

Les troubles anxieux

Albane Templier, hypnothérapeute

Septembre 2018

Les troubles de l'anxiété représentent les troubles psychopathologiques ainsi que les motifs de consultation les plus fréquents.

Le trouble anxieux se manifeste selon trois formes : l'anxiété généralisée, les attaques de panique sans anxiété latente et les attaques de panique survenant sur un fond d'anxiété généralisée.

5% de la population peut souffrir, au cours de sa vie, d'anxiété généralisée ou connaître un trouble panique. Les femmes étant 2 fois plus touchée que les hommes (Cohen, 1950).

Je présente ci-dessous une synthèse sur l'anxiété généralisée et les attaques de panique.

Anxiété généralisée — Trouble Anxieux Généralisée (TAG)

Environ 4% de la population générale présentera un trouble anxieux généralisée sur une période de 6 mois (Cottraux, 2004) (prévalence sur 6 mois). Les personnes souffrant d'anxiété généralisée gardent un fond d'anxiété permanent pendant plusieurs mois ou années voire depuis toujours (selon elles).

Cette angoisse n'étant pas liée à un souci bien précis. La personne a peu de contrôle sur ses idées « angoissantes » consistant à imaginer un futur menaçant. Le souci est perçu comme un moyen de prévenir ou d'éliminer la menace.

Les soucis gravitent habituellement autour des thèmes de l'argent, de la perte du travail, de la maladie, de la famille, d'activités du quotidien telles la peur systématique de manquer un bus ou d'être en retard à un rendez-vous.

L'angoisse peut se focaliser transitoirement sur une situation plus spécifique comme la crainte d'un malheur pour un proche. Dans certains cas grave on peut parler de « peur de tout ». Ce sont ces aspects incontrôlables et excessifs de ces inquiétudes qui font le plus souffrir.

Outre ces attentes craintives quasi-permanentes la personne ressent une tension dans son corps : agitation fébrile, céphalées, tremblements, incapacité à se détendre, difficultés à se concentrer, sensation de « tête vide », transpiration, tachycardie, respiration rapide, gêne épigastrique, étourdissements, sècheresse de la bouche. Les troubles du sommeil, surtout la difficulté à s'endormir sont également fréquents.

Trouble panique — Crise d'angoisse

Le *trouble panique* (appelé aussi *crise d'angoisse* ou encore *attaque de panique*) survient brutalement, de manière inattendue et sans cause particulière.

En quelques minutes se développe un sentiment de malaise, de menace intense : peur d'une catastrophe, de devenir fou, de mourir, de perdre le contrôle de soi... avec des signes somatiques multiples : pâleur, sensation d'étouffement, douleur ou gêne thoracique, palpitations, vertiges ou impression d'évanouissement, céphalées, sueurs, tremblements, frissons ou bouffées de chaleur, sensation d'engourdissement ou de picotements, sécheresse de la bouche, nausée ou gêne abdominale, vomissement.

Le paroxysme est atteint rapidement et la crise s'arrête d'elle-même.

Elle peut durer de quelques minutes à plusieurs heures, laissant un souvenir pénible avec l'appréhension d'un nouvel épisode.

La personne est souvent consciente du caractère non fondé de sa crainte mais cela ne la rassure pas : elle s'angoisse d'être angoissée et ce cercle vicieux peut induire un sentiment de dépersonnalisation (être détaché de soi), voire des troubles du comportement.

La personne ne peut connaître qu'une seule *crise d'angoisse* mais en général les crises se répètent et surviennent, comme la première fois, de façon souvent imprévisible sans facteurs déclenchants particuliers.

Cependant, très vite, les crises peuvent se déclencher lorsque la personne se retrouve dans une situation similaire à sa première crise ou lorsqu'elle anticipe une crise dans une telle situation.

La personne peut parfois développer une *agoraphobie* secondaire en redoutant de connaître une *crise de panique* dans un lieu public.

Comment différencier le stress de l'anxiété ?

Le stress est une réaction physiologique et psychologique face à une pression subie, une contrainte ou à un événement le plus souvent inattendu ou inhabituel qui nous semble d'un point de vue rationnel dangereux, inquiétant, ou lorsque l'enjeu est important.

Cette réaction de l'organisme nous permet normalement de faire face plus efficacement à la situation.

Au-delà d'un seuil ou d'une durée excessive, le stress devient néfaste et, dans ce cas, les symptômes psychophysiologiques liés à ce stress ou à l'anxiété peuvent être similaires.

Si la situation à laquelle la personne doit faire face ne lui paraît pas objectivement et rationnellement difficile pour elle et si elle ne comprend pas

ses irrépressibles anticipations négatives, ni sa détresse, ni ce qu'elle ressent, ni son comportement alors ses symptômes relèvent plutôt d'un trouble anxieux.

Un travail en hypnothérapie permet souvent de faire face aux différents troubles anxieux.

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.

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.

Exemple Cas clinique :

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 codécidés 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.