

L'HYPNOSE ET LES TROUBLES ANXIEUX

Daniel Smaga, Nicole Cheseaux, Alain Forster, Denis Rentsch, Nicolas de Tonnac, Stefano Colombo

Résumé

Cet article décrit quelques applications de l'hypnose comme technique efficace dans la prise en soins de patients souffrant de troubles anxieux.

L'hypnose peut d'abord être utile pour viser un meilleur contrôle de l'anxiété par la relaxation.

Elle permet également d'anticiper un événement phobogène. Troisièmement, elle est décrite comme technique de mentalisation et d'intégration d'un vécu traumatique permettant de prévenir des symptômes anxieux post-traumatiques.

Introduction

L'hypnose est une très ancienne technique de thérapie en médecine et en psychothérapie dont on retrouve des éléments dans les procédés de guérison utilisés par les Sumériens 3000 ans avant notre ère.

Elle est associée à un grand nombre de fantasmes, assimilée à un moyen magique de résoudre des problèmes, d'influencer les individus. L'état de transe hypnotique est caractérisé par des signes physiologiques et psychologiques, la modification du rythme cardiaque et respiratoire, un sentiment de paix et de détente. L'attention est focalisée sur une sensation, une image ou un lieu précis. L'hypnotisé reste conscient et tous ses sens sont en éveil. La transe hypnotique induite par le thérapeute est un moment qui appartient au patient. On parle d'état de conscience modifié où l'imaginaire prend le dessus avec la possibilité de transformer un contexte négatif en quelque chose de positif. Avec ses limites, jamais sans risques, l'hypnose est un outil thérapeutique dans les mains du patient, une technique où l'hypnotiseur fournit à l'hypnotisé les «outils» pour construire son mieux-être.

Dans cet article, nous décrirons quelques aspects de la technique hypnotique pour traiter les troubles anxieux.

L'hypnose dans le traitement des troubles anxieux

Les symptômes primordiaux des troubles anxieux sont le déclenchement par des situations ou des objets bien précis (externes au sujet) d'une sensation de peur sans dangerosité actuelle. Son intensité peut varier d'un sentiment d'insécurité à la terreur. Les préoccupations du sujet peuvent être centrées sur des symptômes isolés tels que des palpitations ou une impression d'évanouissement et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou. L'anxiété n'est pas atténuée par le fait de savoir que la situation en question n'est pas considérée comme dangereuse ou menaçante par les autres. La simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une peur anticipatoire. La peur focalise l'attention du sujet qui ne parvient plus à prendre de la distance et du recul face à ses craintes. L'espace psychique du sujet est entièrement envahi par l'anxiété.

Abord des troubles anxieux par l'hypnose

L'hypnose peut être utilisée comme une thérapie de soutien visant avant tout la relaxation pour un meilleur contrôle de l'anxiété. Elle est également efficace pour anticiper et contrôler les affects liés à l'événement anxiogène, ou comme technique intégrative d'un vécu traumatique.

Ces différentes utilisations de l'hypnothérapie peuvent être exclusives ou complémentaires.

Pour les troubles anxieux, l'induction lente par fixation d'un point dessiné sur la main est souvent la mieux indiquée. Elle permet au thérapeute de reconforter le patient sur sa capacité à préserver un contrôle sur ce qui se déroule durant l'induction et de le rassurer en insistant sur le fait qu'il reste conscient, qu'il est dans un cadre de consultation, qu'il continue à percevoir tout ce qui l'entoure. Il peut ainsi se détendre en toute sécurité.

Cette forme d'induction est particulièrement utile chez les patients présentant une forte anxiété se manifestant par un état de perpétuel «qui-vive», d'une plus grande nervosité et de réactions de sursauts exagérées.

L'hypnose comme thérapie de soutien pour le contrôle de l'anxiété

L'usage de l'hypnose comme thérapie de soutien pour le contrôle de l'anxiété permet au patient d'avoir un meilleur contrôle sur les symptômes anxieux. Les patients qui souffrent de syndrome de stress post-traumatiques, par exemple, ou les patients ayant vécu des violences dans l'enfance entrent spontanément dans des états dissociatifs similaires à l'état de transe hypnotique. On peut suggérer au patient qu'il a un talent pour l'hypnose. Il peut utiliser ce talent à son profit. Malgré son mal-être initial, il peut se détendre et vivre une expérience de relâchement, de bien-être dans son corps en toute sécurité. Cette expérience contraste avec son vécu habituel de tension intérieure. La lévitation du bras comme les expériences d'anesthésies ou d'engourdissements d'un doigt ou de la main sont utilisées pour confirmer cette capacité de contrôle sur une partie de sensations qu'il rencontre au travers de son corps. L'hypnose permet de faire vivre au patient une expérience immédiate de bien-être et de sérénité dans l'ici et maintenant. Ce vécu sensoriel différent renforce la possibilité d'envisager un changement.

La base de la technique hypnotique inclut la relaxation, la possibilité de focaliser son attention sur un lieu sûr (*safe place* en anglais) et des suggestions. Durant la première séance, la recherche de ce lieu sûr et relaxant permet d'ouvrir un espace où le patient se sent protégé des pensées intrusives dont il souffre. Cette utilisation élémentaire de l'hypnose aide le patient à se relaxer et à augmenter son sentiment de bien-être. Dans cette optique, l'hypnose est considérée comme une thérapie plutôt palliative que curative.

Les rôles respectifs du thérapeute et du patient évoluent habituellement au cours du traitement, généralement limité à quelques séances. Si, au départ, le patient a souvent une position passive face aux consignes du thérapeute qui le guide par ses suggestions, l'enseignement de techniques d'autohypnose vise à lui permettre d'être rapidement

autonome dans sa pratique. Le thérapeute passe ainsi du statut de guide à celui d'accompagnateur, jusqu'à ce que sa présence ne soit plus nécessaire. L'acquisition de cette capacité à se détendre en rejoignant par la pensée un lieu sécurisant offre au patient une ressource précieuse qui participe souvent à une restauration du sentiment de sécurité, de confiance en soi mais aussi fréquemment d'estime de soi.

Cette nouvelle ressource peut devenir un moyen efficace de lutter contre l'anxiété.

L'hypnose comme technique pour anticiper et faire face à un événement phobogène

Dès que le patient a bien investi le traitement hypnotique et établi une relation de confiance avec le thérapeute, l'hypnose peut servir à l'aider à anticiper un événement phobogène.

Une technique consiste à lui suggérer qu'il peut vivre l'événement anxiogène par l'intermédiaire d'un écran de télévision, par exemple, où il voit un film relatant la situation anxiogène. En début de séance, on fait tester ce système en lui suggérant qu'il a la télécommande de la vidéo dans la main et qu'il peut à tout moment arrêter l'image et se retrouver dans un lieu sûr et réconfortant. Le patient raconte alors ce qu'il voit sur l'écran. La relation thérapeutique joue un rôle essentiel dans ce type de travail. Le patient doit se sentir particulièrement en confiance pour parvenir à surmonter son anxiété. Il doit être convaincu que le thérapeute joue un rôle à la fois protecteur et bienveillant. Le thérapeute ne cherche pas à tout prix à faire imaginer l'événement phobogène. Il aide le patient à pouvoir maîtriser son vécu d'impuissance et de peur qui le hante. Une première vignette clinique décrite par le Dr Nicole Cheseaux illustre ce processus.

Vignette clinique 1

Madame X. qui doit bénéficier d'une tumorectomie sous anesthésie générale précédée d'un bilan d'extension en médecine nucléaire est adressée par son chirurgien à la consultation d'hypnose dans le Service d'anesthésiologie des HUG. En effet, cette patiente présente une anxiété majeure lors de confinement. Suite à une expérience passée traumatisante, la patiente a développé une phobie des ascenseurs, des transports publics et de tout espace restreint comme le scanner, l'IRM ou encore le masque à oxygène de l'anesthésiste. Elle accepte l'éventualité d'un traitement par l'hypnose proposé par son chirurgien.

La première consultation a lieu environ un mois et demi avant l'intervention. Après une anamnèse médicale détaillée et une discussion cadrée sur ses ressources, ses hobbies et sur la description de ses perceptions corporelles en lien avec la difficulté, le thérapeute explicite et valorise ses compétences qui lui avaient permis de créer «des exceptions» face au stimulus anxiogène. Des objectifs progressifs sont co-décidés au fil des quatre séances programmées. Lors de cette consultation, en privilégiant le recadrage de la difficulté, le renforcement des ressources internes et l'introduction de la notion de plus petit changement significatif, le thérapeute utilise la communication hypnotique appelée aussi «hypnose informelle».

La deuxième consultation privilégie la relaxation corporelle et la construction du *safe place* (endroit de sécurité, calme et confortable choisi dans les souvenirs ou imaginé par

la patiente). La patiente glisse en hypnose suite à l'utilisation des outils hypnotiques proposés : une induction par fixation d'un point (canal sensoriel visuel) associée à la focalisation sur sa respiration (canal sensoriel cinesthésique).

Lors de la séance suivante, la patiente est amenée à se projeter dans le futur en vivant sous hypnose son déplacement de sa chambre, dans l'ascenseur et jusqu'au bloc opératoire. La patiente est ainsi exposée à sa difficulté comme lors d'une désensibilisation en allergologie (métaphore). Dans son état hypnotique, la porte de l'ascenseur reste fermée et elle ne peut pas entrer dans l'ascenseur. En fin de séance, la patiente verbalise que quelles que soient les circonstances elle ne pourrait pas y entrer. La séance se poursuit par l'apprentissage de l'autohypnose en créant également des ancrages physiques de «calme», «concentration», «confiance» et «contrôle». A la quatrième et dernière séance en autohypnose et après avoir activé les ancrages physiques, la patiente entre réellement dans l'ascenseur accompagnée du thérapeute ; c'est le principe d'immersion. Surprise et fière de son succès, elle a pu affronter avec calme les investigations en médecine nucléaire, l'opération, l'anesthésie et surtout le transport en ascenseur, qu'elle ne prenait plus depuis 40 ans.

L'hypnose comme technique d'intégration

La technique d'intégration vise à permettre au patient de vivre l'événement anxiogène et les affects qui y sont associés dans un cadre sécurisant. Elle permet de retrouver des éléments oubliés ou réprimés en relation avec le trouble anxieux et de les réintégrer dans le vécu du sujet. La technique d'intégration vise à induire une nouvelle vision de la situation anxiogène et du vécu affectif qui lui est lié. La confiance que le patient porte au thérapeute lui permet de revivre la situation phobogène différemment. Ce nouveau vécu plus serein va lui permettre d'affronter la situation dans la réalité sans être débordé par ses émotions. Ce processus est illustré par une seconde vignette clinique décrite par le Dr Nicolas de Tonnac.

Vignette clinique 2

Il s'agit d'une jeune femme, d'une trentaine d'années, d'origine nord-africaine et qui vit à Genève, employée des organisations internationales. Elle est célibataire, toute sa famille habite en Afrique du Nord.

Un matin en sortant de chez elle, elle traverse la rue sur un passage protégé et un bus de touristes débouche d'une rue avoisinante et la renverse. Elle est conduite à l'hôpital où des lésions au niveau de son genou droit sont constatées. Elle n'a pas subi d'autres dommages corporels et notamment pas de trauma cranio-cérébral avec perte de connaissance. Trois jours après son hospitalisation, l'équipe soignante me demande d'intervenir auprès de cette patiente avec comme motif de consultation : insomnies, anxiété, dépression ?

En me portant au chevet de la patiente, je constate effectivement qu'elle souffre d'insomnies en raison de cauchemars fréquents mais qu'elle fait aussi des flash-backs au cours desquels elle voit comme dans un arrêt sur image, une roue du bus qui l'a renversée et qui s'apprête à l'écraser. A ce moment-là, elle décrit un état de frayeur où elle se met à crier, ce qui impressionne évidemment beaucoup les infirmières. Par ailleurs, elle présente un état d'hypervigilance avec une labilité émotionnelle sous forme de crise de larmes. Une tentative de médication sous forme de benzodiazépines est restée sans succès. L'interview de la patiente montre que tout d'abord elle n'a pas perdu

connaissance et qu'elle se souvient parfaitement du bus qui surgit et qui la renverse. A la suite de cela, elle ne se souvient plus de ce qui s'est passé mais ses souvenirs reprennent quelques instants plus tard alors qu'elle est sur le trottoir avec des gens autour d'elle et le sentiment particulier d'être comme dans un univers cotonneux. Elle a le sentiment d'être décalée, entend les gens autour d'elle parler un peu comme dans un rêve. Le fait qu'elle n'ait pas perdu connaissance, selon les dires des témoins, et qu'il manque cependant un souvenir précis de ce qui s'est produit une fois qu'elle a été renversée par le bus jusqu'à ce qu'elle se retrouve sur le trottoir avec les passants autour d'elle, démontre qu'elle a dû se trouver dans un état dissociatif profond. Ce qui incite à penser qu'elle était dans un état dissociatif profond est lié au fait que lorsqu'elle a vu surgir le bus qui la renversait, elle a eu la conviction profonde qu'elle allait mourir. Nous sommes donc en présence d'une symptomatologie accompagnée d'une anamnèse concordant avec le diagnostic d'état de stress aigu. Après discussion avec cette patiente et les explications que je lui ai fournies concernant son état actuel, je lui ai proposé une séance d'hypnose et qu'en fonction de sa réponse nous ferions une nouvelle séance d'hypnose au cours de laquelle j'explorerai l'événement traumatique dans son ensemble, y compris la partie amnésiée. La patiente ayant bien répondu à la première séance, nous avons immédiatement entrepris une deuxième séance qui s'est avérée être immédiatement curative. Effectivement, lors de la séance, la patiente a pu décrire avec beaucoup d'émotion (pleurs) le déroulement de l'accident, y compris ce qu'elle avait pensé, à savoir «c'est triste de mourir loin des siens» et la description du dessous du bus qui continuait sa course y compris la petite échelle située à l'arrière de ce dernier. A la fin de la description de l'événement, je l'ai faite sortir de sa transe et j'ai constaté les faits suivants : la patiente était totalement détendue mais en même temps totalement épuisée comme si toute la tension à laquelle elle était soumise avait enfin cessé, n'avait plus lieu d'être et qu'elle pouvait se reposer. A la suite de cela, nous étions en fin d'après-midi, elle a dormi jusqu'au lendemain. Tous les symptômes avaient disparu et j'ai revu la patiente pour vérifier le fait qu'elle était effectivement guérie de son état de stress aigu.

Hypothèse sur le fonctionnement de la technique d'hypnose au cours de ce traitement : L'entrée dans un nouvel état dissociatif induit par le thérapeute permet une reconnexion avec le matériel «amnésié» de l'histoire de cette patiente. La verbalisation permet à ce matériel d'être exprimé mais aussi accueilli par le thérapeute. Il se produit alors possiblement l'équivalent de ce qui se passe lorsqu'un individu raconte une mésaventure à un tiers, ce qui lui permet d'user de son sens critique pour le réduire à l'état de souvenir, déconnecté de sa réalité effrayante, comme s'il était désactivé ou désactualisé. Un parallèle peut également être fait avec la survenue de manifestations de l'inconscient à travers le rêve évoqué lors des cures analytiques.

La question du mécanisme de cette «désactivation» d'un souvenir qui se manifestait sous forme de flashback et de cauchemars demeure. Il ne peut s'agir uniquement du sens critique du patient étant donné qu'après la séance, il n'aura pas forcément plus de souvenirs de l'événement qu'au décours du traumatisme lui-même ? Il n'en demeure pas moins que la technique d'hypnose reste efficace en ce qui concerne la désactivation de ce matériel «enkysté» même si le mécanisme précis reste flou.

Cette vignette montre à quel point la technique d'hypnose est utile précocement dans les situations de stress aigu permettant probablement d'éviter la persistance d'une symptomatologie qui, dans sa chronicisation, aboutira à un état de stress post-traumatique.

Indication et contre-indication de l'hypnose

Plusieurs paramètres peuvent jouer un rôle dans la pratique de l'hypnose médicale chez un patient atteint de trouble anxieux. L'expérience du thérapeute dans la technique hypnotique joue un rôle majeur, ainsi que la qualité de la relation thérapeutique.

L'évaluation de la personnalité du patient et de la flexibilité de ses défenses psychiques donne une idée des capacités de changement durant un traitement par l'hypnose.

Lorsque le thérapeute a des doutes sur l'efficacité de l'hypnose pour un patient, il est préférable de ne pas recourir à ce type de thérapie. Pour les personnes présentant une structure de personnalité limite ou psychotique, l'hypnose doit être utilisée avec circonspection et seulement lorsque l'alliance thérapeutique est déjà bien établie et de bonne qualité. En général, les difficultés d'induction sont moindres lorsqu'on utilise des techniques permissives et lorsqu'on rassure le patient sur ses possibilités d'autocontrôle.

Conclusion

L'hypnose est une technique qui mérite d'être envisagée pour la prise en charge des troubles anxieux dans un contexte de psychiatrie de liaison. Elle doit être insérée dans un processus thérapeutique qui tienne compte de toutes les répercussions du trouble sur le patient, sa famille et son entourage.

Elle peut donner de très bons résultats si elle est intégrée dans une réflexion et une compréhension globale des mécanismes psychologiques mis en jeu.

Bibliographie

1. ↑ • CIM-10/ICD-10 – Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, 10e révision. Organisation mondiale de la santé. Paris : édition Masson, 1994.
2. ↑ • **Erikson MH**. *L'hypnose thérapeutique, quatre conférences*. Paris : éditions E.S.F., 1998.
3. ↑ • **Institut romand d'hypnose clinique**, (IRHYS), www.irhys.ch
4. ↑ • **La Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH)**, www.smsch.ch
5. ↑ • **Malarewicz JA**. *Cours d'hypnose clinique, étude éricksoniennes*. Paris : éditions E.S.F., 1990.
6. ↑ • **Malarewicz JA, Godin J, Erikson MH**. *De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris : éditions E.S.F., 1986.
7. ↑ • **Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE**. *Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder*. *Am J Psychiatry* 1988;145:301-5. [Medline]
8. ↑ • **Stuman RK, Bliss EL**. *Posttraumatic stress disorder : hypnotizability, and imagery*. *Am J Psychiatry* 1985;142: 741-3. [Medline]
9. ↑ • **Traité d'hypnothérapie**. *Fondements, méthodes, applications*. Sous la direction de Antoine Bioy et Didier Michaux. Paris : Dunod, 2007.

[*] à lire [******] à lire absolument