
Jean-Luc Thomas

Chronologie de l'élaboration du système ABH

Phase I — Fondations conceptuelles (années de formation universitaire)

Psychologie générale, comparée et psychophysiologie – Faculté de Nancy

- Acquisition des bases scientifiques en psychologie expérimentale, différentielle et comparée.
- Étude des liens corps–émotions–comportements à travers la psychophysiologie.
- Constat précoce des limites des modèles explicatifs linéaires du psychisme.
- Première intuition : les symptômes ne relèvent pas d'un défaut isolé, mais d'un **déséquilibre de niveaux de fonctionnement**.

→ □ Germe initial de la future distinction entre plans corporels, émotionnels et de sens.

Phase II — Observation clinique et rupture avec les modèles normatifs

Début de la pratique clinique et confrontation au réel

- Accumulation d'observations cliniques montrant l'inefficacité des approches centrées uniquement sur le diagnostic ou la correction du symptôme.
- Mise en évidence récurrente de profils « fonctionnels en apparence » mais profondément épuisés (suradaptation).
- Rejet progressif des lectures culpabilisantes du mal-être et de la souffrance psychique.

→ □ Émergence de la notion de **fonction adaptative du symptôme**.

Phase III — Formalisation de la Vie A

Le niveau du bas : corps, contraintes, règles, monde binaire

- Identification d'un premier niveau structurant :
- biologie, fatigue, rythmes, contraintes matérielles,
- règles sociales, obligations, hiérarchie, survie.
- Compréhension que de nombreux troubles persistent tant que ce niveau reste instable ou sursollicité.
- Clarification du rôle central du corps comme **interface**, non comme origine unique du problème.

→ □ Naissance de la **Vie A**, fondement matériel et structurel du système.

Phase IV — Découverte et intégration de la Vie B

Le niveau intermédiaire : émotions, relations, sexualité, imaginaire

- Constat clinique du rôle majeur des émotions non régulées dans les déséquilibres persistants.
- Intégration de la sexualité comme **soupape de décompression**, et non comme dérive ou pathologie.
- Mise en évidence de la confusion fréquente entre excitation, désir, amour et reconnaissance.
- Identification de la Vie B comme zone de traduction entre contraintes (A) et sens (H).

→ □ Stabilisation de la **Vie B** comme espace émotionnel et relationnel central.

Phase V — Accès à la Vie H

Le niveau du haut : sens, cohérence, trajectoire

- Observation de patients « stabilisés » en A et B mais restant profondément désorientés.
- Apparition de la notion de **trajectoire personnelle** indépendante des normes sociales.

- Introduction de la métaphore du **GPS intérieur**, indiquant une direction plutôt qu'un objectif précis.
- Compréhension que le niveau H ne se commande pas directement.

→ □ Formalisation de la **Vie H** comme niveau de cohérence globale.

Phase VI — Structuration du système ABH

Articulation des trois niveaux

- Mise en évidence des déséquilibres typiques :
 - A dominant écrasant B et H,
 - B envahissant court-circuitant A,
 - H actif sans incarnation concrète.
- Élaboration du principe central :
le conflit interne précède toujours l'échec externe.
- Définition de l'objectif du système :
non pas corriger, mais **réaccorder**.

→ □ Le modèle **ABH** devient un système cohérent et opérant.

Phase VII — Intégration de l'hypnose clinique

Outil de navigation entre les niveaux

- Adoption de l'hypnose clinique conversationnelle comme outil privilégié.
- Utilisation de mots-images, métaphores et symboles pour dialoguer avec la Vie B et la Vie H.
- Refus des techniques autoritaires ou standardisées.
- L'hypnose devient un **mode de communication inter-niveaux**, non une finalité.

→ □ ABH devient à la fois **théorie et pratique clinique**.

Phase VIII — Développement des notions avancées

Signature, cohérence et ajustement

- Introduction de la **signature personnelle**, unique et non modifiable dans son essence.
- Distinction claire entre :
 - adaptation juste,
 - suradaptation destructrice.
- Définition des concepts de cartes fortes / cartes faibles.
- Insistance sur l'ajustement progressif plutôt que le « bon choix parfait ».

→ ☐ ABH s'affine comme outil de lecture fine des trajectoires de vie.

Phase IX — Transmission et déclinaisons

Patients, praticiens, grand public

- Rédaction de notices pédagogiques accessibles sans appauvrissement conceptuel.
- Création de grilles cliniques, fiches pratiques et supports de formation.
- Adaptation du langage sans modifier le fond théorique.
- Maintien d'une cohérence stricte entre toutes les versions du modèle.

→ ☐ ABH devient un **cadre transmissible**, sans se transformer en méthode dogmatique.

Phase X — ABH comme cadre ouvert

Position actuelle

- ABH n'est pas un système fermé.
- Il se veut évolutif, clinique, pragmatique.
- Il ne promet pas la guérison rapide, mais une **restitution de lisibilité**.
- Il replace l'individu au centre de son propre fonctionnement, sans l'opposer à la science.