

« Etats hypnotiques » et « Etats pathologiques » : **analogies et stratégies**

Docteur Eric Mairlot – Belgique

Mots clefs : états pathologiques, phénomènes « hypnotic-like », auto-hypnose négative, troubles de la transition (transe-ition), auto-ancrage, double-ancrage, auto-hypnose.

Nous viserons d'abord à mettre en évidence les analogies que l'on peut trouver entre certains processus pathologiques et les processus hypnotiques. Cette présentation est le fruit de deux observations : *premièrement*, les médecins et autres thérapeutes ne connaissant pas l'hypnose posent d'emblée la question de ses indications. Or, lorsqu'on parcourt la littérature scientifique, on est surpris par l'extrême diversité des pathologies et problèmes traités par l'hypnose clinique même si une partie de ces problèmes répondent probablement davantage à la suggestion qu'à l'hypnose thérapeutique proprement dite (c'est-à-dire comprenant a priori une modification de l'état de conscience). Ainsi, si l'on considère l'hypnose sous l'angle de l'hypnotisme, c'est-à-dire comme un outil utilisable au sein d'un modèle thérapeutique quel qu'il soit (systémique, analytique, cognitivo-comportementaliste humaniste ou autre), les indications de l'hypnose deviennent extrêmement larges : car chaque psychothérapeute, quel que soit son modèle, peut y intégrer l'hypnose. Secondement, on observe en hypnose thérapeutique des améliorations plus efficaces et des « guérisons » plus rapides dans certaines classes de pathologies. Des études publiées ont démontré l'importance de l'hypnotisabilité du patient (habilité hypnotique) dans le traitement de certaines pathologies psychosomatiques (c.f. les études publiées sur les **migraines** : Cedercreutz, C., Lahteenmaki R., & Tulikoura J. (76,78), **l'asthme** : Collison, D.R. (68) ; les **douleurs chroniques**, lombaires et du trijumeau : Hilgard, E.R. (84) ; la **nausée** et les **vomissements** de la grossesse : Apfel, Frankel, F.H. & Orne, M.T. (86) ; les **allergies** : Ikemi, Y. & Nakagawa, S. (62). Parmi les problèmes d'ordre plus PSYCHOLOGIQUE, Frankel et Orne (76) ont montré que les phobiques étaient également de meilleurs sujets hypnotiques que la moyenne. John et Perry l'ont démontré pour les **boulimiques**

(83). Quant aux Spiegel (78) ils défendent la thèse selon laquelle l'hypnotisabilité devient un indice du type de pathologie qu'un individu serait amené à développer ! Faria avait déjà énoncé cette vision synergique en 1819. Ainsi, de même que l'on parle habituellement des « **états* hypnotiques** », on peut parler « **d'états* pathologiques** » comme les **états de panique**, états phobiques, états automatiques (pensées et comportements automatiques : **T.O.C.**), états boulimiques, **post-traumatiques**, voire états psychosomatiques. On retrouve cette synergie, à des degrés divers, dans les 9 exemples que nous décrivons succinctement ci-dessous. De façon pragmatique on peut ainsi prévoir que la plupart des patients se présentant avec ces formes de pathologie, ont de très bonnes capacités hypnotiques. Ils peuvent donc être plus susceptibles d'évoluer favorablement dans le contexte d'une hypnothérapie; ceci pourra intéresser ceux qui prescrivent une thérapie et éclairera le pronostic et la stratégie thérapeutique pour l'hypnothérapeute lui-même.

Bas de page * le mot « état » est une habitude verbale dans le domaine de l'hypnose, on devrait parler de « processus ».

C'est aussi une bonne nouvelle pour ces patients car s'ils se perçoivent leurs « crises » comme une perte de contrôle subie, ils réalisent grâce à cette nouvelle conceptualisation d'allure auto-hypnotique qu'ils produisent eux-mêmes leurs symptômes à leur insu et donc qu'ils possèdent également à leur insu les moyens d'arrêter leur crise par des mécanismes d'auto-contrôle hypnotique ; l'hypnothérapeute est là pour le leur faire découvrir.

Voici les 9 exemples.

◆ 1. L'attaque de panique

Dans le déroulement d'une crise de panique, on observe la survenue brusque d'une série de symptômes que l'on peut décrire comme des **phénomènes idéo-dynamiques** **, décrits en hypnose car ces symptômes sont des phénomènes que l'on peut suggérer au cours d'un processus hypnotique par des suggestions aux muscles lisses et striés (phénomènes idéo-moteurs : tachycardie, hypertension

artérielle, tensions musculaires, tremblements), suggestions de chaleur, de manque d'air (idéo-sensoriels), suggestions de peur ou d'angoisse (idéo-affectifs), suggestions de perte de contrôle corporel (peur de mourir ou de « tomber en syncope ») ou mental (peur de devenir fou) (idéo-cognitifs), et suggestions d'hypersudation (idéo-sécrétoires), suggestions post-hypnotiques produisent la peur de la peur et facilitent ainsi la survenue de la crise suivante. Si nous décrivons ces analogies au patient on peut l'amener à comprendre ses symptômes sous l'angle des interactions existant entre ses pensées (auto-suggestions) et ses sensations, ses émotions et ses comportements, en lui faisant sentir combien ces interactions sont facilitées par un état modifié de conscience. On recadre ainsi son impression de perte de contrôle, qu'il vit comme pathologique et qui ne fait bien entendu qu'aggraver son angoisse. En effet, au lieu de subir son symptôme comme surgissant de l'extérieur de lui, le patient réalise qu'il produit lui-même son angoisse, au moyen de mécanismes de contrôle non-volontaire analogues aux mécanismes hypnotiques. L'apprentissage du processus hypnotique et de ses différents phénomènes, comme le phénomène idéo-affectif produit par l'évocation d'un souvenir agréable (bien-être) ou sécurisant (relaxation...), avec le thérapeute sera une sorte de **familiarisation** avec les modifications de l'état de conscience qu'il subissait sans s'en rendre compte comme une perte de contrôle. Cela permet au patient d'appivoiser les phénomènes auto-hypnotiques positifs, pour ensuite gérer ses symptômes qui peuvent être redéfinis comme les phénomènes d'une auto-hypnose négative. Ainsi lors d'une séance hypnotique, on peut suggérer au patient l'un de ses symptômes pour lui apprendre à trouver de nouveaux contrôles indirects, et l'on peut procéder ainsi avec chacun de ses symptômes (ex. : palpitations cardiaques, peur de la mort, etc...).

Bas de page ** **définition d'un phénomène idéodynamique** : *il fait partie des capacités basales de l'esprit humain, il structure la phase initiale de la réalisation d'une idée, que ce soit d'un mouvement où l'on parle de phénomène idéo-moteur, l'idée d'une sensation, phénomène idéosensoriel, d'une émotion : phénomène idéo-*

affectif, d'une auto-idée : phénomène idéo-cognitif. Bernheim considérait que toute suggestion était le résultat de l'achèvement d'un processus idéo-dynamique.

A l'instar de Jules César (cité par M.H.Erickson dans sa conférence sur la douleur) que « diviser pour régner » permet une gestion progressive de l'état pathologique. En fait, cette gestion devient rapidement globale car si l'on travaille d'emblée le symptôme majeur de l'état de panique, c'est la séquence auto-hypnotique de la crise qui ne se produit plus : pour un patient par exemple, ce symptôme sera son vécu tachycardique qui produisait son angoisse de mourir ; pour une autre ce sera sa dyspnée ; pour un autre encore sa peur de s'évanouir ou sa sensation de paralysie (catalepsie), etc...

◆ 2. Les crises phobiques

Lorsqu'on observe un patient qui entre dans sa situation phobique, il semble hypnotisé par la situation phobogène : en effet, il s'hypnotise sur la situation ou l'objet de sa phobie, en **rétrécissant** son champ de conscience, notamment perceptif. Observons par exemple l'agoraphobe qui marche dans la rue : il avance rapidement en regardant le sol juste devant lui, comme s'il portait des œillères, il veut **éviter** de rencontrer du regard quelque chose d'angoissant, mais alors il ne perçoit pas ce qui se trouve autour de lui ; c'est pourquoi il sursaute au moindre bruit ou lorsqu'il croise un inconnu : c'est sa manière à lui de s'induire son état anxieux.

On peut définir par **PHENOMENE HYPNOTIC-LIKE** un fonctionnement pathologique survenant hors du contexte hypnotique classique et analogue à ce qu'en hypnologie on décrit comme phénomène survenant en état hypnotique, spontanément ou suite à la suggestion.

Quant aux **phénomènes hypnotic-like** de l'anxiété phobique, prenons le temps de les examiner l'un après l'autre :

Exemples de phénomènes physiques : (en hypnose puis en crise phobique)

1. **Catalepsie musculaire** : la sensation d'être pétrifié, paralysé, le regard fixe, l'impression d'une incapacité de bouger, la crispation.
2. **Distorsions perceptives** : 2 exemples visuels : un phobique peut repérer une araignée sur un rideau à 15 m de lui (augmentation de l'acuité visuelle), une écharpe peut produire l'effet d'un serpent dans le cas d'une phobie de ces animaux (distorsion visuelle + hallucination), exemple auditif dans la phobie des bruits comme les aboiements de chien (forte augmentation de l'ouïe).

Exemples de phénomènes psychiques :

1. **Hypermnésie** de situations phobiques pénibles dans le passé : le phobique se souvient très précisément des situations où il s'est angoissé.
2. **Amnésie** de situations antérieures surmontées ; le sujet oublie les réussites qu'il a pourtant obtenues dans certaines situations phobiques.
3. **Distorsion temporelle** : le temps peut sembler durer beaucoup plus longtemps (dilatation) dans un trajet d'ascenseur ou dans une file d'attente pour un claustrophobe.
4. **Accès à l'émotionnel** : l'angoisse survient extrêmement rapidement.
5. **Baisse des inhibitions** de la pensée rationnelle, perte du sens critique. (« *L'avion va s'écraser* », « *je vais mourir tellement j'aurai peur...* »).
6. **Hallucinations** positives ou négatives : « *Mon corps se vide de mon sang* » ou est « *parcouru par un courant électrique qui me tétanise* »...
7. **Suggestions post-hypnotiques** à la fin d'un état phobique : le sujet se dira par exemple « *si je reprends l'ascenseur, mon cœur va lâcher* ». Il construit ainsi sa phobie par un comportement d'évitement en réponse à son auto-suggestion.
8. **Dissociation** de tous les stimuli sécurisants ou des repères perceptifs (rassurants) de la pensée critique, dissociation de la probabilité de non-danger (le patient n'intègre pas la très grande probabilité que rien de dangereux ne se passe) ou même dissociation du danger réel de la situation phobogène : ainsi, pour éviter un danger phobique, le patient prend irrationnellement de véritables risques. Prenons l'exemple de cette patiente phobique de la conduite en voiture

qui traversait la ville à grande vitesse pour être plus vite arrivée ! (Je pus traiter rapidement cette patiente en saisissant la « **ficelle hypnotique** » de la distorsion temporelle : lors d'un processus hypnotique, elle répondit à la suggestion de contraction temporelle : ensuite elle se mit à conduire prudemment et lorsqu'elle arriva à destination, la suggestion d'être surprise d'être arrivée si vite fut opérante).

◆ 3. Le syndrome de stress post-traumatique (P.T.S.D., E.S.P.T.)

Il s'agit également d'une pathologie très parlante. Voici ce qu'en dit une clinicienne du Stress Team de la Gendarmerie rencontrant ce type de troubles dès leur apparition : « *Les patients sont déjà en transe, c'est comme s'ils étaient encore dans la situation, comme bloqués dans l'événement vécu. Il est facile d'induire chez eux un état hypnotique, puisqu'ils sont déjà dans cette auto-hypnose négative.* » On constate que ce terme d' « auto-hypnose négative » apparaît de plus en plus souvent dans le langage des hypnothérapeutes depuis l'ouvrage « New Hypnosis » du Professeur Daniel Araoz. Le schéma du Dr Philippe Bourgeois permet également de mieux saisir un aspect important de la genèse hypnotique du PTSD. Ce schéma reprend la théorie des éthologues : un animal face au danger a le choix entre attaquer ou fuir (« fight or flight »), avec comme troisième option l'immobilité « freeze ». Quand l'être humain ne peut ni fuir, ni attaquer, il ne peut que rentrer dans cet « état cataleptique » (phénomène hypnotique classique)... il se sent paralysé et se dissocie alors d'une réalité jugée insupportable en entrant dans une auto-hypnose protectrice, souvent accompagnée d'un autre phénomène hypnotique : l'amnésie totale ou partielle. Celle-ci peut d'ailleurs être levée dans un état hypnotique induit par la suite, ce qui appuie encore l'analogie entre le processus pathologique et le processus hypnotique. Par contre, si ce mécanisme de protection hypnotique échoue, cela entraîne le plus souvent une hypermnésie multisensorielle de l'événement traumatique, qui peut se répéter toute une vie. Ce moment de reviviscence du trauma est analogue à une forme d'auto-hypnose. Le renouveau de l'hypnose dans ce XX^{ème} siècle trouve d'ailleurs son origine dans la 2^{ème} guerre mondiale : devant le nombre impressionnant de PTSD chez les soldats, les psychiatres américains ont utilisé l'hypnose afin de dissocier les émotions de la

situation traumatisante, permettant à 70 % d'entre eux de réintégrer leurs rangs ! Or, si ces spécialistes firent alors appel à l'hypnose, c'est non seulement à cause de la lenteur des psychothérapies à dominante verbale de type psychanalytique, mais aussi parce qu'ils avaient l'intuition que ces patients souffraient **dans** un état modifié de conscience et donc, que le meilleur accès à ce terrain était l'hypnose, puisqu'elle opérait sur un **terrain analogue**.

◆ 4. Les troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.)

Ces problèmes permettent également de saisir un lien entre la production des symptômes et l'état modifié de conscience. En effet, les idées obsessionnelles intrusives ne surgissent-elles pas comme des **suggestions idéo-motrices directes** ou **indirectes** entraînant irrésistiblement des actes automatiques et répétitifs ? Et ces rituels, de par leur répétition, n'entraînent-ils pas un **approfondissement** de l'état auto-hypnotique négatif du patient, lui permettant par exemple de mettre à distance des émotions comme l'angoisse ?

◆ 5. Les crises boulimiques.

Une patiente boulimique se décrit souvent dans un **état « second »**, où elle fonce sur la nourriture comme une **automate** ; elle avale en **perdant la notion du temps**, en perdant de vue le contexte extérieur, la situation et l'émotion préalable (**dissociation**) ; elle se bourre de bonbons (**régression en âge**), et même si elle avale des spaghettis non-cuits, elle ne ressent ni douleur, ni même parfois le goût (**analgésie, anesthésie**). Souvent elle oublie également ce qu'elle a mangé (**amnésie** de la quantité et de la qualité des aliments ou de la crise elle-même). J.Vanderlinden et W.Vandereycken, dans leur best-seller de 1997 sur les troubles du comportement alimentaire, décrivent leur impression que la plupart des patientes sont figées dans un état d'auto-hypnose négatif, répétant continuellement toutes sortes de suggestions et de messages négatifs. A travers ce processus de « fixation mono-idéatoire » (Kaffman, 1981, 1991, Kaffman et Sadeh, 1989), l'image de soi négative et les symptômes alimentaires qui leur sont reliés (tout comme les autres

comportements perturbés) sont maintenus comme une sorte de prophétie négative auto-réalisée.

Prenons 2 exemples de stratégie efficace, (J.Vanderlinden).

1. Exemple de tâche : planifier une crise ou plusieurs par semaine à heure fixe avec une nourriture déterminée (Vanderlinden choisi une nourriture non-appréciée par le patient) : cette procédure vise à réexpérimenter pour la première fois une sorte de contrôle sur ses crises mais on peut aussi prévoir que cette prescription de la crise va modifier la pré-induction de l'auto-hypnose négative et donc va modifier le début de la séquence et le déroulement de la crise. Ainsi, au lieu de subir une auto-hypnose symptomatique pour la *ixième* fois, la patiente apprend activement à modifier les phénomènes hypnotic-like de son état boulimique.

Le sujet peut donc être surpris que le comportement automatique de vomissement généré habituellement par la crise, ne se produise pas (d'autant plus d'ailleurs si l'on prescrit que le vomissement se fasse devant un miroir).

2. Exemple de séance hypnothérapeutique : après une induction hypnotique, la patiente doit imaginer qu'elle est en train de faire une crise boulimique (on peut l'y aider avec des suggestions reprenant la description de sa dernière crise) mais cette fois on lui suggère de trouver le moyen de s'empêcher de vomir. (En thérapie comportementale on appelle cette procédure : exposition avec prévention de la réponse). Donc on commence la séquence hypnotique et on l'interrompt avant la fin.

En fait ce vécu imaginaire de la crise est facilité par l'état modifié de conscience de la crise. Par contre, étant vécu in vitro, il est revécu avec une autre conscience c'est-à-dire un état modifié de conscience suffisamment différent que pour que les phénomènes hypnotic-like de la crise habituelle se produisent différemment. L'une de mes patientes, célibataire de 30 ans, a vécu cela lors de la 3^{ème} séance d'hypnothérapie (4^{ème} séance de thérapie), et après 15 ans de boulimie régulière : elle arrêta ces crises du jour au lendemain !

L'hypnothérapie dura encore de nombreux mois par contre, car l'absence de ces crises démasqua toutes les angoisses ainsi évitées depuis son adolescence et qui concernaient la **transition** vers l'âge adulte.

◆ 6. En psychosomatique.

De nombreux « états psychosomatiques » peuvent être décrits (états coliques, états migraineux ou douloureux d'autres origines, états hypertensifs, états arythmiques, états acouphéniques, états hyperventilatoires, ...). Les plus frappants sont *les états allergiques*, prenons l'exemple de l'**état asthmatique**. La première fois que j'ai pu reproduire ces phénomènes idéo-moteurs (bronchoconstriction et vasodilatation dans les muqueuses) et probablement idéo-sécrétoires, en séance d'hypnose, c'était avec un garçon de 12 ans, asthmatique, allergique à 19 allergènes. Avec son accord, je l'ai aidé à visualiser un chat en hypnose : cela a suffi pour déclencher une crise. Grâce à ce vécu hypnotique, il a acquis un extraordinaire sentiment de contrôle : il savait maintenant comment **provoquer** ce qu'il **subissait** jusque-là, et donc il savait également comment arrêter les crises pouvant survenir dans le futur. D'ailleurs, après un an d'auto-hypnoses faites à chaque début de crise, celles-ci ne survinrent plus, comme si son subconscient avait pris le relais ; et il pu interrompre alors totalement sa médication. A noter que la séquence d'auto-hypnose se simplifia de plus en plus au cours du temps, pour se résumer à la fin à une position assise de quelques secondes (il avait donc juste besoin de « se poser » quelques instants, pour retrouver un « équilibre psychosomatique »).

◆ 7. Certaines bouffées délirantes (à titre indicatif)

A ce sujet, j'ai pu observer qu'un patient pouvait à certains moments de sa vie, se déclencher lui-même une bouffée délirante par de longues fixations visuelles des variations de la peinture d'un mur sans du tout savoir qu'il s'agissait d'une technique **d'induction** hypnotique. Il vivait alors des hallucinations analogues aux hallucinations hypnotiques, et allait jusqu'à la déréalisation pendant plusieurs heures voire plusieurs jours (cf. **dissociation**).

◆ 8. Evoquons également les troubles sexuels (« états sexiques »):

Voici un exemple typique d'auto-hypnose négative. Alors que, pour la 3^{ème} fois, j'interrogeais un patient, souffrant d'une perte d'érection juste avant la pénétration, sur ce qu'il se disait en lui-même avant le coït, celui-ci persistait à me répondre qu'il ne se disait rien de particulier, et que « *l'érection partait toute seule* ». Il rapporta cette question à sa compagne irrité par mon insistance, et elle lui répondit : « *Mais bien sûr que tu dis souvent : ça ne va pas tenir* ». Voilà une auto-suggestion particulièrement « puissante », car pour arriver à l'amnésie d'une phrase prononcée fréquemment à voix haute, il faut l'aide d'un « bon » état modifié de conscience ! Il pu donc comprendre la « puissance » de l'auto-suggestion et l'utiliser ainsi au service de ses objectifs.

◆ 9. Les états dépressifs

Je vous renvoie à la théorie de M.Yapko de San Diego sur la « transe dépressive » comme étant une forme d'auto-hypnose négative avec auto-suggestions dévalorisantes sur soi, négatives sur l'avenir, hypermnésie des échecs et des souvenirs pénibles , amnésie des réussites et des côtés positifs de sa personnalité, dissociation de certaines émotions (le fait que le sujet ne parvient plus à pleurer est reconnu comme un signe de gravité) et dissociation de certains domaines de la réalité extérieure, somatisations, ...

Dans la continuation de cette approche phénoménologique *, je propose de regrouper un certain nombre de ces problèmes ainsi que d'autres formes de problèmes sous un vocable fonctionnel : Les Troubles de la Transition (entendez « transe-ition ») Cfr. Doc 4

◆ Une hypothèse personnelle sur la genèse de nombreuses phobies.

Nous terminerons par une hypothèse susceptible d'expliquer la présence d'un terrain de modification de conscience dans certaines phobies, et probablement même à l'origine de certaines phobies dans deux cas de figure : le premier est le plus classique.

Une situation inconnue surgit ; or nous savons que l'effet de surprise est un grand inducteur d'états modifiés de conscience (on peut d'ailleurs l'utiliser pour induire un état hypnotique).

De la même façon, la perte des repères anciens face à l'irruption d'un contexte nouveau peut induire un état modifié de conscience. Si cette situation inconnue est vécue comme un danger potentiel, l'angoisse survient et augmente encore la confusion, ce qui contribue à approfondir l'état modifié de conscience (auto-hypnose négative). Ce trauma phobogène peut être ponctuel, mais il peut également survenir par la répétition d'événements analogues insuffisamment métabolisés. Quelle qu'elle soit, la situation traumatique s'imprime alors (empreinte hypnotique) ; elle peut être encore accessible à la conscience et identifiée en tant que causalité de la phobie, ou ne pas l'être, la phobie est alors considérée comme complètement irrationnelle. Par la suite, dès que le sujet perçoit dans une situation concrète une analogie avec la situation d'origine, il y a reproduction d'éléments du **premier** « *processus hypnotique négatif* » qui suggère automatiquement les émotions qui y étaient vécues. On sait que dans le mode de fonctionnement hypnotique la pensée procède par analogies et associations ; d'où certaines associations parfois très lointaines.

Ainsi, la situation phobique peut ne plus offrir de lien logique apparent avec le trauma initial : cela permet de voir la théorie du déplacement de Freud sous un autre angle.

Le second cas de figure générant une phobie est plus original. Notre hypothèse est basée sur l'observation d'un certain nombre de patients phobiques ; elle permet d'expliquer pourquoi des événements mineurs, c'est-à-dire sans aspect traumatisant, peuvent néanmoins provoquer des phobies, voire des PTSD. Ce qui vient produire l'angoisse et l'effet traumatisant est l'état modifié de conscience qui **soit précède** la situation traumatique et que l'on retrouve par anamnèse, **soit accompagne** une situation de façon inadéquate, ou vécue comme telle a posteriori.

La première situation est plus simple. Le mécanisme sous-jacent peut même expliquer certains PTSD non-crédibles pour les experts des assurances car d'apparence fort disproportionnés ; en voici un exemple : « *vous vous trouvez dans une situation particulièrement calme ... ou particulièrement agréable ... sur une*

plage ou dans un parc ou ailleurs ... vous y ressentez une sensation de bien-être de plus en plus intense ... qui s'accompagne d'un sentiment de sécurité dans lequel vous vous laissez aller confortablement ... étendu, détendu ... » Tout à coup, un chien passe sur votre ventre en aboyant, et s'en va, sans même vous mordre. Vous risquez de développer une phobie des chiens, parce que vous vous trouviez déjà dans une auto-hypnose induite par une situation confortable et sécurisante en apparence : cet état modifié de conscience vous rendait plus réceptif et donc plus impressionnable.

Ainsi, l'effet de surprise approfondit pendant quelques instants cet état auto-hypnotique, et l'effet de contraste émotionnel **transforme** l'insouciance en angoisse. Des éléments cognitifs s'impriment alors et vous hypersensibilisent.

La deuxième situation est plus complexe mais assez fréquente. C'est le cas où une situation déclenche un état modifié de conscience dont la tonalité émotionnelle est vécue plus ou moins longtemps après comme ayant été en inadéquation avec la situation. Ce mécanisme peut être conscient ou inconscient. On pourrait nommer cet événement phobogène l' « événement rétrospectif ».

En voici un exemple parlant : celui de ce patient, homme d'affaires voyageant souvent en avion, qui se retrouve un jour dans un petit bi-moteur en Asie dans des conditions aériennes extrêmement turbulentes ; alors que les autres passagers, blêmes, s'accrochent à leur siège, lui éprouve une sorte de plaisir intense à se sentir « *comme dans des montagnes russes* ». Un mois plus tard, lors d'un vol sans aucun danger apparent, il éprouve sa première angoisse phobique : il s'agrippera à son siège durant tous les vols suivants. Que s'est-il passé ? Il a vécu une situation à risque (reconnue comme telle a posteriori) dans un état d'insouciance, et même d'euphorie : état modifié de conscience au cours duquel il s'est **dissocié** du danger, et s'est **associé** à une idée de situation non-dangereuse voire euphorisante pour lui : un souvenir de petit garçon, ses premières montagnes russes à la foire avec son père. Un mois plus tard, dans une situation analogue, non-dangereuse (il a pu se produire une minuscule turbulence, perçue de manière subliminale), une idée ou une sensation déclenche soudain une peur rétrospective, par la prise de conscience fugace du danger vécu dans le bimoteur (prise de conscience vite amnésiée). A ce

moment, l'auto-hypnose négative provoque une dissociation par rapport à la probabilité du non-danger. Dès lors, cette situation de vol et les suivantes sont vécues irrationnellement comme dangereuses. On rencontre également de nombreux phobiques qui, dans leur adolescence, étaient des « casse-cou » ayant pris toutes sortes de risques dans une insouciance naïve, et ne s'expliquant pas pourquoi ils se mettent à avoir « peur de tout » bien des années après (je pense par exemple à de nombreuses phobies en voiture). Leur problème ne vient pas nécessairement des risques réels qu'ils ont pris, mais de leur interprétation rétrospective. Ces phobies peuvent alors se montrer d'autant plus résistantes au traitement ou sujettes à rechutes que l'on ne tient pas compte des sentiments qui se sont associés à cette interprétation : le sentiment de culpabilité par rapport au plaisir vécu dans le danger, ou par rapport au laisser-aller psychologique et corporel procuré par l'insouciance ; cela peut être vécu comme une honte de leur naïveté antérieure, qui les fait s'imaginer comme des êtres fragiles.

Une résistance fréquente peut donc venir de ce que le patient associe (consciemment ou inconsciemment) la guérison avec un retour dans le passé, à cet état sans peur où l'insouciance devient synonyme d'imprudence très dangereuse. La phobie occupe alors une fonction de frein auto-protecteur par trop inhibant et la guérison représente un danger. On peut utiliser alors des stratégies comme la projection dans le futur, le problème résolu, pour investiguer les risques, les limites et les avantages de la guérison ; ou encore les suggestions post-hypnotiques paradoxales ou les prescriptions de tâches visant soi-disant à limiter le plaisir qui risquerait d'être vécu lorsque le patient « sera » guéri de sa phobie.

◆ Conclusion générale

Cette manière de voir certains troubles au travers de cette grille de lecture hypnotique permet de poser l'hypothèse que le fonctionnement de ces phénomènes pathologiques nécessite un état modifié de conscience pour être symptomatique. On comprend mieux pourquoi certains problèmes et symptômes peuvent être assez résistants aux psychothérapies purement verbales (du moins celles appelées « non-directives »), puisque ces dernières ne travaillent pas sur le même terrain que celui de la crise pathologique. Elles ne donnent donc pas assez d'accès à ces

phénomènes pathologiques (signes et symptômes) que l'on peut appeler phénomènes hypnotic-like. **Premier corollaire** : l'intérêt de recourir dans ces cas à l'hypnose thérapeutique qui donne l'accès au travail de ces phénomènes pathologiques. **Le deuxième corollaire** est l'effet de recadrage, pour le patient, de cette redéfinition de ses troubles. D'une part, il réalise que ce qu'il croit subir passivement, c'est lui-même qui le produit activement (reprise d'un sentiment de contrôle) ; d'autre part, il comprend **comment** il génère et aggrave ses symptômes (auto-suggestions et processus auto-hypnotiques « négatifs »). Il va donc pouvoir apprendre comment modifier et gérer ses troubles avec un thérapeute qui va l'aider à se familiariser avec les processus hypnotiques (négatifs et positifs), puis à apprendre des stratégies thérapeutiques et auto-hypnotiques. **Troisième corollaire, pour le thérapeute** : écouter son patient avec cette grille de lecture « hypnotique » permet de saisir plus facilement le processus pathologique à partir duquel il va bâtir sa stratégie de traitement des problèmes : il pourra choisir d'aborder l'angle émotionnel ou le sensoriel, le cognitif ou le comportemental, et/ou l'état modifié de conscience ; pour l'hypnothérapeute, **les phénomènes hypnotic-like** principalement utilisés par le patient seront les fils conducteurs de son travail en hypnose ; l'art du thérapeute revient ainsi à saisir la ou les bonnes « *ficelles hypnotiques* » qui permettront de dénouer le nœud du problème.

Dr.Eric Mairlot

Neuropsychiatre des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles
Ancien Président de la Société belge d'hypnose en langue française
Président de l'Institut de Nouvelle Hypnose et de Psychosomatique

◆ Bibliographie

1. ARAOZ Daniel (1985, 1995) *The New Hypnosis*., Brunner/Mazel, New edition Aronson
2. BOURGEOIS Philippe, *Le rôle des états modifiés de conscience et des émotions induites dans l'évocation des informations liées à un état*, Phoenix Editions
3. CEDERCREUTZ, C., LAHTENMAKI R., & TULIKOURA J. (1976). *Hypnotic treatment of headache and vertigo in skull-injured patients*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 24, 195-201.

4. CITRENBAUM, M.E., KING, M.E., COHEN, W.I. (1985). *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control*. London, Norton & Company Ltd.
5. COLLISON, D.R. (1968). *Hypnotherapy in the management of asthma*. American Journal of Clinical Hypnosis, 11, 6-11
6. EDGETTE John H. et EDGETTE Janet Sasson, *Manuel des phénomènes hypnotiques en psychothérapie*, éd SATAS 2001.
7. FRANKEL, F.H. & ORNE, M.T. (1976). *Hypnotizability and phobic behavior*. Archives of General Psychiatry, 33, 1259-1261.
8. HALEY J., *Un thérapeute hors du commun*, Desclée de Brouwer/Epi, Paris, 1984
9. HILGARD, E.R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New-York : Harcourt, Brace & World.
10. HILGARD, J.R. (1979). *Personality and hypnosis : a study of imaginative involvement*. Chicago : University of Chicago Press, (2nd edition) (originally published in 1970).
11. IKEMI, Y. & NAKAGAWA, S. (1962). *A psychosomatic study of contagious dermatitis*. Kyushu Journal of Medical Science, 13, 335-350.
12. JOHN, R. HOLLANDER, B. & PERRY, C. (1983). *Hypnotizability and phobic behavior : Further supporting data*. Journal of Abnormal Psychology, 92, 222-228.
13. MAIRLOT E. (1992). *Pour une métaphore efficace, une méthode régressive progressive*. Phoenix N°15, p.43-47.
14. MAIRLOT E., *Des états pathologiques aux états hypnotiques en passant par les troubles de la transe-ition, de Sensus : actes du 2^{ème} Forum francophone d'hypnose et de thérapies brèves*, Tome 1, Editions de l'Arbousier, 145-154, 2001, éd.de l'Arbousier
15. ROSSI E., *Psychobiologie de la Guérison*, Hommes & Perspectives/Desclée de Brouwer, Epi, Paris, 1994.
16. SPIEGEL, H. & SPIEGEL, D. (1978). *Transe and treatment : Clinical uses of hypnosis*. New York : Basic Books.
17. VANDERLINDEN J. et VANDEREYCKEN W., *Traumatismes et troubles du comportement alimentaire*, éd.Satas 2000, *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*, Brunner/Mazel, Inc. , 1997, p121, 122

18. YAPKO, Michaël, *When Living Hurts*, New York, 1988.
19. YAPKO, Michaël, *Hypnosis and the Treatment of Depressions*, 1992, Brunner/Mazel
20. YAPKO, Michaël, *Treating Depression with Hypnosis*, 2001, Brunner