress.com/>

<http://brieftherapyconference.com/>

<http://www.couplesconference.com/>

<http://erickson-foundation.org/training/intensives/>

<http://erickson-foundation.org/training/master-class/>

www.erickson-foundation.org/newsletter

<http://erickson-foundation.org/erickson-museum/>

<http://erickson-foundation.org/wizard-desert/>

GLOSSAIRE DE LA TERMINOLOGIE ÉRICKSONIENNE

A

Absence manifeste — Un élément manquant dont on s'attend à ce qu'il soit présent. Souvent utilisé comme moyen indirect de communiquer des idées. (*Voir aussi : Suggestion indirecte*)

Absorption — Focalisation interne ou externe de l'attention dans laquelle les activités psychologiques prennent le pas sur les expériences externes. La création d'un événement avec une implication physique qui contient des éléments de mystère, de nouveauté, d'intrigue ou de réflexion profonde. (*Voir aussi : fixation de l'attention*)

Alliance (thérapeutique) — Relation de collaboration caractérisée par de forts sentiments d'appréciation, de confiance, de respect et d'intérêt mutuel. (*Également appelée : lien ou rapport*).

Ambiguïté — L'utilisation stratégique d'informations non spécifiques dans la communication, qui sont laissées ouvertes à de multiples significations et interprétations, laissant la mise en œuvre et la résolution à l'imagination et à la créativité du client. (*Également appelée : suggestion ouverte*).

Prédiction ambiguë — Suggestion selon laquelle un changement non spécifié est imminent et qu'il se concrétisera lorsque le client sera prêt. (*Également appelée : attente de réponse*)

Tâche ambiguë — Demander au client d'effectuer un exercice symbolique, mais sans fournir de détails sur la raison de l'exécution de la tâche ou sur ce qu'elle devrait signifier pour le client (*voir aussi : Attribution de tâches*).

Analogie — Parallèle implicite ou explicite qui offre une perspective différente et améliore la compréhension.

Ancrage — Création d'un lien psychologique entre une expérience et une autre. Par exemple, lier un sentiment de sécurité à une image, ou de confiance à un mot clé, ou encore lier la relaxation à un toucher physique, etc.

Anecdote — Narration d'un événement intéressant ou amusant dans le but de communiquer de nouvelles idées ou d'évoquer un sujet particulier à partir du passé expérientiel du client.

Apposition des contraires — La juxtaposition et la liaison de concepts opposés dans la même phrase ou la même série de directives, un oxymore (par exemple, « plaisir vicieux »). Cette technique peut être utilisée dans le cadre de l'hypnose thérapeutique indirecte, lorsqu'un problème est ressenti dans une partie du corps, par exemple une main, et que l'opposé est ressenti dans l'autre main, ce qui facilite l'obtention de nouveaux résultats créatifs.

Approche permissive — Style thérapeutique souple et permettant une autonomie maximale du sujet.

Approfondissement — Processus par lequel un sujet hypnotique est guidé vers un sentiment plus fort d'altération de l'état de conscience.

Attente — Résultat attendu d'une situation, d'une suggestion ou d'un plan d'action.

Attente de réponse — Croyances des personnes concernant leurs propres réactions à des événements spécifiques, en particulier non-volontaires ou émotionnels. Cela peut faire partie des limites apprises.

Attention — L'aspect de la conscience qui se rapporte à la focalisation sur certains aspects d'une expérience, d'une activité ou d'une tâche. (*Également appelée : concentration ou focalisation*)

Attention réceptive — Voir *Suggestibilité*.

Attribution

Attribution de rôle — Rendre explicite le rôle du client en tant que principal agent du changement (c'-à-d. créer une attribution interne du changement).

Attribution de tâches — Demander à la personne de faire un exercice thérapeutique entre les séances (comportemental), ou d'effectuer une tâche ambiguë qui a une importance symbolique (émotionnel) ou de réfléchir à quelque chose entre les séances (cognitif), ou de percevoir quelque chose d'une nouvelle manière (perception).

Auto-hypnose — Lorsque le sujet prend l'initiative d'induire une transe hypnotique dans le but de suggérer des changements automatiques. Cela peut se faire en présence d'un hypnotiseur ou en privé.

B

Blocage — Interruption de la pensée ou de l'expression provoquée par des facteurs inconscients, des suggestions ou des influences étrangères.

C

Cadre de référence — Informations contextuelles faisant partie intégrante de l'évaluation.

Catalepsie — Suspension temporaire des mouvements de certaines parties du corps ou du corps entier. Elle peut être causée par des facteurs physiologiques, des dynamiques psychologiques ou le résultat d'une suggestion. (*Également appelée : immobilité cataleptique*).

Catalyseur — Personne, objet ou événement qui stimulent l'énergie, l'activité et le changement.

Choc — Introduction soudaine d'un stimulus inattendu qui comporte un fort élément émotionnel et pour lequel il n'y a pas de préparation psychologique préalable. Utilisé en thérapie pour faciliter l'assimilation de nouvelles idées et compréhensions ou pour focaliser l'attention (*également appelé : surprise*). *Remarque : pour que le comportement du thérapeute soit thérapeutique et non abusif, il doit toujours être sûr, respectueux de toutes les personnes impliquées et librement choisi. D'abord et avant tout, le praticien éricksonien doit toujours chercher à ne pas faire de mal, que ce soit sur le plan physique ou émotionnel.*

Client — La personne qui cherche à obtenir des soins psychologiques ou émotionnels auprès d'un fournisseur de soins professionnels et donc la personne envers laquelle le thérapeute a une responsabilité fiduciaire, des obligations de confidentialité et le droit à une communication privilégiée (*également appelé : patient*).

Causalité implicite — L'établissement d'une relation de cause à effet sans susciter d'examen conscient.

Collaboration — Relation établie à des fins de résolution de problèmes, dans laquelle tous les participants sont activement engagés et traités comme des contributeurs de valeur.

Communication — Tout acte ou expression par lesquels une idée, un sentiment ou une compréhension est transmis d'un individu à un autre.

Communication à plusieurs niveaux — Un message qui aborde simultanément plusieurs préoccupations en utilisant diverses techniques d'expression, telles que les métaphores, les inflexions, le ton de la voix ou d'autres techniques indirectes qui communiquent des idées à

différents niveaux d'interprétation.

Communication symbolique — Méthode de transmission d'idées au moyen d'associations inconscientes qui se sont formées autour de certains objets ou outils linguistiques.

Compétence principale — Capacité mesurable de réaliser ou d'accomplir une action ou une tâche requise pour une performance effective. Les compétences fondamentales comprennent les connaissances, les aptitudes et les capacités requises pour que le praticien puisse dire qu'il utilise un modèle de pratique particulier.

Comportement — Activité identifiable qui peut être observée, mesurée et éventuellement prédite ou modifiée. Le comportement peut être ressenti comme volontaire ou involontaire.

Confusion — Déstabilisation temporaire du repérage conscient causée par une orientation perturbée du temps, du lieu, de la personne ou de la signification des événements. (*Voir déstabilisation*)

Induction de la confusion — Technique d'induction hypnotique développée par Milton H. Erickson dans laquelle le sujet échappe à des stimuli verbaux ou physiques déroutants en glissant dans un état de transe.

Technique de confusion — Technique mise au point par Milton H. Erickson pour surmonter les résistances et accroître la réceptivité aux suggestions ultérieures. Elle est parfois utilisée pour approfondir un état de transe existant.

Consentement éclairé — Processus formel, généralement par écrit, par lequel une entente volontaire et un accord entre deux parties sont conclus avant l'action.

D

Découverte — Processus de prise de conscience de l'existence de ressources, d'informations ou d'éléments disponibles pour utilisation.

Dépendant de l'état — Dépendance entre le fonctionnement psychologique et les conditions de conscience.

Apprentissage dépendant de l'état — L'assimilation d'informations associées à des conditions particulières qui accompagnent le processus d'apprentissage. Cet apprentissage peut être construit intentionnellement ou se produire de manière circonstancielle.

Comportement dépendant de l'état — Actions associées à un niveau particulier de conscience ou d'expérience (par exemple, la transe).

Mémoire dépendante de l'état — Lorsque les souvenirs sont déclenchés ou améliorés en recréant des conditions spécifiques présentes au moment de l'apprentissage.

Désambiguïsation — Lever l'incertitude sur le sens d'une expérience en prenant en compte les deux aspects de l'ambivalence du client. Par exemple, le client peut souhaiter à la fois que la thérapie réussisse et qu'elle échoue, ce à quoi on répond en faisant échouer certains aspects de la thérapie (comme l'induction de la transe) tout en obtenant des succès dans d'autres domaines.

Déstabilisation : Perturbation temporaire des cadres habituels, des systèmes de croyance ou de la surveillance de l'esprit conscient, au cours de laquelle les réponses conditionnées ne peuvent s'exprimer. On estime qu'il est essentiel que le client devienne plus flexible et ouvert à de nouveaux moyens d'expérimenter, d'apprendre et de s'adapter. Milton Erickson et Ernest Rossi considéraient qu'il s'agissait de l'un des principes définissant la thérapie d'Erickson et qu'il s'agissait d'une

compétence principale pour la pratique éricksonienne actuelle. (*Également appelée : « Technique de confusion »*).

Dissociation — Sentiment de se sentir séparé d'un aspect de soi, tout en étant relié à une identité propre distincte. (Par exemple : on peut se dissocier d'une expérience qui semble s'être simplement produite, ou d'une douleur dans une partie du corps). (*Voir aussi : Extériorisation*)

Distraction (Technique de) — Redirection naturelle et automatique de l'attention ou de la perception des zones de détresse ou d'anxiété vers d'autres idées ou expériences plus convaincantes (par exemple, raconter à un enfant une histoire de courage et d'aventure alors qu'il subit une procédure médicale douloureuse). (*Également appelé : recentrage*).

Double contrainte — La technique de la double contrainte utilise une dichotomie dans laquelle l'une ou l'autre des deux options représente un progrès. Cette technique occulte la possibilité de résultats négatifs en liant les progrès thérapeutiques à des actions dans l'une ou l'autre direction. Par exemple, la phrase « Vous pouvez comprendre ce concept maintenant ou rester confus et approfondir votre compréhension plus tard » valide la liberté de choix et crée une attente de progrès, quelle que soit la réponse. Lorsqu'une seule des deux options est explicitement énoncée et que l'alternative implicite est ensuite choisie par le client, une forme d'engagement inconscient est activée. Par exemple : « Je ne sais pas quand vous commencerez à remarquer que le changement commence à s'opérer. Il se peut que vous ayez fait beaucoup de progrès et que vous ne vous en soyez pas encore rendu compte ». L'autre option, qui n'a pas été mentionnée, est que le client peut choisir d'être immédiatement conscient de ses progrès.

E

Écriture automatique — Le client écrit un texte ou dessine des images pendant que son attention consciente est distraite. Utilisée pendant la transe comme moyen de décrire des expériences implicites ou de trouver des réponses qui ne sont pas disponibles au niveau conscient.

Effet boule de neige — Phénomène comportemental dans lequel un petit changement entraîne une série de changements continus, réduisant ainsi la nécessité d'interventions prolongées. Erickson a souvent conçu la thérapie de façon à ce que la modification d'un petit élément puisse déclencher une série de changements positifs qui se propagent d'eux-mêmes (on a fait valoir que cette dynamique est essentielle à la thérapie brève). (Il a été avancé que cette dynamique est essentielle à la thérapie brève).

Élicitation — Production fiable d'une réponse à un stimulus. En hypnose, la transe est obtenue en invitant le sujet à répondre.

Ensemencement — Exposition graduelle et élaboration ultérieure de nouvelles idées ou de nouveaux comportements avant de les utiliser à des fins thérapeutiques. (*Également appelé « Priming »*). Répétition d'une idée dans le cadre d'une conversation informelle, en utilisant des moyens indirects tels que le rythme, la tonalité ou l'accent mis sur certains mots.

Épreuve — Une tâche thérapeutique dans laquelle une tâche aversive est associée à l'apparition d'un symptôme afin de diminuer la probabilité de réapparition. *Remarque : pour qu'une tâche soit thérapeutique et non abusive, elle doit toujours être sûre, respectueuse de toutes les personnes impliquées et choisie librement. Avant tout, le praticien éricksonien doit toujours chercher à ne pas nuire.*

Espoir — L'attente qu'un bien se produise malgré des circonstances défavorables.

Esprit conscient — Conscience expérimentale qui peut être décrite par le langage, la logique, les sensations ou des souvenirs et idées spécifiques.

État

État créatif — État de conscience modifié associé à une capacité accrue de créativité. (*Également appelé « état d'esprit créatif »*).

État d'apprentissage — État de conscience modifié associé à une capacité d'apprentissage accrue. (*On parle également d'« état d'esprit d'apprentissage » ou d'« état d'esprit de croissance »*).

État de conscience modifié — Changement de la conscience qui influe sur l'orientation de la réalité ainsi que sur la réactivité à cette réalité.

État d'esprit — Évaluation ou opinion d'un objet, d'un événement ou d'un ensemble d'idées, qui comporte une valeur positive ou négative.

État de performance — État de conscience modifié associé à une capacité accrue d'exécution automatique et sans effort d'un ensemble de compétences hautement développées. Des phénomènes hypnotiques tels que la distorsion du temps ont été associés à cet état. (*Également appelé « Flow » ou « être dans la zone »*).

État de relaxation — État de conscience modifié généralement associé à l'hypnose ou à l'induction hypnotique. L'état de relaxation vise à créer un sentiment de sécurité et d'aisance physiologique, tel qu'il est ressenti dans le sommeil naturel ou l'activité parasympathique.

État de suggestibilité — Utilisation du contexte hypnotique et de l'agencement de différentes suggestions pour attirer l'attention sur les capacités internes d'apprentissage, de créativité, de perspicacité et de performance.

État de transe — État de conscience modifié associé à une réactivité accrue aux idées et aux sensations. L'état de transe peut être profond, de sorte que le sujet réagit peu aux stimuli environnementaux tout en se concentrant intensément sur les suggestions, ou l'état de transe peut être léger, au cours duquel les processus inconscients s'accordent à la suggestion tandis que l'esprit conscient reste en éveil. Dans le cas de la transe d'éveil, le sujet est capable de converser et d'accomplir les tâches quotidiennes tout en restant absorbé par un événement interne.

Éveil — État d'activité physiologique accrue, d'attente ou de préparation à la réponse dans lequel l'intégration ou la résolution a généralement lieu. En hypnose, il s'agit souvent d'un état temporaire de réorientation à la suite d'une transe. Dans le travail sur le processus émotionnel, il fait souvent référence à un changement d'état causé par l'intensification de l'émotion (c'-à-d. l'éveil émotionnel).

Évoquer : aider les personnes à accéder à des capacités et à des ressources oubliées ou à des capacités d'apprentissage dépendant de l'état.

Exercices — Activités structurées pratiquées par les étudiants pour renforcer des compétences spécifiques. (*Également appelés tâches*).

Expérience — En thérapie, l'exposition à une condition nouvelle qui a été conçue pour stimuler la découverte et l'apprentissage continu par le biais d'une exploration permanente.

Expérientiel — Processus d'apprentissage par l'expérience directe en observant personnellement, en rencontrant ou en participant à un événement. Il s'agit d'une forme active d'apprentissage qui se

distingue de l'apprentissage par cœur ou didactique, dans lequel l'apprenant joue un rôle relativement passif. Toute tentative de faciliter l'apprentissage par l'expérience ou l'adaptation à la suite d'une réflexion sur l'action. Les exercices expérientiels, tels que l'hypnose, sont utilisés pour atteindre des états modifiés de conscience, ou des états de conscience supérieurs, lorsque des réalités subconscientes sont identifiées ou ajustées. D'autres exercices expérientiels comprennent les jeux de rôle, l'imagerie guidée, l'utilisation d'accessoires tels que des chaises vides et des expériences interpersonnelles. La thérapie éricksonienne est considérée comme une caractéristique essentielle de la thérapie éricksonienne et constitue une compétence principale.

Extériorisation — Exercice expérientiel au cours duquel le client se dissocie du symptôme ou du comportement problématique en le considérant comme une entité distincte de lui-même. Cet exercice est souvent réalisé au moyen de la personnification (par exemple, en nommant le symptôme) ou de l'utilisation d'accessoires. *(Cette technique thérapeutique ne doit pas être confondue avec le « trouble de l'extériorisation », qui est une vaste catégorie diagnostique englobant une classe de troubles comportementaux associés au déni de responsabilité).*

F

Fixation de l'attention — Utilisation d'un intérêt, d'une curiosité ou d'une attirance pour des phénomènes internes ou externes afin de créer un état d'absorption. Souvent utilisée pour faciliter un état de transe naturaliste. *(Voir aussi : absorption)*

Focalisation sur les forces — Toute tentative d'attirer l'attention sur les forces et les vertus qui permettent aux individus, aux familles et aux communautés de s'épanouir. *(On parle également de « psychologie positive » et d'« approche fondée sur les compétences »).*

H

Humour (thérapeutique) — apport fantaisiste, comique ou amusant utilisé pour introduire un élément d'inattendu ou de surprise dans un contexte thérapeutique.

Hypnose — Terme introduit par James Braid (1843), qui est toujours utilisé pour décrire une large catégorie de thérapies suggestives. Milton H. Erickson a introduit plusieurs définitions de l'hypnose en fonction du contexte. Une définition qu'Erickson a écrite pour Collier's, Encyclopedia Britanica a été publiée de 1954 à 1973 : « Un terme appliqué à une forme unique et complexe de comportement inhabituel, mais normal qui peut probablement être induit chez toutes les personnes normales dans des conditions appropriées, mais aussi chez de nombreuses personnes souffrant de divers types d'anormalité. Il s'agit avant tout d'un état psychologique particulier dont certains attributs physiologiques ne ressemblent que superficiellement au sommeil et qui se caractérise par un fonctionnement de l'individu à un niveau de conscience autre que le niveau conscient ordinaire. Le fonctionnement à ce niveau spécial de conscience est caractérisé par un état de réceptivité et de réactivité dans lequel les apprentissages et les compréhensions expérientielles internes peuvent se voir accorder des valeurs comparables, voire identiques, à celles qui sont ordinairement accordées aux seuls stimuli de la réalité extérieure ».

Hypnose indirecte — Approche thérapeutique dans laquelle l'hypnothérapeute utilise un moyen d'attention indirect pour offrir des suggestions hypnotiques ; le moyen d'attention indirect peut impliquer un sujet identifié et un cadre qui permet à d'autres participants d'entrer dans l'expérience hypnotique, ou il peut impliquer une attention centrée sur un autre

processus. (*Voir aussi : Traitement parallèle*)

Hypnothérapie — Traitement des maladies mentales, des symptômes somatiques et des troubles du comportement dans lequel un professionnel de la santé agréé et formé incorpore l'utilisation de l'hypnose thérapeutique dans le processus d'intervention.

I

Implication — Communication d'une croyance spécifique sans l'énoncer explicitement, souvent sous la forme d'une supposition implicite que certaines actions auront lieu ou ont déjà eu lieu. (par exemple, « Avez-vous déjà trouvé un bon moment pour faire de l'exercice ? », qui suppose que la personne est prête à faire de l'exercice et qu'une routine sera établie). (également connu sous le nom de « présupposition »)

Inconscient — Terme traditionnel utilisé pour décrire le réservoir d'expériences et de capacités de la vie, y compris la tendance naturelle à l'autoprotection et à la préservation, qui ne sont pas reconnues par le niveau conscient de la conscience. Les chercheurs actuels se réfèrent plus volontiers aux processus inconscients. (*Note : ce terme a une signification différente en psychanalyse*).

Incorporation — Utilisation de réponses inattendues, d'événements imprévus ou d'autres distractions possibles à des fins thérapeutiques.

Indices minimaux — La plus petite quantité de stimulus nécessaire pour suggérer une action dans une direction particulière, mais sans attirer l'attention consciente sur l'indice comportemental, ce qui permet à la réponse d'être ressentie comme naturelle et automatique. L'indice est soit très subtil, soit subliminal. Il est généralement destiné à déclencher une séquence d'associations comportementales, cognitives ou émotionnelles (par exemple, sourire pour susciter des sentiments de confort et de sécurité, ou un changement de tonalité et de rythme de la voix pour signaler l'induction de la transe).

Individualisation — Modification de l'approche thérapeutique et du style de relation pour répondre aux besoins et aux capacités uniques d'un client ou d'un sujet particulier. Elle est considérée comme l'un des principes fondamentaux de la thérapie éricksonienne et constitue une compétence principale. (*Également appelé : individualisation du traitement*)

Induction conversationnelle — Moments d'absorption spontanée qui aboutissent à un état de conscience modifié (sans la présence de séquences d'induction hypnotique). Ce processus naturel est observé chez tous les individus. (*Également appelée « hypnose conversationnelle » ou « transe quotidienne commune »*).

Induction de la poignée de main — Technique d'induction hypnotique développée par Milton H. Erickson qui utilise l'interaction sociale classique (poignée de main, regard, mot d'accueil...). L'induction implique l'utilisation du toucher, de mouvements ambigus et l'interruption soudaine des séquences de comportement habituel pour créer la confusion et capter l'attention du patient.

Interruption du schéma — Expérimentation d'un nouveau comportement ou de nouvelles pensées qui s'inscrivent dans les limites que le client s'est imposées, tout en modifiant progressivement le schéma établi (c'-à-d. en changeant la façon dont le schéma est réalisé).

Intervention — Toute action du thérapeute visant à produire un bénéfice thérapeutique.

Intervention paradoxale — Directive qui modifie l'expérience d'un comportement non volontaire en évoquant des processus intentionnels.

Intuitif — Utilisation d'une intuition, d'une perception ou d'une raison qui est stockée à un niveau implicite de la conscience et qui n'est donc pas entièrement accessible à l'examen de la logique consciente. (Également appelé : raisonnement implicite).

J

Jugement clinique — Capacité à évaluer une situation clinique à l'aide d'observations objectives, de l'expérience professionnelle et de l'intuition. Il s'oppose aux décisions fondées sur des algorithmes, des protocoles ou une autorité extérieure au thérapeute (par exemple, les lois).

L

Lévitiation — Suggère la sensation d'un mouvement automatique ou sans effort dans une partie du corps.

Lévitiation de la main — Levage de la main sans mouvement du bras.

Lévitiation des doigts — Levée d'un ou de plusieurs doigts, souvent utilisée comme technique de signalisation, sous la forme d'un « oui » ou d'un « non », les réponses étant attribuées à un processus inconscient.

Lévitiation des jambes — Levée d'une ou des deux jambes du sol, généralement en redressant le genou, souvent utilisée pour ratifier un changement majeur dans l'expérience somatique (par exemple, « Vos jambes sont légères, sans douleur et pleines d'énergie »).

Lévitiation du bras — Levée du bras, souvent utilisée comme une forme de ratification de la transe, ou comme un signe qu'un certain type de travail en profondeur est en cours.

Lien — Le lien est une forme de suggestion dans laquelle les nouvelles idées sont liées à des comportements existants ou à des associations internes. Par exemple, le thérapeute peut dire : « Chaque fois que vous viendrez en thérapie, vous remarquerez que la thérapie devient de plus en plus facile et que vous augmentez progressivement vos progrès ». Le client ayant déjà établi sa capacité à se rendre au cabinet, le thérapeute associe simplement le fait de venir en thérapie à celui de faire des progrès. (*Voir aussi : Ancrage*)

M

Méta-message — Grande idée sous-jacente communiquée au moyen d'une notion plus simple et plus facile à saisir.

Métaphore — Référence symbolique ou parallèle dans lequel un sujet est utilisé pour en éclairer un autre. Cela inclut les anecdotes, les analogies, les histoires, les jeux de mots, les devinettes, les blagues et les phrases idiomatiques.

Milieu thérapeutique — Utilisation d'un contexte environnemental large pour soutenir et enrichir les processus thérapeutiques (par exemple, vacances avec des membres de la famille, excursions dans un parc ou programmes éducatifs dans un établissement d'enseignement supérieur local).

Mirroring⁹ — Validation indirecte des croyances, de la personnalité, du langage, de la posture ou de la respiration d'un client lorsque le thérapeute adopte discrètement le même comportement.

⁹ NDT : terme anglais utilisé habituellement en français dans ce contexte.

(Également appelé : *mimétisme moteur* — différent de *Tracking*).

Motivation (amélioration de la) — Diverses méthodes sont utilisées pour renforcer la volonté du client d'agir en tant qu'agent principal du changement. Ces méthodes peuvent être directes, comme l'encouragement, ou paradoxales, comme la limitation des progrès (« pas encore »), ou émotionnelles, comme l'évocation de la colère.

N

Naturaliste — Toute tentative de créer l'attente que le changement se produise naturellement et automatiquement, tout en suscitant des processus naturels de guérison, de croissance, d'apprentissage et d'adaptation. Le naturalisme est un complément étroit de l'utilisation et repose sur une attitude de respect de la bonté de l'esprit et du corps du client (c'-à-d. que le changement le plus idéal vient de l'intérieur). Il est considéré comme l'un des principes fondamentaux de la thérapie éricksonienne et constitue une compétence principale.

Normalisation — Technique de cadrage qui réoriente le client vers un symptôme de sorte qu'il ne semble plus pathologique ou anormal.

Nouveauté — Exposition à des expériences nouvelles ou peu familières.

O

Orientation vers l'avenir — Orienter l'énergie de la résolution des problèmes vers des objectifs futurs (concrets et réalisables) ainsi que vers des rêves à long terme (qui inspirent de l'espoir et un sentiment d'utilité), contrairement aux thérapies qui se concentrent sur la résolution de problèmes liés à l'enfance ou à des relations antérieures.

P

Partitionnement — Division d'un concept, d'une expérience ou d'une action en éléments plus petits. (Également appelé : *fractionnement* ou *fragmentation*).

Persuasion coercitive — Toute technique visant à manipuler la pensée ou l'action humaine contre le désir, la volonté ou sans le consentement conscient du destinataire (*également appelée « lavage de cerveau », « domination coercitive », « manipulation » ou « endoctrinement »*) : « *lavage de cerveau* », « *domination coercitive* », « *manipulation* » ou « *endoctrinement* »).

Phénoménologie — La phénoménologie est l'étude des structures de la conscience telle qu'elle est vécue du point de vue de la première personne (c'-à-d. de la réalité subjective). La structure centrale d'une expérience est son intentionnalité, le fait qu'elle soit dirigée vers quelque chose, puisqu'il s'agit d'une expérience d'un objet ou à propos d'un objet. Il s'agit d'une approche de la matière psychologique qui trouve ses racines dans le travail philosophique d'Edmund Husserl (*Recherches logiques, 1901*).

Piggy Back - Voir Traitement parallèle.

Pratique éricksonienne — Stratégies et techniques psychothérapeutiques développées, explorées et enseignées par Milton H. Erickson et développées par ses élèves. (également connue sous le nom de pratique éricksonienne ou d'approches éricksoniennes)

Prescription de résistance — Lorsqu'un client résistant est intentionnellement invité à résister à

l'influence du thérapeute ou de l'opérateur hypnotique. (par exemple : « Pendant que je conduis l'induction de la transe, vous pouvez rester plus éveillé, et plus éveillé, et plus éveillé »).

Prescrire la rechute — La possibilité d'une brève réapparition du comportement symptomatique est présentée comme la preuve d'un progrès continu (par exemple, « Vous apprendrez à mieux vous maîtriser si vous comparez avec une brève rechute »).

Prescription du symptôme — Réorientation vers le symptôme en tant que comportement nécessaire ayant des applications spécifiques (par exemple, « Vous devez conserver une partie de votre anxiété afin d'être encore capable d'être prudent lorsque cela est nécessaire »). (*Voir aussi : Interruption du schéma*)

Présumé — *Voir Implication*

Problème — Différence entre ce qui se passe et le résultat attendu ou souhaité. La résolution du problème consiste donc en un changement de comportement, un changement des attentes, ou les deux, de sorte que l'écart n'existe plus.

Problème nucléaire — Terme utilisé par Erickson pour décrire un point de focalisation à haut rendement pour la résolution d'un problème. Également connu sous le nom de « problème clé », il s'agit d'un problème qui, une fois résolu, élimine automatiquement de nombreux autres problèmes.

Progression en âge — Une réorientation dans le temps au cours de laquelle la personne participe à des événements futurs. (Également appelée progression dans le futur)

Provocation — Toute tentative de stimuler une plus grande activité de la part des clients en vue de découvrir leurs propres solutions et idées. Cette « incitation à trouver des solutions » se fait souvent à plusieurs niveaux, en utilisant des métaphores, le ton de la voix, des images et des dynamiques interpersonnelles (par exemple, « se faire l'avocat du diable »). L'utilisation de la provocation repose sur l'hypothèse que les gens changent et évoluent en réponse aux défis.

R

Ratification — Renforcement d'une idée au moyen d'un apport expérientiel.

Ratification de la transe — L'augmentation de l'attente d'une réponse suite à la preuve qu'une personne répond à une suggestion hypnotique (par exemple, voir sa main s'élever dans les airs en réponse à des suggestions de lévitation de la main, ou en testant la présence d'un phénomène hypnotique tel que la distorsion du temps (en demandant depuis combien de temps il pense avoir les yeux fermés). Si les attentes du client pour progresser dans la thérapie reposent sur l'idée d'entrer en transe, il devient alors nécessaire de démontrer qu'un phénomène psychologique significatif s'est effectivement produit.

Réalité subjective — Perception à la première personne de l'environnement et de la signification des événements qui s'y produisent. (*voir aussi : Phénoménologie*)

Recentrage — *Voir Technique de distraction.*

Recadrage — Réorientation soudaine, souvent inattendue, vers de nouvelles significations ou une nouvelle interprétation d'un événement particulier. Le plus souvent, il s'agit d'une tentative de changer la façon dont le problème est perçu, bien que les solutions et l'absence de progrès puissent également être recadrées. Le recadrage n'est pas un événement expérimental, pas au sens habituel

du terme. En effet, plutôt que de créer une nouvelle expérience sur laquelle réfléchir, le thérapeute identifie une expérience existante qui offre de précieuses possibilités d'apprentissage une fois qu'elle est reconsidérée.

Reflecting¹⁰ — Tentative d'accroître l'expérience de familiarité et d'acceptation en adoptant le vocabulaire et le point de vue de base du client (différent de la technique rogérienne de « l'écoute réflexive »).

Régression en « âge » — Réorientation dans le temps au cours de laquelle la personne revit des événements du passé.

Réorientation — Changement significatif de perspective ou de cadre de référence.

Résilience — Capacité à surmonter l'adversité et à se remettre rapidement d'une maladie, d'un changement ou d'un malheur.

Résistance — L'incapacité d'un individu à se conformer aux exigences d'une situation, comme l'opposition d'un sujet à une suggestion ou l'opposition d'un client à un traitement.

Résistance à la prescription — *Voir Intervention paradoxale*

Reviviscence — L'expérience de revivre des événements émotionnellement significatifs avec une implication sensorielle totale. Elle peut être utilisée pour les souvenirs positifs et joyeux ainsi que pour les souvenirs difficiles ou négatifs.

Rigidité — Réduction de la capacité d'adaptation due à l'inflexibilité.

Rigidité physiologique — Réduction des mouvements des systèmes musculaire et squelettique (par exemple, catalepsie).

Rigidité psychologique — Résistance aux idées, perceptions ou expériences nouvelles (par exemple, orthodoxie et fondamentalisme).

Rituels — Ensemble de comportements prescrits qui inspirent une signification plus grande que le résultat pratique du comportement lui-même (par exemple, le rituel de l'ascension du sommet de Squaw Peak visait à atteindre plus que le simple fait d'arriver au sommet d'une colline).

Rythme — Processus naturaliste et non mécanique dans lequel les exigences de la thérapie sont adaptées aux besoins du client. Il nécessite l'utilisation de capacités d'observation et d'un jugement clinique pour définir le rythme et la durée des activités thérapeutiques.

S

Signaling (idéomoteur) — Technique de communication avec les processus inconscients au moyen d'un geste, généralement un signe du doigt ou de la main. Un pendule peut également être utilisé pour signaler les réponses oui/non.

Stratégique — Un contexte de résolution de problèmes basé sur la phénoménologie et organisé autour des valeurs, des besoins et du programme de changement du client. La thérapie est stratégique lorsque le client est considéré comme l'élément central de la résolution du problème, plutôt que d'être traité comme le problème. Jay Haley a considéré qu'il s'agissait de l'un des principes définissant la thérapie d'Erickson et qu'il s'agissait d'une compétence essentielle de la pratique éricksonienne actuelle.

¹⁰ le mot français « réflexion » pour « reflecting » nous a semblé peu approprié.

Subconscient — Composante marginale de l'esprit conscient dans laquelle des informations sont notées par un individu, mais ne sont pas prises en considération de manière pleinement consciente.

Sujet — Terme utilisé en hypnose pour désigner le destinataire de la suggestion hypnotique.

Suggestibilité — Degré de disponibilité psychologique à une influence extérieure. Lorsqu'elle est utilisée dans le contexte de l'hypnose, elle implique que le sujet est réceptif sans esprit critique à la communication d'idées. (*Erickson enseignait que les sujets n'acceptaient pas les suggestions qui étaient en dehors de leur propre système de croyances et de valeurs*). (Également appelé : *réceptivité ou attention à la réponse*).

Suggestion — Communication d'une idée qui contient une directive implicite ou une possibilité de réponse.

Suggestion directe — Suggestion manifeste dans laquelle on demande au sujet de répondre d'une manière spécifique (par exemple, « Vous ressentirez une diminution de la douleur »).

Suggestion imbriquée — Suggestion entremêlée dans une autre suggestion ou métaphore. Directive indirecte ou implicite contenue dans un autre message.

Suggestion indirecte — Suggestions qui insinuent une réponse plutôt que de faire une déclaration explicite. Comprend l'utilisation de métaphores, d'implications et de suggestions non verbales.

Suggestion ouverte — Suggestions qui couvrent toutes les alternatives possibles, de sorte que toute action ultérieure est interprétée comme une réponse utile. Le message est délivré de manière à permettre au sujet de déterminer l'étendue et la direction de la réponse. (Par exemple : « Avec les yeux ouverts ou fermés, vous avez la possibilité de voir ou d'imaginer n'importe quoi ou absolument rien du tout »).

Suggestion permissive — Suggestion intentionnellement flexible afin que le sujet puisse utiliser ses ressources inconscientes pour trouver la réponse la plus appropriée. (Par exemple, « Vous pouvez profiter du processus de découverte de la façon dont vous vous sentirez le plus à l'aise »).

Suggestion posthypnotique — Suggestion donnée pendant l'état de transe en vue d'une action, d'une pensée ou d'une perception qui se produira ultérieurement. (Par exemple : « En arrivant chez vous, vous vous sentirez prêt à vous détendre »).

Suggestion subliminale — Message ou idée perçu en dessous du seuil de la conscience et destiné à influencer les pensées, les sentiments ou les actions. Un stimulus est perçu de manière subliminale lorsqu'il est traité à un niveau sensoriel sans être accompagné d'une expérience sensorielle consciente. Lorsque des stimuli environnementaux (mots, symboles, sons) sont perçus et encodés de manière subliminale, les représentations mentales de ces stimuli et les constructions mentales associées sont activées. L'activation interne des représentations mentales rend les concepts, les objectifs et les tendances comportementales schématiquement liés plus accessibles dans la mémoire. Par conséquent, les messages perçus de manière subliminale peuvent être « suggestifs » des comportements activés mentalement, car leur accessibilité accrue augmente la probabilité qu'ils soient adoptés.

Présupposition — Suggestion d'une action imminente ou déjà en cours (par exemple, « En prenant votre prochaine respiration (*truisme*), vous réaliserez que vos yeux finiront par se fermer » ou « *qu'il est impossible de ne plus jamais fermer les yeux* »).

Susciter — Utilisation d'un stimulus (*souvent appelé catalyseur*) pour favoriser une réaction voulue.

Symptôme — Un comportement concret ou un événement somatique qui n'est pas de nature volontaire et qui est associé à l'expérience d'une détresse physique ou mentale. Dans la thérapie éricksonienne, le terme n'est pas utilisé à des fins de diagnostic, mais plutôt pour identifier la cible de l'utilisation ou d'autres moyens d'intervention thérapeutique. (*Voir aussi : « Intervention paradoxale » et « Interruption du schéma »*).

Déplacement du symptôme — Directive visant à expérimenter intentionnellement le symptôme dans un nouvel espace (par exemple, déplacer une paralysie du bras dans un petit doigt ou déplacer une phobie dans une chaise).

Embellissement des symptômes — Directive de continuer à ressentir un symptôme, mais avec une fréquence, une intensité, une durée ou une complexité accrue. (*Une suggestion thérapeutique d'embellir les symptômes est une directive paradoxale*).

Programmation d'un symptôme — Directive visant à exécuter un symptôme, mais en modifiant la fréquence, la durée, l'emplacement spatial ou le moment de la journée où il se produit.

Substitution de symptôme — Directive visant à remplacer un symptôme très débilitant par un nouveau symptôme relativement inoffensif. (*Remarque : ce terme a une signification différente dans les cercles analytiques*).

Échelle des symptômes — Échelle d'évaluation utilisée pour communiquer l'intensité des symptômes (par exemple, de 0 à 10, où en est votre [symptôme] en ce moment ?) L'échelle des symptômes est souvent utilisée pour attirer l'attention sur l'évolution du symptôme dans le temps.

T

Tracking¹¹ — Forme de retour d'information verbale qui décrit le comportement du client, augmentant ainsi la conscience de soi ou l'autoconscience (*Distinct de : Mirroring*).

Traitement parallèle — Utilisation de l'intervention directe auprès d'une personne pour traiter indirectement d'autres personnes qui observent l'intervention. (*Également appelé : Piggy Backing ou Hypnose indirecte*).

Transformation des symptômes — *Voir : Utilisation.*

Transe — *Voir États modifiés de conscience*

Translating¹² — Utiliser le système de logique du client, son système de croyances ou son expérience personnelle pour expliquer des concepts et des idées importants.

U

Utilisation — Toute tentative d'engager des habitudes, des croyances, des perceptions, des symptômes ou des résistances établis, ainsi que des facteurs situationnels, au service de la résolution d'un problème ou d'un autre objectif significatif (par exemple, l'induction d'une transe). L'utilisation

¹¹ NDT : le mot français « suivi » pour « tracking » nous a semblé peu approprié. Ce terme est ici différent de « ratification » qui est parfois employée en français mais qui peut être tout aussi bien verbale que non verbale.

¹² NDT : idem

est le complément naturel de l'individualisation qui repose sur une attitude d'acceptation et d'optimisme. Elle est considérée comme l'un des principes fondamentaux de la thérapie éricksonienne et constitue une compétence principale.

V

Visualisation — Processus consistant à créer une image visuelle dans son esprit.

Y

Yes Set - Série de questions, généralement trois ou plus, conçues pour obtenir une réponse positive afin de créer une atmosphère d'accord et de compréhension mutuelle.

BIBLIOGRAPHIE

La liste suivante de livres contient des sources primaires, des déclarations d'Erickson ou de ceux qui l'ont connu. C'est le meilleur endroit pour commencer l'étude de la thérapie éricksonienne, car il fournit une base solide pour les principes fondamentaux.

Si vous connaissez un livre qui devrait être ajouté à cette liste, veuillez contacter le rédacteur en chef de la série afin qu'il soit pris en considération pour la prochaine édition : dan@iamdrshort.com

Alman, B., & Lambrou, P.	<i>Self-hypnosis : The complete manual for health and self-change (2d ed.)</i>	1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 12(2)
Baker, R.	<i>They Call it Hypnosis</i>	1990	
Bandler, R. & Grinder, J.	<i>Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D. : Vol. 1</i>	1975	Ideas for reproducing Erickson's use of language in trance inductions. The model is based on transformational grammar and split-brain research. The forward was written by Erickson.
Barber, J., & Adrian, C.	<i>Psychological Approaches to the Management of Pain</i>	1982	Five of eleven chapters focus on Ericksonian methods of pain management, one written by Erickson himself. Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (1) p14
Barber, J.	<i>Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A Clinical Guide.</i>	1996	
Battino, R.	<i>That's Right, Is it Not? A Play About the Life of Milton H. Erickson, MD.</i>	2008	
Battino, R.	<i>Healing Language</i>	2010	
Battino, R., & South, T.L.	<i>Ericksonian Approaches: A Comprehensive Manual, 2nd Ed</i>	2005	
Bauer, Sofia M. F	<i>Hipnoterapia Ericksoniana Passo a Passo</i>	1998	(In Portuguese)
Bell-Gadsby, Cheryl, & Siegenberg, Anne	<i>Reclaiming Her Story: Ericksonian solution focused therapy for sexual abuse</i>	1996	Reviewed in the Foundation Newsletter: 16(3) p4
Betty Alice Erickson, B. A. & Keeney, B.	<i>Milton H. Erickson, M.D. : An American Healer</i>	2006	This is essentially a biography of Milton H. Erickson
Burns, G. W.	<i>Nature-guided Therapy: Brief</i>	1998	

	<i>Integrative Strategies for Health and Well-being</i>		
Burns, G. W.	<i>101 Healing Stories: Using Metaphors in Therapy</i>	2001	
Burns, G. W.	<i>Healing with Stories: Your Casebook Collection for Using Therapeutic Metaphors</i>	2007	
Calof, D.	<i>Hypnotic Techniques</i>		
Calof, D. & Simons, R.	<i>The Couple who Became Each Other</i>	1996	Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (1) p14
Cheek, D. & Rossi, E.	<i>Mind-Body Therapy: Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis</i>	1994	
Colbert, K. & Erickson-Klein, R.	<i>Engage the Group, Engage the Brain: 100 Experiential Activities for Addiction Treatment</i>	2015	One hundred state-of-the-art experiential activities for use in addiction treatment to facilitate improved client cognitive and behavioral functioning.
Combs, G. & Freedman, J.	<i>Symbol, Story & Ceremony: Using metaphor in individual and family therapy</i>	1990	The authors illustrate the artistic and metaphorical side of Ericksonian psychotherapy. Reviewed in the Foundation Newsletter: 13 (1)
Cooper, L. & Erickson, M.	Time Distortion in Hypnosis: An Experimental and Clinical Investigation	1954 1959 1982	The results of Erickson and Cooper's experimental and clinical work in this area. Much of this material is included in the <i>Collected Papers</i> .
Cooper, L. ; Erickson, E. ; Erickson, M. : Morgan, R. F.; Sacerdote, P.; & Zimbardo, P. G.	Training the Time Sense: Hypnotic and Conditioning Approaches	1994	
de Shazer, S.	<i>Keys to Solution in Brief Therapy</i>	1985	
Dolan, Y.	<i>A Path with a Heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic patients.</i>	1985	This book presents an extension of Ericksonian principles and techniques into work with difficult, multi-problem, long-term patients.

Dolan, Y.	<i>Resolving Sexual Abuse: Solution focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors.</i>	1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 12 (3)
Edgette, J. & Edgette, J	<i>The Handbook of Hypnotic Phenomena in Psychotherapy</i>	1995	Reviewed in the Foundation Newsletter: 16 (1) p14
Erickson, M.	Encyclopedia Britannica <i>14th Edition, Vol. 12, "Hypnotism"</i>	1954	
Erickson, M.	<i>Special Collection: Papers by Milton H. Erickson</i>	July 1977	A collection of papers published by Milton H. Erickson in the ASCH journal.
Erickson, M.	<i>The Seminars of Milton H. Erickson : Presentation to the San Diego Society of Clinical Hypnosis</i>	2001	This is an edited transcription of a seminar by Erickson in San Diego, April 29, 1962.
Erickson, M. & Gilligan, S.	<i>The Legacy of Milton H. Erickson : Selected Papers of Stephen Gilligan</i>	2002	
Erickson, M., & Rossi, E.	Hypnotherapy: An Exploratory Casebook	1979 1980	The second book in the series. This volume deals extensively with hypnotic therapy, utilizing numerous case examples and transcripts.
Erickson, M., & Rossi, E.	Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States	1981	The third book in the series, containing a transcript of a lecture on hypnosis in psychiatry by Erickson and discussion of various therapeutic techniques and approaches.
Erickson, M., & Rossi, E.	The February Man: Evolving Consciousness and Identity in Hypnotherapy	1989 1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 10 (1)
Erickson, M., Hershman, S., & Sectar, I.	<i>The Practical Application of Medical and Dental Hypnosis</i>	1961 1991	This book was compiled primarily from transcripts of workshops for medical, psychological and dental professionals given by the authors during the late 1950s. It was reissued in 1989 with a foreword by Jeffrey K. Zeig, Ph.D.

			Reviewed in the Foundation Newsletter: 10 (2) p11
Erickson, M., Rossi, E., & Rossi, S.	Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestions	1976	The first book in a series of three co-authored by Erickson and Rossi. Gives an overall model for Erickson's hypnotic approaches.
Evans, B. & Burrows, G.	Hypnosis in Australia	1998	Provides an introduction to Ericksonian methods. Reviewed in the Foundation Newsletter: 19 (1) p19
Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L	<i>The Tactics of Change</i>	1982	This book was dedicated to Milton H. Erickson
Freytag, F.	<i>The Hypnoanalysis of an Anxiety Hysteria</i>	1959	This book was dedicated to Milton H. Erickson
García-Sánchez, T., Short, D., Erickson, B.A., & Erickson-Klein, R.	<i>La hipnosis de Milton Erickson</i>	2015	Written in Spanish
Gilligan, S.	<i>Therapeutic Trances: The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy</i>	1986	This book is Gilligan's overview of Ericksonian hypnotherapy, including his model of symptom phenomena as self-devaluing trance phenomena and how to transform them into self-valuing assets.
Gilligan, S.	<i>Generative Trance: The experience of Creative Flow</i>	2012	
Gilligan, S. & Dilts, R.	<i>The Hero's Journey: A voyage of self-discovery</i>	2009	
Gordon, D.	<i>Therapeutic Metaphors: Helping others through the looking glass</i>	1978	
Gordon, D., & Myers-Anderson, M.	<i>Phoenix : Therapeutic patterns of Milton H. Erickson</i>	1981	An attempt at systematizing and making explicit Erickson's therapeutic (as opposed to strictly hypnotic) work. Uses material from Erickson's teaching seminars to illustrate the principles discussed.

Grinder, J., DeLozier, J., & Bandler, R	<i>Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson M.D. : Vol. 2</i>	1977	Offers conceptions of sensory-based maps, different approaches for congruent and incongruent clients and other ideas about Erickson's hypnotic work. A transcript of Erickson's work (taken from "The Artistry of Milton Erickson" videotape) is analyzed with reference to the formulations presented in both volumes.
Gurman & Kniskern	Ericksonian Family Therapy	1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 12 (2)
Haley, J	Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.	1973 1986	Contains numerous case examples, discussions with Erickson, commentaries and specific techniques. The book is mainly about Erickson's therapeutic approaches. The material is organized and presented within the family life cycle framework.
Haley, J.	<i>Strategies of Psychotherapy</i>	1963 1990	
Haley, J.	<i>Problem Solving Therapy</i>	1976	
Haley, J.	<i>Ordeal therapy</i>	1984	This is an extension of the benevolent ordeal therapy Haley learned from Erickson. Some Erickson cases are used, but the majority comes from cases Haley supervised or treated himself. Reviewed in the Foundation Newsletter: 4 (3)
Haley, J.	<i>Conversations With Milton H. Erickson : Changing children and families, Vol.3</i>	1985 1999	This material was the source for much of the material in <i>Uncommon Therapy</i> .
Haley, J.	<i>Conversations With Milton H. Erickson : Changing couples, Vol. 2</i>	1985 1999	Reading the books is like reading the transcripts of

			supervision sessions with some theoretical material and some case discussion.
Haley, J.	<i>Conversations With Milton H. Erickson : Changing individuals, Vol. 1</i>	1985 1999	These conversations took place mainly in the late 1950s between Erickson, Haley, John Weakland and occasionally Gregory Bateson. Haley and Weakland were trying to understand Erickson's brief therapy for their research with Bateson's project on communication and for their own clinical work with individuals, couples and families.
Haley, J.	<i>Jay Haley on Milton Erickson</i>	1993 1994	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (2) p12
Haley, J. (Ed.)	<i>Advanced Techniques of Hypnosis & Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson</i>	1967	This was the first effort to compile Erickson's major papers on hypnosis and therapy. It also contains a biographical introduction and discussion of Erickson's work by Haley, Erickson's longtime student and popularizer. All of this material, with the exception of Haley's writing, is included in the <i>Collected Papers</i> (edited by Rossi).
Hammerschlag, C.	<i>Dancing Healers</i>	1988	
Hartland, J.	<i>Medical & Dental Hypnosis, 2nd Edition</i>	1971	Erickson wrote the forward.
Havens, R.	<i>The Wisdom of Milton H. Erickson, Vol. I</i>	1985	This book is a compilation of quotations from Erickson on various topics relating to therapy and hypnosis. The quotations are organized into sections, and what emerges

			constitutes a natural model for Erickson's therapeutic and hypnotic approaches
Havens, R. (Ed.)	The Wisdom of Milton H. Erickson : Human behavior and psychotherapy, Vol. II	1989 1992	Reviewed in the Foundation Newsletter: 5 (3)
Havens, R., & Walters, C.	<i>Hypnotherapy Scripts: A neo-Ericksonian approach to persuasive healing</i>	1989	Reviewed in the Foundation Newsletter: 9 (3)
Hughes & Rothovious	World's Greatest Hypnotists: (Chapters 22-24, pp. 223-248)	1996	Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (3) p17
James, U. & Rossi, E.	<i>Clinical Hypnosis Textbook: A Guide for Practical Intervention</i>	2015	
Kershaw, C.	<i>The Couple's Hypnotic Dance: Creating Ericksonian strategies in marital therapy</i>	1992	Reviewed in the Foundation Newsletter: 11 (3)
Klippstein, H. (Ed.)	<i>Ericksonian Hypnotherapeutic Group Inductions</i>	1991	
Lankton, C., & Lankton, S.	<i>Tales of Enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy</i>	1989	
Lankton, S.	<i>Practical Magic: A translation of basic neurolinguistic programming into clinical psychotherapy</i>	1980	
Lankton, S.	<i>Ericksonian Hypnosis: Application, Preparation and Research</i>	1988	
Lankton, S.	<i>Assembling Ericksonian Therapy</i>	2003	
Lankton, S. (Ed.)	<i>Ericksonian Monographs Number 1: Elements and dimensions of an Ericksonian approach</i>	1985	This first volume includes a new article, contributed by Elizabeth Erickson, that is an update of an unpublished Milton Erickson article on certain principles of medical hypnosis Reviewed in the Foundation Newsletter: 8 (3)
Lankton, S. (Ed.)	<i>Central Themes and Principals of Ericksonian Therapy</i>	1987	
Lankton, S. (Ed.)	<i>Ericksonian Monographs Number 2: Central themes and principles of Ericksonian therapy</i>	1987	This is the second of the <i>Ericksonian Monographs series</i> Reviewed in the Foundation Newsletter: 8(3)

Lankton, S. (Ed.)	<i>Ericksonian Monographs Number 5: Ericksonian Hypnosis: Application, Preparation and Research</i>	1989	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (3)
Lankton, S., & Erickson, K. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 9: The essence of a single session success</i>	1993	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (1) p11
Lankton, S., & Lankton, C.	<i>The Answer Within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy</i>	1983	Contains case examples from Erickson's and Lankton's work embedded in a comprehensive framework to provide clinicians access to Ericksonian approaches to the use of hypnosis in therapy
Lankton, S., & Lankton, C.	<i>Enchantment and Intervention in Family Therapy: Training in Ericksonian Approaches</i>	1986	This book takes the Lankton's elaboration of Erickson's work further than the first book and links the hypnotic approaches to family and couple therapy. Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (2) p14
Lankton, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 3: Treatment for special populations with Ericksonian approaches</i>	1988	Reviewed in the Foundation Newsletter: 8 (3)
Lankton, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 4: Research, comparisons and medical applications of Ericksonian techniques</i>	1988	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (3)
Lankton, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 6: Extrapolations: Demonstrations of Ericksonian Therapy.</i>	1989	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (3)
Lankton, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 7: The Broader Implications of Ericksonian Therapy</i>	1990	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (3)
Lankton, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 10: Difficult contexts for therapy</i>	1995	Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (3) p13
Lankton, S., Gilligan, S., & Zeig, J. (Eds.)	<i>Ericksonian Monographs Number 8: Views on Ericksonian Brief Therapy, Process and Action</i>	1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (3)
Lankton, S., Lankton, C., & Matthews, W.	<i>Ericksonian Family Therapy: In A. Gurman and D. Kniskern (Eds.) The handbook of family therapy, Vol. 2</i>	1991	

Lankton, S., Gilligan, S., Zeig, J.	<i>Views On Ericksonian Brief Therapy</i>	1992	
Le Cron (Ed.)	<i>Experimental Hypnosis</i>	1958	
Leva, R. (Ed.)	<i>Psychotherapy: The Listening Voice: Rogers and Erickson</i>	1987 1988	Reviewed in the Foundation Newsletter: 8 (2) p14
Loriedo, C, & Vella, G.	<i>Paradox and the Family System</i>	1992	
Loriedo, C., Zeig, J. & Nardone, G.	<i>TranceForming Ericksonian Methods: 21 st Century Visions</i>	2011	
Lovern, J. D.	<i>Pathways to Reality: Erickson-inspired treatment approaches to chemical dependency</i>	1991	Reviewed in the Foundation Newsletter: 14 (1) p11
Lyons, L. & Yapko, M.	<i>Using Hypnosis with Children: Creating and Delivering Effective Interventions</i>	2015	
Matthews, W. J. & Edgette, John H. (Eds.)	<i>Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, strategies, narratives, Vol. I</i>	1997	Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (3) p14
Matthews, W. J. & Edgette, John H. (Eds.)	<i>Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, strategies, narratives, Vol. II</i>	1998	Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (3) p14
Matthews, W. J. & Edgette, John H. (Eds.)	<i>Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, strategies, narratives, Vol III</i>	1999	Reviewed in the Foundation Newsletter: 19 (3) p15
McClintock, E.	<i>Room for Change: Empowering Possibilities for Therapists and Clients</i>	1999	Reviewed in the Foundation Newsletter: 20 (2) p13
McNeilly, R.	<i>Healing the Whole Person: A Solution-Focused Approach to Using Empowering Language, Emotions, and Actions in Therapy</i>	2000	
McNeilly, R.	<i>The poetry of therapy Creating effectiveness after Erickson</i>	2013	
McNeilly, R.	<i>Utilizing Hypnosis with Children</i>	2013	
McNeilly, R.	<i>Creating Connections: Selected Papers of Rob McNeilly</i>	2014	
McNeilly, R.	<i>Learning Hypnosis: A Common Everyday Approach After Erickson</i>	2016	

McNeilly, R., & Brown, J.	<i>Healing With Words</i>	1994	Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (2) p7
Mehl, L., & Peterson, G.	<i>The Art of Healing</i>	1989	
Mills, J., Crowley, R., & Ryan, M.	<i>Therapeutic Metaphors for Children and the Child Within</i>	1986	
O'Hanlon, W. H.	<i>Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis</i>	1987	Reviewed in the Foundation Newsletter: 7 (2)
O'Hanlon, W. H.	<i>Do One Thing Different: Ten Simple Ways to Change Your Life</i>	2000	
O'Hanlon, W. H.	<i>A Guide to Trance Land: A Practical Handbook of Ericksonian and Solution-Oriented Hypnosis</i>	2009	Covers the key aspects of hypnosis, including: using possibility words and phrases; using passive language; and inducing trance.
O'Hanlon, W. H., & Hexum, A. L.	<i>Uncommon Casebook: The Complete Clinical Work of Milton H. Erickson</i>	1990	
O'Hanlon, W. H., & Martin, M.	<i>Solution-Oriented Hypnosis: An Ericksonian approach</i>	1992	
Overholser, L.	<i>Ericksonian Hypnosis: Handbook of clinical practice</i>	1984	This is a primer on the induction and therapeutic use of hypnosis using an Ericksonian approach.
Phillips, M. & Frederick, C.	<i>Healing the Divided Self : Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post Traumatic and Dissociative Conditions</i>	1995	Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (3) p10
Ray, W., & Keeney, B.	<i>Resource Focused Therapy</i>	1993	
Rhue, Lynn & Kirsch	<i>Handbook of Clinical Hypnosis: An Ericksonian Model of Hypnotherapy (Chapter 9, pp. 187-214)</i>	1993	Reviewed in the Foundation Newsletter: 12 (2)
Ritterman, M.	<i>Using Hypnosis in Family Therapy</i>	1983	Reviewed in the Foundation Newsletter: 6 (2)
Robles, T.	<i>A Concert for Four Hemispheres in Psychotherapy</i>	1990	Reviewed in the Foundation Newsletter: 13 (2) p8; 16 (3) p11
Robles, T.	<i>Terapia cortada a la medida: un seminario ericksoniano con Jeffrey K Zeig</i>	1991	<i>In Spanish</i> Reviewed in the Foundation Newsletter: 13 (3) p13
Rosen, S.	<i>My Voice Will Go With You: The</i>	1982	Edited and with commentary

	Teaching Tales of Milton H. Erickson		boy Sidney Rosen. Foreword by Lynn Hoffman (translated to Japanese)
Rossi, E.	<i>The Psychobiology of Gene Expression: Neuroscience and Neurogenesis in Hypnosis and the Healing Arts</i>	2002	
Rossi, E.	<i>A Discourse with Our Genes: The Psychosocial and Cultural Genomics of Therapeutic Hypnosis and Psychotherapy</i>	2005	
Rossi, E. (Ed.)	<i>Innovative Hypnotherapy</i>	1980	
Rossi, E. (Ed.)	<i>The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysiological processes, Vol.2</i>	1980	
Rossi, E. (Ed.)	<i>The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Hypnotic investigation of psychodynamic processes, Vol.3</i>	1980	
Rossi, E. (Ed.)	<i>The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: Innovative hypnotherapy, Vol.4</i>	1980	
Rossi, E. (Ed.)	<i>The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis: The nature of hypnosis and suggestion, Vol.1</i>	1980	This four-volume work includes all of Erickson's published papers on hypnosis and therapy, some previously unpublished material, and a few papers by Erickson's collaborators (Rossi, Elizabeth Erickson, Jeffrey Zeig and others).
Rossi, E., & Ryan, M.	<i>Creative Choice in Hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol. 4</i>	1991	A collection of some of Erickson's often-used teaching stories, some case examples, some personal and family anecdotes, with commentary and organization by Rosen
Rossi, E., & Ryan, M. (Eds.)	<i>Life Reframing in Hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol. 2</i>	1985	This is a continuation of the volume above. A tape of Erickson doing hypnotic therapy with a photographer is

			included.
Rossi, E., & Ryan, M. (Eds.)	<i>Mind-body Communication in Hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol. 3</i>	1986	The third volume of this edited series is mainly focused on Erickson's work with somatic problems and issues.
Rossi, E., Ryan, M., & Sharp, F. (Eds.)	<i>Healing in Hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson, Vol. 1</i>	1983	This is the first in a four-volume series of transcripts of Erickson's lectures and demonstrations from the 1950s and '60s.
Rossi, K. & Rossi, E.	<i>Creating New Consciousness in Everyday Life: The Psycho-Social Genomics of Self Creation</i>	2012	
Short, D.	<i>Transformational Relationships: Deciphering the Social Matrix in Psychotherapy</i>	2010	
Short, D. & Casula, C.	<i>Speranza e resilienza: cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson</i>	2004	Written in Italian.
Short, D. & Erickson-Klein, R. (Editor: Neukrug)	<i>The SAGE Encyclopedia of Theory in Counseling and Psychotherapy: Ericksonian Therapy</i>	2015	Provides a definition and description of Ericksonian Therapy.
Short, D. & Weinspach, C.	<i>Hoffnung und Resilienz: therapeutische Strategien von Milton H. Erickson</i>	2007	Written in German
Short, D., Erickson, B.A., & Erickson-Klein, R.	<i>Hope & Resiliency: Understanding the Psychotherapeutic Strategies of Milton H. Erickson</i>	2005	A book that compiles and analyzes a broad spectrum of Erickson's techniques and casework using ideas taught by Erickson.
Simpkins, C., & Simpkins, A	<i>Effective Self Hypnosis: Pathways to the Unconscious</i>	2000	
Simpkins, C., & Simpkins, A	<i>Timeless Teachings from the Therapy Masters</i>	2001	
Simpkins, C., & Simpkins, A	<i>Neuro-Hypnosis: Using Self-Hypnosis to Activate the Brain for Change</i>	2010	
Wallas, L.	<i>Stories for the Inner Ear</i>	1985	
Walters, C., & Havens, R.A.	<i>Hypnotherapy for Health, Harmony and Peak Performance: Expanding the goals of psychotherapy</i>	1993	
Waltzlawick, P.	<i>The Language of Change: Elements of Therapeutic Communication</i>	1978	This book was dedicated to Milton H Erickson

Waltzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R.	<i>Change : Principles of Problem Formulation and Problem Resolution</i>	1974	Milton H Erickson wrote the forward to this book.
Watkins, J.	<i>Hypnotherapeutic Techniques</i>	1987	
Wolinski, S.	<i>Trances People Live</i>	1991	This book was dedicated to Milton H. Erickson.
Yapko, M.	<i>Trancework, 4 th ed.</i>	1990	Reviewed in the Foundation Newsletter: 5 (3); 10 (3)
Yapko, M.	<i>Hypnosis and the Treatment of Depression: Strategies for change</i>	1992	Reviewed in the Foundation Newsletter: 13 (2) p8
Yapko, M.	<i>Essentials of Hypnosis</i>	1995	Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (3) p10
Yapko, M.	<i>Breaking the Patterns of Depression</i>	1997	Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (3) p15
Yapko, M.	<i>Treating Depression with Hypnosis: Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches</i>	2001	
Yapko, M.	<i>Mindfulness and Hypnosis: The Power of Suggestion to Transform Experience</i>	2011	
Yapko, M.	<i>Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice</i>	2013	
Yapko, M.	<i>Keys to Unlocking Depression: An Internationally Known Depression Expert Tells You What You Need to Know to Overcome Depression</i>	2016	
Yapko, M.	<i>The Discriminating Therapist: Asking "How" Questions, Making Distinctions, and Finding Direction in Therapy</i>	2016	
Yapko, M. (Ed)	<i>Hypnotic and Strategic Interventions: Principle and practice</i>	1986 1987	
Yapko, M. (Ed.)	<i>Brief Therapy Approaches to Treating Anxiety and Depression</i>	1989	
Zeig, J.	<i>A Teaching Seminar with Milton H. Erickson</i>	1980	Transcript of a five-day teaching seminar recorded August 1979. Introductory chapters by Zeig on Erickson's use of anecdotes.

Zeig, J.	Experiencing Erickson : An Introduction to the Man and His Work	1985	This book contains an overview and introduction to Erickson as a person and as a therapist, as well as transcripts of Erickson's supervision and teaching with Zeig. Reviewed in the Foundation Newsletter: 6 (4)
Zeig, J.	<i>Confluence : The Selected Papers of Jeffrey K. Zeig</i>	2006	
Zeig, J.	<i>The Induction of Hypnosis: An Ericksonian Elicitation Approach</i>	2014	
Zeig, J. (Ed.)	<i>Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy</i>	1982	Edited proceedings of the First International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, which was held in Phoenix, Arizona in 1980.
Zeig, J. (Ed.)	<i>Ericksonian Psychotherapy: Clinical Applications, Vol.2</i>	1985	These volumes are meant to show the development and furthering of Erickson's work in new directions or to show new applications for Erickson's techniques and approaches
Zeig, J. (Ed.)	<i>Ericksonian Psychotherapy: Structures, Vol.1</i>	1985	These are the edited proceedings of the Second International Erickson Congress, held in Phoenix in 1983. Keynote and plenary addresses are by Watzlawick, Rossi, Haley and Madanes. Includes a special section by Erickson's family on his child-rearing techniques.
Zeig, J. (Ed.)	<i>The Evolution of Psychotherapy</i>	1987	This book contains the edited proceedings of 27 presentations given at the first Evolution of Psychotherapy Conference, a landmark meeting held in Phoenix, Arizona in 1985. (translated into German & Japanese) Reviewed in the Foundation

			Newsletter: 7 (3)
Zeig, J. (Ed.)	<i>The Evolution of Psychotherapy: The Second Conference</i>	1992	This book contains the edited proceedings of the second Evolution Conference, which was held in Anaheim, California. It includes the presentations and question/answer sessions of 23 distinguished faculty members. Reviewed in the Foundation Newsletter: 13 (2) 7
Zeig, J. (Ed.)	<i>Ericksonian Methods: The Essence of the story</i>	1994	Edited proceedings of the Fifth International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy. Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (2) p10
Zeig, J. (Ed.)	<i>The Evolution of Psychotherapy: The Third Conference</i>	1996	This book contains the edited proceedings of the second Evolution Conference, which was held in Las Vegas, 1995 Reviewed in the Foundation Newsletter: 17 (2) p13
Zeig, J., & Geary, B. (Eds)	<i>The Letters of Milton H. Erickson</i>	2000	These letters are written by Erickson to various colleagues. The letters contain insights into his thinking and explanations of concepts. Reviewed in the Foundation Newsletter: 20 (3) p19
Zeig, J., & Geary, B. (Eds)	<i>The Handbook of Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy</i>	2001	This book contains the edited proceedings of the Seventh International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, held in Phoenix, 1999.
Zeig, J., & Gilligan, S. (Eds.)	<i>Brief Therapy: Myths, Methods and Metaphors</i>	1990	This book contains the edited proceedings of the Fourth International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, held in San Francisco, California,

			in 1988. Reviewed in the Foundation Newsletter: 15 (2) p18
Zeig, J., & Lankton, S. (Eds.)	<i>Developing Ericksonian Therapy: State of the Art</i>	1988	This book contains the edited proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, held in Phoenix, Arizona, in 1986
Zeig, J., & Munion, M.	<i>Milton H. Erickson</i>	1999	This primer provides an induction to the work of Milton H. Erickson. Reviewed in the Foundation Newsletter: 20 (1) p20

NDT : Pour les éditions de livres traduits en français : <https://www.satas.com/fr/>