

# Le traitement hypnothérapeutique de l'anxiété

Wilfried Van Craen

## Uitrijksel uit: **Traité d'hypnothérapie - Fondements, méthodes, applications**

*Antoine Bioy, Didier Michaux*

Editeur : [Dunod](#)

Certaines études sur l'efficacité des thérapies ont démontré que les thérapies comportementales et cognitives (TCC) apparaissent comme les approches psychothérapeutiques les plus indiquées lors du traitement des troubles anxieux.

Parmi ces nombreuses études, mentionnons en trois, comme exemples de recherches sur l'évaluation comparative de l'efficacité de différentes approches psychothérapeutiques: d'une part, les deux rapports de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale<sup>1</sup> et d'autre part celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'étude de Power<sup>2</sup> montre l'efficacité comparative des TCC versus l'efficacité de l'impact d'un traitement médicamenteux.

L'étude d'Andrews<sup>3</sup> est une méta-analyse dans laquelle l'ensemble des études sur l'efficacité des TCC sont citées, lorsqu'elles répondent aux critères suivants :

- a) une fiabilité des études reprises de façon indépendante et systématique
- b) une efficacité significative des TCC par rapport au traitement placebo

L'hypnothérapie s'est fort bien intégrée dans le cadre de référence particulièrement pragmatique et évalué des thérapies comportementales<sup>4</sup> et ensuite des thérapies cognitives<sup>5</sup>. Le but de cet article n'a pas pour objet d'éclaircir le cadre de référence des thérapies comportementales ni celle des thérapies cognitives (pour cela nous nous référons volontiers à Van Rillaer<sup>6</sup>, Cottraux<sup>7</sup> et André<sup>8</sup> pour un aperçu de l'application des thérapies comportementales et cognitives en cas de troubles anxieux). Cet article se limite à présenter l'intégration des interventions hypnothérapeutiques dans les approches les plus courantes des TCC lors du traitement des troubles anxieux.

### ***Une approche tridimensionnelle***

La meilleure approche, pour aborder cette question, est de procéder au moyen du modèle des triples facteurs, aussi appelé « modèle tridimensionnel ». Il s'agit de traiter cette question de la peur pathologique dans les trois niveaux dans lesquels l'angoisse se manifeste : au niveau comportemental, au niveau émotionnel/physiologique et au niveau cognitif.

#### ***Au niveau comportemental***

Par exemple, si j'avais une phobie de l'écriture, lors de la rédaction d'un article scientifique, mon angoisse pourrait se manifester au niveau comportemental par un comportement d'évitement (je trouverais sans cesse d'autres choses plus urgentes à accomplir, je pourrais remettre à plus tard l'écriture ou le déléguer à un collègue).

Ceci peut être la suite d'un conditionnement classique : peut-être qu'en tant qu'étudiant, pendant que j'écrivais ma thèse (stimulus conditionnel) j'ai pu avoir une inquiétante crise de panique (stimulus inconditionnel), probablement due au stress. Dès lors j'associerai inconsciemment les deux éléments (écriture et crise de panique). Quelque chose qui à l'époque était neutre (écrire des textes académiques) est ainsi devenu un stimulus induisant l'angoisse. A partir de ce moment, cela se généralisera à des situations qui jadis se passaient sans problèmes (écrire des textes et des comptes-rendus, lire des articles professionnels, donner mon opinion dans mon domaine professionnel, solliciter quelqu'un, etc.)

Désormais toutes ces choses, autrefois neutres, sont devenues des stimuli conditionnels, qui en s'y confrontant, en réalité ou en imagination (par exemple si j'en rêve ou si je les anticipe), provoquent une réaction d'angoisse conditionnée.

En outre, il se peut qu'une nouvelle forme s'ajoute au conditionnement classique, celui d'un conditionnement opérationnel. Il s'agit d'un comportement d'angoisse qui pourrait persister s'il est activé par un renforcement positif.

Si on reprend mon exemple: quelques mois plus tard, je suis invité à donner une conférence et j'aimerais bien m'y rendre (un agoraphobe veut aussi aller au théâtre, une personne qui a peur des oiseaux aimerait aussi visiter la place Saint Marc et quelqu'un qui a une émétophobie aimerait aussi participer tranquillement à un bon petit repas en bonne compagnie). Mais que m'arrive t-il ? Je devient nerveux, angoissé et plus la date fatidique de la conférence approche, plus je suis pris de panique.

Tout cela gâche tellement ma qualité de vie que même si je l'avais volontiers accepté, je décide de renoncer à cette invitation. Voilà mon premier comportement d'évitement mis en place.

Cela semble négatif, mais à ce moment là, rien n'est plus soulageant pour moi, car mon inquiétude, mon angoisse, ma panique, mes troubles du sommeil, ma mauvaise humeur, et toutes ces sensations physiques désagréables disparaissent au moment même où je décide de renoncer à mon projet. Et l'organisme apprend très vite : ne pas faire la conférence, l'éviter, va m'épargner beaucoup de désagréments.

Dès lors, le comportement d'évitement se renforcera tellement qu'il se manifestera automatiquement à chaque nouvelle confrontation à une situation de anxio-gène. Si plus tard je vais voir un hypnothérapeute qui utilise les TCC , travailler avec moi ce comportement d'évitement sera vraisemblablement le premier objectif du suivi thérapeutique.

### ***Au niveau physiologique***

Un deuxième niveau sur lequel le thérapeute pourrait intervenir serait sur ce que je ressens quand j'ai peur. Du fait que mon angoisse se soit fortement amplifiée, que je ne peux et ne veux pas éviter toutes les situations, je suis de plus en plus confronté à des attaques de panique. Ces angoisses et cette panique se font sentir dans mon corps d'une façon désagréable : des douleurs au niveau de la poitrine, des battements de cœur rapides (entre-temps je suis convaincu de souffrir de problèmes cardiaques), des vertiges etc. Ces sensations sont tellement désagréables que j'ai extrêmement peur de les revivre, car je n'ai aucun moyen

de les contrer. Mon thérapeute m'annonce que je présente une hyperventilation et qu'il va m'apprendre à contrôler ces sensations physiques déplaisantes.

### ***Au niveau des cognitions***

En dernier, au troisième niveau, seront prises en considération mes pensées.

Le thérapeute pourra m'expliquer que ma façon de voir les choses (rédiger un article, donner une conférence, mais aussi ce que je ressens) provoque mon angoisse. Par exemple si je ressens des douleurs dans la poitrine, je penserais aussitôt « ça c'est le début d'une crise cardiaque, j'ai vraiment de graves problèmes de cœur ». Les sensations physiques désagréables du niveau précédent, font naître en moi des interprétations alarmantes. Ces pensées automatiques attisent en moi une réaction de peur qui se traduit par une grande tension dans le corps, qui entraîne à son tour des sensations nouvelles déplaisantes (des picotements dans les doigts, une sensation d'étouffement) d'où un renforcement de la croyance que cela peut ressembler à une *crise cardiaque*. Je me sens pris dans un cercle vicieux d'attaque de panique tellement effrayant que je ne veux plus les revivre. Dans l'avenir je décide « sagement » d'éviter toutes ces situations qui peuvent déclencher une nouvelle crise.

Cela nous ramène au premier niveau, le comportement d'évitement et montre à quel point les trois facteurs s'influencent mutuellement. Le comportement, les composantes émotionnelles et physiologiques et la cognition sont non seulement les trois niveaux sur lesquels se manifeste la peur, mais aussi ceux sur lesquels le thérapeute comportemental cognitif peut construire son travail.

L'hypnothérapeute, de son côté, peut s'inspirer de ces trois domaines, en utilisant la riche histoire et les très vastes recherches empiriques des TCC. L'hypnose peut venir enrichir la pollinisation croisée par ses instruments hypnothérapeutiques uniques.

## ***Une première porte d'accès : agir différemment***

### ***Techniques de désensibilisation utilisant l'hypnose***

La désensibilisation systématique (DS) et la thérapie par exposition (TE) qui sont les deux techniques comportementales les plus répandues et les plus testées, illustrent bien cette dimension comportementale.

Ces deux techniques sont appliquées aussi bien in vivo qu'in vitro, mais dans la pratique, la DS est surtout utilisée dans le domaine de l'imaginaire, tandis que la TE est surtout mise en pratique dans des situations réelles.

La DS in vitro est une technique connue depuis longtemps et développée par Wolpe<sup>9</sup>.

Tout d'abord le patient apprend une méthode de relaxation. Puis il se représente de façon la plus réaliste possible une hiérarchie de situations anxiogènes (du plus facile au plus difficile) tout en gardant le sentiment de décontraction comme émotion antagoniste.

Au fond, nous retrouvons dans cette technique toutes les analogies avec une séance d'hypnose : un état de profonde relaxation, une fixation sur une scène imaginaire ainsi que la suggestion que la personne concernée est capable de gérer la même situation dans la réalité. En

hypnothérapie, des variantes de cette technique se sont développées et en élargissent fortement les domaines d'application. D'ailleurs il n'est pas toujours conseillé d'utiliser la relaxation comme réponse antagoniste: parfois les patients n'arrivent pas à provoquer la détente (notons le phénomène 'relaxation induced anxiety', c'est à dire le phénomène par lequel des personnes deviennent nerveuses lorsqu'elles doivent se détendre). Mais plus important encore, la relaxation comme réaction antagoniste n'est pas toujours indiquée. En effet, dans certaines situations, l'angoisse doit être réduite, tout en maintenant un certain degré de concentration: cette attention est requise lors d'examens, de prestations artistiques ou sportives, dans le cadre du travail, dans des circonstances sociales etc. Dans de telles situations, il est bien plus efficace de travailler avec un sentiment antagoniste fort et puissant comme la maîtrise de situations difficiles ou une bonne confiance en soi.

Cela se retrouve dans la technique du « freiner avec un fort ressenti<sup>10</sup> »

La procédure est la suivante : sous hypnose le patient revit une situation dans laquelle il se sentait bien et sûr de lui, comme si le monde lui appartenait. Ensuite, ce sentiment est graduellement renforcé sur une échelle allant de 0 à 10, jusqu'au moment où il se sente rempli d'un sentiment si fort et intense que rien ne peut le déstabiliser. Grâce à ce sentiment fort et intense en avant plan (et qui peut éventuellement être ancré), le patient reprend une par une la hiérarchie des situations anxiogènes, tout comme avec la DS.

Hormis cette technique il y en a encore d'autres moyens de travailler avec le principe des antagonismes d'une manière moins évidente, notamment avec l'humour. On peut demander au patient, lors d'une séance d'hypnose, de se représenter une situation phobique. On peut ensuite l'interroger sur ce qu'il ressent et le retranscrire sur une mélodie drôle tel qu'un refrain de Johan Strauss « An die schöne blaue Donau..... »

La sexualité peut aussi agir comme antagoniste de la panique. J'ai déjà décrit le cas d'un homme qui redoutait les examens médicaux longs et pénibles qu'il devait subir. Lors de ces moments, il pratiquait l'autohypnose en se dissociant adéquatement des interventions aversives en s'imaginant qu'il se trouvait dans les bras de sa bien-aimée.<sup>11</sup>

Si des idées irrationnelles se trouvent en avant-plan, alors la composante cognitive est la plus indiquée comme porte d'entrée. Là on peut s'inspirer de la technique de "coping desensitisation" de Borkovec<sup>12</sup> en tant que variante de la DS.

Dans ce cas-là, on enseigne d'abord au patient une technique de relaxation ou d'induction hypnotique. Pour chaque élément de la hiérarchie d'angoisse, il invente une phrase adéquate, une affirmation cognitive qui diminue l'angoisse.

Lors de la séance d'hypnose, le patient fait appel au premier niveau de sa hiérarchie d'angoisse (accompagnée d'une réaction émotionnelle/physiologique et cognitive qui va avec) jusqu'au moment où son angoisse se manifeste au premier plan. Puis il se répète sa phrase clé qui peut-être par exemple : « ce que je ressens est désagréable mais pas dangereux » ou encore « j'ai fait cela mainte fois à l'époque, sans aucune crainte, donc je sais pertinemment que je peux le faire ». Et cela, jusqu'à ce qu'il sente que l'angoisse s'éloigne. Ensuite on entame la deuxième situation anxiogène et ainsi de suite.

### ***Techniques d'expositions utilisant l'hypnose***

La deuxième technique de thérapie comportementale la plus utilisée est l'exposition à la situation redoutée. Le but est de supprimer la réponse anxieuse conditionnée.

Les stimuli phobiques peuvent être des situations (conduire sur l'autoroute), des objets (ustensiles contaminés), des animaux (araignées, oiseaux) mais aussi des stimuli intéroceptifs (des extrasystoles chez quelqu'un qui souffre d'une phobie cardiaque) ou des événements sociaux chez ceux souffrant de phobies sociales (réception, fête, réunion, etc. mais aussi plus spécifiquement un tremblement des mains, une transpiration excessive, rougir, etc.)

On met en place une hiérarchie des situations anxiogènes ou d'évitement en prenant en compte les variables suivantes : est ce que la situation est abordée seule, avec le thérapeute ou le partenaire ? Est-ce, au départ, on admet des moyens sécurisants : un portable pour l'agoraphobe quand il se promène tout seul dans un endroit isolé ou du Motilium pour un émétophobe avant de participer à un dîner copieux ?

On recherche ensuite des situations dans un cadre réel : conduire un petit moment sur l'autoroute, toucher des objets 'contaminés', traverser une place où se trouvent des pigeons, monter et descendre des escaliers plusieurs fois de suite (un bon exercice pour le thérapeute sédentaire s'il accompagne le patient), poser une question lors d'une conférence. Cette exposition permet de mettre en place une information corrective. Prenons le cas de quelqu'un qui craint de prendre l'ascenseur car il est persuadé que, s'il le prend, il va rester bloqué et personne ne sera capable de l'en libérer. Pendant la thérapie, il va prendre régulièrement l'ascenseur (exposition), sans qu'il arrive quoi que ce soit, et la proposition « si X alors Z » sera dissoute. Prendre l'ascenseur (stimulus conditionné) ne sera plus une prédiction pour une réaction de panique.

Bien que l'exposition soit décrite comme la méthode la plus adéquate pour le traitement des phobies, de plus en plus d'études récentes, ont mis l'accent sur le risque de rechute des patients (le phénomène de ROF : Return Of Fear). Si on observe les résultats des thérapies utilisant les techniques d'exposition<sup>13</sup>, la plus importante constatation réside dans le fait que l'exposition est très liée au contexte<sup>14</sup> : le patient apprend à maîtriser une crise d'angoisse dans une situation A (par exemple conduire sur l'autoroute dans les environs). Toutefois, cela ne se généralise pas toujours dans d'autres situations, dans des contextes semblables, par exemple dans la situation B (prendre l'autoroute à l'étranger, là où il n'y a pas toujours de bornes de secours). Le patient ne désapprend donc rien (il ne peut pas se dire : 'je n'ai plus l'angoisse de conduire'), mais il apprend quelque chose de nouveau qui est très conditionnée et liée au contexte ('j'arrive à conduire quand il fait jour, que je suis bien reposé et quand je peux appeler au secours en cas de nécessité').

Pour la pratique de l'exposition, afin que l'efficacité de l'approche soit maximale et que les risques de ROF soient évités deux variables doivent entrer en jeu :

Premièrement, que l'on applique l'exposition dans des contextes les plus diversifiés possible (par exemple, des endroits différents, à des moments différents, seul ou en présence de tierces personnes), tout en prenant en considération l'état émotionnel du patient (être fatigué, avoir la tête ailleurs ou au contraire être en pleine forme et optimiste). De cette façon, le processus de généralisation arrive petit à petit à se mettre en place. Ainsi, je peux conduire seul, même tard le soir quand je suis fatigué ou stressé, je peux le faire en ville, dans des endroits inconnus, dans le brouillard s'il le faut, et même à l'étranger.

Deuxièmement, que l'exposition entre dans un contexte d'acquisition plus large que la situation d'origine dans laquelle la crise d'angoisse se manifestait.

Du fait que des thérapeutes comportementalistes préfèrent appliquer l'exposition « in vivo », on comprend vite que cela semble une tâche interminable si on veut aller jusqu'au bout de chacune des angoisses du patient. Dans une pratique thérapeutique concrète, il est impensable de partir à la recherche de l'ensemble des différents contextes (d'autant plus qu'il faut répéter à plusieurs reprises une même situation et que la situation d'origine, pour autant qu'elle soit connue, est souvent introuvable.)

L'intégration des techniques hypnotiques peut jouer un rôle important dans ce domaine d'application et peut même évoluer vers une plus grande efficacité thérapeutique.

S'il est important de connaître le contexte d'acquisition d'une angoisse conditionnée, on peut faire appel aux techniques d'exploration hypnotique telle que la technique du « pont affectif » pour identifier la situation traumatique initiale.

Dans l'imagination, on fait revivre (graduellement), et si possible remanier, cette expérience à plusieurs reprises, jusqu'au moment où cela n'a plus d'effet.

### *Cas d'une jeune femme présentant une phobie des avions*

La « technique implosive de désensibilisation » de Edelstein<sup>15</sup> est une technique très appropriée dans ce domaine. Je me rappelle du cas d'une jeune femme qui avait obtenu une bourse d'étude pour l'étranger et qui présentait une phobie de l'avion qu'elle ne comprenait pas du tout. Cette phobie l'empêchait d'accepter cette possibilité de partir à l'étranger. Elle ne présentait pas des distorsions cognitives et n'avait jamais fait d'expérience négative à ce sujet. Du moins, c'est ce qu'elle pensait...

En explorant le terrain de son angoisse, on est retourné à un moment où elle était âgée de 5 ans. Elle était en voyage à Venise avec ses parents et attendait à l'aéroport le vol de retour.

Le vol avait été retardé à plusieurs reprises à cause du brouillard. Plus le temps passait, plus les tensions s'accumulaient pour cette petite fille, d'autant plus que sa mère, sûrement à cause du stress, commençait à tomber malade. Au milieu de la nuit, le vol a été annulé et ils ont tous passé la nuit à l'aéroport, sans avoir la certitude de pouvoir décoller le lendemain. La fillette épuisée, craignait de ne plus jamais revoir son petit chien qui était resté à la maison. Cette famille n'a plus jamais parlé de cet incident, et n'est plus jamais repartie en vacances en avion parce qu'ils prenaient la voiture pour pouvoir emmener leur chien. Ainsi, cet incident a été refoulé et elle ne se rappelait plus de cette expérience traumatique d'origine.

Pendant la séance d'hypnose, elle a reçu la consigne d'entrer dans la scène de l'aéroport et, en tant que femme adulte, de consoler l'enfant avec la sagesse qu'elle possède à ce jour.

Le fait de revivre et de recadrer cet incident a suffi pour lui laisser prendre l'avion quelques semaines plus tard.

Toutefois, même si le contexte d'acquisition de la phobie d'origine est connu, il n'est pas toujours possible de le rechercher pour pouvoir aller s'y confronter. Par exemple, un jeune homme présentant une émétophobie, avait contracté sa peur de vomir lorsqu'il était adolescent en voyant vomir un camarade. Il en était devenu lui-même malade. Rechercher une telle situation dans la réalité est évidemment impensable.

Il peut également s'agir de situations géographiquement inatteignables. C'est l'exemple d'un homme présentant un trouble panique sévère. La première fois que cela s'était produit, notre homme se trouvait dans un endroit éloigné en Afrique, quand tout d'un coup, il fut pris d'une diarrhée aiguë lui faisant peur de ne pas être secouru, peur pour sa vie.

Dans toutes ces situations, l'expérience traumatique d'origine ne peut pas être revécue dans la réalité, mais bien sous hypnose ; ainsi une forme intense d'exposition in vitro peut être appliquée.

Pendant la séance d'hypnose, on met l'accent sur l'événement par le biais de l'expérience sensorielle, permettant au patient d'immerger dans sa réalité imaginaire et de corriger l'expérience sur le niveau émotionnel.

Il ne faut pas oublier qu'un changement thérapeutique n'est pas seulement le résultat d'une notion modifiée, mais surtout d'une expérience émotionnelle corrigée.

Le moteur du changement est l'expérience vécue associée à un ressenti fort. C'est cela qui va finalement prouver au patient que ce qu'il craignait n'arrive pas et qu'il est tout à fait capable de gérer la situation.

Une deuxième indication de l'utilisation de l'hypnose est évidente, lorsque les thérapies par exposition in vivo s'avèrent difficiles à réaliser comme par exemple pour une phobie de l'avion ou une tokophobie (peur d'accoucher).

Une femme venant consulter pour une « peur atroce de l'orage », avait découvert lors d'une séance d'hypnose que lorsqu'elle était enfant, son père dans un accès de colère, avait violemment claqué la porte juste devant elle, provoquant le fracassement bruyant du verre de la porte. Cet orage symbolique s'était répété à plusieurs reprises dans le cadre familial. Si on avait à chaque fois besoin de l'aide du dieu Thor pour cette thérapie d'exposition cela pourrait devenir une bien longue thérapie ...

### ***Confrontation « in imagine » utilisant l'hypnose***

Une troisième indication pour pratiquer l'hypnose, en cas d'exposition, est de travailler le plus de contextes anxiogènes possibles.

Bien que l'exposition in vivo soit la méthode la plus indiquée, souvent ce ne sera pas possible avec toutes les variations. Dans ces cas-là, une confrontation in vitro par l'hypnose peut être une excellente alternative.

Pendant les séances, on peut enseigner au patient comment appliquer une procédure d'exposition ou de désensibilisation dans une ou plusieurs situations. Par exemple, quelqu'un présentant une phobie des oiseaux peut imaginer, lors de la séance d'hypnose chez le thérapeute, s'approcher d'oiseaux dans un zoo. Plus tard, il pourra l'exécuter in vivo. À la maison, il pourra reprendre la procédure dans des contextes différents qui, d'un point de vue pratique, ne sont pas toujours réalisables in vivo, mais qu'il peut s'imaginer. Ces variations de confrontation in vivo peuvent être présentées de façon crescendo : une confrontation solitaire avec les oiseaux, sans la présence du conjoint, dans la pénombre, lors de la période de couvaison lorsque les oiseaux sont les plus agressifs, dans une période où la patiente est plus sensible ou vulnérable.

Parfois même, certains patients n'osent pas se confronter à la moindre situation difficile in vivo. Grâce à l'hypnose, on peut travailler ces situations, comme un entraînement mental. Cela permettra ensuite aux patients de faire plus facilement un premier pas vers la situation réelle. En somme, le but de la thérapie d'exposition ne consiste pas tant à aller se confronter aux situations redoutées, qu'à « muscler » ses capacités de maîtrise, ce qu'on appelle en Anglais 'coping'.

## ***De l'évitement à l'action***

Pour cela il est important que le patient puisse '*faire*' quelque chose lors la confrontation : il doit pouvoir disposer de certaines habiletés telles que des techniques pour contrôler les crises de panique. Dans la thérapie comportementale classique, on ne précise pas assez l'importance de cet aspect. Au mieux, on apprend au patient une technique de relaxation comme sensation antagoniste. Via l'hypnose, on peut utiliser des techniques adéquates d'autocontrôle comme la technique du poing fermé de Stein<sup>16</sup>. Cela permet au patient de maîtriser la situation, en se référant à des émotions personnelles fortes tout en pouvant utiliser ses propres ressources. Cette approche alternative est surtout importante chez des patients à qui l'on prescrit des anxiolytiques tel que Xanax, Temesta, etc. Beaucoup de patients sont toujours en possession de ces médicaments, qui sont pour eux sécurisants. Ils les prennent de façon préventive lorsqu'ils affrontent des situations critiques. Toutefois, le désavantage en est que la maîtrise de la situation difficile est attribuée à un élément extérieur : 'j'ai réussi parce que j'avais pris mon médicament'. Par contre, l'application d'une auto technique de contrôle offre une attribution interne au succès : « j'ai réussi par mes propres moyens ». Pour la suite du processus thérapeutique, cette attribution interne entraîne une motivation intrinsèque et une attitude beaucoup plus combative.

## ***Une deuxième porte d'accès : sentir différemment***

Lorsque les personnes décrivent des crises d'angoisse, elles le font le plus souvent en terme de sensations physiologiques tels que : une oppression thoracique, une gêne respiratoire, des battements de cœur accélérés, des membres qui tremblent, des picotements dans les mains, des vertiges, etc. Il s'agit en fait des signes d'un stress physiologique (le fameux 'fight or flight response').

Comme mentionné précédemment, le patient souffrant de phobies a surtout peur de revivre ces aspects physiologiques de l'angoisse. Dès lors, il est très important de lui enseigner des compétences et techniques lui permettant de maîtriser ces aspects physiologiques là. C'est pourquoi on enseigne au patient des techniques de relaxation adéquates:

- a) comme sensation antagoniste dans les techniques de désensibilisation et d'exposition (voir plus haut)
- b) comme une façon de réduire le niveau de la tension générale. Les patients apprennent qu'ils peuvent appliquer des techniques de relaxation pendant la journée pour éviter que le niveau de tensions - dû à l'accumulation du stress - s'élève trop. Notamment lors de confrontations avec des situations anxieuses induites où ils peuvent alors très vite dépasser le seuil de panique au delà duquel il sera pour eux beaucoup plus difficile d'agir.
- c) comme un comportement de maîtrise dans des situations anxiogènes. Pour des raisons pragmatiques, je préfère proposer la méthode de relaxation progressive de Jacobson

parce que cette approche est plus facile à appliquer dans des moments de crise. Surtout la dernière phase, permettant de provoquer très concrètement et rapidement un réflexe conditionnel de relaxation musculaire lors de la confrontation à une situation anxiogène.

Toutefois, lors de moments de panique, il est plus difficile de se concentrer sur des sensations abstraites comme le calme, la chaleur et la lourdeur (Training Autogène). Il en est de même pour d'autres méthodes plus passives.

Une technique active est aussi moins aversive pour des gens qui ont un besoin aigu de contrôler tout ce qui est associé au « lâcher prise » et à une certaine forme de « passivité ». Ces patients là disent souvent que cette technique passive n'est pas assez proche de leur façon de fonctionner.

La meilleure technique de relaxation reste bien sûr celle où patient et thérapeute se sentent le plus à l'aise, à partir du moment où le patient peut aussitôt l'utiliser dans les situations requises.

Il apparaît dès lors évident que la respiration ventrale est une technique standard à apprendre aux personnes anxieuses. Ils peuvent l'intégrer facilement et c'est une méthode pratique à mettre en place en réponse au système nerveux parasympathique lors de situation anxiogène ou au moment d'une anticipation anxieuse. C'est notamment la méthode la plus indiquée pour des personnes souffrant d'hyperventilation (ce qui est souvent le cas de patients atteints de crises de panique). A but préventif, ils apprennent à ne pas inspirer trop d'air lors de situations critiques, mais plutôt à appliquer une respiration superficielle et ventrale tout en n'expirant pas trop vite. Pour cela, les patients peuvent effectuer un cycle de respiration en comptant jusqu'à trois lors de l'inspiration, jusqu'à trois lors de l'expiration et jusqu'à un pour instaurer une pause, ce qui évite d'inspirer trop d'air. Si le patient montre déjà des signes d'hyperventilation, il peut appliquer le 'contrôle respiratoire' en comptant jusqu'à trois pendant l'inspiration, jusqu'à six pendant l'expiration puis un temps de pause avant de reprendre un nouveau cycle de respiration. Pour prolonger encore d'avantage l'expiration le patient peut apprendre à siffler et pour ceux qui aiment la musique, fredonner une mélodie.

J'obtiens des bons résultats avec une méthode que j'ai développée pour interrompre ce cercle vicieux dans lequel le patient se trouve lors d'une crise d'hyperventilation. Ce cercle vicieux a une influence réciproque entre réactions cognitives et corporelles: une mauvaise respiration cause des effets physiques désagréables qui sont à leur tour étiquetés d'une façon catastrophique ('je n'arrive pas à m'en sortir, que faire si je m'évanouis, je vais avoir une crise').

Sur le plan corporel, il est proposé aux patients qu'ils arrêtent l'hyperventilation grâce à la respiration ventrale en utilisant la méthode de comptage, mais avec une variante de 'modification cognitive'. Ils comptent jusqu'à trois lors de l'inspiration, mais se disent une affirmation alternative, qui dure le temps de compter jusqu'à six, lors de l'expiration (par exemple « ce que je ressens est le résultat d'une fausse respiration », « ça passera vite car je sais comment réagir », « je dois respirer lentement et siffler s'il le faut » etc). Cette affirmation a pour effet de *renforcer* l'auto-contrôle et la confiance car il y a une maîtrise de la situation par le patient. Il est possible pour lui de s'entraîner à ces méthodes de « contrôle respiratoire » lors des séances d'hypnose avec le thérapeute. Dans un état de transe, le patient

imagine une situation dans laquelle une crise d'angoisse et/ou d'hyperventilation est probable. Ensuite il imagine le plus réellement possible comment il va appliquer sa maîtrise (technique de relaxation, respiration ventrale, techniques des phrases clés). Cette utilisation de l'hypnose n'est pas seulement une forme de suggestion post hypnotique, c'est aussi l'entraînement d'un réflexe mental de maîtrise. En effet, dans de situations de crise, les personnes sont souvent incapables d'agir logiquement ou raisonnablement. En cas d'urgence, il faut qu'ils puissent agir avec une sorte de protocole préétabli, qu'ils ont pu travailler avant.

On remarque également que les patients réagissent tardivement avant d'appliquer leurs techniques de relaxation. Ils ne voient pas venir l'accumulation des tensions de la journée (j'appelle cela la « structure d'un toit de tuiles ») et ils réagissent quand la crise d'angoisse est sur le point d'arriver ou qu'il est déjà trop tard.

C'est pourquoi j'apprend mes patients à identifier de plus en plus tôt les signes physiologiques de tension, crainte ou panique (respiration accélérée, soupirs fréquents, etc.). Ils apprennent également à identifier plus tôt les signes comportementaux (ne plus participer à une discussion, irritabilité, etc.) et cognitifs (idées noires, troubles de l'attention, etc.).

Si le patient identifie difficilement ces signaux, dans ce contexte aussi, on peut opter pour l'utilisation de l'hypnose. En transe, on propose au patient de revivre une situation récente ayant provoqué une crise d'angoisse. Le « film » est alors re-visionné pas à pas en commençant par le moment le plus dur. A chaque étape le patient décrit les signes qu'il reconnaît puis remonte ainsi au stade précédent, jusqu'à ce qu'il puisse identifier les tous premiers signes d'anxiété. Il lui est ensuite proposé un « pont vers le futur » lui permettant à l'avenir, lorsqu'il se retrouvera dans une situation similaire, de réagir cette fois ci beaucoup plus vite, en appliquant les techniques de contrôle qu'il connaît.

### ***Une troisième porte d'accès : penser différemment***

En se référant au modèle du traitement de l'information<sup>17</sup>, on peut observer que les personnes anxieuses présentent une distorsion cognitive systématique dans leur façon d'interpréter les stimuli anxiogènes externes (situations) et internes (réactions physiologiques). Ces distorsions sont typiquement présentes sous les formes suivantes :

- Des anticipations. L'agoraphobe se dit : 'je vais me retrouver dans un bouchon, j'aurai une crise de panique et personne ne pourra m'aider'.
- Des prédictions catastrophiques. L'émétophobe se dit : 'si nous sortons, les autres vont boire beaucoup trop, ils seront malades, vont vomir, et là je perds toute ma sérénité.'
- Des interprétations ('je me sens nerveux donc la situation est critique' ; 'la tache sur ma peau n'est pas normale c'est sûrement le début d'un cancer'; 'autrui baille pendant notre conversation donc je suis ennuyant')
- Des évaluations dichotomiques ('l'exercice thérapeutique n'a pas marché : je suis un cas perdu').
- Se tracasser de tout ce qu'on ressent (je sens que je redeviens peureux), mais surtout du fait qu'on se fait des soucis (je deviendrai encore dépressif dû à toutes ses tracasseries) ce qu'on appelle les méta-cognitions.

Ces ruminations ressemblent souvent à un état d'autohypnose négative. Les patients se focalisent tellement sur ce qu'ils pensent ou ressentent qu'ils en atteignent ainsi un état de

dissociation dans lequel ils se donnent des suggestions négatives. Par exemple, une personne souffrant de phobie sociale pourra se répéter sans cesse : ‘pendant la fête, je ne serai pas à l’aise, et les gens ne vont pas m’apprécier. En plus, dans le restaurant, je tremblerai et tout le monde le remarquera’. Ces prédictions deviennent des suggestions post hypnotiques.

En faisant appel à l'hypnothérapie, les patients se rendent compte des corrélations entre leurs cognitions (voir les exemples plus haut), leur impact au niveau émotionnel (tension, crainte, panique) et leur action comportementale (à cause de l’anticipation négative, notre ami présentant une phobie sociale se sentira en effet bien tendu pendant la fête, et probablement tremblera-t-il dans le restaurant).

L’intervention hypnothérapeutique enseigne aux patients le schéma ABC de la thérapie cognitive. Par exemple pour un agoraphobe se retrouvant en situation stressante (A) beaucoup de pensées (B) traversent son esprit (« que faire si je suis pris d’une crise, je ne peux pas fuir, qu’est-ce que les gens vont penser, c’est terrible, je deviens fou ») ce qui provoque un état de panique (C). Le fait de s’en rendre compte est crucial pour le patient, parce qu’il pensait que C (la crise d’angoisse) était le résultat d’une confrontation avec A. Ainsi il évitait A à tout prix et systématiquement, et lorsqu’il s’y confrontait c’était avec beaucoup d’angoisse.

Maintenant il réalise que B est la raison de son malaise et que ce sont ses cognitions qui feront l’objet de nos interventions thérapeutiques.

Si dans une relation thérapeutique classique, on demande au patient à quoi il pense dans une situation d’angoisse, il ne saura pas dire. Une telle activité cognitive se passe très souvent de façon pré consciente. L’avantage de l’hypnose c’est qu’on se rend très vite compte de ces pensées spontanées et automatiques. Cette prise de conscience est le premier pas vers l’approche hypno-cognitive.

Un deuxième pas consiste pour le patient à modifier ses cognitions liées à l’angoisse par des alternatives plus réalistes, adaptées et constructives. En hypnose on dispose pour cela de la technique de ‘l’ego state’ : « nous savons maintenant ce que dit la partie anxieuse qui est en vous, mais comment réagit votre « moi courageux » dans cette situation ? Comment réagit ce moi tenace, ce moi fort, ce moi réaliste, que vous connaissez bien dans les situations Y ou Z (situations dans lesquelles cette partie de la personne est bien dominante) ? »

L’entretien thérapeutique classique provoque souvent chez les personnes anxieuses beaucoup de résistance dès qu’on leur parle des cognitions irrationnelles et cela entraîne souvent des discussions interminables. L’approche hypnotique évite de telles situations.

Un troisième pas est l’application de pensées alternatives dans une situation difficile : muni d’un mode de pensée plus réaliste ainsi que de techniques de contrôle telle que la relaxation, le patient est alors plus armé pour faire face aux situations redoutées dans la réalité. Ce troisième pas aussi peut être exercé lors de séances d’hypnose : le patient imagine la situation (A), il se répète les cognitions alternatives (B) jusqu’à ce qu’il en ressente l’effet bénéfique (C) de se confronter à la situation et de la maîtriser. Ensuite il procède à l’application ‘in vivo’, ce qui permet l’expérience la plus bénéfique : l’approche à travers la confrontation. C’est en prenant des risques, en allant se confronter à la réalité, que l’expérience émotionnelle (*vécue comme différente par le patient*) permettra de se débarrasser de ce qui a toujours été redouté. Le comportement modifié (confrontation au lieu d’évitement) mène à une nouvelle compréhension, une compréhension émotionnelle, basée sur l’expérience personnelle du vécu. Ainsi on quitte cette troisième porte d’accès (*penser*) par la première (*faire*) pour entrer à

nouveau par la deuxième (*sentir*) et passer de nouveau à la troisième (*penser*). Du cercle vicieux de l'anxiété, le patient passe, par le contrôle et la libération de la confrontation, à une spirale vertueuse ascendante.

---

<sup>1</sup> INSERM, Psychothérapie, trois approches évaluées, Paris, Editions Inserm, 2004. en World Health organisation, Treatment of Mental Disorders, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1993

<sup>2</sup> Power K.G.; R.J.Simpson, V. Swanson, L.A. Wallace, Controlled comparison of the pharmacological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *British Journal of General Practice*, 40, 289-294, 1990.

<sup>3</sup> Andrews G., The management of anxiety, *Australian Prescriber*, Vol 14, nr.1, pg. 18, 1991.

<sup>4</sup> Clarke J.C. & Jackson, A.J. Hypnosis and Behaviour Therapy, New York, Springer, 1983.

<sup>5</sup> Van Craen W. Hypnose et thérapie cognitive, *Phoenix*, 11/12, 53-55, 1990

<sup>6</sup> Van Rillaer J. , Les thérapies comportementales. Paris, Bernet-Danilo, 1995.

<sup>7</sup> Cottraux J. , Les thérapies cognitives. Paris, Retz, 2001.

<sup>8</sup> André C., Clinique et traitement des troubles anxieux: un état des lieux., *La Lettre des neurosciences*, n°26, 19-21, 2004.

<sup>9</sup> Wolpe J., Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press, 1958

<sup>10</sup> Van Craen W., Relaxatie en zelfhypnose in de praktijk. (La pratique de la Relaxation et de l'Autohypnose), Louvain, Acco, 2000.

<sup>11</sup> Van Craen W., Sexuele fantasieën als antagonist bij anti-angstprocedures (L'utilisation de l'imagination sexuelle comme antagonisme dans une procédure de désensibilisation hypnotique). *Trans*, 12/2, 1996.

<sup>12</sup> Borkovec, T. D., & Mathews, A. , Treatment of non-phobic anxiety disorders: A comparison of non-directive, cognitive and coping desensitisation therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 877-884, 1988.

<sup>13</sup> Eelen P., Hermans, D. & Baeyens, F., Learning perspectives on anxiety disorders. In : E.J.L. Griez e.a. (eds), Anxiety disorders: An introduction to clinical management and research (pp 249-264). London, John Willey & Sons, 2001

<sup>14</sup> Rodriguez, B.I. e.a. , Context specificity of relapse: effects of therapist and environmental context on return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 845-862, 1999

<sup>15</sup> Edelstien M.G., Trauma, trance and transformation; a clinical guide to hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1981

<sup>16</sup> Stein C., The clenched fist technique as a hypnotic procedure. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6/2, 1963

<sup>17</sup> Mirable-Sarron C. et Rivière B. Précis de thérapie cognitive. Dunod, 1993