

La rationalité des TCC,
l'imagination et la liberté de
l'hypnose
*TCC – Thérapies Comportementales et
Cognitives – et hypnose :
complémentarités
et limites*

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2010

Résumé

Je présente dans ce texte une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective sur une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

En effet, même si l'hypnose d'inspiration éricksonienne dans laquelle s'inscrit ma pratique peut paraître très éloignée du formalisme et de la rigueur des TCC, je montre, à l'instar de François Thioly (2007) comment ces approches thérapeutiques peuvent s'enrichir mutuellement.

Cette réflexion se base sur l'expérience d'une TCC de groupe que j'ai co-animée aux côtés d'une psychologue clinicienne et d'un médecin psychothérapeute au sein du CETD (Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur) de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt. Cette TCC était suivie par des patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Ce texte s'appuie sur les illustrations cliniques et les réflexions présentées dans les autres articles listés ci-après.

Compte tenu des règles déontologiques de respect du secret professionnel et de réserve vis-à-vis des patients, les prénoms ainsi que certains éléments biographiques ont été modifiés.



« La raison ne parle pas le langage des émotions. »

Les illustrations cliniques (cf. autres articles en lien ci-après) sur la mise en œuvre des TCC dans le contexte du CETD nous plongent au cœur de la démarche et de ses présupposés : la guérison — le soulagement de la douleur — emprunte un chemin didactique, bien balisé, toujours identique. Dans un premier temps, le patient devra analyser son mode de fonctionnement psychique (cf. Analyse fonctionnelle — La grille SECCA) et prendre conscience de ses pensées automatiques. Il identifiera ensuite ses schémas de pensée dysfonctionnels puis, en remontant aux carences ressenties dans son enfance, il cherchera à comprendre pourquoi ils se sont ainsi développés et maintenus jusqu'à présent. Il s'agira, finalement, de faire évoluer ces schémas de pensée néfastes au travers, notamment, d'un changement de ses comportements. Cette approche s'appuie ainsi sur la connaissance, le savoir, la rationalité, l'expertise, la méthode.

Je reviens sur certains moments qui m'ont particulièrement interpellé et sur lesquels je porterai un regard croisé basé sur ma pratique en hypnothérapie.

En introduction des sessions la psychologue précisera que du point de vue neurophysiologique la douleur se manifeste selon deux composantes : la sensory pain qui joue un rôle de pure information (transmission de la localisation et de l'intensité du stimulus) et le suffering qui représente la face subjective de la douleur : la souffrance (Melzack et Casey, 1968).

Aussi, dès le début, et tout au long des séances, mettant en avant cette « réalité » physiologique la psychologue répètera telle une litanie : « Ce groupe n'est pas là pour diminuer la douleur, au niveau de l'intensité, il est là pour essayer de la gérer mieux et de la supporter mieux. » ou encore « Attention, ce n'est pas la sensation douloureuse qui change mais sa perception ! » Cette remarque récurrente à laquelle s'accroche fermement la psychologue ne manquera pas de me surprendre. J'y vois une suggestion fortement négative n'ayant, selon-moi, pas de sens d'un point de vue thérapeutique. Les patientes veulent, comme elles le disent, « simplement moins souffrir », ce que rappellera tardivement le thérapeute : « Ce qui vous amène ici, ce n'est pas la douleur mais la souffrance. » Je perçois qu'à travers cette insistance la psychologue pense qu'il y aurait une vérité scientifique dont les patients devraient être convaincus pour pouvoir aller mieux. Je pense à ce que dit Thierry Melchior (2007, p.40) : « L'erreur la plus fréquemment commise en thérapie est celle qui consiste à croire que si le patient va mieux c'est parce que les significations proposées étaient "plus vraies". » Et quand bien même ces affirmations seraient vraies du point de vue médical,

se pose-t-on, dans l'approche TCC, la question de savoir si ce que l'on dit au patient lui est utile ? L'hypnothérapie ne s'embarrasse pas de « vérité » mais recherche davantage au travers notamment de son discours métaphorique à apporter au patient ce dont, lui, avec ce qu'il est, son histoire, son vécu, sa personnalité... a besoin d'entendre et de ressentir pour aller mieux. Ainsi la pratique de l'hypnothérapie, comme le souligne la pragmatique linguistique à propos des facteurs communs à toutes thérapies, amène à comprendre qu'elle agit, avant tout, en tant qu'« acte de langage » (Searle, 1972).

J'ai rappelé que les interventions thérapeutiques en TCC visent à modifier les croyances et les schémas cognitifs. Voyant les limites de l'approche proposée, j'échangerai avec la psychologue et le thérapeute à propos, notamment, de la patiente Sara ; confrontée à ses croyances, ses schémas, Sara arrive à expliciter très clairement que quelque chose la pousse à des comportements « absurdes », qu'elle aimerait changer mais ne voit pas comment. La voie qui lui est proposée : en prendre conscience, se voir agir, etc. est pour moi une des voies mais je ressens une certaine frustration et j'aimerais aller plus loin. Je parle de démarches en hypnose qui permettent de travailler sur les croyances et qui seraient utiles à Sara. J'explique qu'une croyance ne change pas forcément de manière progressive mais le plus souvent par une sorte de révélation qui peut, dans certains cas, amener à changer du jour au lendemain. La psychologue n'est pas du tout d'accord, elle nous dit : « Je ne vois pas comment, les croyances c'est ce qu'il y a de plus difficile à faire bouger, je ne crois pas que l'on puisse faire bouger les croyances par un déclic. »

Spontanément, la jeune stagiaire en Master de psychologie qui suit le déroulement de cette thérapie dans le cadre de sa formation, témoignera de ce qu'elle a vécu lors de la séance d'hypnose à laquelle je l'avais invité à participer avec les patientes :

« Lorsqu'on a fait la séance d'hypnose, donc moi j'avais fermé les yeux, je l'ai fait comme toutes les autres. Moi j'ai repéré un de mes schémas de pensée, que je garde pour moi, et dans la séance, à un moment vous avez dit quelque chose et justement je trouvais que ça avait débloqué un schéma et tout d'un coup ça avait donné la solution. C'est-à-dire que pendant toute notre enfance on entend quelque chose et avec l'hypnose d'une manière régressive qui touche particulièrement vous dites l'inverse et donc ça, ça a un impact particulier et donc ça touche, et je me suis dit l'hypnose peut justement arriver à changer ces schémas de pensée qui sont ancrés à ce niveau-là. Je me suis demandé combien de temps ça durait ? »

(A mi-parcours de la thérapie, j'ai proposé une séance d'hypnose collective d'un peu plus d'une demi-heure en lieu et place de la séance de relaxation habituellement conduite par la psychologue. Cette séance portait, bien-sûr, sur la douleur mais nous voyons, au travers de ce témoignage, non seulement l'impact sur des croyances limitantes mais également comment l'approche métaphorique propre à l'hypnose d'inspiration éricksonienne apporte à cette jeune fille des bienfaits sur tout autre chose que la douleur alors même que je ne sais rien du mal-être qu'elle éprouvait.)

A mon grand étonnement la psychologue reprendra la stagiaire : « Juste un point. Non, on ne change pas un schéma ! Je suis d'accord avec toi pour l'assouplir, pour dire que ça fait écho et on peut induire des choses, mais par contre il ne changera jamais ! »

Egalement, la patiente, Mylène en s'adressant spontanément à moi, lors du bilan, témoignera des effets, sur elle, de cette unique séance d'hypnose :

« Je voulais juste vous dire par rapport à la séance d'hypnose que l'on avait faite avec vous, il y a quelque chose qui m'aide et que j'ai retenu, notamment dans les douleurs très aiguës, c'est de visualiser mon corps et, vous avez dit, avec votre main caresser l'endroit qui vous fait mal et j'avoue que ça c'est resté très très ancré et maintenant j'arrive à le faire sur les douleurs aiguës. Je me mets dans un tableau qui me fait plaisir et du coup j'arrive à visualiser mon corps, et visualiser ma main et effectivement à caresser, des fois ça marche plus ou moins bien mais au fur et à mesure je me rends compte que ça marche de plus en plus, en tous cas que la douleur dure moins longtemps. Ça m'a vraiment marqué. »

Cet échange avec la psychologue m'amène à penser au phénomène d'autoréalisation (Melchior, 1998) ; avec ce type de croyance sur les croyances un thérapeute ne pourrait qu'induire et ne voir se réaliser que ce que sous-tend sa théorie.

Dans le prolongement de cet échange le thérapeute souligne l'étonnement qu'il peut ressentir lorsque le changement survient en dehors du paradigme rationaliste des TCC : « Des fois, je suis frappé, je vois des gens qui n'ont rien compris et qui ont changé sans que cela soit bien clair. » Thioly (2007, p.129) nous rappelle que la notion d'inconscient en hypnose « permet simplement d'exprimer l'idée centrale que ni le thérapeute, ni le patient n'ont à connaître la nature réelle des remaniements psychologiques que la transe hypnotique va favoriser » et

Milton Erickson, cité par Roustang (1990), nous dit que « la prise de conscience... est souvent inutile voire contre-indiquée. »

A l'issue du travail avec ce groupe thérapeutique, j'ai le sentiment qu'en se revendiquant scientifiques, les TCC ont développé des méthodes et des outils voulant, à l'instar du modèle médical, s'appliquer de la même manière à tout individu, ce que souligne d'ailleurs le thérapeute lorsque nous échangeons sur nos approches : « Bien que tu prennes le matériel de l'individu et que tu utilises ce matériel dans ton discours, il y a dans ta pratique quelque chose qui pour l'essentiel vient de toi. Nous, nous apportons une méthode, un outil identique pour chaque individu et que les patients vont pouvoir, eux-mêmes, utiliser. »

Sans nier l'utilité des modèles, méthodes et outils des TCC, j'ai le sentiment que leur mise en œuvre — au travers de la pratique que j'ai pu observée, mais aussi de mes lectures —, prétend constituer en elle-même l'élément thérapeutique et ceci, parfois selon moi, aux dépens de ce qui constitue l'essentiel d'un travail thérapeutique : la gestion d'une relation singulière avec le patient. Je considère à l'instar de François Thioly (2007), psychiatre formé tout d'abord aux TCC puis à l'hypnose, que ce savoir-faire dans la gestion de la relation doit être le support de la thérapie sur lequel tout type d'outils et de méthodes peuvent venir prendre place lorsqu'ils sont utiles à un patient. La thérapie humaniste, dans laquelle s'inscrit ma pratique de l'hypnose, souligne l'importance d'une relation authentique avec le patient ; celle-ci n'est pas qu'un simple média du traitement mais est, par elle-même, thérapeutique (Rogers, 1942).

Aussi, comme nous l'avons vu, lorsqu'elles abordent les émotions, les TCC restent souvent sur un mode rationnel et logique. Cela conduit alors inmanquablement aux difficultés et incompréhensions que nous avons pu rencontrer ; les émotions s'expriment, tout simplement, dans « un autre langage ». Allant dans ce sens, Cottraux (2004, p. 30) conclut sa présentation des TCC en parlant de la « 3^{ème} vague des TCC. » Cette nouvelle forme de thérapie, dit-il, « se préoccupe des relations entre émotions et cognitions. » Il cite la thérapie d'acceptation et d'engagement (*ACT*) qui a sans doute, dit-il, des liens avec les thérapies humanistes et la thérapie de pleine conscience — *Mindfulness Training* — (Zindel, 2006) qui renvoie à la philosophie bouddhiste. On peut s'étonner de cette quête de « nouveauté » s'inspirant de philosophies et pratiques religieuses millénaires et souligner comme Harrer (2009) les proximités entre la pratique actuelle de l'hypnose — qui, comme je l'ai rappelé, s'est nourrie des paradigmes de la thérapie humaniste et de nombreux autres courants et approches parmi lesquelles, elle aussi, de démarches de méditation bouddhiste — et les principes du *Mindfulness*.

Nous avons vu qu'au CETD les hypnothérapeutes et praticiens TCC se côtoient, sont amenés à intervenir sur les mêmes patients, sans réelle coopération. Cette proximité d'exercice dans un même objectif est, me semble-t-il, une réelle opportunité pour se rapprocher et intégrer réciproquement des éléments de leurs approches respectives. Allant dans ce sens Castel et al. (2009) réalisent une étude sur le traitement en TCC de groupe de patientes fibromyalgiques dans une pratique similaire à celle du CETD. Ils veulent tester l'effet de l'hypnose conjugué aux TCC et pour cela remplacent la séance de relaxation (1/2h à chaque séance) par une séance d'hypnose, comme j'ai pu le faire lors d'une de nos séances. Ils montrent que les TCC apportent une plus grande amélioration qu'un traitement médicamenteux et que cette amélioration est encore meilleure en conjuguant l'hypnose. Les témoignages des patientes suite à la seule séance que j'ai pratiquée se révèlent d'ailleurs particulièrement intéressants.

A mi-parcours de leur TCC je leur ai proposé une séance d'hypnose collective d'un peu plus d'une demi-heure. A l'issue de la séance, je leur demande si elles veulent donner quelques impressions :

(En riant) « Toutes mes douleurs sont parties sauf le cou (à cause des sièges) » ; « J'avais envie de dormir, je me sens plus calme, mais j'ai toujours les douleurs » ; « Plus j'entendais que ma main était légère, plus je la sentais devenir lourde » ; « Je me laisse plus aller avec ce genre d'exercice qu'avec la relaxation, je n'entendais pas la voix, pour moi c'était le silence. »

Sara dit qu'elle arrivait seule à retrouver ces sensations après les séances d'hypnose qu'elle a faite au centre. Je leur explique une démarche auto-hypnose pour pratiquer seule.

Sara me demande si l'on peut voir sa douleur, l'imaginer comme un objet qu'on arrive à tenir. Je trouve intéressant qu'elle exprime spontanément cette idée ; cela faisait partie des suggestions que, consciemment, elle n'a pas entendues.

Lors de la séance suivante, Mylène prend la parole sur le travail en hypnose : « J'ai eu une migraine terrible, mais par contre, ça m'a un petit peu bousculé, j'ai réussi à poser ma main sur ma hanche et sur ma tête mais très bizarrement, la douleur était là mais avec une espèce de calme, quelque chose de difficile à décrire qui est un peu perturbant. Encore mieux que le fait de savoir que quand j'ai mal, il faut que je me mette au calme. Il y a une distance qui s'est faite par rapport à la douleur. » Elle parle également des bénéfices du travail réalisé jusque-là.

Lyse enchaîne : « J'étais mal comme tout, je n'ai pas perçu grand-chose, je n'ai pas entendu grand-chose... » et parle de ses doses de médicaments qui ne sont pas efficaces, des nuits sans sommeil.

Valérie : « Le lendemain, en sortant, j'ai eu des vertiges, de la fatigue, des problèmes pour marcher, des crises d'angoisse, je me suis dit : qu'est-ce qui m'arrive ? Le jour suivant j'ai vu que j'avais des douleurs à zéro. » Valérie a pris l'habitude de noter son niveau de douleur ressentie, ce qui lui permet de prendre conscience de son évolution ; elle applique bien les grilles d'auto-observation et les techniques de contrôle de la douleur.


Caroline : « J'étais chamboulée psychologiquement, j'ai chialé toute la soirée, toute la nuit, j'ai l'impression que ça a fait remonter plein de choses. J'ai pensé à tous ce temps passé, ça m'a fait remonter plein de pensées négatives. Je me suis dit ce n'est peut-être pas pour rien que ça s'appelle une psychothérapie parce que ça chamboule vraiment, parce que j'ai l'impression d'être en plein travail de "remue ménage" dans ma tête et dans mon corps. »

Sara a les larmes aux yeux. Elle n'a pas envie de parler.

Notons également l'intervention très positive de Mylène, lors du bilan final, déjà citée précédemment.

Je précise que le rapprochement que j'imagine entre hypnose et TCC ne se limiterait pas, comme dans le cadre de cette étude, à simplement substituer la relaxation par de l'hypnose.

Je conclurai par quelques mots de François Roustang (2003, p.149), qui en parlant de l'hypnose, laisse à réfléchir sur l'instrumentation de la thérapie, l'utilité de la réflexion rationnelle, de l'interprétation et de la prise de conscience. Ils sont d'autant plus significatifs que bien souvent je les retrouve aussi clairement dans la bouche des patients : « L'hypnothérapie n'a pas besoin de chercher à ajouter un sens, à découvrir un sens qui échapperait, à dévoiler des mécanismes obscurs et inconnus. Elle se contente est c'est tout autre chose, de faire entrer dans le sens qui existe déjà, de faire éprouver ce sens [...] dans la mesure où on s'y trouve plongé. Le sens est l'expérience même. Il n'y a rien à ajouter. »

Télécharger l'article (pdf)  [Thérapies Comportementales et Cognitives \(TCC\) et hypnose : complémentarités et limites Réflexions sur les limites de l'approche TCC : TCC et rationalité, imagination et liberté de l'hypnose](#)

Autres textes

Dans ces textes je présente des outils et méthodes de l'approche TCC tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Je présente dans ce texte une synthèse sur les TCC et détaille ensuite le programme TCC proposé au CETD de l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt) aux patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Lire [Principes des thérapies Comportementales et Cognitives TCC](#)

Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Cette grille d'analyse, utilisée pour l'analyse fonctionnelle par le thérapeute, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements. En partant d'une situation - Stimulus - il lui est demandé d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensées, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

Lire [Analyse fonctionnelle TCC - la grille SECCA](#)

Méthodes de relaxation en TCC

Je présente la mise en œuvre de deux démarches de relaxation : le *contrôle de la respiration* et la méthode *Jacobson*.

Lire [Méthodes de relaxation en TCC](#)

Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les "schémas de pensée dysfonctionnels".

Lire [Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC](#)

TCC et hypnose - complémentarités et limites : la relation thérapeutique

Je présente dans ce texte mes réflexions sur la gestion de la relation thérapeutique en TCC.

Lire [TCC et hypnose - complémentarités et limites : la relation thérapeutique](#)

Bibliographie

ALFORD B.A., BECK, A.T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press, 1997

BANDLER, R., GRINDER, J. *The Structure of Magic : A Book about Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1975.

BOUREAU, F. *Contrôler votre douleur, faire face à une douleur rebelle*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1991

BRASSEUR, L. (sous la direction de) *Traitement de la douleur*. Paris : Edition Doin, 1997

CALLE, S. *Douleur exquise*. Paris : Acte Sud, 2003

- CASTEL, A. et al. *Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia*. *Contemporary Hypnosis*, Mar 2009, Vol. 26 Issue 1, p48-59
- CEDRASCHI, C. *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*. Revue du rhumatisme. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003
- COTTRAUX, J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 2004
- COTTRAUX, J., BOUVARD M., LEGERON P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'application psychotechniques, 1985
- ERICKSON, M.H. *L'hypnose thérapeutique*. quatre conférences, Paris : ESF, 1990
- FERENCZI, S. (1920-1932) *Le traumatisme*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2006
- FREUD, S. (1890-1920) *Traitement psychique (traitement d'âme) in Résultats, idées, problèmes*, Tome I, Paris : PUF, 1984
- HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003
- HARRER, M. E. *Mindfulness and the mindful therapist: possible contributions to hypnosis*. *Contemporary Hypnosis*, Dec 2009, Vol. 26 Issue 4, p234-244, 11p
- LAZARUS, A.A. *Multimodal behavioral therapy*, New-York: Springer, 1977
- MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : Éd. du Seuil, 1998
- MELCHIOR, T. *Les destins thérapeutiques de l'hypnose* In A. Bioy & D. Michaux (Eds.), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*, Paris : Dunod, p. 19-41.
- MELZACK, R., CASEY, K.L. (1968) *Sensory, motivational and central control determinant of pain*. In D.R. Kensalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield CC: Thomas
- OVALDE, V. *Ce que je sais de Vera Candida*. Paris : L'Olivier, 2009
- ROGERS, C. (1942) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris : ESF, 2008
- ROUSTANG, F. *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris : Les éditions de minuit, 2003
- ROUSTANG, F. *Influence*. Paris : Les Editions de Minuit, 1990
- SEARLE, J.R. *Les actes de langage*. Paris : Hermann, 1972
- SWEIG, S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. Paris : Roman Poche, 1992
- THIOLY, F. (2007). *TCC et hypnose d'inspiration eriksonienne* In A. Bioy & D. Michaux (Eds.), *Traité d'hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications*, Paris : Dunod, p. 119-148.
- WATKINS, J. G. (1971) *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, p. 21-27
- WOLPE, J. *La pratique des thérapies comportementales*. Paris : Masson, 1975
- WROBEL, J. ALLAZ, AF. *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2003
- ZINDEL, V. *Les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour la dépression*. Edition Boek, 2006