HYPNOSE ET THERAPIE COGNITIVE*

par WILFRIED VAN CRAEN**

L'application de l'hypnose dans la thérapie comportementale est bien connue [cf. Kroger & Fezler (1976) ou Clarke & Jackson (1983)], par contre, la relation entre l'hypnose et la thérapie cognitive reste encore à explorer. Pourtant, on ne peut plus ignorer la thérapie cognitive ; une exclamation telle que "psychology is going cognitive" est un indicateur de cette "révolution cognitive". La productivité importante aussi bien du point de vue de la recherche que de la littérature cognitive actuelle, en sont d'autres.

Chertok écrit dans son livre récent sur l'hypnose : "Il est indubitable que les hypothèses cognitivistes; si elles permettent pas aujourd'hui aux spécialistes de différents champs de travailler ensemble, leur permettent dès maintenant de mobiliser leurs résultats, de leur conférer un nouveau type d'intérêt, de les organiser de manière cohérente de telle sorte que tous contribuent à la plausibilité, et bénéfient en retour de son prestige.

C'est pourquoi, s'il est prématuré aujourd'hui de prévoir quelles questions fécondes pourrait dans l'avenir produire le cognitivisme, il est incontestable que, dès aujourd'hui, il constitue un pouvoir avec lequel tous les champs qu'il entend mobiliser doivent compter." (Chertok & Stengers, 1990).

Il n'est pas très clair de savoir à qui appartient le "territoire cognitif", et pour sortir de cette confusion on tente souvent de faire la distinction entre les théoriciens de la psychologie cognitive (les auteurs de la psychologie expérimentale et sociale) et les psychothérapies cognitivistes (Ellis, Beck, Meichenbaum, etc.)

La relation entre l'hypnose et la thérapie cognitiviste peut être considérée à partir de deux points de vue différents. D'une part il y a des théoriciens de l'hypnose qui ont adopté le regard de la psychologie cognitiviste pour expliquer le phénomène de l'hypnose pour compléter ou enrichir leurs interventions psychothérapeutiques. D'autre part, il y a des thérapeutes cognitivistes qui ont adopté le regard de l'hypnose pour compléter ou enrichir leurs interventions psychothérapeutiques.

Etant quelqu'un qui travaille sur le terrain, et non un chercheur expérimental, je m'intéresse surtout à cette dernière approche.

Bien que le but de cet exposé ne soit pas de ré-ouvrir la discussion, je veux malgré tout situer en quelques mots la première approche : ici se situent les théoriciens de l'hypnose qui considèrent l'hypnose comme un processus de restructuration cognitive. En celà, ils s'opposent à la conception traditionnelle de l'hypnose. L'auteur le plus célèbre entre ceux-ci est sans doute Barber.

Pour lui et ses collaborateurs l'état hypnotique ou "transe" n'est plus l'effet d'une induction qui produit un état "particulier" dans lequel le sujet éprouve une suggestibilité augmentée. Pour lui, la "transe" est plutôt la conséquence d'attitudes positives, de motivations et d'attentes du sujet envers la situation expérimentale. Il nous montre que le protocole d'induction n'est pas neutre et qu'il informe le sujet sur ce qu'on attend de lui.

Sur la base de ce qu'ils appellent un "cognitive-behavioral viewpoint" (Barber, 1969, Barber et coll., 1974), Barber et ses collaborateurs démystifient de manière convaincante tous les phénomènes classiques de l'hypnose comme par exemple. les modifications physiologiques, le contrôle de la douleur, les regressions, les hallucinations visuelles etc., et les expliquent comme étant le résultat de la volonté du sujet, de réfléchir et d'imaginer sur les thèmes suggérés.

Je ne veux pas non plus ici reprendre le vieux débat de l'oignon et de l'artichaut, c'est-à-dire le débat entre ceux, qui comme Barber, comparent l'hypnose à l'oignon (qu'on pèle : on lui enlève une peau après l'autre et enfin il ne reste rien) et ceux qui, comme Orne, comparent l'hypnose à l'artichaut (qu'on pèle et qui à la fin cache son coeur, une essence).

Pour une discussion plus profonde, je vous suggère de lire le commentaire remarquable sur la question dans la publication récente de Chertok (Chertok & Stengers, 1990)

Araoz (1981), lui, s'est inspiré des recherches expérimentales de Barber et collaborateurs, et bâtit à partir de là une méthodologie clinique pragmatique. Araoz estime que l'hypnose est essentiellement une forme de restructuration cognitive, aussi peut-on utiliser des procédés et des techniques hypnotiques pour réaliser des modifications cognitives.

Pour Araoz, et ce à l'opposé des comportementalistes, les cognitions contiennent toutes les activités mentales qui entrent en jeu dans la perception, l'évaluation et l'interprétation. Ceci inclut aussi bien les activités mentales conscientes qu'inconscientes. Sa méthode du "Négative Self-Hypnosis", décrite surtout pour des problèmes sexuels (Araoz, 1988), mais aussi applicable pour d'autres plaintes, est inspirée du travail de Meichenbaum, Beck et Ellis.

Il s'agit d'abord de détecter, pour ensuite le restructurer, le "négative processing" qui se déroule dans la tête du patient de manière inconsciente (comme par exemple : des affirmations de soi négatives, des autoverbalisations ou des visualisations défaitistes).

Dans une première phase, Araoz utilise un état de transe, afin de détecter plus facilement les cognitions subconscientes négatives. Ensuite, il demande au sujet, toujours dans un état de transe, d'amplifier ses pensées, images, impresions, jusqu'au moment où le sujet réalise leurs effets émotionnels et devienne conscient du processus d'autohypnose négative. Après on va développer des cognitions alternatives avec des techniques comme par exemple l'«ego state» de Watkins, pour en fin de compte les appliquer dans la visualisation d'une scène où le sujet maîtrise son problème.

L'approche hypno-cognitiviste d'Araoz, fait partie de ce qu'il appelle le mouvement du "new hypnosis". Il prétend que ce mouvement découle de l'école de Nancy, où Bernheim affirmait en 1884 que l'hypnose était l'effet d'une suggestion et où il définissait la suggestibilité comme l'habilité de transformer une pensée dans un acte. Quand Emile Coué, l'inventeur de l'autosuggestion se disait : "chaque jour à tout point de vue j'irais de mieux en mieux" et quand il visualisait en même temps le comportement souhaité, est-ce qu'il était en train de faire de l'«auto"hypnose» ou de l'auto-

* Lezing gehouden op het "Colloque sur L'hypnose", Université Paris X-Nanterre, 6-8/6/1990

restructuration cognitive, de l'hypnothérapie ou de la thérapie cognitive ? Septante ans plus tard, on entendra dire les mêmes choses à des patients, par un psychothérapeute américain, qui aura une grande influence sur la psychologie clinique : Albert Ellis. Il appelait sa méthode : "Rational Emotive Therapy" (R.E.T.). Beaucoup d'autres auteurs se sont inspirés de son travail et cela a donné naissance au mouvement de psychothérapie cognitiviste. Beck développe sa "cognitive psychotherapy", qui devient une approche préférentielle pour le traitement des dépressions et, plus récemment, aussi pour des problèmes d'angoisse,. Meichenbaum développe son "Stress Innoculation Training", Cautela et Bandura développent des théories sur l'apprentissage cognitif et D'Zurilla et Goldfried proposent leur modèle de "solutions des problèmes".

Le commun dénominateur est la façon dont l'être humain traite l'information de manière active. L'organisme ne réagit pas à l'environnement réel mais à ce qu'il capte en tant qu'organisme spécifique à partir de cet environnement.

Quant au traitement il doit donc repérer et transformer ces distortions cognitives et les schémas dysfonctionnels sous-jacents.

Ellis prétend qu'un grand nombre de troubles psychologiques proviennent d'interprétations fausses et irrationnelles que le sujet développe à propos de ses conduites et de celles des autres. Le pôint de vue se rattache aux philosophes Stoïciens de la Grèce Antique : "les hommes sont moins perturbés par le événements que par la façon irrationnelle de les appréhender". Le traitement se doit donc de repérer les distortions cognitives et de mettre en concurrence critique les systèmes irrationnels de croyance avec une démarche alternative. L'hypnose joue un rôle important aussi bien dans la phase d'identification que dans la phase de restructuration.

Après avoir survolé l'application des théories cognitivistes chez les théoriciens de l'hypnose, nous arrivons à l'autre démarche, celle de l'application de l'hypnose chez les thérapeutes cognitivistes.

Certains thérapeutes cognitivistes ont utilisé une adaptation hypnotique de leur méthode, comme par exemple Ellis (1984) et Stanton (1977, 1989). C'est principalement Tossi (1984) qui a développé un modèle qui intègre l'approche cognitiviste et l'hypnose. Tossi a appelé cette méthode "Rational Stage Directed Therapy" ; le but est d'atteindre un contrôle cognitif sur le fonctionnement affectif, physiologique et comportemental du sujet. On arrive à ce contrôle par un processus de restructuration cognitive, où les techniques utilisées sont développées, implantées et renforcées tandis que le sujet, lui, est en état de transe. Tossi utilise ici une modèle "ABCDE", inspiré de Ellis : le "Moi" est considéré comme étant en interaction perpétuelle avec son environnement (A) et consiste en un "set" de fonctions cognitives (B), affectives (C), physiologiques (D) et comportementales (E). En hypnose on explore la relation entre ces différentes composantes, et l'accent est mis sur l'effet qu'ont les activités cognitives sur l'état émotionnel, physiologique et comportemental.

Les activités cognitives sont par exemple les suivantes : une évaluation de la situation, une évaluation de la réaction envers la situation, une évaluation du moi global et des statégies de maîtrise cognitivo-symbolique comme par exemple l'attention selective ou l'inattention, des distorsions comme la surgénéralisation, l'interférence arbitraire, l'abstraction sélective, la polarisation etc.

Aprés ce stade de l'exploration, on développe et on implante des cognitions alternatives et ce, aussi bien par des procédures hypnotiques de visualisationb que par des actions concrètes.

Tossi et ses collaborateurs ont appliqué ce modèle hypno-cognitiviste à une multitude de plaintes comme par exemple la dépression (Reardon, Tossi & Gwynne, 1977), des céphalées (Howard, Reardon & Tossi, 1982), les angoisses (Boutin & Toi, 1983), la douleur (Murphy, Tossi & Pariser. 1989) et les attaques de panique (Der & Lewington, 1990)

Personnellement, j'ai utilisé avec succès, le modèle hypno-cognitiviste pour traiter des phobies, des obsessions-compulsions, des problèmes sexuels et la "sub-assertivité". Si j'aborde un problème par l'approche cognitiviste, j'utilise en plus l'hypnose car bien que convaincu de la valeur théorique du cognitivisme, on est souvent frustré dans la pratique d'une part par la difficulté d'identifier les processus cognitifs érronés (souvent inconscient) et d'autre part les moyens limités dont on dispose pour restructurer (c'est-à-dire pour fournir des alternatives). On rencontre par ailleurs ce même problème en applicant les théories de l'attribution.

En d'autres termes, même si on utilise le dialogue socratique on est non loin de la persuasion et non loin de convaincre le sujet qu'il doit penser différemment. Et la persuasion est comme méthode thérapeutique aussi inélégante qu'inefficace. L'hypnose permet par contre de demander au sujet de trouver, avec toutes ses ressources créatives en état de transe (cf. technique comme l'«ego state»), des cognitions alternatives. En hypnose on peut aussi demander au sujet de se représenter dans une scène de maîtrise et lui demander ce qu'il doit se dire ou s'imaginer pour se sentir bien et adéquat. Ceci est une manière plus "idiosyncrasique" et "égosyntone" de développer des restructurations.

Quant à la difficulté d'identifier les cognitions erronées, nous savons que certaines cognitions peuvent être découvertes et verbalisées par l'introspection mais que d'autres se déroulent de manière tout à fait inconsciente et sont donc difficiles à explorer (ce qui est par exemple typique pour les attaques de panique).

Ceci ouvre la porte aux sujets de recherches futures quant à l'utilisation du modèle hypno-cognitiviste avec à la base les recherches actuelles dans la psychologie cognitiviste (Van den Bergh & Eelen, 1984).

Jusqu'à présent on distingue deux sortes de processus cognitifs : d'une part les processus lents, sériels qu'on peut découvrir par introspection, d'autre part les processus parallèles, très rapides et automatiques qui échappent à notre contrôle conscient.

Ces derniers vont influencer chez le patient, le traitement de l'information dans la perception de situations par exemple angoissantes ou problématiques.. Une perception influencée de telle sorte amène automatiquement à l'activation du schéma émotionnel et ceci de façon inconsciente (sauf dans les conditions mentionnées par Erickson & Simon, 1980). Dans ce cas c'est en vain qu'on demande au patient (cf. les thérapies cognitives qui s'arrêtent là) : "Qu'est-ce que vous vous êtes dit ?". Le patient répondra naturellement : "Mais je ne me dis rien moi, monsieur !".

C'est ici que l'hypnose vient en aide pour fournir des moyens de revification ou d'exploration afin de rendre conscients ces processus cognitifs.

La recherche actuelle en psychologie cognitive (Williams et coll., 1988) se penche sur l'aspect du traitement de l'information qu'il soit accessible ou non à la conscience (par exemple le stockage sélectif ou la mémoire des expériences négatives);

On introduit de plus en plus dans cette recherche (Van den Bergh & Eelen, 1986) la notion du "schème émotionnel" pour indiquer que des significations aussi bien que des réactions autonomes et comportementales forment une structure dans la mémoire et que celle-ci peut être activée par des processus cognitifs inconscients.

A côté du "schème émotionnel" en tant que représentation dans la mémoire, la recherche d'un auteur comme Zajonc (1982), distingue aussi un "schème corporel" qui consiste en des réactions autonomes et des réponses et expressions motrices. Plusieurs expérimentations intéressantes (Wells & Petty, 1980) ont montré qu'il existe d'une part, un "savoir cérébral" et d'autre part un "savoir physiologique". Je crois que là il y a tout un autre domaine que l'hypnose peut explorer, c'est-à-dire. le "schème corporel" comme porte d'entrée vers les distorsions du traitement de l'information. Ici, je pense à l'utilisation d'un procédé hypnotique exploratif tel le "sensation bridge" ou les processus de "signalling" idéomoteur.

L'intérêt que porte la recherche cognitiviste à ce facteur physiologique, et plus particulièrement à la physiologie de l'imagination ou "imagery" (Cuthbert et coll., 1988) peut aussi intéresser l'hypnose comme d'ailleurs toute recherche concernant la relation entre l'hypnose et l'imagination.

En effet, en hypnothérapie on utilise souvent des procédés où le sujet exécute le comportement souhaité en imagination "comme si" il était présent. La recherche expérimentale sur l'imagination et la composante physiologique de l'imagination nous démontre que plus les représentations incluent des réponses physiologiques, plus le changement comportemental souhaité se produit dans la réalité. L'imagination engage activement l'organisme tout entier en produisant une configuration physiologique similaire à ce qui va se manifester quand la personne sera réellement dans la situation imaginée, à l'activation des réponses corporelles qui sont aussi réelles que sera n'importe quelle situation dans la réalité (Cuthert et coll., 1988).

Accentuer ces réponses corporelles par des procédés hypnotiques, va augmenter l'efficacité de ces procédés.

Pour conclure nous pouvons dire en général que l'hypnose augmentera sa rentabilité si elle s'intéresse plus sérieusement à la recherche expérimentale sur l'imagination en tant que processus cognitif spécifique. L'hypnose peut sortir de son isolement en s'appropriant les terrains de recherche sur les variables qui facilitent l'imagination et sur l'activation physiologique comme composante centrale du processus imaginatif [cf. la théorie bio-informationnelle de Lang (1979), Van der Borght (1990)].

C'est ici que se terminent mes quelques suggestions de cheminement pour les futurs voyageurs vers les territoires presque inexplorés des hybrides hypno-cognitivistes.

REFERENCES

Araoz, D. (1981) Negative Self Hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 12/1, 45-51.

Araoz, D. (1988) *Hypnosis and Sex Therapy.* New York : Brunner/Mazzel.

Barber, T.X. (1969) *Hypnosis : a Scientific Approach.* New York: Van Nostrand

Barber T.X., H.P. Spanos & J.F. Chaves (1974) *Hypnosis, Imagination and Human Potentialities.* New York : Pergamonn press.

Boutin, G.E. & D.J. Tosi (1983) Modifying of irrational ideas and test anxiety through RSDH. *Journ. of Clin. Psych.* 39/3, 382-391.

Chertok, L. & I. Stengers (1990) *Le coeur et la raison.* Paris

IClarke, J. & J. Jackson (1983) *Hypnosis and Behavior Therapy.* New York : Springer.

Cuthbert, B.N., S.R. Vrana & M.M. Bradley (1988) Imagery : function and physiology. In : Ackles P.K., J.R. Jennings & M.C. Coley, *Advances in Psychophysiology, vol. IV,* Greenwhich.

Der, D.F. & P. Lewington (1990). RSDH : a treatment for panick attacks. *American Journal of Clin. Hypnosis.* 32/3, 160-167.

Ellis, A. (1984) The use of hypnosis with Rational-Emotive Therapy. Int. *Journal of Eclect. Psych., 3,* 15-22.

Ericcson, K.A. & H.A. Simon (1980) Verbal reports as data. *Psychological Review, 87,* 215-251.

Howard, L., J.P. Reardon & D. Tossi (1982) Modifying migraine headache through RSDH. *Int Journ. of Clin. & Exp. Hypn.* 30/3, 257-269.

Kroger, W. & D. Fezler (1976), *Hypnosis and Behavior Modification.* Philadelphia : Lipincott.

Lang, P.J. (1979) A Bio Informational Theory of Emotional Imagery *Psychophysiology, 16,* 495-512.

Murphy, M.A. Tosi D.J. & R.F. Pariser (1989) Psychological coping and the management of pain. *Psychol. Rep.* 64/3, 1343-50.

Reardon, J.P., D.J. Tosi & P.H. Gwyne (1977) The treatment of depression through RSDH *Psychoth.* 14/1, 95-103.

Stanton, H. (1977) The utilisation of suggestions derived from Rational-Emotive Therapy *Int. Journ. of Clin. & Exp. Hypnosis.* 25, 18-26.

Stanton, H. (1989) Hypnosis and Rational-Emotive Therapy : a de-stressing combination. 16, 95-99.

Tosi, D.J. & B.S. Baisden (1984) Cognitive-Experiential Therapy and Hypnosis. In : Wester W. & A. Smith (Eds.) *Clinical Hypnosis.* New York : Lippincott.

Van den Bergh, O. & P. Eelen (1986) *Emotie en representatie. Handboek gedragstherapie.* Deventer : Van Loghum Slaterus.

Van der Borght, W. (1990) Hypnose en verbeelding : een experimentele studie. *TRANS* , 6/3., 10-20

Williams, J.E. Watts, C. Macleod & A. Mathews (1988) *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* New York : Wiley & Sons.

Wells, G.L. & R.E. Petty (1980) The effects of overt headmovement on persuasion. *Basic and Applied Social Psychology,* 1, 219-230