

Dominique Servant

Gestion du stress et de l'anxiété

3^e édition

- Trouble panique, phobies, anxiété généralisée, trouble de l'adaptation
- Module de gestion du stress en thérapie de groupe
- Cas cliniques et exercices de TCC



Gestion du stress et de l'anxiété

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Sexualité, couple et TCC, par F.-X. Poudat, 2011. Volume 1. *Les difficultés sexuelles*, 248 pages. Volume 2. *Les difficultés conjugales*, 224 pages.

La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT, par J.-L. Monestès et M. Villatte. 2011, 224 pages.

Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.

Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten. 2010, 232 pages.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, 5^e édition, par M. Bouvard et J. Cottraux. 2010, 368 pages.

Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience, par C. Berghmans. 2010, 208 pages.

Anorexie et boulimie : approche dialectique, par J. Carraz. 2009, 252 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.

L'approche thérapeutique de la famille, par G. Salem, 2009, 304 pages.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, 3^e édition, par M. Bouvard, 2009, 352 pages

La relaxation - Nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant, 2009, 188 pages.

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera, 2009, 352 pages.

Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, 2^e édition, par J. C. Perry, J.-D. Guelfi, J.-N. Despland, B. Hanin, 2009, 184 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, 2^e édition, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2008, 224 pages

Applications en thérapie familiale systémique, par K. Albernhe et T. Albernhe. 2008, 288 pages

Soigner par l'hypnose, 4^e édition, par G. Salem et É. Bonvin. 2007, 344 pages

Dans la même collection – Série Santé psy et travail

Stress et risques psychosociaux au travail. Comprendre, prévenir, intervenir, par B. Lefebvre et M. Poirot. 2011, 144 pages.

Psychanalyse du lien au travail. Le désir de travail, par R. Guinchard. 2011, 216 pages.

Bases psychologiques du coaching professionnel, par P. Barreau. 2011, 128 pages.

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

Gestion du stress et de l'anxiété

Dominique Servant

3^e édition



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-71312-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

AVANT-PROPOS À LA 3^e ÉDITION

Le stress et l'anxiété sont aujourd'hui reconnus comme des problèmes majeurs de santé. Si les troubles anxieux sont identifiés depuis le XIX^e siècle, l'anxiété liée au stress a émergé ces dernières décennies et est en constante augmentation. L'organisation actuelle de notre société génère beaucoup de stress qui retentit sur l'équilibre psychologique et le bien-être. De plus en plus de patients recherchent une aide de la part de professionnels. La prise en charge des troubles de l'anxiété est principalement psychologique et implique que le sujet agisse face à ses symptômes et leurs conséquences. L'approche comportementale, cognitive et émotionnelle permet de transmettre des outils pratiques aux patients qui peuvent ensuite les utiliser par eux-mêmes. Ces techniques ne se limitent pas à la réduction des symptômes mais permettent d'agir également sur les sources de l'anxiété comme la personnalité, les émotions, les problèmes liés aux événements stressants, les relations avec l'entourage...

Cette troisième édition a été remaniée dans le but de proposer plus d'outils pratiques de prise en charge tout en présentant les données scientifiques essentielles pour comprendre ce vaste sujet. La thérapie des attaques et du trouble panique et de l'agoraphobie, des phobies spécifiques, des phobies sociales, de l'anxiété généralisée, du trouble de l'adaptation avec anxiété font l'objet de chapitres indépendants. Des cas cliniques et des exercices de TCC illustrent chaque chapitre et apportent les éléments concrets indispensables aux thérapeutes pour leur pratique. La gestion du stress et de l'anxiété qui peut être proposée de façon « transnosologique » dans de très nombreuses situations médicales, psychologiques, du monde du travail a été détaillée et actualisée à la lumière des modèles récents centrés sur les émotions.

L'intérêt croissant pour le stress et l'anxiété ouvre chaque jour à de nouveaux professionnels la possibilité d'aider et d'accompagner des personnes, que cet ouvrage leur soit utile dans leur formation, leur pratique et dans la transmission des connaissances.

D. Servant

CHAPITRE 1

Concepts et modèles
de l'anxiété

*« J'ai peur surtout
d'un trouble horrible de ma pensée,
de ma raison qui m'échappe, brouillée, dispersée
par une mystérieuse et invisible angoisse. »*

G. de Maupassant

L'anxiété a vécu une évolution qui l'a fait passer du stade d'objet philosophique à celui d'objet médical, puis à celui d'objet psychologique pour parvenir aujourd'hui à celui d'objet sociologique et sociétal. Si l'anxiété dans chacune de ces références trouve une entière légitimité et une construction scientifique ou de réflexion, ces références n'ont toutefois pas de valeur transposable. Peut-être que le médecin, le psychologue et le philosophe, qui font une même observation, ne parlent pas de la même chose.

Faut-il distinguer l'angoisse de l'anxiété ?

Cette question se pose à plusieurs niveaux, problèmes de langue ou de traduction, problème étymologique, clinique, sémantique. Si en français nous distinguons l'anxiété de l'angoisse, en allemand, par exemple, il existe un terme unique pour désigner l'anxiété, l'angoisse et la peur : *Angst*. Comme en français, en espagnol et en italien, deux termes différents sont utilisés pour désigner l'anxiété et l'angoisse. En anglais, si le terme *anguish* est équivalent d'angoisse, il n'est plus utilisé en psychologie, où seul le terme *anxiety* a droit de cité.

En se référant à Pierre Pichot (1998), les deux termes angoisse et anxiété ont, sur un point étymologique, une origine commune qui prend ses sources dans le sanscrit *amhas* (l'étroitesse). Cette racine donne naissance en latin à deux séries de mots : la première avec les verbes *ango*, *angusto*, *angustio*, et les adjectifs et substantifs s'y rapportant ;

la deuxième avec le verbe *anxio*, et adjectifs et substantifs en dérivant. Cependant, certains auteurs classiques ont utilisé le même mot mais avec des sens différents : *ango* signifie chez Virgile serrer, étrangler et chez Cicéron, tourmenter, inquiéter. Ce dernier oppose d'ailleurs ces deux termes : *anxietas* représente une inquiétude permanente et *angor*, un tourment passager. Cette notion d'étroitesse dans l'origine des mots fait référence au rétrécissement du monde de l'individu anxieux : seuls les thèmes de souci et d'inquiétude ponctuent sa vie quotidienne. Si l'étymologie latine de ces deux termes, angoisse et anxiété, est différente, elle reste cependant proche.

La psychiatrie française a longtemps conservé une distinction entre les deux termes : l'anxiété est réservée au versant psychologique, l'angoisse au versant somatique, avec une idée de striction, d'oppression physique. Pour Littré (1863), l'angoisse est définie par une sensation de constriction dans la région épigastrique, avec une difficulté à respirer et une grande tristesse. L'anxiété, est, quant à elle, une « angoisse de l'esprit, état de trouble et d'agitation avec sentiment de gêne et de resserrement dans la région précordiale ».

Pour Brissaud (1890), l'angoisse est une crise où n'interviennent que des sensations physiques, les « réactions anxieuses qui peuvent s'y ajouter n'étant que contingentes ». Il définit ainsi sa théorie : « L'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement, l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable. » Cette conception est reprise par d'autres auteurs tels que Claude et Lévy-Valensi (1938) qui définissent l'angoisse comme étant « l'ensemble des sensations et des réactions somatiques qui accompagnent à l'ordinaire l'anxiété ». Ces auteurs répandent l'idée que l'angoisse est une sensation physique et l'anxiété un état d'âme.

Plus tard, l'angoisse et l'anxiété ont tendance à être rapprochées. J. Boutonier, dans son ouvrage sur l'angoisse en 1945, n'explique pas celle-ci comme la « participation physique » de l'anxiété et ne distingue pas les deux concepts : « Est-il vraisemblable que cette sensation (l'angoisse pure) n'ait aucun caractère affectif ? » L'auteur argumente sur l'impossibilité de donner une explication satisfaisante de la sensation d'angoisse physique et sur l'existence de ses nombreuses localisations.

Dans son ouvrage, *L'anxiété*, Pierre Bonnier (1913) confond, lui aussi, les deux concepts : « L'anxiété, le vertige, la nausée sont des états bulbaires ; ce qui est cérébral, c'est la conscience de cette anxiété, de ce vertige, de cette nausée. » Il s'oppose ainsi à la conception de Brissaud, l'angoisse et l'anxiété, utilisées indifféremment, représentent un phénomène bulbaire.

L'angoisse a quelquefois été utilisée pour exprimer une anxiété intense, la distinction étant d'ordre quantitatif. Ailleurs, la durée du

phénomène les distingue : l'angoisse serait davantage un phénomène aigu et l'anxiété plus durable.

La diffusion des classifications psychiatriques anglo-saxonnes tend à imposer le terme d'anxiété dans leurs descriptions cliniques. Si l'usage maintient une utilisation alternative de ces deux termes, sans véritable discrimination sémantique, cette réflexion sur la différence de nature entre angoisse et anxiété constitue une exception culturelle des langues latines.

Cette distinction semble pourtant licite, nous parlons plus volontiers d'anxiété lorsque nous posons un regard médical et d'angoisse lorsque nous considérons ce même phénomène sur un plan philosophique et existentiel.

Naissance du concept philosophique d'angoisse

En 1844, dans son ouvrage *Le concept d'angoisse*, le philosophe et théologien danois Kierkegaard, considéré comme le fondateur des philosophies existentielles, relie le phénomène à la notion de péché et d'innocence. Cet ouvrage est en fait davantage une réflexion sur le problème théologique du péché originel. « On peut comparer l'angoisse au vertige. On a le vertige quand on plonge le regard dans un abîme. Mais la raison du phénomène n'est pas moins l'œil que l'abîme ; car il suffit de ne pas regarder. L'angoisse est ainsi le vertige de la liberté survenant quand l'esprit veut poser la synthèse et que la liberté, scrutant les profondeurs de sa propre possibilité, saisit le fini pour s'y appuyer. La liberté succombe dans ce vertige. »

Pour Kierkegaard, l'homme est confronté à lui-même, cette confrontation révélant à la fois la liberté d'une manière problématique ainsi qu'une réalité effrayante par elle-même. L'angoisse exprime, dans un monde fini, la relation de l'individu à la possibilité : « L'angoisse est la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible. » Au moment où l'homme ne se sent plus innocent devant ce qu'il peut être ou devant ce qu'il peut faire, il devient alors coupable de succomber à l'attrait de l'angoisse à travers la répulsion même qu'elle lui inspire. C'est « l'angoisse devant le péché qui produit le péché ».

L'ouvrage de Kierkegaard tient compte de l'intrication de la psychologie et de la théologie : « Je me suis proposé de traiter dans le présent ouvrage le concept d'angoisse au point de vue psychologique, ayant dans l'esprit et dans les yeux le dogme du péché originel. » Cette œuvre est considérée comme la première analyse psychopathologique moderne du phénomène de l'angoisse et de sa nature ; elle a influencé par la suite d'autres auteurs tels que Heidegger, Jaspers ou Sartre (Pichot, 1995).

Au début du ^{xx}e siècle, Heidegger a donné son statut à l'angoisse, en disant qu'elle était révélation de l'être. C'est la manière fondamentale

d'être au monde et même la découverte originelle de l'être. L'angoissé a peur de ce rien qu'est le néant, et c'est parce que ce rien renvoie à la structure de l'être au monde comme tel qu'il s'angoisse. Le « quoi » de l'angoisse, c'est donc le monde lui-même.

L'angoisse traduirait-elle alors mieux le questionnement existentiel de l'humain que l'anxiété ? Comme l'écrit le philosophe Alain Finkielkraut dans une tribune de réflexion multidisciplinaire à la demande de psychiatres, « L'anxiété accompagne la vie de tous les jours alors que l'angoisse nous arrache soudainement à cette vie, et nous arrache à notre inquiétante étrangeté de notre situation nue. L'anxiété est liée à l'affairement, l'angoisse relève de l'abîme. L'angoisse expose l'homme à la démesure de l'être, l'anxiété résulte de la volonté démesurée de l'homme. »

Pour le psychanalyste Maurey (1998), l'angoisse est une constance de l'existence humaine. Considérée comme normale, elle peut éventuellement être stimulante. Cet auteur envisage une distinction entre les deux termes : « Dans l'anxiété, existent une attente, une anticipation de quelque événement ou série d'événements inquiétants. L'incertitude est présente. L'anxiété fait donc penser aussi au doute et à l'inquiétude. Il n'est pas pareil de se dire anxieux sur son avenir ou angoissé à ce sujet. Il semblerait que l'angoisse se réfère à des choses plus fondamentales et qu'elle soit jugée par beaucoup plus sérieuse, au sens de dangereuse et menaçante, que l'anxiété. » Une différence de nature est évoquée entre les deux termes, l'angoisse trouvant une place plus métaphysique.

L'angoisse doit-elle alors n'être envisagée que dans des perspectives existentielles ou a-t-elle une place à part dans la clinique ? La question reste entièrement posée.

L'anxiété : du normal au pathologique

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. Sa fonction est multiple et complexe.

Les réponses anxieuses s'expriment sur différents registres physiologiques, psychologiques, émotionnels et comportementaux. L'anxiété physiologique permet de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. L'anxiété physique, cognitive et émotionnelle met en jeu différentes fonctions d'évaluation, de perception, de traitement de l'information et de mémorisation. L'anxiété est donc un facteur d'adaptation permettant de faire face aux situations de danger et d'urgence. Elle est nécessaire face à l'agression, aux performances et aux épreuves. Elle paraît indispensable à l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance. À partir d'un certain degré, l'anxiété devient pathologique dans le sens où elle devient pénible et envahissante et,

au contraire, inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant.

Qu'est-ce qu'une émotion ?

Il existe de très nombreuses définitions des émotions mais tous les auteurs s'accordent pour retenir qu'il s'agit d'une sensation de plaisir ou de déplaisir qui s'accompagne de manifestations physiologiques. Elles dépassent le simple cadre de la psychologie et intéressent la biologie, la philosophie, l'anthropologie, la théologie, mais aussi les arts et la littérature. Elles sont étroitement dépendantes de la personnalité du sujet mais aussi des croyances, de l'éducation et des valeurs sociales et personnelles. Les émotions sont de caractère universel et inné et ont une fonction de protection. L'exemple le plus classique est la peur, qui possède une fonction de protection des dangers nécessaires à la survie des espèces. Certaines émotions innées se différencieraient au cours de l'adaptation, aboutissant à un répertoire émotionnel de base. Des centaines d'émotions peuvent intervenir à différents niveaux au cours de la réaction au stress. Depuis toujours, la peur est l'émotion la plus étudiée et semble au centre des processus de stress et d'anxiété.

L'anxiété est souvent rapprochée de la peur décrite, chez l'animal et chez l'homme, comme une alarme biologique permettant de lutter ou de fuir face au danger. En 1872, Darwin publie *The expression of emotion in man and animals* à partir de sa thèse générale sur l'évolution, la peur est envisagée comme un mécanisme utile pour la survie. Existait-elle chez l'homme et chez l'animal, elle a pour rôle de mobiliser l'organisme pour faire face au danger si un certain seuil est dépassé. Mais la vraie question ne serait-elle pas d'étudier les différences entre la peur et l'angoisse-anxiété ? En effet, dans les modèles animaux et dans certains modèles humains, on repère des réactions de peur que l'on assimile à des manifestations anxieuses ce qui n'est pas sans soulever des questions.

La distinction entre la peur et l'anxiété est ainsi basée sur la présence ou non d'un danger, l'anxiété survenant en dehors de toute menace environnementale objective. Cette définition se retrouve dans de nombreux ouvrages dont ceux de Jaspers et d'Ey. Karl Jaspers, médecin et philosophe du courant existentiel, oppose l'angoisse à la peur dans son traité *Psychopathologie générale* (1913) : « La peur est dirigée vers quelque chose, l'angoisse est sans objet. » Pour Jaspers, l'angoisse et les états voisins représentent les « sentiments sans contenu » ou « sans objet ». Rien de présent à la conscience ne justifie l'angoisse. L'approche d'Henri Ey (1950) est la suivante : « La peur est constituée par une réaction de défense (immobilisation ou fuite) à l'égard d'un objet présent, tandis que l'angoisse ou l'anxiété préfigure dans sa structure un

danger à venir, et par là même, plus vague, incertain, mystérieux et lancinant. » Les termes employés autour de l'angoisse, telles que la peur, l'inquiétude ou la crainte ont chacun leur particularité et il est parfois difficile de tracer les limites entre eux.

Plusieurs définitions sont proposées au cours du ^{xx}^e siècle plus ou moins influencées par les courants idéologiques. Dans son *Essai sur la Peur aux Armées* (1920), Brousseau a distingué trois types de peurs : la crainte, la frayeur et la terreur. « Dans la crainte, dit-il, les représentations tiennent un rôle prépondérant. » Boutonier, quant à elle, décrit l'inquiétude comme étant voisine du doute mais moins profonde que l'angoisse : « Elle vous harcèle mais elle n'est pas poignante. » Cet auteur donne une définition de l'anxiété qui est « parente de ces états où la conscience ne peut trouver de repos tels le doute, l'inquiétude. Mais elle en diffère parce qu'elle est plus intolérable qu'eux ».

La menace dans l'anxiété ne se limite pas au danger qui met en jeu l'intégrité physique du sujet. Des situations menaçantes, complexes, peuvent déclencher une anxiété comme la séparation avec les figures d'attachement, la confrontation à la nouveauté et à l'incertitude, et de nombreuses situations de conflit. Ces conflits résultent d'une opposition entre des besoins « internes » contradictoires, ou entre un besoin « interne » et des contraintes de l'environnement. Ils sont activés plus ou moins directement par des stress actuels ou anciens. L'anxiété liée à des stress de la vie, comme les difficultés professionnelles, financières, familiales ou les maladies, est légitime et compréhensible. Il existe en effet de véritables « maladies de l'anxiété » qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le temps de leurs manifestations et par leur retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel, par exemple). Il importe donc de fixer un seuil entre normal et pathologique. Sur le plan qualitatif, certains symptômes psychologiques sont complexes et s'éloignent de ceux éprouvés lors de la simple appréhension. Ces symptômes doivent être reconnus. Ce sont par exemple les attaques de panique, les phobies ou les obsessions. Sur le plan quantitatif, ce sont les notions de gêne et de handicap qui définissent la pathologie. Lorsque l'anxiété atteint une intensité telle qu'elle entrave la vie quotidienne du patient, qu'elle échappe au contrôle, nous sommes dans le cadre de l'anxiété pathologique, qui doit être évaluée à partir de critères diagnostiques aussi précis que possible.

Premières descriptions médicales de l'anxiété

S'il existe des descriptions depuis l'Antiquité attribuables à l'émotion anxieuse, le concept médical d'anxiété est réellement né dans l'Europe du ^{xix}^e siècle.

Premières descriptions de l'anxiété

- Délire émotif (Morel, 1866)
- Folie raisonnante (Falret, 1866)
- Syndrome du cœur irritable (Da Costa, 1871)
- Peur de traverser les places (Westphal, 1871)
- Peur des espaces (Legrand du Saulle, 1875)
- Neurasthénie (Beard, 1880)
- Névrose traumatique (Oppenheim, 1888)
- Éreutrophobie (Pitres et Régis, 1897)
- Névrose d'angoisse (Freud, 1895)
- Psychasthénie (Janet, 1903)

La première description d'un état anxieux a été faite dans un article de Morel en 1866 sur le « délire émotif », pourtant sans jamais nommer le terme d'anxiété. Le délire émotif associe des idées fixes, des peurs morbides et des impulsions qui préfigurent la description des obsessions et des phobies. Il décrit une névrose du système végétatif et « que l'on ne doit pas confondre ni avec l'hystérie, ni avec l'hypochondrie, ni à plus forte raison avec la folie proprement dite ». L'anxiété, l'émotivité représentent la caractéristique principale de ce trouble auquel il attribue une seule étiologie : l'atteinte du système nerveux viscéral. Mais c'est vers le milieu du XIX^e siècle que les grands syndromes anxieux comme les phobies et les obsessions entrent dans la nosographie psychiatrique.

Différentes descriptions médicales pourraient être apparentées aux crises d'angoisse ou attaques de panique (pour revue Pichot, 1998). Le syndrome du cœur irritable de Jacob Mendes Da Costa (1871) décrit des accès somatiques survenant sous forme d'accès aigu à forte composante cardiovasculaire chez des soldats américains ayant participé à la guerre d'Indépendance. Dans la *névropathie cérébrocardiaque* de Krishaber (1873), le trouble est marqué par la survenue de crises brutales, d'une « intensité extrême », comportant des symptômes somatiques et cognitifs (vertiges, distorsions auditives et visuelles, etc.). L'asthénie neurocirculatoire, le syndrome d'hyperventilation et la névrose cardiaque ont été également décrits, mais ces expressions ne sont plus couramment utilisées.

À cette époque, en 1872, le psychiatre berlinois Carl Westphal publie un article intitulé « L'agoraphobie, une manifestation névropathique ». L'agoraphobie qui vient du grec *agora*, la place, y est définie comme la peur de traverser les places ou les rues. La description qu'il en fait, à partir de trois cas, est énoncée ainsi : « Les circonstances spécifiques où surgit l'angoisse (les places, les rues désertes) et sa généralisation à d'autres situations (théâtres, églises, transports), l'anxiété anticipatoire, le désarroi et la peur de mourir ou d'attirer l'attention, l'absence d'hallucination et de délire, les procédés utilisés pour réduire les troubles (se faire

accompagner, utiliser son propre véhicule, absorber des spiritueux). » Vont suivre d'autres descriptions similaires en France, en Allemagne et aux États-Unis. En France, Legrand du Saulle, en 1878, introduit le terme de « peur des espaces » à la place de celui d'agoraphobie jugé trop restrictif. Cette précision souligne que l'agoraphobie ne se limite pas aux places mais survient « au théâtre, dans une voiture publique, dans une barque ou sur un pont ». Il distingue l'agoraphobie primitive, véritable entité, presque toujours masculine, et l'agoraphobie secondaire, souvent féminine, qui coexiste avec d'autres troubles nerveux.

De nombreuses phobies sont à cette époque décrites avec précision comme la claustrophobie (la peur des espaces fermés) ou l'acrophobie (la peur des hauteurs). Le psychologue américain Stanley Hall en décrit cent trente-deux, chacune définie à partir du préfixe grec désignant le lieu, la situation, l'objet... redouté par le patient.

Une phobie revêt un caractère particulier qui semble aller au-delà de l'analyse descriptive de l'objet redouté vers une analyse psychopathologique : l'éreutophobie.

La première description de l'éreutophobie par Johann-Ludwig Casper remonte à 1846, mais fut publiée en français des années plus tard dans les *Archives de neurologie* sous le titre *Biographie d'une idée fixe* (cf. encadré ci-dessous). Elle y est définie comme la peur de rougir en public accompagnée d'une crainte et d'une rumination prenant parfois un caractère obsédant et associée à un sentiment de gêne, voire de honte. Un peu plus tard, les descriptions de l'éreutophobie de Pitres et Régis (1897) préfigurent largement la description des phobies sociales.

Extrait de *Biographie d'une idée fixe*

C'est à la suite de plaisanteries de la part de ses camarades au sujet de la découverte « d'une petite amourette » que le jeune homme entretient avec une jeune fille rencontrée lors d'un cours de danse que les premiers symptômes de l'éreutophobie apparaissent : « J'en fus à tel point affecté que je sentis des frissons m'envahir, je devins pour la première fois effroyablement embarrassé, rouge-feu et pouvais à peine bégayer. À partir de ce moment, je n'eus plus qu'une préoccupation, celle de rougir, et beaucoup de petits tourments m'abandonnèrent. D'ailleurs, les taquineries au sujet de cette jeune fille, la prononciation de son nom suffisaient à me faire rougir, et bientôt il ne fallut plus que le mot "amour" pour me rendre rouge-feu. La rougeur était devenue déjà périodique ; elle se manifestait surtout à table, mais aussi, à dire vrai, dans toutes les circonstances possibles. (...) Il me sembla bien qu'elle n'était pas habituellement remarquée, cependant, elle était toujours pour moi extrêmement pénible. Mais déjà je n'avais plus besoin de railleries ou d'autres motifs pour réveiller en moi cette pénible sensation. J'avais déjà reconnu que la cause de mon tourment n'était plus dans le monde extérieur mais que je la puisais en moi seul. Cette pensée jointe à un regard particulier des hommes suffisait à me faire monter le sang aux joues en un clin d'œil et à provoquer l'angoisse. »

Entre 1866 et 1875, Falret, surtout, et Legrand du Saulle introduisent les notions de « folie du doute » et de « délire du toucher » qui se caractérisent par des doutes et des questions insolubles sur le pourquoi et le comment des choses. Falret donne cette description : « Le malade connaît les dérangements de ses sentiments mais a perdu l'influence de sa volonté sur ses actes. »

Ces notions sont considérées comme les premières descriptions des obsessions-compulsions.

Névroses et psychasthénie

En 1779, un médecin écossais, William Cullen, invente le terme de névrose pour désigner des maladies nerveuses sans fièvre ni lésion localisée. À côté de l'hystérie et de l'hypochondrie, la névrose est décrite comme un ensemble de manifestations physiques très variées comme les tremblements, les palpitations, les lipothymies, les spasmes associés ou non à la peur ou à d'autres états émotionnels. On retrouve dans ce cadre très large des états que l'on qualifierait probablement aujourd'hui d'anxieux. La cause de ces états est ignorée, certains défendent l'hypothèse neuro-anatomique ou neurophysiologique, pour d'autres, elle reste une faiblesse ou une sensibilité du système nerveux « sans lésion ». De nombreuses tentatives d'explications vont fleurir : constitutions nerveuses, altération des nerfs, altération vitale de la vie nerveuse, qui résulteraient d'une alimentation carencée, de menstruations abondantes, d'un épuisement physique (pour revue Adès, 1992).

En France, l'œuvre de Pinel (1818) est influencée par les travaux de Cullen. Les névroses, selon Pinel, sont « des troubles de la sensibilité et de la mobilité que n'accompagnent ni fièvre primitive, ni inflammation, ni lésion des structures ». Les premières définitions des névroses se basent sur la notion de maladies du système nerveux, sans lésion observable. Par la suite, à la fin du XIX^e siècle, les travaux de Charcot contribuent à l'évolution du concept de névrose, notamment par ses descriptions cliniques précises de l'hystérie.

À la même époque, en 1869, l'américain Beard introduit le concept de neurasthénie. Il s'agit d'un trouble fonctionnel, conséquent à « l'épuisement nerveux » lié au surmenage intellectuel chez les hommes américains de 16 à 50 ans. Le concept de neurasthénie a connu un vif succès comme en témoigne l'utilisation encore récente de ce terme. Le tableau clinique est très varié et regroupe à côté de l'épuisement physique et mental plus de 50 symptômes. L'anxiété n'apparaît pas comme l'élément central mais il est évident que beaucoup de manifestations décrites peuvent lui être rapportées. La neurasthénie apparaît comme la deuxième grande névrose, touchant préférentiellement les hommes, à côté de l'hystérie, essentiellement féminine, et de l'hypochondrie moins fréquente chez les hommes.

H. Oppenheim, en 1888, décrit la névrose traumatique chez les accidentés du travail, notamment dans les chemins de fer, d'une manière proche de notre description des états post-traumatiques. Comme le souligne le psychiatre militaire Louis Crocq, les troubles psychiques déclenchés par la peur au cours des guerres, des conquêtes remontent à l'Antiquité. À partir du début du ^{xx}^e siècle, les nombreuses descriptions des névroses post-traumatiques, des névroses de guerre évoluent vers le syndrome de stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* des Anglo-Saxons) conceptualisé et étudié auprès de vétérans du Viêt Nam. Toutes ces descriptions ont en commun plusieurs éléments : le lien de causalité avec le traumatisme, la diversité des manifestations réactionnelles allant de l'hystérie à la stupeur, la mélancolie, les phobies, la forte réactivité émotionnelle, et enfin le caractère différé, parfois l'enkystement, et la réactivation des manifestations (*flash-back*, cauchemars, reviviscences) qui marquent une chronologie particulière de la réaction à un événement traumatique.

Symptômes cliniques de la névrose d'angoisse (S. Freud, 1895)

- L'excitabilité générale, symptôme fréquent dans de nombreux états nerveux, apparaît constamment dans la névrose d'angoisse et s'exprime particulièrement par une hyperesthésie auditive, une sensibilité excessive au bruit, qui est souvent la cause d'insomnie.
- L'attente anxieuse trouve écho dans le normal (« une femme qui souffre d'attente anxieuse pense que, chaque fois que son mari est enrhumé et tousse, cela signifie qu'il a une pneumonie grippale et elle voit passer son cortège funèbre ; rentrant à la maison, elle voit devant sa porte deux personnes debout et elle ne peut se défendre de la pensée qu'un de ses enfants est tombé par la fenêtre ; si elle entend la cloche sonner, c'est qu'on lui apporte la nouvelle d'un deuil, etc. »), dépasse l'anxiété normale et peut prendre une forme hypochondriaque lorsqu'elle concerne la santé du sujet.
- L'attaque d'angoisse associe à la sensation d'angoisse un trouble d'une ou plusieurs fonctions corporelles : respiration, activité cardiaque, innervation vasomotrice, activité glandulaire.
- Les attaques d'angoisse rudimentaires et des équivalents de l'accès d'angoisse ont vraisemblablement tous la même signification et présentent de nombreuses formes :
 - avec trouble de l'activité cardiaque ;
 - avec trouble de la respiration ;
 - avec accès de sudation, souvent nocturnes ;
 - avec accès de tremblements ;
 - avec accès de fringale ;
 - avec diarrhées ;
 - avec accès de vertige locomoteur ;
 - avec congestion ;
 - avec paresthésie.

- Le réveil nocturne dans l'effroi (*pavor nocturnus* des adultes) s'accompagne habituellement d'angoisse, de dyspnée, de sueur, etc., et peut être source d'insomnie.
- Le vertige va du simple étourdissement à l'accès de vertige, et s'accompagne ou non d'angoisse. État de malaise, accompagné de sensation que le sol flotte, que les jambes se dérobent, qu'il est impossible de tenir debout. Ce vertige n'aboutit jamais à une chute mais peut être remplacé par un état d'évanouissement profond.
- Deux types de phobie à partir de l'attente anxieuse et des accès d'angoisse se développent : le premier en rapport avec les menaces communes (serpent, orage, obscurité, hyperscrupulosité morale) et le deuxième en rapport avec la locomotion, dont la forme typique est l'agoraphobie.
- Des troubles digestifs, nausées, fringales, diarrhées, et l'envie impérieuse d'uriner.
- Les paresthésies qui accompagnent souvent les attaques d'angoisse et de vertige et qui peuvent égarer le diagnostic lorsqu'elles prennent la forme de douleurs rhumatismales.
- Beaucoup de symptômes qui accompagnent les accès d'angoisse peuvent se présenter sur un mode chronique. Le diagnostic est alors moins facile, notamment pour les diarrhées, les vertiges et les paresthésies.

La fin du XIX^e siècle marque un tournant avec des conceptions psychodynamiques originales très différentes, notamment celles de Janet et surtout de Freud, qui vont bouleverser entièrement les concepts de névrose. Freud, en 1895, isole de la neurasthénie la névrose d'angoisse qui correspond réellement à la première description de la pathologie anxieuse. Il énonce : « Je nomme ce complexe symptomatique “névrose d'angoisse”, parce que l'ensemble de ses éléments se regroupe autour du symptôme fondamental de l'angoisse, parce que chacun possède une relation déterminée avec l'angoisse. » L'apport majeur de l'identification de la névrose d'angoisse est de faire de l'attente anxieuse le symptôme central d'une pathologie jusqu'alors considérée comme organique. Freud proposera tout au long de sa vie plusieurs théories très différentes sur l'angoisse.

La description clinique de la névrose d'angoisse, des névroses phobiques (appelées hystéries d'angoisse) et des névroses obsessionnelles est très précise et proche de celle des troubles anxieux actuels : anxiété généralisée et trouble panique, agoraphobie, trouble obsessionnel compulsif. Il s'agit là de la première classification des troubles anxieux où Freud distingue la névrose d'angoisse et la neurasthénie au sein des névroses actuelles et névroses phobiques, hystériques et obsessionnelles au sein des psychonévroses de transfert.

Dans les névroses actuelles, la cause doit être recherchée dans des désordres de la vie sexuelle. La névrose actuelle est sous-tendue par une étiologie somatique et non symbolique de la formation des symptômes

(le facteur déclenchant serait l'absence de décharge de l'excitation sexuelle, un soulagement inadéquat de celle-ci dans la neurasthénie). Court-circuitant le symbolisme et le langage, elle ne relèverait pas de la psychanalyse. Dans les psychonévroses, dites de transfert ou de défense, les symptômes sont l'expression symbolique des conflits infantiles inconscients et accessibles à la cure psychanalytique.

Contemporain de Freud, Pierre Janet (1909) avance un modèle psychodynamique des névroses basé sur une baisse de la tension psychologique. Il propose une nouvelle nosographie des névroses basée sur la hiérarchisation des atteintes fonctionnelles. Sa conception repose sur l'idée que les névroses sont « des troubles des diverses fonctions de l'organisme, caractérisés par l'arrêt du développement sans détérioration de la fonction elle-même ». La conception de Janet est centrée sur le déficit et non pas sur le conflit, le distinguant ainsi de Freud.

Janet décrit la psychasthénie en l'opposant à la neurasthénie définie par Beard peu de temps auparavant. La cause de cet état psychasthénique est, selon lui, la baisse de la tension psychologique (celle qui assure le maintien de la hiérarchie des phénomènes psychologiques). Les conséquences sont la perte des fonctions les plus élevées dans cette hiérarchie : fonction du réel, capacité à s'adapter au présent, aux situations nouvelles. La traduction clinique en est le sentiment d'incomplétude, d'inachèvement, d'imperfection. Pour Janet, anxiété, phobies et obsessions sont intimement liées et ne peuvent se différencier en catégories distinctes.

Une fois l'état psychasthénique installé, des symptômes de deux ordres peuvent se développer :

- les agitations forcées, mentales (manies de vérification), motrices (tics) et émotionnelles (phobies, anxiété) ;
- les idées obsédantes (scrupules, obsession du sacrilège, obsession-impulsions, dysmorphophobie...).

Janet (1903) propose une des premières classifications des phobies basées sur différentes familles d'objets ou de situations redoutées : les phobies corporelles, situationnelles, d'objets et d'idées. Parmi les phobies situationnelles, nous trouvons d'une part les situations physiques (agoraphobie, acrophobie, claustrophobie) et d'autre part les situations sociales. Cette phobie des situations sociales liée au fait « d'avoir à agir en public » préfigure bien de ce qui sera désigné par le terme de phobies sociales. « Tous ces malades n'ont aucune peur de rougir ou de pâlir, ou de grimacer, ou de sourire, ou de ne pas sourire quand ils sont seuls, et la rougeur ou la grimace, si elle survenait à ce moment, ne les impressionnerait aucunement. On pourrait donc appeler ces phénomènes des phobies sociales ou des phobies de la société. »

Les conceptions et la classification des névroses de Freud ont influencé durablement la psychiatrie contemporaine, tandis que l'œuvre de Janet a connu un rayonnement moindre.

Classification actuelle des troubles anxieux

La classification proposée par Freud est basée sur le concept de névrose. Elle est longtemps restée la référence pour beaucoup de médecins et de psychiatres. À la fin des années 1970, de nouveaux systèmes de classification internationale qui introduisent la notion de trouble anxieux apparaissent.

Concept d'attaque de panique

L'attaque de panique est un concept psychiatrique proposé à l'ensemble de la communauté psychiatrique internationale au début des années 1980. Il s'agit d'une nouvelle dénomination d'origine nord-américaine des crises aiguës d'angoisse dont le créateur est Donald Klein, psychiatre à l'université de Columbia à New York.

Klein revisite, sur le plan clinique, la névrose d'angoisse dans laquelle, il le reconnaît, il puise toute la sémilogie du trouble panique. La première transformation a lieu en rebaptisant la classique crise aiguë d'angoisse par le terme « attaque de panique ». Klein rapporte que le terme *panic attack* lui a été inspiré par la lecture de l'article de Freud, « Obsession et Phobie », rédigé en français pour la *Revue de Neurologie*, le terme *state of panic* étant employé dans une traduction américaine de Freud. Pierre Pichot rapporte cette anecdote que lui a confiée Klein personnellement (Pichot, 1998).

Sur le plan sémilogique, l'attaque de panique est décrite comme un accès anxieux paroxystique survenant inopinément, marqué par des manifestations physiques intenses auxquelles s'ajoutent des symptômes psychiques comme la peur de perdre le contrôle ou de mourir. Rien ne distingue l'attaque de panique de la classique crise d'angoisse décrite dans la névrose d'angoisse et que l'on peut retrouver également dans d'autres névroses comme l'hystérie.

Klein a souvent repris la description faite par Freud et Breuer des accès vécus par Katarina dans *Études sur l'hystérie* qui donnait un tableau vivant de la panique. Freud, alors en vacances dans les Alpes, rencontra par hasard une jeune femme de 18 ans qui, apprenant qu'il était médecin, lui décrivit ses crises. Freud découvrit que l'oncle de la jeune femme avait abusé d'elle sexuellement à l'âge de 14 ans et que sa tante avait divorcé récemment à l'occasion d'une infidélité conjugale. Il fait l'hypothèse que le souvenir du « traumatisme sexuel » est la cause des attaques d'angoisse. À partir de ce type de matériel clinique, Freud formule sa première théorie de l'angoisse.

En fait, la naissance du concept remonte au début des années 1960 quand Klein va noter chez des patients présentant des crises d'angoisse une amélioration importante après trois semaines de traitement par imipramine (Klein et Fink, 1962). C'est donc à partir de l'observation

de l'effet bénéfique de l'imipramine sur l'anxiété des attaques de panique, alors qu'elle apparaît sans effet sur l'anxiété chronique, qu'il propose de distinguer l'anxiété liée aux attaques de panique et l'anxiété généralisée. Il propose une théorie biologique et comportementale des attaques de panique. Celles-ci sont génétiquement programmées et sous-tendues par des mécanismes biologiques, et la survenue des crises conduit secondairement par conditionnement à l'évitement agoraphobique.

L'attaque de panique porte une marque pharmacologique et biologique qui lui reste longtemps associée. Le concept d'attaque de panique fait l'objet d'une offensive très marquée d'une partie de la psychiatrie américaine contre la psychanalyse et la conception des névroses. Il joue également, comme nous allons le voir, un rôle important dans le développement des systèmes de classification en psychiatrie.

Les classifications internationales

Actuellement, il existe deux systèmes de classification proposant des critères explicites pour chacune des catégories qui les composent. Ces deux classifications sont la 4^e version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV-TR) publié en 2000 et la 10^e édition de la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) qui repose sur un principe identique de découpage nosographique (Guelfi, 2003).

Le terme d'anxiété apparaît dans la 7^e édition de la *Classification internationale des maladies* en 1955. Les troubles anxieux font partie de la rubrique des troubles névrotiques. Contrairement à la CIM, la classification américaine de psychiatrie a pratiquement abandonné le terme de névrose au profit de troubles anxieux. La classification du DSM est présentée comme athéorique et propose un découpage nosographique basé sur des critères cliniques diagnostiques précis et stricts. Elle est une classification multi-axiale comprenant cinq axes indépendants :

- axe I : trouble clinique ;
- axe II : trouble de la personnalité associé ;
- axe III : affections médicales ;
- axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux ;
- axe V : évaluation globale du fonctionnement.

Selon le DSM, un(e) patient(e) présentant une névrose phobique peut, par exemple, être diagnostiqué(e) ainsi : trouble panique avec agoraphobie (axe I), personnalité dépendante (axe II), pas de pathologie somatique associée (axe III), difficulté dans le travail (axe IV), difficulté

d'adaptation dans le fonctionnement professionnel, familial et social d'intensité moyenne (axe V).

Les changements les plus marquants concernant les troubles anxieux ont été proposés à partir de la 3^e version du manuel (DSM-III, 1980).

Principaux changements du DSM par rapport à la classification des névroses

- Abandon du terme de névrose au profit de trouble : la classification américaine du DSM a remplacé les névroses par la notion de trouble anxieux qui correspond à des tableaux où les syndromes anxieux sont indépendants de manifestations pathologiques organiques, dépressives ou psychotiques. Par ce découpage en catégories exclusives, les troubles anxieux sur un plan clinique se superposent pratiquement aux névroses ; en revanche, l'approche en syndrome ou en catégorie est privilégiée, contrairement à une distinction à partir de structure (névrotique, psychotique, limite). La position de scinder la névrose d'angoisse en deux entités distinctes, le trouble panique et l'anxiété généralisée, est adoptée également par la CIM-10.
- Disparition de la neurasthénie : cette entité que Freud proposait déjà de distinguer de la névrose d'angoisse est complètement abandonnée dans le DSM alors qu'elle persiste dans la CIM.
- Démembrement de la névrose d'angoisse en deux entités : trouble panique et anxiété généralisée.
- Description des phobies sociales (trouble anxiété sociale) : si la peur des situations sociales a été décrite par Janet au XIX^e siècle, la phobie sociale n'a jamais été identifiée précisément dans les névroses.

Les classifications et les modèles représentent un guide qui ne permet pas de tout expliquer et de tout comprendre de la pathologie anxieuse d'un sujet. L'analyse rigoureuse des syndromes anxieux et des facteurs personnels et environnementaux anxiogènes est indispensable pour comprendre et prendre en charge le patient anxieux.

Les travaux de la 5^e édition (DSM-V) sont en cours et la publication est prévue pour 2013. Il est vraisemblable qu'une perspective dimensionnelle sera proposée dans le domaine des troubles anxieux. L'intérêt d'ajouter aux cinq axes des axes supplémentaires destinés à enregistrer d'autres variables telles que les mécanismes de défenses contre l'angoisse, les variétés d'attachement dans l'enfance ou les différents types de fonctionnement relationnel est toujours discuté. Les pionniers de l'aventure DSM sont critiqués, dénoncent une approche complexe, un risque de se perdre par rapport à un objectif descriptif de classification, en tentant de refondre toute la richesse de plus d'un siècle de psychiatrie.

Troubles anxieux selon le DSM-IV-TR

- Trouble panique
- Phobies spécifiques
- Agoraphobie
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel compulsif
- Anxiété généralisée
- Stress post-traumatique
- Stress aigu
- Trouble anxieux dû à une affection médicale
- Trouble anxieux induit par une substance
- Trouble anxieux non spécifié

Critères essentiels des principaux troubles anxieux

Le trouble panique

Il est défini par la récurrence d'attaques de panique (crises aiguës d'angoisse), dont certaines sont imprévisibles, entraînant une gêne quotidienne et une anxiété anticipatoire (« peur d'avoir peur ») quasi permanente.

Les phobies

Elles sont toutes caractérisées par une peur intense, et perçues comme excessives par le patient, d'objets ou de situations non réellement dangereux. Toute confrontation (réelle ou en imagination) avec l'objet ou la situation en cause provoque une anxiété qui peut être majeure, allant jusqu'à l'attaque de panique, néanmoins l'angoisse est absente dès que le sujet se sent « à l'abri ».

Trois formes de phobies sont distinguées :

- les phobies spécifiques qui concernent un seul type d'objets ou de situations simples (animaux, sang, avions, etc.) ;
- l'agoraphobie, définie par une peur des situations ou des lieux dont on ne peut pas sortir facilement et où on ne peut pas être assisté rapidement en cas d'incident ou de malaise (l'agoraphobie est souvent associée au trouble panique lorsque les patients redoutent d'avoir une attaque de panique dans la foule, les grands magasins ou les transports en commun) ;
- les phobies sociales caractérisées par une peur intense du regard et du jugement de l'autre. Le sujet redoute des activités quotidiennes comme parler ou agir en public. Les phobies sociales correspondent à un authentique trouble anxieux qui ne saurait être confondu avec une simple timidité.

Le trouble obsessionnel compulsif

Il correspond à des pensées irrépressibles et/ou à des actes que le sujet se sent contraint d'effectuer sous forme de rituels (vérifications, nettoyage, etc.), tout en en admettant le caractère absurde. L'anxiété survient surtout lorsque le patient tente de résister à ces pensées ou à ces rituels.

Le trouble anxieux généralisé

Il renvoie à une inquiétude quasi permanente et durable (d'au moins 6 mois), concernant divers motifs de la vie quotidienne (risque d'accidents ou de

maladies pour les proches ou soi-même, anticipation de problèmes financiers ou professionnels, etc.), sans possibilité de se « raisonner » et de contrôler ces ruminations. Celles-ci engendrent un état de tension permanent, physique et psychique, souvent à l'origine d'une demande de traitement anxiolytique.

Le syndrome de stress post-traumatique

Il survient dans les suites d'un traumatisme aigu réellement violent (agression, viol, attentat, etc.) et s'exprime par une tension anxieuse durable, des conduites phobiques, et des reviviscences de la scène en cause (cauchemars la nuit, *flash-back* dans la journée).

Le trouble de l'adaptation avec anxiété

Il correspond à un état d'anxiété modérée, ne répondant pas aux critères diagnostiques des autres troubles anxieux évoqués ci-dessus, et ne persistant que quelques semaines pendant ou après un événement de vie difficile (stress professionnel, rupture affective, problèmes financiers, etc.).

Personnalité et tempérament anxieux

La position catégorielle du DSM et de la CIM est aujourd'hui en grande partie remise en question.

Peter Tyrer (1986) critique la classification du DSM qui aboutit à des changements trop fréquents et à une instabilité diagnostique. Il propose une approche plus dimensionnelle, prenant en compte la personnalité et pas seulement les symptômes. L'approche trop rigide du DSM ne traduit pas selon lui la réalité clinique. Il constate que souvent chez un même patient, au cours du temps, on est amené à porter le diagnostic de plusieurs troubles anxieux. À côté des phobies et des obsessions stables dans le temps, il existe une forme appelée le syndrome névrotique général qui définit un trouble de la personnalité avec une difficulté à s'adapter aux changements du fait de tracasseries, de sensibilité un peu hypochondriaque, une personnalité marquée par l'inhibition, l'insécurité et l'hésitation (Tyrer, 1992).

Certains patients présentent une anxiété dont l'évolution continue et durable s'inscrit dans un style de vie ou une façon d'être face au monde et à soi-même. Cela fait référence à différentes notions : tempérament, caractère, personnalité, traits et troubles de personnalité (*cf.* encadré ci-dessous). Spielberger, dans les années 1970, propose de distinguer l'anxiété-trait de l'anxiété-état. L'anxiété-état se définit comme un état émotionnel transitoire qui fluctue d'une situation d'anxiété à une autre, et l'anxiété-trait comme une disposition plus stable. Les travaux de Spielberger montrent l'influence du niveau de l'anxiété-trait sur l'intensité de l'anxiété-état, une anxiété-trait élevée prédispose à des réactions plus intenses d'anxiété-état.

Tempérament, caractères, traits et troubles de personnalité : définitions

Le tempérament désigne des traits innés donc sous dépendance biologique, alors que le caractère est psychologique acquis par l'expérience et la vie. La personnalité va schématiquement combiner ces deux éléments innés et acquis. La personnalité regroupe un ensemble de comportements caractéristiques de la manière de vivre d'un individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Une personnalité pathologique correspond, quant à elle, à un ensemble de traits de caractère, évoluant de façon durable, débutant à l'adolescence et s'accompagnant de difficultés personnelles et sociales non limitées à une pathologie mentale. Il est possible d'aborder la personnalité de deux façons différentes : par un regroupement en trouble de la personnalité défini par des critères précis (approche catégorielle) ou en considérant des traits, ou des dimensions, de la personnalité (approche dimensionnelle).

Troubles de la personnalité

Héritier de la conception de Kurt Schneider qui en 1923 décrivait dix types de personnalités anormales qualifiées de « personnalités psychopathologiques », déviation purement quantitative de la personnalité normale, le DSM et la CIM décrivent des troubles de la personnalité. Selon le DSM-IV-TR, les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation avec les autres, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective et/ou une altération significative du fonctionnement.

Dix troubles de la personnalité sont décrits dans l'axe II du DSM (paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, hystérique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive). Parmi eux, trois troubles identifient des personnes anxieuses et craintives, les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles :

- la personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ;
- la personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge ;
- la personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation, par l'ordre, la perfection et le contrôle.

Beaucoup de sujets ne répondent pas à une catégorie d'une personnalité pathologique du DSM mais présentent d'évidence des traits de personnalité jouant un rôle dans l'expression de leur trouble, son évolution et la réponse thérapeutique. L'approche dimensionnelle consiste à identifier des dimensions fondamentales ou traits de personnalité à la base du fonctionnement normal et pathologique de la personnalité.

Elle est pour beaucoup bien mieux adaptée et plus intéressante sur le plan thérapeutique.

Traits et dimensions de personnalité

Différents modèles dimensionnels de la personnalité ont été proposés sans que l'on puisse conclure à un nombre idéal de dimensions. Parmi les plus étudiés dans l'anxiété, nous citons le modèle d'Eysenck (trois dimensions), le modèle de Cloninger (sept dimensions) et le modèle des schémas cognitifs de Young. Ces dimensions peuvent être explorées au moyen de questionnaires validés : le questionnaire d'Eysenck, le *Temperamental and Character Inventory* (TCI) et le questionnaire des schémas.

Modèle d'Eysenck

Le modèle d'Eysenck retient trois dimensions. Deux dimensions de base, le neuroticisme et l'extraversion-introversion, sont explorées par un questionnaire de personnalité. La dimension de neuroticisme ou névrosisme est associée à une hyperréactivité émotionnelle et une difficulté à faire face au stress et semble prédisposer à l'anxiété et aux troubles anxieux. Les sujets présentant des troubles anxieux ont en général une note élevée en neuroticisme et basse en extraversion.

Modèle de Cloninger

Le modèle de Cloninger regroupe deux composantes : le tempérament conçu comme l'élément constitutionnel, héréditaire et biologique de la personnalité, et le caractère constitué d'attributs acquis sous l'effet de l'apprentissage, de l'expérience et de l'environnement. Sept dimensions sont décrites dont quatre tempéraments et trois caractères (*cf.* encadré ci-dessous). La dimension du tempérament évitement du danger (*harm avoidance*) reflète la tendance à l'inquiétude, au doute, à l'anxiété, à la timidité et à la fatigabilité, corrélée à l'évitement et à l'inhibition face à la menace qui s'apparente au neuroticisme « trait névrotique » et du cluster C du DSM regroupant les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles (Pelissolo, 1998).

Les sept dimensions du modèle psychobiologique de personnalité de Cloninger

- Tempérament :
 - recherche de nouveauté
 - évitement du danger
 - dépendance à la récompense
 - persévérance
- Caractères :
 - détermination
 - coopération
 - transcendance

Modèle des schémas cognitifs de Young

Dans la perspective d'une approche dimensionnelle de la personnalité, Jeffrey Young (1990) a proposé une conception de la personnalité à partir de la théorie des schémas cognitifs. Des schémas dysfonctionnels précoces se mettent en place durant l'enfance, guident la structuration de la personne et s'étendent à toute sa vie. Ils ont une fonction adaptative et se structurent à partir des besoins de l'enfant lors de son développement (les besoins principaux sont d'être reconnu, encouragé et aimé, de se sentir en sécurité, de pouvoir exprimer ses sentiments et ses désirs, d'accéder à l'autonomie et à la confiance en soi). Si ces besoins ne sont pas comblés, les schémas sont activés et peuvent mener à des pathologies. Les schémas décrits par Young peuvent être assimilés à des traits ou des dimensions de la personnalité activés chez chacun de façon variable et correspondant à une personnalité singulière (*cf.* encadré ci-dessous). Une étude montre que chez des sujets présentant des troubles anxieux l'ensemble des schémas précoces est activé comparativement à des témoins (Delattre *et al.*, 2004).

Les quinze schémas précoces de Young

- Les schémas précoces de séparation et de rejet :
 - abandon
 - méfiance
 - carence affective
 - imperfection
 - isolement social
- Les schémas précoces d'autonomie et de performance :
 - vulnérabilité
 - dépendance et incompetence
 - échec
 - relation fusionnelle
- Les schémas précoces de manque de limites :
 - tout m'est dû
 - manque d'autocontrôle
- Les schémas précoces de dépendance aux autres :
 - sacrifice de soi
 - assujettissement
- Les schémas précoces d'hypervigilance et d'inhibition :
 - contrôle émotionnel à outrance
 - exigences élevées

Tempérament anxieux

La question du caractère inné de l'anxiété et de l'intervention d'un déterminisme biologique avec la notion de tempérament est actuellement posée. Une typologie de base innée, comme l'inhibition comportementale

face à l'inconnu préparerait sous certaines conditions, le sujet à l'anxiété, et les différents symptômes s'organiseraient en fonction des événements et de ses capacités d'adaptation, c'est ce qui a été observé pour le tempérament d'inhibition face à l'inconnu chez l'enfant (*cf.* encadré ci-dessous).

Le tempérament d'inhibition comportementale

L'inhibition comportementale a été décrite par Kagan comme un tempérament marqué par une tendance au retrait vis-à-vis de situations et de personnes non familières. Il s'agirait d'enfants irritables, timides, évitants, introvertis et craintifs, ayant une tendance au retrait lorsqu'ils étaient exposés à des situations, des personnes ou des objets non familiers et cherchant à se rassurer auprès d'une personne connue. Le suivi d'une cohorte d'enfants âgés de 2 ans sur près de 10 ans montre que les enfants qui présentent très tôt ce trait montrent plus d'anxiété que ceux qui ne le présentaient pas. Ainsi, l'inhibition comportementale pourrait révéler un tempérament inné, dépisté très tôt, qui pourrait constituer un risque pour les troubles anxieux au cours de la vie. Selon et en réponse à leur propre tempérament et à leur propre anxiété, les parents de ces enfants développent un attachement, des attitudes relationnelles et des attitudes éducatives susceptibles de renforcer ou de maintenir l'anxiété. D'autres facteurs de vie (expériences de socialisation et événements stressants) peuvent favoriser le passage à un trouble anxieux (voire à un autre trouble psychique comme la dépression).

Certains auteurs ont proposé d'autres modèles de tempéraments anxieux. Hantouche (2001), en se basant sur le modèle d'Akiskal (1998), propose d'aborder l'anxiété généralisée comme une exagération d'un tempérament anxieux caractérisé par une hypersensibilité au danger, des traits évitants et sensitifs, un tempérament anxio-évitant, anxio-phobique et anxio-sensitif.

Le tempérament anxio-phobique a un rôle défensif contre les situations comportant un risque physique pour soi ou pour les autres, avec une plus grande sensibilité aux effets des sédatifs et des benzodiazépines. Le tempérament anxio-évitant est proche du trouble de la personnalité évitante du DSM-IV. Il assure au sujet une défense contre les situations menaçantes de l'équilibre de soi. Pour Akiskal, certains critères cliniques du trouble d'anxiété généralisée sont en faveur d'un tempérament anxieux. Il s'agit essentiellement du mode de début, de l'évolution, de la faible stabilité du diagnostic, de la prédominance de la réactivité émotionnelle de l'individu, des symptômes proches des traits de personnalité pathologiques, des facteurs liés aux événements de vie et de vulnérabilité génétique. Ce tempérament anxieux peut représenter un facteur de prédisposition de développement ultérieur d'un trouble et ainsi être en lien avec la survenue du TAG.

L'approche dimensionnelle apparaît pour l'anxiété très pertinente tant la frontière entre un style de vie, un trait ou un trouble est étroite. La personnalité anxieuse renvoie à des traits normaux comme la dépendance, l'instabilité émotionnelle, l'hypercontrôle qui déterminent la façon dont l'individu fait face aux stress de la vie et accède à ses besoins et ses aspirations. L'approche dimensionnelle se situe à un niveau plus psychologique qui lui donne un intérêt dans la psychothérapie. L'étude des mécanismes de défense contre l'angoisse dans la thérapie psychanalytique ou des schémas précoces dans la TCC (*cf.* chapitre 2) illustre bien l'intérêt d'une approche qui va au-delà du simple diagnostic.

Ce qu'il faut retenir

L'anxiété et l'angoisse sont proches mais une différence de nature existe, l'angoisse a une place plus philosophique et existentielle et l'anxiété se rattache à l'ici et maintenant dans notre adaptation tant physique que psychique à la vie. Nous parlons plus volontiers d'anxiété lorsque nous posons un regard médical et d'angoisse lorsque nous considérons ce même phénomène sur un plan philosophique. Le concept médical et psychologique d'anxiété est récent, né à la fin du XIX^e siècle. Il désigne en fait plusieurs choses : un état émotionnel inné qui joue un rôle fondamental dans le développement psychologique, un état pathologique qui traduit une souffrance psychique et des troubles ou maladies qui possèdent chacun des caractéristiques qui leur sont propres. L'anxiété désigne un symptôme qui a une fonction d'alerte et de protection mais qui peut devenir pathologique lors du franchissement d'un seuil. Les pathologies anxieuses sont décrites depuis le XIX^e siècle et leurs descriptions cliniques ont en fait peu évolué. En revanche, l'élaboration des systèmes de classification diagnostiques a permis de mieux évaluer leur prévalence, leur évolution et de mieux préciser les facteurs associés. Différents modèles de compréhension psychologiques et biologiques de l'anxiété ont été proposés. L'anxiété trouve son origine à la fois dans une prédisposition biologique tempéramentale, dans l'environnement familial et les événements stressants vécus, et dans les mécanismes psychologiques mis en place par le sujet au cours de sa vie. Les courants psychanalytiques et cognitivo-comportementaux sont à la base des principales psychothérapies proposées dans l'anxiété.

CHAPITRE 2

Modèles explicatifs des psychothérapies

« L'un des paradoxes de la médecine moderne est le développement de traitements nouveaux, souvent annoncés de façon très médiatique comme des solutions nouvelles et performantes, validées par des études contrôlées, qui contraste avec les difficultés que peuvent avoir les patients pour les obtenir. »

J. Cottraux

De différents champs conceptuels et descriptions cliniques vus au chapitre 1 sont nées des réponses différentes : demandes de soin, demande de sens, assistance de la société. La médicalisation de l'anxiété et à travers elle de la vie psychique soulève aujourd'hui de nombreuses questions. Parallèlement aux thérapeutiques médicamenteuses, les psychothérapies se sont développées à partir de la reconnaissance du concept médical et psychologique angoisse-anxiété.

Des modèles psychologiques aux psychothérapies

Théories de l'angoisse de Freud

Freud à la fin du XIX^e siècle avance l'idée que les maladies de l'esprit ont une origine psychologique inconsciente et il place l'angoisse au cœur de l'organisation structurelle des névroses.

Les conceptions concernant l'angoisse de Freud ont beaucoup évolué tout au cours de son œuvre. Dans sa première théorie datant de 1895, l'étiologie de la névrose d'angoisse est rattachée à des perturbations de la vie sexuelle (absence de décharge de l'excitation sexuelle). Freud postule le fait qu'un effroi unique ne provoque jamais une névrose d'angoisse. Il distingue l'affect d'angoisse lié au fait que la psyché se

sente incapable de liquider une tâche provenant de l'extérieur (danger) de la névrose d'angoisse où la psyché est incapable de régler l'excitation d'origine endogène (sexuelle). Ces deux types de réaction sont différents par leur durée : l'affect est un état passager alors que la névrose d'angoisse est un état chronique.

Les premières hypothèses sont publiées dès 1905 dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* : la libido se change en angoisse dès que la pulsion ne peut atteindre une satisfaction, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. L'angoisse résulterait d'une dérivation de l'excitation sexuelle somatique hors du psychisme.

En 1909, la publication de « L'analyse d'un cas de phobie chez un garçon de 5 ans », célèbre cas du petit Hans, rapproche la phobie de l'hystérie de conversion à qui Freud donne le terme d'hystérie d'angoisse. Pour lui, la naissance de l'évitement phobique est, comme dans l'hystérie, un évitement avant tout sexuel. L'événement traumatique n'est pas toujours réel, il peut se trouver au niveau du fantasme. Le conflit sexuel se situe au niveau du complexe d'Œdipe. Selon Freud, chez Hans, le conflit découle de la rivalité avec son père pour l'amour de sa mère. Cette pulsion inavouable est refoulée dans l'inconscient. La suite de ces travaux sur la névrose d'angoisse donne naissance à l'élaboration de la première théorie, exposée en 1915 dans *Introduction à la psychanalyse*. Pour Freud, « le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation, qui en est la conséquence ». L'origine sexuelle serait le facteur spécifique auquel peuvent s'ajouter des facteurs provocateurs tels qu'un surmenage ou le décès d'un proche. Dans l'angoisse, le Moi cherche à fuir les exigences de la libido refoulée. Le refoulement tend à maintenir le conflit psychique hors de la conscience. Quand l'énergie psychique devient trop forte pour pouvoir être contenue par le refoulement, le champ de la conscience est envahi de ces éléments refoulés sous forme masquée (manifestation somatique). Il s'agit donc d'un échec du refoulement. En 1916, Freud modifie sa théorie et distingue l'angoisse réelle de l'angoisse névrotique. L'angoisse névrotique est due à un refoulement de la libido qui se transforme en angoisse. Lorsque l'angoisse provoquée par le refoulement de la libido se fixe sur un danger extérieur, elle se présente comme phobie. Lorsque le sujet tente de la refouler, elle conduit à des obsessions.

Dans la dernière théorie de Freud sur l'angoisse en 1926, l'angoisse n'est plus la conséquence du refoulement mais sa cause. Freud propose sa nouvelle théorie de l'appareil psychique qui comprend le Ça (pulsions, désirs refoulés et fantasmes), le Surmoi (émanant des interdictions parentales, sociales et culturelles) et le Moi qui est chargé d'organiser les processus mentaux. L'angoisse est déclenchée par des pulsions libidinales et devient le signal d'alarme de la mise en place des mécanismes de défense. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), elle est définie comme un état

d'affect face à une situation de danger révélant un caractère particulier de déplaisir accompagné de manifestations corporelles. Freud distingue l'angoisse automatique de l'angoisse névrotique. L'angoisse automatique est une angoisse-signal face à un danger réel de l'environnement, et l'angoisse névrotique est une angoisse-signal face à un danger inconnu, un danger pulsionnel se ramenant à une perte ou une séparation.

Théorie freudienne des phobies : la névrose phobique (1895-1926)

La psychanalyse propose que l'origine des phobies soit liée à des pulsions inacceptables et que leur fonction soit de les réprimer. Le conflit survient pendant la période du complexe d'Œdipe et met en jeu les pulsions opposées (éprouvées par l'enfant, entre son amour envers le parent du sexe opposé et son hostilité envers le parent du même sexe). Selon la psychanalyse, ces pulsions sont inacceptables et la non-résolution du complexe d'Œdipe déplace l'angoisse qui en résulte vers une situation ou un objet. L'objet ou la situation phobogène ne sont donc que des symboles de la source profonde du conflit. Elle a en ce sens une vertu de protection envers des pensées et sentiments sexuels ou agressifs.

Le cas du petit Hans et de sa phobie des chevaux est un des exemples les plus connus de ce paradigme. Freud attribue la phobie des chevaux de l'enfant à un conflit œdipien non résolu, en expliquant que Hans réprime ses sentiments sexuels à l'égard de sa mère et son désir de mort envers son père. La psychanalyse vise à mettre en lumière les mécanismes de la phobie.

Freud a le premier reconnu que l'angoisse était le dénominateur commun de toute phobie bien plus que l'objet ou la situation. La névrose phobique trouve son origine dans le développement de la libido, l'inconscient et la psychologie du Moi. Pour Freud, la phobie traduit un mécanisme de défense mis en place face à une angoisse du Moi liée à un conflit pulsionnel. La phobie des animaux de l'enfant, l'exemple du petit Hans, ramène à une angoisse de castration en lien avec le complexe d'Œdipe, l'agoraphobie à une angoisse de séduction. Pour le courant psychanalytique, la phobie est un symptôme qui mène, par la cure, à la recherche de l'angoisse originelle dont le passage au conscient libérera définitivement le patient. L'approche analytique se situe donc au niveau de l'inconscient, et non pas dans une tentative d'explication du symptôme, raison pour laquelle Freud ironisait sur ceux qui tentaient de recenser toutes les phobies dans le but de les comprendre.

Angoisse de l'enfant et attachement

Les psychanalystes à la suite de Freud ont porté une importance toute particulière à l'angoisse de l'enfant et à son rôle fondamental dans le développement de la vie psychique.

Après l'angoisse de la naissance décrite par certains comme la première rencontre traumatique, l'angoisse des trois premiers mois de la vie ne serait plus un état précurseur, le nourrisson ne pouvant éprouver que des états de tension et d'alarme face à la faim, la réplétion vésicale ou intestinale ou face à des stimuli extérieurs. Une angoisse plus élaborée s'ébauche à partir du troisième mois. Spitz (1965) décrit l'angoisse du huitième mois comme le deuxième organisateur de la vie psychique après l'apparition du sourire au troisième mois (premier organisateur). Entre le sixième et le huitième mois, l'enfant manifeste de l'angoisse à la vue d'un visage étranger. Cette angoisse est liée à la reconnaissance du visage de la mère comme différent des autres, et à l'affect qui survient quand le visage de cette personne (déjà perçue comme extérieure) disparaît et ne peut être remplacé par un autre visage ou par un masque, contrairement au stade du premier organisateur. Il constate également qu'une séparation survenant à cette période peut conduire à des troubles du développement psychomoteur irréversibles en l'absence de substitut maternel satisfaisant. Mélanie Klein décrit l'angoisse dépressive comme la peur éprouvée par le Moi de la perte d'objet. Celle-ci peut être rapprochée de l'angoisse de séparation telle qu'elle a été étudiée par Bowlby. Cet auteur s'est intéressé aux réactions immédiates suivant la séparation. Il décrit les réactions de jeunes enfants séparés de leur mère selon trois phases successives : une phase de protestation marquée par une agitation et des cris, une phase de désespoir et une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant redevient sociable, acceptant les soins de n'importe quel substitut maternel. Les travaux expérimentaux sur les séparations chez le primate confirment cette hypothèse pour les deux premières phases. Bowlby relie ce schéma de comportement à trois points essentiels de la théorie psychanalytique : la phase de protestation correspondrait au problème de l'angoisse de séparation, la phase de désespoir à celui du deuil et la phase de détachement à celui des mécanismes de défense. Chez l'adulte, l'angoisse serait un équivalent de la phase de protestation et la dépression correspondrait à la phase de désespoir.

L'angoisse de séparation développementale apparaît vers le sixième mois de la vie et est présente chez la plupart des enfants entre un et deux ans. Elle s'exprime par une détresse quand l'enfant est séparé de sa figure principale d'attachement (le plus souvent la mère). Cette angoisse de séparation s'atténue au fil du développement, l'enfant supportant de mieux en mieux les situations où il est éloigné de sa mère. La mise en place du langage et l'investissement de l'environnement lui permettent une autonomisation progressive et de supporter des séparations de plus en plus longues.

Mary Ainsworth (1971) a poursuivi les observations de John Bowlby en étudiant la séparation d'enfants de leur mère. Elle a constaté lors de ses recherches que l'attachement n'est pas le même pour tous. À partir de l'expérience de « la situation étrange » où l'enfant est dans une pièce

avec sa mère, puis seul en contact avec une femme inconnue, différents types de comportement–attachement sont décrits :

- des enfants ayant un attachement sécurisant, confiant. Ils explorent activement leur environnement tout en conservant un contact intermittent avec leur mère tant qu'elle est présente. Quand elle disparaît, ils manifestent un état de détresse. Après son retour, ils cherchent activement sa proximité ;
- des enfants ayant un attachement non sécurisant :
 - « résistant–ambivalent ». Ils sont en retrait et montrent peu de comportements exploratoires lors de la sortie de la mère, puis de la détresse et de l'agitation à son retour ;
 - évitant. Ils montrent une préférence pour la mère et évitent la femme inconnue. Au retour de leur mère, ils l'évitent, mais cherchent aussitôt à se rapprocher d'elle.

La séparation avec la personne objet principal d'attachement produit une anxiété selon :

- le niveau de développement et la phase d'attachement ;
- l'attitude de la mère et de l'environnement ;
- le type d'attachement.

L'approche psychanalytique pointe l'importance des différentes phases du développement lors de l'émergence de l'angoisse, des interactions familiales précoces et des mécanismes de défense que l'enfant met en place pour expliquer la genèse de l'angoisse pathologique tout au long de la vie.

Principes des psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Freud, après s'être essayé au départ à l'hypnose, propose rapidement une nouvelle méthode de traitement. Le principe de la psychanalyse peut se décomposer en deux mots : « analyse » et vie psychique. À partir de son approche de l'hystérie, il propose une rupture radicale dans la conception des névroses. Il développe ainsi les grands principes de la psychanalyse et est à l'origine d'un courant de pensée qui dépasse le cadre même de la thérapie pour influencer différentes disciplines des sciences humaines.

Le principe de la psychanalyse est de permettre au sujet de mettre en lumière les conflits inconscients à la source des symptômes hystériques, phobiques ou obsessionnels et ainsi de faire disparaître ces symptômes. Le patient est invité à parler de façon non directive, avec le moins de suggestions possibles. L'échange repose sur la libre association d'idées et l'écoute du thérapeute. Le « transfert », qui correspond aux sentiments que peut ressentir l'analysé en direction du thérapeute au cours de cette reviviscence du passé, n'est en aucun cas utilisé mais seulement analysé dans le but d'aider le patient à trouver des solutions sur lui-même et dans sa relation aux autres en évitant de reproduire ses échecs.

Les thérapies psychanalytiques regroupent un ensemble assez large de thérapies aux objectifs différents qui ne s'organisent pas de la même façon. La cure type correspond à l'approche la plus formelle où le patient est installé sur le divan faisant dos au thérapeute. L'intervention du thérapeute, le nombre de séances hebdomadaires et l'interprétation du « matériel » des séances diffèrent selon les écoles de pensée du courant psychanalytique. En fait, différents points de la cure type l'éloignent d'une démarche de soin médical ou psychiatrique. Les objectifs d'une cure type ne sont pas centrés sur la réduction des symptômes, mais avant tout sur la recherche du « sens du symptôme » par la mise en lumière de conflits psychologiques plus ou moins anciens et des mécanismes de défense rigidifiés. Ces psychothérapies sont donc difficiles à évaluer selon les standards méthodologiques de l'essai thérapeutique.

Il est de règle que l'analysé participe entièrement au financement de sa thérapie, ce qui n'est pas compatible avec les règles habituelles du système médical de soins.

Pour toutes ces raisons, des modalités plus souples de psychothérapies dites d'inspiration psychanalytique sont généralement proposées par beaucoup de thérapeutes psychiatres ou non. Certaines peuvent se pratiquer en face à face, le thérapeute intervenant de temps à autre et des interprétations pouvant être discutées avec le patient. Ce type de thérapie n'a pas été clairement formalisé et chaque thérapeute agit davantage selon son expérience qu'en se basant sur des règles structurées. Cette approche psychothérapeutique souffre aujourd'hui d'un manque de cadre qui permettrait à la fois de former les professionnels et d'évaluer leur efficacité dans les troubles anxieux. Si la psychanalyse a influencé d'autres psychothérapies, il semble qu'une mutation soit aujourd'hui nécessaire afin de mieux répondre à la réalité actuelle de beaucoup de patients souffrant de pathologies liées au stress et à l'anxiété et pour qu'elle ne sorte pas complètement du champ des psychothérapies. Le courant des thérapies psychodynamiques proposant un échange plus direct avec le patient utilise d'autres méthodes qui pourraient à l'avenir permettre au courant psychanalytique de garder une place dans les stratégies de soins indiquées dans l'anxiété (Shear *et al.*, 1993 ; Bond et Perry, 2004).

Une psychothérapie psychodynamique brève centrée sur le trouble panique a été proposée (Milrod *et al.*, 1995). Il s'agit globalement d'un traitement beaucoup plus court qu'une cure type (9 à 18 mois en moyenne). Elle est également plus directe, l'intervention du thérapeute, davantage empathique, guidant le patient dans la compréhension de ses symptômes. La thérapie se fixe des objectifs concrets d'amélioration sur une période limitée. Shear *et al.* (1993) proposent d'entamer la thérapie par une explication avec le patient sur les symptômes (panique, agoraphobie) et le rôle joué par les émotions et les croyances (comme la peur d'être abandonné). Les conséquences des émotions et des réactions sont analysées. Par exemple,

dans le cas de l'agoraphobie, le rôle de l'entourage est mis en évidence ainsi que les bénéfices pouvant découler de la phobie.

L'exploration du passé et la mise en lumière de certains événements traumatiques ou de ressentis émotionnels permettent de trouver une compréhension dans le développement des symptômes et ainsi de mieux les maîtriser. La dimension interpersonnelle est souvent mise en avant comme la relation à la mère, les conflits avec le conjoint, la sexualité du sujet, etc. Des conflits parentaux, le mode éducatif, des événements de l'enfance peuvent être ainsi mis en lumière de même que la charge émotionnelle qui leur est associée. Ces thérapies abordent également des traits de personnalité comme la dépendance, le désir de plaire, les exigences élevées, l'évitement et leur construction au cours de l'histoire du sujet. Les échanges permettent au patient de mieux cerner les traits de sa personnalité anxieuse et de modifier la perception qu'il a de lui-même et de son environnement. La thérapie insiste par rapport aux TCC sur la dimension du transfert et la relation thérapeute-patient (Bond et Perry, 2004).

D'après une étude contrôlée, les thérapies psychodynamiques brèves sont efficaces dans le traitement du trouble panique en association avec un antidépresseur pour prévenir les rechutes. Elles apparaissent supérieures à la relaxation musculaire sur un essai contrôlé de 12 semaines récent (Milrod et *al.*, 2007). Elles pourraient être également efficaces dans l'état de stress post-traumatique, et n'ont pas été étudiées dans d'autres troubles anxieux.

Les thérapies psychodynamiques (selon le rapport Inserm)

L'approche psychodynamique s'appuie sur la théorie psychanalytique incluant le transfert*. Née des travaux de Sigmund Freud, elle s'est récemment diversifiée dans sa pratique, avec de nombreuses variantes cliniques (psychanalyse, thérapie psychanalytique, thérapie brève psychodynamique, thérapie interpersonnelle psychodynamique, etc.).

Ces thérapies ont pour objectif des changements profonds et durables chez le patient. Elles cherchent à les susciter par l'utilisation du langage et font donc partie des thérapies dites verbales. Elles sont utilisées comme outil de (re)construction de la personne.

Les psychothérapies psychanalytiques sont des traitements d'au moins un an, avec une à plusieurs séances par semaine, visant à des changements de la structure et de l'organisation psychique.

Les psychothérapies psychodynamiques brèves, de 40 séances ou moins, sont plus souvent centrées sur un événement. Elles se sont essentiellement développées aux États-Unis et sont peu pratiquées actuellement en France. Chez l'enfant, l'application de la psychanalyse repose sur la valeur symbolique du jeu (dessins, jouets représentant des êtres humains, des animaux, etc.). Le jeu est également un moyen pour l'enfant de se défendre des affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique.

* Le transfert désigne le fait qu'une personne se met à actualiser (projeter dans le présent) sur une autre personne, des désirs ou des situations inconscients, liés à son propre passé.

Du comportementalisme aux thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE)

Dans les années 1920, naît le « behaviorisme », ou comportementalisme, qui décrit les mécanismes de l'apprentissage et du conditionnement des comportements et apporte une vision radicalement différente des névroses et de leur traitement. Les explications théoriques des premiers traitements comportementaux des phobies découlent des célèbres travaux sur l'apprentissage et le conditionnement menés chez l'animal par Pavlov (conditionnement classique) et par Skinner (conditionnement opérant). Le conditionnement classique ou pavlovien est un conditionnement dit répondant. Un stimulus inconditionnel (nourriture) déclenche une réponse inconditionnelle (salivation). Si on associe un stimulus neutre (son) au stimulus inconditionnel (nourriture) un certain nombre de fois, le stimulus neutre (devenu conditionnel) déclenche à lui seul lors de sa présentation la réponse de salivation. Skinner décrit un autre type de conditionnement, le conditionnement opérant où l'apprentissage est renforcé ou au contraire inhibé en fonction des conséquences de l'action. Par exemple, dans une phobie des ascenseurs, le fait de monter à pied soulage l'anxiété, ce qui renforce le comportement d'évitement.

Mowrer (1960) propose une théorie en deux phases dite « théorie des deux facteurs ». L'anxiété, et particulièrement les phobies, serait acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant. Ce dernier type de conditionnement fait appel à la notion de renforcement. Un comportement dont les conséquences sont positives est positivement renforcé, à l'inverse des émotions désagréables entraînent un renforcement négatif. En outre, l'absence de renforcement mène à l'extinction du comportement. Selon la théorie de Mowrer, au cours d'un événement traumatique, un stimulus neutre (une situation, un objet, un animal) est fortuitement associé à un stimulus inconditionnel aversif (la douleur) et, ainsi, provoque lui-même la peur. Par la suite, le sujet évite l'objet phobogène et renforce négativement sa peur, c'est-à-dire la maintient.

Joseph Wolpe (1958), à partir de l'hypothèse que les phobies, et plus généralement les névroses, correspondent à une réponse émotionnelle conditionnée, propose le premier traitement comportemental par désensibilisation systématique. Cette technique est basée sur le principe de l'inhibition réciproque. Il propose d'inhiber la réponse physiologique en utilisant une réponse « incompatible à l'anxiété » comme la relaxation. Par l'apprentissage de ce nouveau comportement se produit un contre-conditionnement. Dans ce processus, une réponse alternative à l'anxiété ou à la peur est associée systématiquement au stimulus provoquant l'anxiété pour remplacer la réponse émotionnelle inadaptée.

Les techniques comportementales

Désensibilisation systématique

On distingue plusieurs étapes :

- l'apprentissage d'une technique de relaxation. À l'origine la technique de Jacobson a été peu à peu remplacée par des programmes de relaxation musculaire abrégée ;
- la construction d'une hiérarchie de situations anxiogènes. Elle est un temps important de l'analyse fonctionnelle.

On propose au sujet profondément relaxé de le confronter de façon hiérarchisée (du moins anxiogène au plus anxiogène) en « imagination » à des situations ou des objets redoutés. Lorsque le niveau d'anxiété est atteint, il le signale au thérapeute (en levant le doigt ou d'un signe de la tête). Le patient est alors invité à cesser de penser à la situation et à se concentrer sur la relaxation. Une fois un nouvel état de relaxation obtenu, la confrontation en imagination est reprise, selon la hiérarchie construite. On procède ainsi de suite pour franchir tous les niveaux de la hiérarchie.

La désensibilisation systématique est assez longue et est aujourd'hui souvent remplacée par les techniques d'exposition.

Un peu plus tard, il est proposé d'exposer le patient réellement aux phobies sans utiliser la relaxation. L'exposition aux phobies est basée sur le modèle de l'habituation et de l'extinction. L'habituation se réfère à l'hypothèse que la réponse anxieuse diminue lors d'expositions répétées à une situation redoutée. L'extinction propose que la réponse anxieuse soit apprise par le renforcement de sa réduction produite par des comportements anxieux. Par exemple, l'évitement renforce le comportement problème en réduisant rapidement la réponse anxieuse déclenchée lors de la confrontation.

En 1970, le comportementaliste Marks propose de regrouper les phobies en trois grandes classes qui se distinguent par la clinique, l'âge de survenue et l'évolution : l'agoraphobie, les phobies sociales et les phobies simples. Agras (1968) et Marks (1970) vont proposer, les premiers, les techniques d'exposition *in vivo* dans les phobies spécifiques et l'agoraphobie (*cf.* technique, chapitre 6). L'exposition est proposée également en association dans les phobies sociales, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) ou l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Exposition

Principe de la technique

La technique d'exposition est basée sur le principe de l'habituation et la constatation que l'anxiété diminue en intensité lors d'expositions répétées à la situation redoutée. De plus, un niveau d'anxiété bas avant

l'exposition facilite l'habituation alors qu'un niveau élevé peut au contraire « sensibiliser » la personne au stimulus redouté.

Différentes modalités d'exposition sont proposées :

- l'exposition en imagination ;
- l'exposition *in vivo* ;
- l'exposition par prescription de tâches.

En pratique, les techniques d'exposition consistent à confronter la personne à l'objet ou la situation phobogène selon une procédure très structurée et de façon graduée. Le principe de base est celui de l'habituation. Plus on est confronté, plus l'anxiété ressentie diminue. La réponse anxieuse se réduit au fur et à mesure des confrontations et des comportements d'évitement.

Pratique

Le principe et la réalisation, comme toutes techniques de TCC, doivent être clairement au préalable expliqués au patient. La thérapie peut s'aider de documents ou d'ouvrages destinés au patient qu'il peut approfondir en dehors de la séance.

Le patient, aidé du thérapeute, est invité à identifier puis hiérarchiser une liste de situations anxiogènes et phobogènes. Il se confronte à ces situations de la moins vers la plus anxiogène. L'exposition se fait préférentiellement en réalité contrairement à la technique de désensibilisation systématique utilisant l'imagination. Lors de l'exposition par assignation de tâche, l'exercice est prescrit et le patient le réalise en dehors de la consultation. Très rarement (même si dans les cas où le patient ne peut s'exposer, c'est la procédure la plus efficace), on propose l'exposition *in vivo*. Dans ce cas, le thérapeute est présent sur le lieu de l'exercice et suit en direct son déroulement.

L'exposition doit :

- être suffisamment prolongée ;
- éviter tout moyen de réduction de l'anxiété (comme les évitements subtils) ;
- faire en sorte qu'à la fin de la séance, l'anxiété soit revenue au niveau de base ;
- faire répéter les exercices.

Applications

L'exposition graduée est particulièrement indiquée et considérée comme la technique centrale des trois troubles phobiques. Le sujet est invité à s'exposer, par exemple dans le cas d'un agoraphobe, à prendre le métro : tout d'abord parcourir une station, à une heure de faible affluence. Il s'expose sans stratégie d'évitement ou de contrôle en laissant l'anxiété monter puis revenir à la normale. Il répète l'exercice jusqu'à ce qu'il puisse affronter cette première étape. Puis il passe aux autres niveaux

de la hiérarchie : parcourir plusieurs stations, puis s'y rendre à une heure de pointe.

L'exposition est également proposée dans l'anxiété généralisée. Elle se fait alors en imagination, ce qui facilite la prise en charge en consultation. Par exemple, le patient est amené à choisir un scénario catastrophe : « Ce qui pourrait arriver à un proche s'il devait prendre l'avion. » Après avoir bien identifié toutes les conséquences, même les plus dramatiques, il est demandé au patient, sans évitement ni neutralisation, de s'exposer à cette pensée pendant un temps suffisamment long, jusqu'à la diminution de l'anxiété. Il répète l'exercice dans la vie de tous les jours jusqu'à l'extinction, puis passe à un autre scénario catastrophe situé un peu au-dessus dans la hiérarchie qu'il redoute.

Encore du domaine de la recherche, l'exposition par réalité virtuelle a été testée en laboratoire chez des patients souffrant de peur de l'avion, d'acrophobie, d'agoraphobie, de peur de parler en public. Le principe consiste à immerger le patient dans un environnement virtuel en 3D. La visualisation peut se faire de différentes façons : écran d'ordinateur, écran relié à un casque, simulateur de vol... (Roy, 2003). Les données encourageantes sont surtout issues de cas uniques et d'études ouvertes, mais des travaux contrôlés sont en cours de réalisation.

Des schémas cognitifs aux thérapies cognitives

Restructuration cognitive

Pour palier les insuffisances des modèles comportementaux, l'approche cognitive s'est développée à partir des années 1980 et particulièrement autour des travaux de Beck sur les schémas cognitifs (Beck et Emery, 1985). Cet auteur base son hypothèse sur le fait que les troubles anxieux et dépressifs sont liés à des pensées profondes qui traitent les stimuli de façon erronée. Le modèle cognitif repose sur le traitement de l'information des stimuli internes et externes. Ce traitement est soumis à ce que Beck appelle les schémas cognitifs. Le sujet n'a accès qu'à une production superficielle, les monologues et les pensées intérieures. Le schéma cognitif correspond à une structure psychologique profonde qui se construit à partir des expériences personnelles, y compris les expériences émotionnelles, l'influence culturelle familiale et les connaissances de l'individu. Il est une sorte de « mémoire » qui conditionne la façon dont la personne voit le monde et se comporte.

Les schémas dysfonctionnels engendrent chez le sujet de fausses croyances et une distorsion de la réalité. Beck et Freeman (1990) ont fait l'hypothèse de la présence, chez le sujet anxieux, de schémas impliquant une menace physique ou psychologique et un sens exagéré de la vulnérabilité. L'anxieux serait plus réceptif aux aspects potentiellement menaçants d'une situation et percevrait son environnement et ses sensations

physiques en fonction de processus cognitifs erronés. Chaque trouble anxieux serait sous-tendu par des schémas spécifiques.

La thérapie cognitive simple dans son principe est en fait une intervention complexe qui prend pour cibles différents éléments cognitifs, comportementaux, affectifs mais aussi interpersonnels. Le mécanisme d'action principal est de produire un changement dans les processus d'information cognitifs (médiation cognitive), le postulat est que la thérapie cognitive produit des changements au niveau de cognitions négatives qui précèdent et prédisent la réduction des symptômes anxieux. Les études montrent qu'elle diminue les pensées menaçantes et augmentent les cognitions positives donc modifie les modes de pensées négatifs en lien avec les symptômes.

Thérapie cognitive

Principe de la technique

La thérapie cognitive ou « restructuration cognitive » consiste à mettre en évidence les pensées automatiques dysfonctionnelles traduisant des croyances erronées et à les modifier par des pensées et des postulats plus adaptés.

Pratique

Il est nécessaire de s'assurer d'une bonne compréhension de la technique qui doit être expliquée clairement en utilisant si besoin des supports et des exemples. Le modèle cognitif explicatif du trouble anxieux concerné doit être tout particulièrement détaillé. À partir de l'analyse fonctionnelle, le thérapeute aide le patient à identifier les réponses anxieuses déclenchées par une situation ou une pensée. Les pensées et les auto-verbalisations (monologues intérieurs) sont détaillées en mettant en évidence les enchaînements. Il est utile que le patient les note sur un « carnet à colonnes » reprenant la situation et les monologues associés. Il identifie également les comportements et les émotions conséquentes de ces pensées. La thérapie se déroule sur un mode interactif dit « socratique » qui consiste à questionner le patient sur la réalité de ses pensées et à lui suggérer d'avancer d'autres pensées et croyances dites « alternatives », puis à les noter. Il est invité à tester les pensées dysfonctionnelles dans la réalité et à appliquer des pensées plus adaptées. Les conséquences bénéfiques, tant émotionnelles que comportementales, sont à rechercher.

Applications

Elle s'applique à tous les troubles anxieux. Pour le trouble panique, la thérapie a pour objectif de modifier l'interprétation catastrophique (« il va m'arriver quelque chose de grave ») à propos des symptômes

physiques (dyspnée, palpitations). On amène le sujet à relativiser les conséquences et à élaborer un autre scénario (« cela va finir par passer, j'ai déjà vécu cela et il ne m'est rien arrivé de grave »). Le patient tente de modifier ses pensées automatiques lors de la consultation, il peut alors se remémorer une attaque de panique précise. Il est invité à faire un travail de restructuration cognitive en situation qu'il aborde après avec le thérapeute.

Pour la phobie sociale, le but de la thérapie est de modifier l'impression que les autres regardent le patient et le jugent négativement.

Dans l'anxiété généralisée, la surévaluation du danger et les interprétations catastrophiques faites par le patient de l'environnement sont au centre du changement. Les monologues et les pensées centrés sur les inquiétudes sont mis en évidence et leur utilité discutée (« à quoi sert-il réellement de s'inquiéter ? »).

Les TCC centrées sur les émotions (la troisième vague)

Gestion des émotions

La prise en compte de la dimension émotionnelle dans l'anxiété envisagée dans le domaine des neurosciences l'est aussi dans le cadre des thérapies cognitives et comportementales. Dans certains états anxieux, la composante émotionnelle est fortement marquée et il apparaît que certains souvenirs très chargés émotionnellement ont parfois du mal à se « métaboliser » et jouent un rôle important dans l'expression de l'anxiété face au stress. C'est le cas surtout dans l'anxiété réactionnelle et dans les paniques, mais, d'une façon générale, dans tous les troubles anxieux.

Sur un autre plan, les émotions sont associées à des traits de personnalité prédisposant à l'anxiété et qui se modifient au cours du temps. Les crises de colère, par exemple, ont été associées à des équivalents de panique, le sentiment de honte avec la phobie sociale, la culpabilité se retrouve dans le TOC, l'hyperémotivité dans l'anxiété généralisée.

La difficulté à réguler les émotions est donc supposée jouer un rôle dans le développement et le maintien des troubles anxieux. Campbell-Sills *et al.* (2006) montrent que les sujets tentant de réprimer les émotions augmentent de façon paradoxale la réaction émotionnelle aux stimuli stressants, la réaction sympathique, les affects négatifs. Il s'ensuit une diminution de l'adaptation sociale, des affects positifs et de la sensation de bien-être. À l'inverse, l'acceptation des émotions permet de stabiliser l'anxiété et l'humeur (figure 2.1).

La prise en compte de la gestion des émotions permet d'élargir les possibilités thérapeutiques surtout pour des patients chez qui une approche cognitive est difficile à mettre en place. Des techniques de relaxation, de méditation de pleine conscience ou encore d'exposition

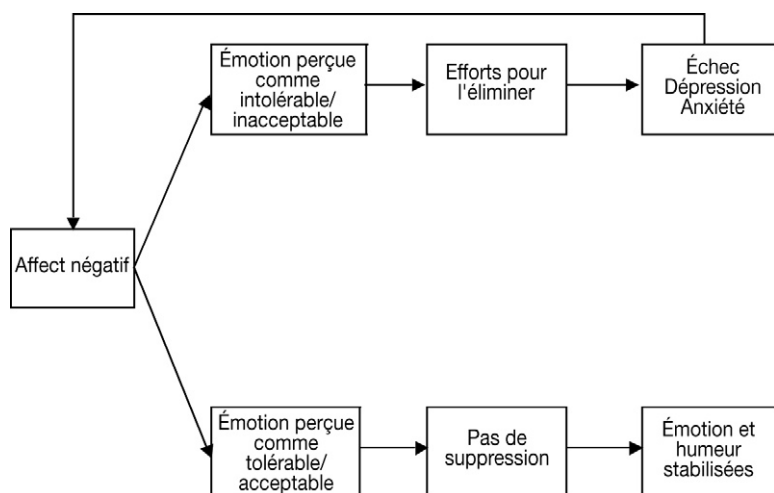


FIGURE 2.1. Évaluation et régulation des émotions dans l'anxiété et les troubles de l'humeur, d'après Campell-Sills *et al.* (2006).

aux situations ou aux souvenirs générant des émotions peuvent présenter un complément aux techniques comportementales et cognitives habituelles.

Les thérapies dites de troisième vague des TCC proposées dans l'anxiété sont :

- la *mindfulness* (cf. encadré ci-dessous) ;
- la thérapie d'acceptation et d'engagement – ACT (Monestès et Villatte, 2011) ;
- les thérapies centrées sur les émotions et métacognitives (cf. chapitre 9) ;
- la thérapie de schémas de Young.

***Mindfulness* ou thérapie de pleine conscience**

La *mindfulness* traduite en français par « pleine conscience » est une méthode fortement inspirée de l'approche de méditation du zen, du bouddhisme et du yoga qui s'inscrit dans la troisième vague des TCC centrée sur les émotions. Tout le fondement de la méthode repose sur l'idée que face aux événements nous sommes parasités par des pensées, des sentiments, des sensations corporelles dont nous ne sommes pas toujours conscients. Le but de la *mindfulness* est d'augmenter la conscience de ce que nous sommes en train de faire ici et maintenant au moment présent. Les exercices consistent à prendre conscience de la respiration, du corps, des sons, des activités comme marcher, manger, se laver. Un programme structuré en groupe de réduction du stress *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) a montré une efficacité sur la réduction de l'anxiété et des paniques (Kabat-Zinn, 1992).

Les thérapies cognitives et comportementales sont indiquées dans le traitement de tous les troubles anxieux et sont à la base de la gestion du stress. Les modules de thérapie ont été décrits et sont aujourd'hui bien validés. Nous les développons dans les chapitres 7 à 10 consacrés à la prise en charge des différents troubles anxieux. Si la cible privilégiée des TCC est le comportement (au sens large), dans certains cas l'anxiété est intimement liée à un conflit mettant en lumière des traits de personnalité et des interactions complexes avec l'entourage (familiales, conjugales, etc.). L'amélioration ne peut être le fait que d'un changement profond de la personne nécessitant une approche plus large que le comportement. Le développement récent des thérapies cognitives des schémas de personnalité pourrait enrichir les techniques classiques proposées dans l'anxiété.

Thérapie cognitive des schémas précoces

Principe de la technique

La thérapie centrée sur les schémas, telle que présentée par Young, débute par l'identification des schémas précoces inadaptés à l'aide de questionnaires permettant de repérer l'activation de ces schémas pendant l'enfance et à l'âge adulte.

Le but de la thérapie de Young est de transformer les schémas, l'un après l'autre (ou le schéma s'il n'y en a qu'un d'activé), afin qu'ils ne s'activent plus de façon inopportune et répétée.

Young utilise les techniques émotionnelles de modification des schémas :

- la « catharsis émotionnelle » qui consiste à utiliser l'émotion présente pour induire une facilitation mnésique et faire revivre émotionnellement une situation traumatique passée ;
- l'« autoreparentage » qui consiste à prendre la défense de l'« enfant en soi ». En imagination, le patient se met en colère contre la personne qui lui a fait du mal et rassure, console et déculpabilise l'enfant blessé qui est en lui.

Young utilise également des techniques cognitivo-comportementales (restructuration cognitive, affirmation de soi, etc.).

Pratique

La thérapie se décompose très schématiquement en sept étapes :

- première étape : elle consiste à aider le patient à déceler et à identifier ses schémas. Pour ce faire, le plus simple est avant tout de lui faire remplir un questionnaire relatif aux schémas ;
- deuxième étape : elle consiste à faire comprendre au patient qu'un schéma se forme pendant l'enfance ; ceci est illustré par des exercices de remémoration du passé ;

- troisième étape : elle consiste à tester la validité du schéma, en se basant sur les faits concrets, en rationalisant et en demandant au patient d'écrire tous les arguments pour et contre le postulat généré par ce schéma ;
- quatrième étape : le thérapeute demande au patient d'écrire à la (aux) personne(s) qui a (ont) contribué à la formation du schéma problématique ;
- cinquième étape : elle consiste à aider le patient à analyser dans le détail la façon dont le schéma hyperactif agit sur sa vie ;
- sixième étape : elle consiste à changer les modes de comportements pathologiques contribuant à accroître l'activation du schéma considéré et essaye de trouver des stratégies pour les modifier ;
- septième étape : elle consiste à aider le patient à maintenir les efforts mis en œuvre pour changer les comportements–problèmes afin d'atteindre et de modifier le schéma.

Application

Les TCC des schémas précoces peuvent être actuellement proposées dans tous les troubles anxieux, particulièrement le TAG et le TAA. Elles mériteraient d'être évaluées par des études, ce qui n'est actuellement pas le cas.

Stratégies psychothérapiques des troubles anxieux

Les recommandations internationales sur les troubles anxieux fondées sur les méta-analyses retiennent comme traitement psychothérapeutique de première intention les TCC. Les approches psychanalytiques sont réservées aux formes résistantes ou associées à des troubles de personnalité ou des stress psychosociaux durables. Elles ne visent pas à la réduction rapide des symptômes. Elles ne sont pas évaluables sur les mêmes critères que les TCC et les médicaments, et ne peuvent pas être recommandées en première intention dans une optique de soin à un large public. En revanche, l'intérêt des psychothérapies psychanalytiques dans les troubles anxieux est reconnu par beaucoup de cliniciens dans certaines circonstances où il apparaît pertinent de mettre en lumière certains conflits psychiques et mécanismes de défense jouant un rôle dans le maintien de symptômes anxieux. Sous leur forme classique, les psychothérapies sont pratiquement impossibles à évaluer selon une procédure s'apparentant plus ou moins à l'essai contrôlé.

Les thérapies cognitives et comportementales sont des thérapies brèves (en moyenne trois mois à un an), c'est-à-dire limitées dans le temps, avec des objectifs concrets dirigés vers les problèmes (symptômes, évitement, etc.). Elles impliquent une coopération étroite entre le patient et le thérapeute. La thérapie doit être expliquée en détail et le patient à une part très active dans sa réalisation. Elle débute par

l'analyse fonctionnelle qui permet de faire une évaluation complète des symptômes et des circonstances de déclenchement ainsi que du contexte et des facteurs individuels et interpersonnels. À partir de l'analyse fonctionnelle, les objectifs sont précisés et hiérarchisés. Des exercices sont proposés au patient au cours des séances, puis des assignations de tâches en dehors de celles-ci lui permettant de modifier le comportement anxieux et de valider les avancées de la thérapie. Les changements sont évalués avant, durant et après la thérapie. Les séances ont lieu le plus souvent en individuel. Cependant, des groupes de gestion de l'anxiété sont proposés avec de bons résultats. Il existe différentes techniques qui sont indiquées seules ou en association. Les principales techniques utilisées sont l'exposition, la thérapie cognitive, l'affirmation de soi et la relaxation. Plusieurs méta-analyses confirment l'efficacité des TCC dans le traitement des troubles anxieux (Hofmann et Smits, 2008).

Ce qu'il faut retenir

Différentes modalités psychothérapeutiques structurées ont été proposées dans la prise en charge des troubles anxieux. Les psychothérapies psychanalytiques et les thérapies cognitives et comportementales ont été les plus étudiées. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont évolué en trois vagues. La première vague, à l'aube des années 1960, était essentiellement comportementale ; la deuxième vague, dans les années 1980, se caractérisait par un enrichissement cognitif ; enfin, la troisième vague, celle d'aujourd'hui, est essentiellement émotionnelle. Les TCC ont donné lieu à davantage d'études de validation. En fait, ces différentes thérapies n'ont pas le même objectif. Les TCC ont pour principal but le traitement des symptômes psycho-comportementaux et émotionnels, les thérapies psychanalytiques sont plus orientées vers la résolution des conflits psychiques récents et anciens. Ces approches ne sont pas comparables et ne peuvent être opposées. Il importe de mieux définir la place de chacune et les recommandations les concernant.

CHAPITRE 3

Médicaments et modèles neurobiologiques

*« Vivre c'est le malaise
puisque vivre c'est vivre dans l'angoisse. »*

E. Ionesco

Médicaments de l'anxiété

Les années 1950 et 1960 marquent la découverte des premiers médicaments psychotropes et le développement de la psychopharmacologie. Il faut souligner que ces médicaments doivent beaucoup leur découverte au fruit du hasard et à la pertinence de certains chercheurs en l'absence totale, à cette époque, de modèle pharmacologique des troubles mentaux. Les modèles biologiques de l'anxiété ont été proposés suite à la découverte des médicaments, puis aux avancées de la neurophysiologie et des neurosciences.

Les premiers anxiolytiques, dont les benzodiazépines, notamment le chlórdiazépoxyde (Librium®), ont été commercialisés dans les années 1960. Ils ont progressivement remplacé les barbituriques comme anxiolytiques et comme hypnotiques apportant un bénéfice certain. Les effets pharmacocliniques de ces molécules sont la sédation, l'anxiolyse et les vertus tranquillisantes et hypnotiques. Jean Delay les définit ainsi : « Les tranquillisants ou anxiolytiques sont des médicaments provoquant une action sédatrice sur la tension émotionnelle et sur l'anxiété. » Ils se caractérisent également par leur bonne tolérance et leur rapidité d'action qui en font un traitement très efficace de l'anxiété aiguë. Dès 1961, le psychiatre américain L. Hollister décrivait la dépendance aux benzodiazépines. Il constate chez onze patients consommant de fortes doses de chlórdiazépoxyde, sur une durée allant d'un à sept mois, de nombreuses réactions de sevrage, en particulier des crises d'épilepsie (Hollister, 1961).

En 1977, soit une vingtaine d'années plus tard, un « récepteur aux benzodiazépines » est identifié. Il s'agit d'un site spécifique membranaire de neurones situé dans le cortex cérébral, le système limbique, le cervelet et les noyaux gris centraux, sur lequel se fixent préférentiellement les benzodiazépines. L'hypothèse d'une substance endogène se liant à ces récepteurs est restée sans preuve jusqu'à ce jour (Möhler et Richards, 1983).

Dans les années 1960, le psychiatre américain D. Klein, montre que les antidépresseurs imipraminiques sont efficaces sur la prévention des attaques de panique, et à partir de cela, propose de séparer la névrose d'angoisse en deux entités distinctes : le trouble panique et l'anxiété généralisée. Ces observations ont amené dans les années 1990 à proposer les antidépresseurs comme le traitement de choix des troubles anxieux. Ce sont tout d'abord les antidépresseurs tricycliques qui se sont montrés plus efficaces que les benzodiazépines pour traiter les troubles obsessionnels compulsifs, puis les troubles paniques. En 1987, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) se sont beaucoup développés en raison d'une efficacité semblable à celle des tricycliques avec des effets secondaires plus faibles et une absence de toxicité cardiaque. Leur indication a été élargie au TOC et à la prévention des attaques de panique.

À la fin des années 1990, contrairement à l'idée de Klein, les ISRS et les antidépresseurs inhibiteurs de la noradrénaline et de la sérotonine (ISRSNA) ont montré une efficacité supérieure aux benzodiazépines et un maintien de l'efficacité dans l'anxiété généralisée sur des périodes longues. Les antidépresseurs apparaissent plus efficaces sur les symptômes psychiques centraux de l'anxiété généralisée, les soucis et la tension psychique, alors que les benzodiazépines semblent plus efficaces sur les aspects somatiques comme l'insomnie, la tension musculaire et les plaintes somatiques digestives.

Anxiolytiques

Cette classe, la plus ancienne, reste très prescrite en pratique. Les benzodiazépines y sont essentiellement concernées. S'il existe quelques anxiolytiques non benzodiazépiniques, ces dernières années, aucun nouveau produit n'est apparu pouvant remplacer les benzodiazépines et offrir une meilleure efficacité, une tolérance supérieure en limitant les risques d'abus. Toutes les benzodiazépines possèdent, à dose équivalente, une efficacité comparable. Elles ne se distinguent que par leurs caractéristiques pharmacocinétiques. En revanche, les benzodiazépines à demi-vie longue offriraient une meilleure mania-bilité lors de l'arrêt en atténuant les manifestations de sevrage.

Contre-indications

Les contre-indications absolues des benzodiazépines sont peu nombreuses : insuffisance respiratoire sévère.

Effets indésirables

- La sédation excessive plus ou moins gênante, qui peut représenter un risque en cas de conduite automobile. Si cet effet ne cède pas après quelques jours, il est nécessaire de réduire les doses diurnes, de changer les horaires des prises ou de les fractionner, voire de changer de molécule, en déconseillant la prise de substances excitantes, psychostimulantes.
- Les troubles mnésiques touchant la mémoire antérograde : c'est un effet modéré mais proportionnel à la dose et fréquent chez les sujets déjà fragilisés (réduction de la dose ou changement de molécule).
- Les troubles de l'équilibre et de la marche liés à l'ataxie et aux effets myorelaxants des benzodiazépines avec comme principal inconvénient le risque de chute chez le sujet âgé.
- Les effets comportementaux paradoxaux : agitation, agressivité, activités automatiques suivies d'amnésie. Ils sont très rares et concernent surtout les hypnotiques à pic d'action très rapide et aussi en cas de prise concomitante d'alcool ou d'autres toxiques. La survenue d'un tel événement contre-indique fortement la prescription de benzodiazépines.

Précautions d'emploi

- Sujets âgés à risque de chute et sensibles aux effets confusionnels.
- Antécédents d'addiction, d'alcoolisme ou de mésusage des benzodiazépines.
- Antécédents d'effets paradoxaux sous benzodiazépines.
- Grossesse et allaitement.

Antidépresseurs dans l'anxiété

Indications

Des études scientifiques accumulées ont montré l'intérêt des antidépresseurs dans la prévention, la prise en charge à terme de certains troubles anxieux comme les TOC, l'anxiété généralisée, la prévention des attaques de panique et les phobies sociales (tableau 3.1). Une autorisation de mise sur le marché a été donnée à certains antidépresseurs dans ces indications. Ils correspondent au traitement de fond et il faut bien en peser l'indication. Ils présentent certains avantages vis-à-vis des anxiolytiques pour les manifestations de sevrage à l'arrêt, mais il ne faut pas oublier qu'il n'est pas toujours aussi simple de les arrêter. Certains d'entre eux ont également encore des effets secondaires

rapportés par de nombreux patients. Si ces produits sont d'une grande maniabilité, ils ne doivent pas pour autant être banalisés et leurs indications bien pesées, compte tenu de la durée de traitement de plusieurs mois, voire davantage dans certains cas.

TABEAU 3.1. AMM et la posologie recommandés (Vidal, 2006) des différents traitements antidépresseurs pour chaque trouble anxieux

	Trouble panique (en mg/j)	TAG (en mg/j)	Phobie sociale (en mg/j)	TOC (en mg/j)	PTSD (en mg/j)
Citalopram Seropram®	AMM 20 à 60				
Escitalopram Seroplex®	AMM 10 à 20		AMM 10 à 20		
Fluoxétine Prozac®				AMM 20 à 60	
Fluvoxamine Floxyfral®				AMM 50 à 300	
Paroxétine Deroxat®	AMM 40 à 60	AMM 20 à 50	AMM 20 à 50	AMM 60	AMM 20 à 50
Sertraline Zoloft®				AMM 50 à 200	
Venlafaxine Effexor LP®		AMM 75 à 225	AMM 75 à 225		
Clomipramine Anafranil®	AMM 20 à 150			AMM 75 à 250	

Règles de prescription

Quoique généralement bien tolérés, les effets secondaires des antidépresseurs sont à connaître :

- pour les tricycliques : effets anticholinergiques (risque de confusion mentale, glaucome, rétention urinaire), effets adrénolytiques (hypotension orthostatique) ;
- pour les ISRS : nausées, vomissement, diarrhées, troubles de la libido ;
- pour les ISRSNA : nausées et céphalées.

Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement à un antidépresseur un anxiolytique et un hypnotique. Si l'importance de l'anxiété justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée (références médicales opposables – RMO).

Le traitement des troubles anxieux nécessitant généralement une prescription d'antidépresseurs continue de plusieurs mois, il convient d'en réévaluer périodiquement et au cas par cas les modalités. Lors d'un arrêt d'un traitement par antidépresseur, il est recommandé de procéder à une décroissance progressive de la posologie afin de prévenir

la survenue d'un éventuel syndrome de sevrage (sensations vertigineuses, nausées). Au-delà d'un traitement de six semaines, cette décroissance se fait en deux semaines au moins. La période de décroissance dépend de la dose, de la durée du traitement et du patient lui-même. Il est conseillé à celui-ci de ne pas interrompre par lui-même le traitement.

Stratégie médicamenteuse dans l'anxiété

Longtemps considérée par les médecins comme le seul traitement efficace de l'anxiété, la prescription médicamenteuse est aujourd'hui à resituer dans l'ensemble des mesures de soins. Le traitement médicamenteux a sa place lorsque les symptômes entraînent un niveau de gêne et de souffrance important et que d'autres moyens ne sont pas accessibles. Il faut distinguer le traitement « aigu » et le traitement de fond. Compte tenu du risque réel d'abus de ces substances, les modalités d'arrêt des traitements doivent être pensées, même si cela n'est pas toujours facile dès la prescription. Deux grandes classes de traitement, les anxiolytiques et les antidépresseurs, sont proposées.

La décision de prescrire répond à trois exigences :

- la résistance à des techniques simples de réduction de l'anxiété ;
- l'intensité des symptômes ou des troubles ;
- la nécessité d'un soulagement rapide.

Cette prescription nécessite un bilan et doit être accompagnée d'une information (objectif du traitement, durée prévisible, risques potentiels, modalités d'arrêt du traitement et les mesures complémentaires), d'un suivi.

Neurobiologie de l'anxiété

Le développement important des médicaments psychotropes a créé un essor de la psychiatrie biologique dans les années 1970 et a conduit à rechercher des anomalies de systèmes neurobiologiques supposées être impliquées dans l'anxiété (Boulenger, 1987). Les travaux sont très divers par leurs hypothèses de départ et par les techniques utilisées. Ce sont surtout des épreuves pharmacologiques puis, dans le courant des années 1970–1980, des explorations statiques et dynamiques des systèmes neurobiologiques, mono-aminergiques (adrénaline, sérotonine), neuro-endocriniens et physiologiques et, plus récemment, des épreuves utilisant les techniques d'imagerie cérébrale. Quelles que soient les techniques utilisées, l'objectif est toujours de mettre en évidence des différences significatives par rapport à une population témoin. Tous les biais inhérents à ces études ont été souvent soulignés et, pour les principaux, on retient que les dosages dans les liquides biologiques (sang, liquide céphalo-rachidien) sont souvent un reflet indirect du fonctionnement global du système nerveux central (SNC) et qu'il est difficile d'élaborer un modèle

biologique à partir d'un système unique, alors que les régulations du SNC sont d'une grande complexité. Ces études ne permettent pas d'affirmer, actuellement, que les anomalies constatées sont spécifiques aux troubles anxieux ou reflètent d'une façon plus générale les perturbations physiologiques associées à l'anxiété. Des techniques explorant de façon plus directe le système nerveux central, comme l'imagerie cérébrale, si elles n'en sont qu'au début de leur développement, pourront peut-être apporter des éléments de compréhension.

Plusieurs courants de recherche en neuroscience tentent d'intégrer les données de psychologie cognitives, neuro-anatomiques et physiologiques pour proposer des modèles de l'anxiété pouvant déboucher sur des avancées thérapeutiques.

Dérèglement du système nerveux autonome

L'anxiété est considérée depuis longtemps comme un dérèglement du système d'alerte physiologique de la peur face au danger. La peur est un système adaptatif avec impression subjective d'un désir de fuite et des modifications physiologiques qui préparent à l'action selon le célèbre modèle « *fight or flight* » de Cannon (1929) (*cf.* ci-dessous). Cannon met en avant une augmentation de l'activité sympathique et ses effets sur la circulation et le métabolisme. La stimulation du SNA se traduit par une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire et des activités sudorale, digestive et vésicale. Cet hyperéveil physiologique – *arousal* des Anglo-Saxons – se traduit sur le plan symptomatique par une sensation de tension, des palpitations, des rougissements, une respiration courte, une hypersudation et envie d'uriner et de déféquer (Hoehn Saric et Mc Leod, 2000). Chez le sujet anxieux, on peut supposer que cet état s'apparente à une exagération des mécanismes de la peur marquée par un hyperéveil physiologique au repos et une réponse augmentée face au stress.

Depuis le début du siècle dernier deux positions se sont opposées : celle de James et Lange pour lesquels l'aspect subjectif d'une émotion est secondaire aux modifications physiologiques d'une émotion et celle de Cannon pour qui les aspects subjectifs et somatiques des émotions sont secondaires à l'activation physiologique.

L'hyperactivité du système sympathique est restée longtemps l'hypothèse étiologique privilégiée dans l'anxiété.

Thayer et Lane ont proposé que l'anxiété comme les dérèglements émotionnels seraient principalement sous la dépendance du système nerveux parasympathique (tonus vagal). Alors que l'hyperactivité du système sympathique avait été jusqu'à présent la voie privilégiée d'étude de l'anxiété, l'hypothèse formulée actuellement est la suivante :

le système parasympathique jouerait un rôle fondamental à travers une perturbation de phénomène de flexibilité physiologique (Thayer et Lane, 2000).

Le modèle de la fausse alarme

Le modèle de Barlow est l'un des plus connu faisant intervenir plusieurs éléments : une vulnérabilité biologique, une vulnérabilité développementale et un mauvais traitement de l'information en rapport avec un conditionnement parental. Ces facteurs aboutissent à la constitution d'une vulnérabilité psychologique, influencée par la vulnérabilité biologique. Dans ce modèle, elle va donner lieu à des réactions de « fausse alarme » c'est-à-dire à des manifestations de peur en l'absence de stimulus, ou bien à travers « de vrais alarmes » en présence de l'événement ou de l'objet inducteur. Lors de l'apparition d'un événement stressant, le contrôle de certaines réactions peut s'avérer difficile, voire impossible en cas de double vulnérabilité, les symptômes paniques, phobiques ou obsessionnels apparaissant alors.

La neurobiologie de la peur

LeDoux (1992) a fait l'hypothèse que les troubles anxieux résulteraient d'une exagération de peur innée ou conditionnée. La peur est sous-tendue par un réseau neuronal au sein duquel l'amygdale semble jouer un rôle de chef d'orchestre. Les amygdales cérébrales sont deux petites formations appartenant au système limbique situées à l'intérieur des lobes temporaux. Les connexions de l'amygdale avec des structures proches ou plus lointaines dans le cerveau sont multiples (l'hippocampe, l'hypothalamus, le cortex préfrontal, les cortex sensoriels et le tronc cérébral). Les amygdales reçoivent des afférences et donc des informations multiples, signaux sensoriels externes ou signaux internes, qu'elles traitent et restituent sous forme d'informations émotionnelles destinées au cortex préfrontal d'une part (traitement « cognitif ») et à l'hypothalamus d'autre part (traitement « viscéral »). Le traitement cognitif concerne les phénomènes d'attention, la perception et la mémorisation d'une émotion. Le cortex préfrontal intervient dans la façon dont nous devons réagir et dans la planification de l'action. L'amygdale et l'hippocampe, très largement interconnectés, jouent un rôle très important dans les phénomènes de mémorisation, chacune de ces structures étant spécialisée dans un type de mémoire. L'hippocampe est responsable de la mémoire explicite qui permet l'apprentissage du caractère dangereux d'un objet ou d'une situation. Il est très sensible au contexte d'une expérience de telle sorte que le déclencheur d'une émotion est mémorisé mais aussi les objets, la situation ou encore le lieu où se

produit l'émotion. L'amygdale est responsable de la mémoire implicite qui permet de mémoriser des souvenirs inconscients. Le rappel des souvenirs emmagasinés se fait automatiquement sans qu'intervienne la mémoire explicite. Ces deux structures interviennent simultanément dans la mémorisation et la restitution des émotions. Par exemple, un souvenir stocké par l'hippocampe peut déclencher une émotion via l'amygdale. L'émotion déclenche donc des réactions automatiques par l'intermédiaire de l'amygdale qui envoie des connexions nerveuses aux noyaux du système nerveux autonome (système sympathique et parasympathique) du tronc cérébral et à l'hypothalamus qui va déclencher la réponse endocrinienne (cortisol, endorphines...).

Pour LeDoux (2000), on peut identifier deux voies au niveau de ce qu'il qualifie de « circuit de la peur » : une voie courte (traitement sensoriel → thalamus → amygdale → réponse) et une voie longue (traitement sensoriel → thalamus → cortex cérébral → hippocampe/amygdale → réponse). L'analyse du stimulus par le cortex va maintenir ou freiner l'action de l'amygdale sur les structures cérébrales responsables de l'expression physiologiques de la peur (figure 3.1). L'auteur va dans le même sens que le courant des TCC de troisième vague, la cible des interventions doit être l'émotion. Cette approche débouche sur une nouvelle modélisation du travail en thérapie cognitive et comportementale : trouver les situations qui déclenchent des réactions émotionnelles et mieux en comprendre les processus.

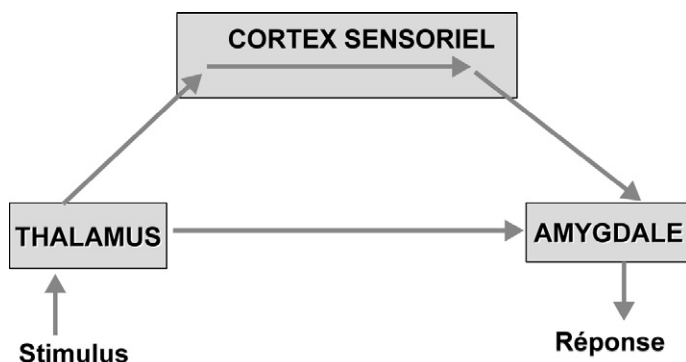


FIGURE 3.1. Schéma des deux voies courte et longue du circuit de la peur (LeDoux, 2000).

Ce qu'il faut retenir

La prise en charge de l'anxiété concerne tous les acteurs de santé, généralistes ou spécialistes. La phase d'information et de soutien psychologique revêt toute son importance.

Deux types de médicaments ont montré leur efficacité dans les troubles anxieux : les anxiolytiques et les antidépresseurs. Les anxiolytiques sont indiqués dans l'anxiété aiguë symptomatique et transitoire et exposent aux risques d'abus et de dépendance. Leur prescription doit faire l'objet de beaucoup de précautions. Les antidépresseurs sont particulièrement indiqués dans les troubles paniques, phobiques et le TOC et, depuis peu, dans le trouble anxieux généralisé. La durée du traitement antidépresseur pose beaucoup de problèmes étant donné que les troubles anxieux évoluent de façon chronique et que les rechutes sont fréquentes. Il faut savoir arrêter le traitement et proposer d'autres alternatives.

Malgré les progrès importants, le SNC reste encore difficile à explorer et les liens de causalité entre l'origine d'un état anxieux et un dysfonctionnement d'un système restent complexes malgré de très nombreuses explorations et hypothèses proposées. Les recherches récentes sur le cerveau émotionnel confèrent à une structure, l'amygdale, un rôle de pivot dans les réactions de peur.

CHAPITRE 4

Relations entre stress et anxiété

*« Avant le soin du corps
et des richesses avant tout autre soin est celui
de l'âme et de son perfectionnement. »*

Socrate

Le rôle du stress ou des événements stressants de la vie est supposé depuis longtemps dans l'anxiété (Servant, 1998). L'enfance est une période de développement psychologique particulièrement sensible et certains événements stressants peuvent avoir un impact important dans la survenue d'un trouble anxieux, que ce soit dans l'enfance et l'adolescence ou plus tard à l'âge adulte. Les événements stressants dans l'enfance comme les séparations parentales ont surtout été étudiés dans les troubles paniques et l'agoraphobie, de même que les événements de vie stressants dans les mois précédant le début du trouble. Les séparations précoces paraissent fragiliser les sujets vis-à-vis d'un trouble anxieux à l'âge adulte. Ce risque n'est pas spécifique et semble identique à la dépression et peut s'expliquer à partir des mécanismes innés d'attachement entre l'enfant et sa mère. Il est clair que tous les enfants ayant vécu un événement stressant ne développeront pas un trouble anxieux. L'influence du stress dans l'enfance dépend à la fois de la vulnérabilité du sujet et de l'intervention d'autres facteurs de l'environnement : le support social et l'éducation.

Plusieurs modèles actuels de l'anxiété impliquent le circuit du stress et de la peur, et d'une façon plus large la neurobiologie des émotions.

Modèles neurophysiologiques du stress

Le stress est un mot anglais sans équivalent en français qui apparaît au XVII^e siècle dans la littérature anglaise. Le stress désigne un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité. Par la suite,

utilisé dans le domaine de la physique, il correspond à la contrainte excessive subie par un matériau. Mais le concept médical s'est développé dans la première moitié du ^{xx}e siècle, fondé sur des recherches physiologiques qui ont ouvert la voie aux neurosciences, où le stress reste près d'un siècle plus tard encore un champ d'étude très actuel dans le domaine des émotions et de l'anxiété.

Syndrome général d'adaptation

Cannon, en 1929, décrit la réaction d'urgence d'animaux confrontés à une menace – *fight or flight* (lutter ou fuir) –, liée à la libération d'adrénaline. Quelques années plus tard, le stress désigne en fait la réaction hormonale en réponse à un stressor. Hans Selye est considéré comme le père fondateur du concept de stress. Sur la base d'études menées chez l'animal, il décrit dès 1936, sous le terme de syndrome général d'adaptation, la réaction mettant en jeu principalement les hormones surrénaliennes, qui permet de maintenir l'équilibre de l'organisme. Il constate que l'injection d'un mélange de tissus ovariens à des rats produit les mêmes effets qu'une injection de sérum physiologique. Les lésions constatées sont des ulcères gastroduodénaux, une hypertrophie des glandes surrénales et une involution du thymus. Il reproduit l'expérience en soumettant les animaux à des stress physiques comme de brusques changements de températures, des agents toxiques, des bruits intenses. À chaque fois, il retrouve les mêmes lésions. À partir de cette constatation, Selye fait l'hypothèse que, quel que soit l'agent stressor, il existe une réponse stéréotypée du système hormonal. Cette réponse correspond à une contre-réaction dont le but est de maintenir l'équilibre (l'homéostasie) menacé par une agression extérieure et que Selye désigne par le terme de « syndrome général d'adaptation ».

Le syndrome général d'adaptation est décrit en trois phases qui se succèdent dans le temps :

- la phase d'alarme, au cours de laquelle l'organisme mobilise ses ressources pour faire face à l'agression, est caractérisée par une libération de catécholamines (adrénaline) et de glucocorticoïdes (cortisol), et une baisse momentanée de la résistance de l'organisme ;
- la phase de résistance, au cours de laquelle les défenses de l'organisme sont augmentées vis-à-vis de l'agent stressor en cause, mais diminuées vis-à-vis d'autres agressions, repose essentiellement sur l'activation de l'axe corticotrope ;
- la phase d'épuisement correspond à la défaillance des capacités d'adaptation et traduit l'épuisement des surrénales en glucocorticoïdes.

Selye fait l'hypothèse dans les années 1950 qu'il faut distinguer deux types d'effets : le bon stress, *eustress*, et le mauvais stress, *distress*. L'épuisement de la capacité de cette contre-réaction du fait de stress trop intense ou trop prolongé peut aboutir à la maladie (pathologie

d'adaptation). Le modèle physiologique proposé par Hans Selye qui définit le stress comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite » a beaucoup évolué en raison des progrès extraordinaires accomplis dans le domaine des neurosciences.

Les modèles actuels

Des études menées chez l'animal mais aussi d'imagerie cérébrale récente chez l'homme montrent que la réponse physiologique ne se limite pas à la glande surrénale et implique plusieurs systèmes en interrelation. Elle implique à la fois le cerveau, le système nerveux autonome (SNA), le système neuroendocrinien hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien (HHCS) et le système immunitaire. Elle n'apparaît donc pas stéréotypée mais variable selon les individus et l'environnement.

Schématiquement, trois phases se succèdent :

- la réception du stress ;
- la programmation de la réaction au niveau du cortex et du système limbique ;
- le déclenchement de la réponse via l'amygdale et l'hippocampe.

Le stress est perçu par les organes sensoriels. Le message est analysé par le cortex et le système limbique (amygdale, bulbe olfactif, hippocampe, septum, corps mamillaire, etc.). Le complexe cortex-système limbique est un système d'analyse comparative qui utilise comme une banque de données des souvenirs issus d'expériences affectives et de l'apprentissage. Ainsi, le stress compare la situation vécue à des expériences passées afin d'élaborer une réponse adaptée.

Le système limbique est directement impliqué dans la modulation de la réponse :

- il reçoit des informations de l'environnement et du corps ;
- il utilise ces informations lors de l'apprentissage (conditionnement) ;
- il stocke par la mémorisation afin que l'expérience acquise lors d'un stress puisse servir de référence au cortex pour l'analyse d'une nouvelle situation stressante et pour programmer la réponse la plus appropriée face à un nouveau stress.

La réponse se déclenche via l'amygdale et l'hippocampe qui agissent sur l'hypothalamus et la formation réticulée du tronc cérébral afin d'activer le système nerveux autonome et le système endocrinien (surrénales). La formation réticulée déclenche plus particulièrement la réaction d'alarme dont l'amplitude est modulée par le système limbique.

La réaction se fait en deux temps :

- stade 1 : réaction d'alarme qui met en jeu, via la formation réticulée et l'hypothalamus, le système nerveux autonome et la médullosurrénale. Si la situation stressante persiste, la seconde étape se produit alors ;
- stade 2 : phase de résistance qui est fondée sur l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien.

Le système nerveux autonome et médullosurrénalien et le système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien sont en interaction à différents niveaux. Les deux systèmes subissent également de multiples et complexes régulations venant de différentes structures du système nerveux central.

Système nerveux autonome

Le système nerveux autonome (SNA) joue un rôle fondamental d'adaptation mais, lorsqu'il est hyperactif, il peut aussi avoir des effets négatifs directs sur les organes périphériques, notamment le cœur. On connaît mieux aujourd'hui l'interconnexion entre le cerveau et le système nerveux autonome permettant de mieux saisir le lien entre émotion et physiologie cardiovasculaire. Le système nerveux autonome est divisé en deux branches : le système nerveux sympathique (SNS) et le système nerveux parasympathique (SNPS).

Le système nerveux sympathique (SNS) est associé à l'action. Son rôle est de mettre l'organisme en état d'alerte et de le préparer à l'activité. Il innervé le cœur (cardio-accélérateur), les poumons (augmentation du rythme ventilatoire et dilatation des bronches) et les muscles lisses (contraction des artères). Ses médiateurs chimiques sont l'adrénaline et la noradrénaline. Le système nerveux sympathique fait également sécréter la sueur et ralentit la fonction digestive.

Les principales fonctions du système nerveux parasympathique (SNPS) sont de ralentir les fonctions de l'organisme et ainsi de conserver l'énergie. Antagoniste du système nerveux sympathique, il innervé le cœur (cardiomodérateur), les poumons (ralentissement du rythme ventilatoire et constriction des bronches) et les muscles lisses (dilatation des artères). Son médiateur chimique est l'acétylcholine. Le système nerveux parasympathique accélère également la fonction digestive.

Ces deux systèmes agissent de façon antagoniste comme une balance dynamique. Lors d'un stress, le SNS est prédominant et conduit à une élévation du niveau d'éveil physiologique. Une accélération de la fréquence cardiaque (FC) est caractéristique de cet état. L'activation de ce système est très rapide car elle se fait par l'intermédiaire des neurones noradrénergiques centraux du locus cœruleus et du système sympathique, dont un des organes cibles est la glande médullosurrénale qui libère l'adrénaline et la noradrénaline dans la circulation sanguine. L'adrénaline et la noradrénaline vont avoir pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la pression artérielle, de redistribuer le sang vers les muscles et le cerveau et de libérer de l'énergie stockée dans l'organisme. Cette réaction, que l'on appelle la réaction d'urgence, nous prépare à agir (combattre ou fuir) comme lorsque nous nous préparons à une épreuve sportive. Le système est dit câblé car il faut quelques secondes au plus entre la perception de

l'agent stresseur et la libération de catécholamines. Au repos, au contraire, le système nerveux parasympathique s'active, traduisant une diminution de l'état d'éveil physiologique et de la fréquence cardiaque. L'adaptabilité du système nerveux autonome face aux demandes et aux stress permet à l'organisme de maintenir l'équilibre. À l'inverse, un manque de flexibilité et un système rigide exposent aux pathologies somatiques et psychologiques.

Le système nerveux central (cortex préfrontal, système limbique et moelle) est fortement impliqué dans la flexibilité du système autonome permettant de réguler les réponses et de s'adapter aux demandes extérieures. Ce système central reçoit en retour des informations directement de la périphérie (cœur...) afin de permettre au cerveau de moduler sa réponse émotionnelle. En cas de rigidité du système, la réponse est moins adaptative. Une défaillance au niveau du contrôle vagal conduisant à une hyperactivité sympathique en réponse au stress est proposée comme un modèle de l'anxiété (Thayer et Lane, 2000).

Système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien

Le stress stimule l'axe, que l'on appelle corticotrope, qui aboutit à la libération de glucocorticoïdes (cortisol) par la corticosurrénale. Ce système est plus lent que le SNA car la transmission du message se fait par les hormones libérées dans le sang qui activent une autre structure, laquelle libère à son tour une substance et ainsi de suite. Un neuropeptide, le *corticotropin releasing factor* (CRF), est sécrété au niveau de l'hypothalamus et stimule l'hypophyse, libérant l'ACTH qui agit sur la corticosurrénale laquelle sécrète elle-même le cortisol (figure 4.1).

Des récepteurs du CRF ont été mis en évidence dans les régions du cerveau impliquées dans les émotions et dans la régulation du système nerveux autonome. Une découverte importante a été que les glucocorticoïdes sécrétés au cours d'un stress aigu, en se liant à des récepteurs situés dans l'hippocampe et dans d'autres structures du cerveau comme l'amygdale, modulent les processus mis en jeu dans la réponse au stress (Mc Ewen *et al.*, 1968 ; figure 4.2). Ceci a conduit à avancer l'hypothèse que cette sécrétion de glucocorticoïdes pourrait être négative pour le cerveau et responsable de troubles anxieux (Mc Ewen, 1998 ; Chrousos et Gold, 1992). Les mécanismes de plasticité neuronale traduisent la capacité du cerveau adulte à développer certains mécanismes adaptatifs et protecteurs des effets constatés lors de stress et particulièrement l'atrophie neuronale. Cet effet semble sous la dépendance de différents systèmes : les acides aminés excitateurs, les neuromédiateurs, les glucocorticoïdes. Une défaillance dans les processus de plasticité neuronale pourrait justifier les dommages au niveau cérébral qui expliqueraient certains troubles psychiques dont les troubles anxieux (Mc Ewen et Magarinos, 1991).

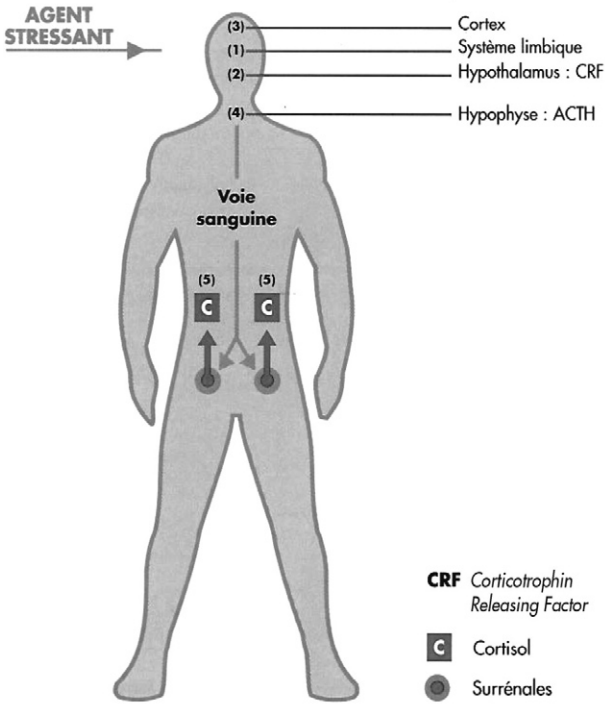


FIGURE 4.1. Système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien.

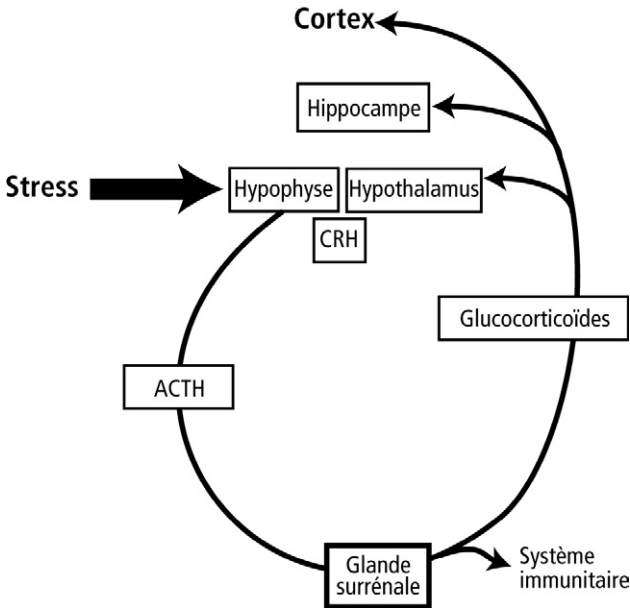


FIGURE 4.2. Régulation de l'axe corticotrope au cours de la réponse au stress.

Événements stressants de la vie

En médecine et en psychiatrie, la notion d'« événements de vie stressants » (*the life stress event* des Anglo-Saxons) a été longtemps préférée à celle de stress (Paykel, 1978).

Les événements stressants de la vie sont nombreux et correspondent à des situations très diverses. Il a été proposé de les distinguer selon :

- les différents domaines de la vie dont les principaux sont la famille (vie de couple, éducation des enfants, santé des parents, etc.), le travail et les études (promotion et échec, chômage, surmenage, difficultés relationnelles, examen, départ en retraite, etc.), les conditions de vie (habitat, transports, pollution, etc.), la santé (maladie pour soi-même ou un proche), les étapes de la vie (grossesse, ménopause, retraite, etc.) ;
- leur durée à caractère ponctuel ou à conséquences prolongées. Dans ce dernier cas, on parle alors volontiers de difficultés chroniques (par exemple, un conflit avec un membre de la famille ou un divorce ont souvent des conséquences sur le long terme) ;
- leur caractère positif ou négatif (si c'est assez évident dans certains cas, pour d'autres le caractère positif peut être associé à une forte demande d'adaptation du sujet : par exemple, une promotion professionnelle imposant un déménagement ou une séparation temporaire avec le conjoint) ;
- leur sévérité souvent mesurée par le degré d'adaptation engendré (par exemple, le décès d'un proche est vécu par chacun comme source de détresse maximale, alors qu'un départ en vacances ou la préparation de vacances ou des fêtes de Noël sont perçus par la plupart comme un événement mineur) ;
- leur prévisibilité (un événement imprévisible conduit à un effort d'adaptation plus rapide entraînant, chez certains, une plus grande difficulté à lui faire face par rapport à un événement attendu et auquel on s'est préparé) ;
- le contrôle que le sujet exerce dessus. Il apparaît comme un des éléments les plus importants (les éléments perçus par le sujet comme échappant à son contrôle sont source de plus de détresse et de risque de résignation et de dépression).

Afin de recueillir ces événements de façon standardisée, plusieurs échelles d'événements de vie ont été proposées. La plus célèbre a été l'échelle de Holmes et Rahe (1967) : la *social readjustment rating scale* (SRRS). Cette échelle comprend 43 items dont chacun est pondéré selon le degré de changement et de réajustement qu'il nécessite. Le score le plus élevé de 100 correspond au décès du conjoint, un score de 50 à un mariage et de 12 à un départ en vacances. Un score total d'unités de changement de vie est ainsi défini (LCU). L'idée proposée est l'existence d'une relation linéaire entre le score total LCU et le risque de présenter un problème de

santé. Les études rétrospectives retrouvent pour leur immense majorité une liaison significative entre le score total d'unités de changement de vie et de très nombreuses pathologies psychiques et organiques.

Plus tard, l'intérêt de ces études a été remis en cause. Quel que soit le trouble, il est clair que les malades se remémorent probablement plus facilement des événements ayant précédé la survenue d'un épisode que des témoins interrogés dans des conditions très différentes. En outre, de très nombreux facteurs propres au sujet et à l'environnement sont à prendre en considération.

Il est donc apparu clairement que le stress ne pouvait être appréhendé par le simple repérage des événements stressants de la vie et qu'il était indissociable des réponses du sujet. Le même événement engendre un niveau de stress différent selon de très nombreux facteurs liés à la fois au sujet et à son environnement. Par exemple, une grossesse a un impact différent selon l'âge, les conditions maritales et sociales, les antécédents médicaux, etc.

Dans les années 1980, sous l'influence du psychologue américain Richard Lazarus, le stress est reconceptualisé sous une approche psychologique globale. Il est moins défini par une simple réponse que par une transaction entre la personne et son environnement nécessitant une adaptation et susceptible de menacer son bien-être. À partir de cette définition, l'intérêt se porte sur la réponse au stress et sur tous les éléments qui le conditionnent.

Les mécanismes psychologiques pour faire face

Le psychologue américain Richard Lazarus (1966) propose une approche cognitive du stress dans laquelle l'intensité du stress ne s'explique pas par celle de la réponse mais par l'évaluation et la signification données à la situation par l'individu. Celles-ci définissent la présence ou l'absence de stress. Les deux processus fondamentaux de la réponse au stress identifiés sont : l'évaluation cognitive (primaire et secondaire) et le *coping* (littéralement « stratégies d'adaptation »).

Évaluation

Il en existe deux types :

- l'évaluation primaire : rapide, automatique, comme une photographie, informe si la situation est dangereuse ou pas, si elle nuit au bien-être physique et moral du sujet ;
- l'évaluation secondaire : il s'agit d'un inventaire des ressources que possède le sujet pour faire face.

Face à une situation problématique, la personne évalue d'abord l'enjeu de cette situation. Elle apprécie ensuite les ressources dont elle dispose pour agir, répondre et éventuellement intervenir sur la situation problématique.

Il s'agit du contrôle perçu ou évaluation secondaire. L'évaluation cognitive est influencée par les buts et les croyances, variables d'une personne à l'autre mais aussi d'un moment à l'autre chez une même personne. L'évaluation cognitive est donc un phénomène subjectif, la situation pouvant en effet être vécue de manière différente par la même personne en fonction des moments. Les deux types d'évaluation se font très rapidement, comme dans une spirale, et génèrent une émotion susceptible à son tour d'influencer les évaluations. Enfin, cette appréciation personnelle de l'enjeu et des ressources permet à la personne d'orienter ses réponses face à la situation de stress.

Lorsque la menace perçue est supérieure aux ressources, le stress apparaît. Il est possible de schématiser ce processus comme le montre la figure 4.3.

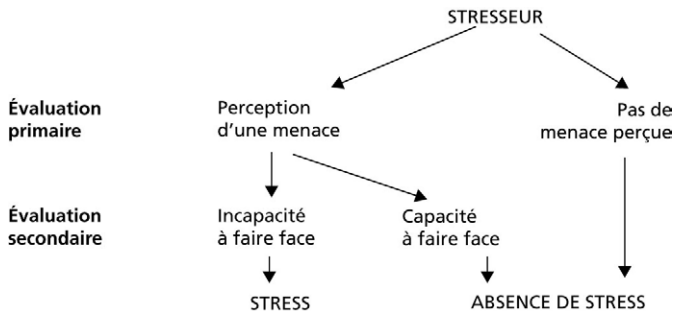


FIGURE 4.3. La double évaluation (Lazarus et Folkman, 1984).

Le *coping*

Ce mot d'origine anglo-saxonne représente l'ensemble des moyens et stratégies mises en œuvre pour affronter les stressseurs. Il désigne tout effort d'adaptation mis en œuvre face à une situation perçue comme stressante, réellement dangereuse ou non. Ainsi, Lazarus et Folkman (1984) définissent le *coping* (*to cope*) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu ». Deux fonctions du *coping* sont identifiées : la régulation de la détresse émotionnelle (*coping* centré sur l'émotion) et la gestion du problème à l'origine de cette détresse (*coping* centré sur le problème). Le *coping* peut consister en une réponse directe par une élimination de la source du danger perçu, mais également en une réponse palliative par une simple réduction de la perception du danger.

Dans le modèle de Lazarus, le *coping* est présenté en deux grandes catégories : les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion.

Stratégies centrées sur le problème

Elles comportent tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou une minimalisation de l'impact du stress.

Plusieurs formes de remédiation du stress sont identifiées :

- la résolution de problèmes : elle consiste en une approche structurée du problème ;
- la reconceptualisation : il s'agit de prendre du recul pour mieux appréhender le problème ;
- la réévaluation positive : elle consiste à voir le côté positif de chaque événement ;
- la distanciation : il s'agit de prendre du recul et de dédramatiser la situation ;
- la confrontation : l'idée est de se confronter à la source du problème pour la résoudre.

Stratégies centrées sur l'émotion

Elles font appel aux mécanismes suivants :

- l'autocontrôle émotionnel : il permet au sujet de garder ses émotions pour soi ;
- fuite, évitement : il peut s'agir d'un évitement direct de la confrontation au problème mais aussi un évitement indirect (fuite dans le sommeil, la nourriture, l'alcool, les médicaments et la drogue) ;
- l'auto-accusation : le sujet s'en prend à lui-même et se considère à l'origine de ses problèmes.

Stratégies centrées sur la recherche de soutien social

Cette autre forme de *coping* est venue s'ajouter aux deux précédentes.

Le soutien social se décompose en :

- soutien informationnel : les individus vont chercher des informations concernant le problème auprès de leur entourage ;
- soutien émotionnel : il s'agit de la recherche de réconfort auprès de l'entourage.

Stratégies fonctionnelles et dysfonctionnelles

De nombreuses recherches sur le *coping* ont été développées par le courant de la psychologie de la santé avec le but de mieux évaluer la façon de faire face à un événement (souvent un problème de santé ou un traumatisme). Des échelles de *coping* comme le *way of coping check list* (WCC-R) de Folkman et Lazarus ont été traduites et validées en français dont plusieurs versions existent, l'une à 42 items (Vitaliano *et al.*, 1985), l'une à 29 items (Paulhan *et al.*, 1994), l'une à 27 items (Cousson *et al.*, 1996) et l'une à 38 items (Graziani *et al.*, 1998).

Le WCC-R version de Graziani *et al.*, 1998

Le WCC-R est ici intégré au questionnaire d'évaluation de la transaction stressante (QETS) qui, outre les stratégies de *coping*, étudie l'évaluation primaire et l'évaluation secondaire, ainsi que le degré de satisfaction à l'issue de l'interaction.

Cette version du WCC-R comporte 38 items. Dix échelles permettent de mesurer les stratégies de *coping* mis en œuvre lors d'une situation stressante :

- l'échelle *résolution de problèmes* constituée de 7 items (14, 15, 22, 24, 27, 30, 32) ;
- l'échelle *évasion* constituée de 5 items (20, 34, 36, 37, 3) ;
- l'échelle *soutien social* constituée de 5 items (4, 9, 19, 25, 26) ;
- l'échelle *auto-contrôle* constituée de 4 items (5, 10, 12, 1) ;
- l'échelle *fuite-évitement* constituée de 2 items (7, 21) ;
- l'échelle *replanification* constituée de 3 items (13, 17, 31) ;
- l'échelle *acceptation* constituée de 4 items (1, 6, 11, 33) ;
- l'échelle *diplomatie* constituée de 4 items (2, 3, 4, 33) ;
- l'échelle *confrontation* constituée de 4 items (8, 16, 28, 29) ;
- l'échelle *évolution personnelle* constituée de 3 items (12, 23, 35).

La passation : il est demandé au sujet de choisir une situation stressante récente, rencontrée durant les quinze derniers jours, et d'indiquer quelles stratégies ont été utilisées pour y faire face. L'échelle de Likert à 4 points : elle s'étend de 0 (jamais) à 4 (très souvent). La durée de la passation est de l'ordre de 10 minutes.

La cotation : chaque item est coté de 0 à 3 points selon la réponse cochée : jamais = 0 point ; parfois = 1 point ; souvent = 2 points ; très souvent = 3 points. Pour chaque échelle, les scores s'obtiennent en sommant les scores des items correspondant à chaque dimension. L'étendue va de 0 à 21 pour la *résolution de problèmes*, de 0 à 15 pour l'*évasion* et le *soutien social*, de 0 à 12 pour l'*auto-accusation*, l'*acceptation*, la *diplomatie* et la *confrontation*, de 0 à 9 pour la *replanification* et l'*évolution personnelle*, et de 0 à 6 pour la *fuite-évitement*.

Questionnaire de *coping*

(Version du WCC-R de Graziani *et al.*, 1998)

Nom :	Date :
Sexe :	Âge :
Choisissez une situation stressante que vous avez vécue durant les 15 derniers jours.	
Indiquez pour chacune des stratégies suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée pour faire face à votre problème.	
Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans le tableau figurant à droite de la feuille.	

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Je me suis tourné(e) vers le travail ou une autre activité pour ne pas penser au problème				
2. J'ai discuté pour trouver une base d'accord afin de tirer quelques bénéfices de la situation				
3. J'ai essayé de faire changer d'avis la personne responsable du problème				
4. J'ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur la situation				
5. Je me suis remis(e) en question ou j'ai réfléchi sur moi-même				
6. J'ai continué comme si de rien n'était				
7. J'ai plus dormi que d'habitude				
8. Je me suis mis(e) en colère contre la ou les personnes responsables du problème				
9. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
10. Je me suis dit des choses qui m'ont aidé à me sentir mieux				
11. J'ai essayé de tout oublier				
12. J'ai changé ou évolué en bien				
13. Je me suis excusé(e) et j'ai fait quelque chose pour réparer				
14. J'ai mis au point un plan d'action et je l'ai suivi				
15. J'ai accepté la meilleure solution possible en fonction de ce que je voulais				
16. Malgré moi j'ai laissé échapper mes sentiments d'une façon ou d'une autre				
17. En fin de compte, j'ai réalisé que j'étais la cause du problème				
18. Je me suis mieux senti(e) à la fin de cette expérience personnelle que lorsqu'elle a débuté				
19. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret pour résoudre ce problème				

► 20. J'ai fui quelque temps le problème : j'ai essayé de me reposer et de prendre des vacances				
21. J'ai essayé de me sentir mieux en mangeant plus, en buvant de l'alcool, en fumant et/ou en utilisant des drogues ou des médicaments, etc.				
22. J'ai retrouvé confiance en moi				
23. J'ai découvert ce qui est important dans la vie				
24. J'ai changé quelque chose pour que tout se termine bien				
25. J'ai demandé un conseil à un(e) ami(e) en qui j'ai confiance ou à quelqu'un de ma famille				
26. J'ai parlé à quelqu'un de ce que j'éprouvais				
27. J'ai tenu bon et j'ai lutté pour arriver à ce que je voulais				
28. Je m'en suis pris à autrui				
29. J'ai fait appel à toute mon expérience : j'avais déjà vécu une situation similaire				
30. Je savais ce qu'il fallait faire et donc j'ai redoublé mes efforts pour que tout se passe bien				
31. Je me suis promis(e) que la fois suivante ça se passerait autrement				
32. J'ai trouvé plusieurs solutions pour résoudre le problème				
33. J'ai accepté la situation puisque l'on ne pouvait rien y faire				
34. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui était en train de se passer ou ce que je ressentais				
35. J'ai changé quelque chose en moi				
36. J'ai rêvé ou j'ai imaginé que j'étais dans un meilleur moment ou dans un meilleur lieu				
37. J'ai souhaité que cette situation disparaisse ou qu'elle se termine d'une manière ou d'une autre				
38. Je me suis évadé(e) dans un monde imaginaire ou j'ai souhaité que tout allait bien se passer				

Ces échelles de *coping* ont pour but de déterminer les stratégies prédominantes mises en place face à un événement stressant et de suggérer l'existence de stratégies fonctionnelles et d'autres moins bien adaptées.

En se fondant sur les recherches actuelles, certaines stratégies plus fonctionnelles que d'autres seraient bénéfiques à court ou long terme pour la santé. Les stratégies peuvent se distinguer en « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles » (tableau 4.1).

TABLEAU 4.1. Stratégies de *coping* dites « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles »

Stratégies « fonctionnelles »	Stratégies « dysfonctionnelles »
<ul style="list-style-type: none">– L'acceptation de la crise– La restitution du problème dans son contexte– La recherche d'informations, d'aides matérielles– La recherche de support social– Le partage des émotions négatives– La résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions alternatives)– L'autocontrôle (contrôle de soi, réassurance, remise en question)	<ul style="list-style-type: none">– La négation de l'événement (le déni)– La mise à distance– L'évasion (penser vivre dans un monde parfait où tout se passe toujours bien)– L'évitement (éviter l'information, éviter les solutions alternatives)– La fuite (dans le sommeil, les médicaments, etc.)– La répression des émotions négatives– La pensée en mode « tout ou rien »– L'isolement

En fait, bien que très intéressant, le *coping* concerne la recherche et doit encore progresser pour réellement permettre d'apporter des éléments concrets dans la prise en charge psychologique individuelle des malades. Il ne peut pas permettre d'aborder tous les mécanismes conscients et inconscients qui conduisent un sujet à faire face. D'autres facteurs doivent être pris en compte dans la réaction au stress.

Les autres régulateurs psychosociaux de réponse au stress

Le modèle de Selye considère le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme indépendante à la fois de celui-ci et des stresseurs. Or, il est clair que différents stresseurs conduisent à des réponses variées et surtout que les stress sont perçus de façons diverses. De nombreux facteurs modulent cette réponse. Le premier étudié est la capacité de contrôler la situation. Le concept de *locus of control* de Rotter (1966), place les individus sur un continuum selon qu'ils perçoivent ce qui leur arrive comme relevant de leur contrôle (interne) ou plutôt de forces extérieures (contrôle externe). Un processus d'évaluation personnelle est en jeu dans le développement du stress et celui-ci n'apparaît que si la situation est subjectivement appréhendée comme une source de danger incontrôlable. Les conséquences augmentent lorsque les exigences sont associées à un faible degré de contrôle de la situation. Par la suite,

d'autres éléments de variation de réponse au stress ont été proposés tels que la personnalité, les expériences personnelles antérieures, le soutien social, l'appartenance socioculturelle et les valeurs. L'évolution éventuelle vers une pathologie du stress dépend alors de la capacité du sujet à faire face à la situation stressante.

Step toe (figure 4.4) propose un modèle général de la réaction au stress qui met en évidence les éléments influençant la réaction au stress et les stratégies d'adaptation mises en place, les caractéristiques de l'événement (capacité de contrôle, etc.), le soutien social, les ressources pour faire face, les expériences antérieures, la personnalité et le tempérament (Step toe, 1991).

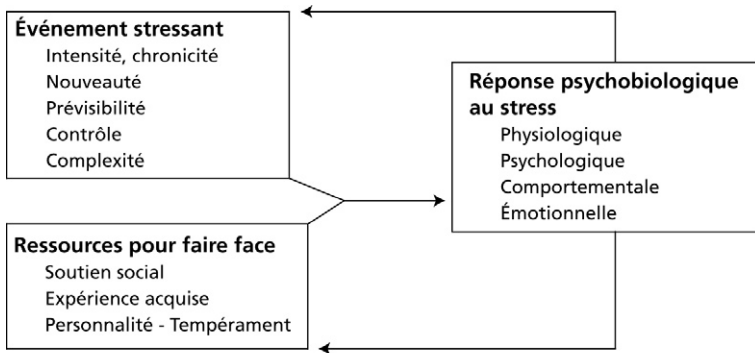


FIGURE 4.4. Modèle général de la réaction au stress (Step toe, 1991).

Support social

L'impact des événements stressants et des stress quotidiens est modulé par des facteurs sociaux. Par exemple, le soutien de l'entourage a un effet positif alors que les effets sont plus marqués en cas d'isolement social.

Plusieurs études montrent un effet positif global d'un bon support social sur la santé. Son effet résulterait de plusieurs mécanismes (House *et al.*, 1988) :

- un effet direct sur la santé. Il est clair que les couches de la population ayant un meilleur support social ont une longévité supérieure et une meilleure qualité de vie. Par exemple, les sujets isolés sans conjoint ni famille présentent plus de troubles anxieux et dépressifs que les sujets vivant en couple et possédant un réseau social. Il en est de même pour la survenue et l'évolution de certaines pathologies organiques ;
- un effet réducteur des tensions et des conflits ;
- un effet tampon, protecteur face aux stress subis par le patient. Face à un problème, indépendamment des conditions et du niveau de vie, l'absence d'un confident (une personne à qui l'on peut parler du problème intimement) est un facteur de risque de développer une dépression chez les personnes soumises à un événement de vie.

Un bon support social apparaît comme un facteur protecteur face au stress et, selon Steptoe, trois composantes principales peuvent être prises en compte dans une stratégie d'accompagnement :

- l'intimité affective et l'empathie, c'est-à-dire la reconnaissance d'une ou plusieurs personnes à qui parler de ses ennuis et de ses problèmes dans une atmosphère de compréhension ;
- l'aide matérielle ou des services ;
- l'apport d'informations et de conseils de personnes connaissant bien tel ou tel problème spécifique.

Personnalité

Certaines personnalités ont été décrites, en raison de leur façon de réagir et d'aborder l'environnement, comme particulièrement sensibles aux effets du stress.

L'exemple le plus caractéristique est la relation entre le type A et les pathologies coronariennes (*cf.* encadré ci-dessous). Ce mode comportemental décrit des personnes à la fois en recherche de défi et de compétition et possédant une tendance à réagir de façon agressive aux contrariétés. Ce comportement conduit l'organisme à libérer plus de cortisol et d'adrénaline que le fait celui d'une personnalité opposée, ce qui pourrait à long terme avoir des effets négatifs sur l'appareil cardiovasculaire.

Un autre exemple a été proposé avec le type C marqué par une tendance à réprimer et à interioriser les émotions et qui aurait comme conséquence un plus grand risque de développement d'un cancer.

Type A et maladies coronariennes

En 1959, Friedman et Rosenman ont décrit la personnalité dite de « type A » comme un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et particulièrement de l'infarctus du myocarde. Le type A décrit des personnes très compétitives, recherchant la réussite sociale et professionnelle, hyperactives avec une impression d'urgence du temps (passant rapidement d'une chose à l'autre) et parfois hostiles vis-à-vis de tout ce qui pourrait leur faire obstacle. En opposition au type A, on décrit le type B (absence des caractéristiques du groupe A). Les études de suivi (5 à 10 ans) montrent un risque multiplié par deux de coronaropathie pour le type A par rapport au type B indépendamment des autres facteurs de risque.

Chez les hommes dits en « col blanc » (exerçant une activité sédentaire), le risque est élevé.

Des données récentes, issues de ces études sur plus de 20 ans, ne retrouvent plus de lien entre le type A et les maladies coronariennes. Une récente étude de suivi 11 ans après un infarctus montre paradoxalement un taux de survie significativement plus important pour le type A. Ceci montre qu'il est difficile de proposer une typologie simple.

Le type A « hyperactif » peut être dans certaines populations associé à des facteurs au contraire protecteurs (niveau socio-économique plus élevé, activités physiques et sportives, alimentation, arrêt du tabagisme, etc.). De même, certains éléments du type A comme l'hostilité pourraient être corrélés au risque coronarien.

À l'inverse, certaines personnalités pourraient avoir un rôle de protection par une meilleure adaptation au stress.

Le profil comportemental de type B (en opposition au type A) est marqué par :

- une maîtrise personnelle des événements stressants ;
- un sens des responsabilités et un sens de la cohérence à donner à sa vie dans ses engagements successifs ;
- une souplesse d'adaptation aux changements imprévus avec perception de l'événement davantage comme une rupture inhérente à la vie que comme une menace.

La personnalité endurante décrite par Kobasa (1979) présente également des traits permettant à l'individu de le protéger des stress en favorisant l'adaptation. Les trois principales caractéristiques en sont :

- l'engagement dans la vie, se traduisant par une attitude active face aux événements de vie. Le sujet se sent concerné par les événements qui lui arrivent et ce qu'il entreprend, son engagement donnant ainsi un sens aux expériences vécues ;
- le contrôle perçu dans les actes de la vie quotidienne (aptitude à prendre des décisions) ;
- l'aptitude à relever des défis, impliquant l'attrait pour la nouveauté, le sens de l'effort.

Ces typologies restent cependant assez simples et ne peuvent rendre compte de la diversité des différents traits qui composent la personnalité de chacun.

Émotions

Lazarus (1991), dans la dernière partie de son travail, insiste sur le rôle de l'émotion, sur les conséquences du stress et les mécanismes de *coping*. Les émotions apparaissent comme un modérateur important de la réponse au stress. Elles ont, selon cet auteur, une fonction d'adaptation.

Elles jouent globalement un rôle dans le traitement de l'information et donc dans la manière de faire face au stress de façon immédiate ou différée. L'émotion intervient à toutes les étapes de l'évaluation, dans le traitement et également dans l'appréciation des conséquences.

Les émotions conduisent à mémoriser certains faits de façon différente. Un souvenir banal associé à une forte charge émotionnelle négative ou positive peut laisser une trace mnésique plus forte. Par exemple, une étude a montré que des sujets anxieux se remémorent davantage les événements négatifs de la vie et d'une façon plus négative que des sujets non anxieux (Rusinek *et al.*, 1999).

Plusieurs émotions liées à la réaction au stress apparaissent avoir un effet négatif à la fois sur la santé et le bien-être :

- la peur ;
- l'anxiété ;
- la colère ;

- la honte ;
- la culpabilité ;
- la tristesse.

À l'inverse, l'optimisme et la joie auraient un effet positif global sur la santé bien que cela ne soit pas prouvé.

Dans la transaction environnement-individu, l'émotion joue un rôle déterminant et mérite d'être prise en compte. Comme nous l'aborderons plus tard, la gestion des émotions est une dimension importante dans le traitement du stress.

Stress et maladies somatiques

Les conséquences du stress peuvent aboutir à des symptômes et des maladies somatiques très différents dans leur expression et leur intensité (Dantzer, 1989).

Les maladies psychosomatiques

Il est connu depuis longtemps que certaines maladies désignées sous le terme de « psychosomatiques » sont influencées plus que d'autres par les facteurs psychologiques et les stress environnementaux. Le courant de la psychosomatique, dont la référence théorique est la psychanalyse, postule que certains conflits psychiques seraient à l'origine de maladies somatiques spécifiques. L'asthme est lié par exemple à un attachement excessif de l'enfant à sa mère et sa crise correspond à « un appel au secours » (cri réprimé) en cas de menace de séparation réelle ou symbolique. L'ulcère gastroduodéal découle d'un conflit entre un désir de dépendance et d'indépendance, l'hypertension artérielle d'une répression des tendances agressives, etc. Néanmoins, la relation stress et maladie ne peut se concevoir qu'à travers un modèle multifactoriel où des éléments biologiques et génétiques sont présents. Un exemple récent est celui de l'ulcère gastroduodéal, pour lequel le rôle du stress est connu depuis plus d'un siècle, expliqué autant par le modèle psychosomatique (répression des émotions) que par la physiologie (hypersécrétion gastrique due au stress). La mise en évidence d'une participation étiologique d'origine bactérienne (*Helicobacter pylori*) montre bien qu'un grand nombre de maladies organiques ne peuvent se concevoir uniquement par un modèle physiopathologique et que le stress intervient à plusieurs niveaux.

Le stress intervient très certainement à la fois comme facteur précipitant et aggravant dans de très nombreuses maladies dont les plus fréquentes sont :

- l'ulcère digestif ;
- l'infarctus et les pathologies coronariennes ;
- l'HTA ;

- les affections dermatologiques (eczéma, psoriasis, herpès, dermatite atopique, etc.) ;
- la polyarthrite rhumatoïde ;
- l'asthme ;
- la rectocolite hémorragique ;
- les cancers ;
- les maladies auto-immunes.

Stress et pathologie cardiovasculaire

L'hyperactivité du système nerveux sympathique et de la médullosurrénale s'accompagne d'une libération de catécholamines entraînant de très nombreuses modifications physiologiques qui peuvent expliquer le déclenchement de pathologies fonctionnelles. À ces effets, s'ajoutent les modifications d'autres systèmes hormonaux et immunitaires à même d'expliquer la survenue de pathologies organiques.

Par exemple, l'influence du stress sur les pathologies coronariennes, aujourd'hui très bien documentée par des études scientifiques, résulte de la combinaison de plusieurs mécanismes :

- l'augmentation de la consommation d'oxygène par le biais des catécholamines ;
- des mécanismes hémodynamiques (HTA, augmentation des turbulences) ;
- des mécanismes neuroendocriniens, influence des catécholamines sur l'agrégation plaquettaire et le tonus vasculaire.

Les troubles fonctionnels

Les troubles fonctionnels sont influencés par les facteurs de stress mais leur origine est complexe et fait intervenir d'autres facteurs psychologiques et organiques. Par exemple, la perception et l'interprétation faite par le sujet de son symptôme, une hyperfocalisation de la gêne ou un seuil variable de perception du symptôme (par exemple, la douleur) interviennent sur l'expression clinique du symptôme et son évolution. De même, certains sujets sont à risque par l'existence d'une vulnérabilité physiologique, le stress agissant comme facteur déclenchant et aggravant.

Ces troubles fonctionnels touchent de nombreux appareils et sont un motif très fréquent de consultation. Ils peuvent être :

- cardiovasculaires (douleurs thoraciques, troubles du rythme à type de tachycardie et d'extrasystoles) ;
- digestifs (colopathie fonctionnelle, trouble du transit, etc.) ;
- neurologiques (céphalées de tension, vertiges, acouphènes, etc.) ;
- rhumatologiques (troubles musculosquelettiques, fibromyalgies, lombalgies, cervicalgies, périarthrites de l'épaule) ;
- troubles de la sexualité (baisse de la libido).

Le stress au travail : un facteur majeur d'anxiété

Certains événements, notamment ceux liés au travail et à la vie familiale, sont de nos jours particulièrement sources d'inadaptation. La course contre le temps et le manque de repères peuvent expliquer ce malaise. Les exigences et la performance, l'urgence du temps, la perte de repères sociaux conduisent également à expliquer une si grande occupation du stress dans les esprits.

Le stress au travail touche toutes les professions et tous les secteurs d'activités. Les médecins du travail sont de plus en plus confrontés à des patients « en souffrance avec le travail » (Légeron, 2002). Depuis une vingtaine d'années, l'environnement au travail s'est beaucoup transformé dans les pays industrialisés. Des changements sont liés à la mondialisation, à la concurrence, aux nouveaux modes de communication, à la tertiarisation, etc. Tout ceci aboutit à une accélération du temps, des restructurations conduisant à une réduction d'effectifs, un mode de gestion et de management, sources de contraintes et de pressions psychologiques.

Les principaux changements pouvant conduire à modifier les conditions de travail sont :

- l'augmentation du nombre d'emplois dans le secteur des services ;
- les exigences de flexibilité pour ce qui concerne le nombre d'employés, leurs fonctions et leurs compétences ;
- les fusions d'entreprises et les délocalisations ;
- l'externalisation des emplois ;
- l'apparition des nouvelles technologies de l'information et des communications ;
- le développement du télétravail ;
- la féminisation de la population active et la place des femmes dans des métiers réputés masculins ;
- l'insécurité de l'emploi ;
- la perte d'autorité et de reconnaissance de certaines professions (policier, personnel soignant, enseignant...).

Modèles interactionnels du stress professionnel

Deux modèles théoriques fondés sur le modèle interactionnel du stress appliqué au travail ont été proposés et ont conduit à l'élaboration de questionnaires qui ont été très largement utilisés dans des études de terrains : le modèle « demande/autonomie au travail » de Karasek et celui du « déséquilibre : efforts/récompenses » de Siegrist. Leur objectif est d'évaluer les contraintes de l'environnement au travail sur la santé ; il existe une version française validée des deux questionnaires.

Le modèle de Karasek, ou *job strain model* que l'on peut traduire par modèle du stress au travail, a été le premier et le plus utilisé dans les

recherches sur les conditions psychologiques et la santé au travail (Karasek, 1979 ; Karasek and Theorell, 1990). Il émet l'hypothèse que la combinaison de trois paramètres permet de définir des groupes de sujets à haut risque de développer un problème de santé physique et mentale : une forte demande psychologique, une faible latitude décisionnelle et un faible soutien au travail. Ce modèle a d'abord été étudié dans l'évaluation de la relation entre les maladies cardiovasculaires et l'environnement psychosocial au travail. Il est apparu ensuite qu'une demande élevée, associée à un contrôle bas, était aussi liée à des troubles psychiatriques.

Le second modèle repose sur le déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses obtenues en retour. Il définit deux dimensions, celles des efforts (contraintes professionnelles liées au temps, aux interruptions, aux responsabilités, à la charge physique et à une exigence croissante de la tâche) et celles des récompenses (estime, perspectives de promotions et de salaire, stabilité de la situation de travail), auxquelles est ajoutée une troisième dimension définie comme le surinvestissement et qui concerne des comportements associés à un engagement excessifs dans le travail. Selon Siegrist, un déséquilibre entre des efforts élevés et des récompenses faibles conduit à une situation de détresse socio-émotionnelle, susceptible d'accroître le risque cardiovasculaire. De plus, un niveau élevé de surinvestissement serait un facteur de risque supplémentaire.

Résultats des études

À partir du questionnaire de Karasek et de Siegrist, de nombreux travaux ont tenté de mettre en lien certaines caractéristiques du travail et la survenue de troubles psychologiques dont le plus étudié a été, de loin, la dépression. La plupart des études ont évalué les symptômes psychologiques et émotionnels de façon dimensionnelle montrant chez les employés soumis à une forte demande et un contrôle bas et un support social au travail insuffisant un niveau élevé de symptômes anxio-dépressifs (Niedhammer *et al.*, 1998).

Peu d'études ont évalué spécifiquement l'anxiété ou les troubles anxieux, pourtant si on se réfère à l'ensemble des travaux épidémiologiques, on peut penser que l'anxiété est souvent la première symptomatologie qui apparaît dans les troubles de l'adaptation, bien que ceux-ci aient été insuffisamment étudiés. Andrea *et al.* (2004) à partir d'une large cohorte de 7842 employés de 45 entreprises en utilisant l'HAD retrouvent 20,7 % de « cas probables » de troubles anxieux (score supérieur à 8) et 8,2 % de cas possibles (score supérieur à 11). Une demande élevée et un *job strain* (les deux facteurs du Karasek combinés) sont en relation avec une prévalence élevée de troubles anxieux ou dépressif et un contrôle élevé est associé à une prévalence plus basse (Virtanen *et al.*, 2007).

L'anxiété, si elle est la première conséquence du stress professionnel, a été peu étudiée comparativement à la dépression. Elle représente pourtant le véritable baromètre qui doit aider à identifier, autant sur le plan individuel que sur le plan collectif, les risques de développement de troubles psychiatriques.

L'objectif de l'approche cognitive de la gestion du stress qui a été proposée (Monat et Lazarus, 1991) consiste à :

- modifier l'environnement social ou les styles de vie ;
- modifier la personnalité ou la perception ;
- réduire les effets physiologiques du stress.

Ce qu'il faut retenir

Le stress décrit la réaction physiologique et psychologique de l'individu à des sollicitations variables de l'environnement (difficultés, tracas, événement, traumatisme). Il influence de nombreux états psychologiques (au premier rang duquel se trouve l'anxiété) et des pathologies somatiques. Les mécanismes physiologiques et psychologiques du stress sont aujourd'hui mieux connus. Le trouble de l'adaptation avec anxiété correspond à une anxiété marquée et handicapante qui survient en réaction à un événement stressant. Le travail est aujourd'hui une source importante de stress et une évaluation plus systématique mériterait d'être proposée afin de pouvoir mettre en place des mesures individuelles mais aussi organisationnelles permettant de réduire les conséquences humaines et économiques.

La meilleure connaissance des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales et des émotions face à la réaction de stress a permis d'élaborer des méthodes efficaces de prise en charge. La gestion du stress propose des techniques qui ont pour but de prévenir et de réduire les effets délétères du stress sur la santé en proposant une façon de faire face plus adaptée.

La gestion du stress associe l'information, l'identification du stress ou du contexte stressant et l'apprentissage de techniques spécifiques centrées sur les réponses physiologiques, psychologiques, émotionnelles et comportementales. L'objectif de la gestion du stress peut se résumer ainsi :

- la restitution du problème dans son contexte ;
- la recherche d'informations, d'aides matérielles ;
- la recherche de support social ;
- le partage des émotions négatives ;
- la résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions alternatives) ;
- l'autocontrôle (contrôle de soi, réassurance, remise en question).

CHAPITRE 5

Diagnostic de l'anxiété

*« Il est besoin de savoir que
l'âme est véritablement jointe à tout le corps,
et que l'on ne peut pas proprement dire qu'elle soit
en quelqu'une de ses parties à l'exclusion des autres,
à cause qu'il est un et en quelque façon indivisible... »*

R. Descartes

Quelques repères sur l'épidémiologie

Les troubles anxieux sont, avec la dépression, les troubles psychiatriques les plus fréquents (Lepine, 2002). Selon les études, les chiffres retrouvés peuvent varier assez sensiblement. Ces différences sont dues aux échantillons, aux méthodes de recueil et aux critères diagnostiques utilisés. Les études réalisées en médecine générale, en psychiatrie, auprès d'assurés sociaux ne sont pas comparables avec celles réalisées sur des échantillons de la population. Le repérage des troubles anxieux dépend également du seuil fixé. Par exemple, si on considère les attaques de panique, on retrouve une prévalence sur la vie de plus de 10 %, soit 4 à 5 fois plus élevée que celle généralement retrouvée pour le trouble panique. Des études ont avancé une prévalence de plus de 10 % de phobie sociale englobant certainement des peurs en situation sociale très fréquentes (peur de parler en public) ne correspondant pas toutes aux critères des phobies sociales. Pour l'anxiété généralisée, des études retrouvent également des chiffres de plus de 10 %, traduisant dans certains cas une anxiété inférieure au niveau de handicap et de durée requis pour faire le diagnostic de TAG. L'utilisation de critères diagnostiques (DSM, CIM) et d'entretiens diagnostiques structurés permet de mieux définir les troubles que l'on veut évaluer. Enfin, il faut tenir compte que, dans ce domaine, les études s'apparentent souvent davantage à des enquêtes, il n'est en effet pas toujours facile à partir d'un seul

entretien structuré d'avoir un diagnostic précis surtout concernant des données sur la vie.

Plusieurs études réalisées en population générale auprès d'un large échantillon, utilisant un outil diagnostique validé, retrouvent une prévalence sur la vie de tous les troubles anxieux d'environ 15–20 %. L'étude ESEMeD menée, sous l'égide de l'OMS en 2001–2003, en population générale chez des sujets de plus de 18 ans vivant en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en France et aux Pays-Bas retrouve une prévalence sur la vie de 13,6 %. La prévalence sur la vie pour les données françaises prises séparément est comparable à celles des autres études utilisant le même outil diagnostique, le CIDI, la *National Comorbidity Survey* (NCS) aux États-Unis ou l'étude NEMESIS aux Pays-Bas (tableau 5.1).

Pour ce qui concerne la prévalence des différents troubles anxieux, les chiffres varient selon les troubles (tableau 5.2). Les phobies spécifiques sont les plus fréquentes suivies par l'anxiété généralisée, dont la prévalence sur la vie semble particulièrement élevée dans notre pays, de l'ordre de 6 % dans cette étude. Les chiffres pour la France sont deux fois plus élevés pour l'anxiété généralisée et l'état de stress post-traumatique (ESPT).

TABLEAU 5.1. Prévalence sur 12 mois et sur la vie des troubles anxieux (enquêtes récentes ayant utilisé le CIDI)

	Prévalence sur 12 mois (en %)	Prévalence sur la vie (en %)
France (ESEMeD)	9,8	22,4
Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas (ESEMeD)	6,4	13,6
États-Unis (NCS)	17,2	24,9
Pays-Bas (NEMESIS)	12,4	19,3

TABLEAU 5.2. Prévalence sur 6 mois et sur la vie des différents troubles anxieux en France selon l'étude ESEMeD (Lepine *et al.*, 2005)

	Prévalence sur 12 mois (en %)	Prévalence sur la vie (en %)
Agoraphobie	0,6	1,8
Anxiété généralisée	2,1	6,0
Trouble panique	1,2	3,0
ESPT	2,2	3,9
Phobie sociale	1,7	4,7
Phobie spécifique	4,7	11,6

Facteurs évolutifs

La plupart des troubles anxieux débutent chez l'adulte jeune, néanmoins ils touchent également les enfants et les adolescents. En dehors du trouble anxiété de séparation débutant spécifiquement dans l'enfance, on retrouve à partir de 8 ans l'anxiété généralisée, les TOC, les phobies sociales et l'ESPT. Les troubles anxieux représentent un problème fréquent chez l'enfant et l'adolescent évalué à 15 à 20 % de la population. L'anxiété de séparation est le seul trouble anxieux qui débute spécifiquement dans l'enfance. Les études longitudinales montrent que les TOC et la phobie sociale auraient plutôt tendance à perdurer, alors que l'angoisse de séparation, les phobies et l'anxiété généralisée sont plutôt instables et peuvent disparaître avec le temps pour laisser place à de nouveaux troubles.

L'évolution des troubles anxieux est souvent chronique avec des évolutions variables selon les sujets et les troubles. Toutes les études retrouvent une comorbidité anxio-dépressive élevée (Lepine et Lellouch, 1993). La comorbidité est particulièrement importante chez les femmes, les sujets jeunes et ceux vivant seuls. Les troubles anxieux s'associent aussi souvent au cours du temps et ce, de façon variable. Tous les troubles anxieux et les pathologies organiques peuvent être associés et l'ensemble de celles-ci est concerné. L'association est un facteur aggravant compliquant l'évolution des troubles.

Facteurs associés

Certains facteurs semblent jouer un rôle prédisposant et précipitant, sans pouvoir réellement dire dans quelle mesure ils représentent d'authentiques facteurs de risque. Le terme de facteur associé est préférable.

Sexe féminin

La prévalence des troubles anxieux chez les femmes est deux fois plus élevée dans toutes les études. Ceci est particulièrement marqué pour le trouble panique et l'agoraphobie, les phobies spécifiques et l'anxiété généralisée. Pour le TOC, la sex-ratio est proche de 1.

Mode de vie

La prévalence des troubles anxieux est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Le fait de vivre seul, d'avoir peu de liens familiaux et sociaux est associé à tous les troubles anxieux et peut être considéré comme un risque de complication dépressive.

Facteurs héréditaires et familiaux

Selon les études épidémiologiques, les troubles anxieux sont plus fréquents dans les familles d'anxieux. En l'absence d'hypothèse génétique

valide soutenable, le caractère « familial » de l'anxiété avec une participation supposée de facteurs de prédisposition biologique, environnementaux et éducatifs est retenu (Gorwood, 1998).

Le mode d'éducation intervient très certainement, et bien qu'il soit difficile de définir un style parental anxieux, on retrouve souvent des mères surprotectrices, des parents peu chaleureux, réduisant les expériences de socialisation, favorisant la dépendance. Il existe également au sein de ces familles davantage de conflits et de symptômes anxieux chez les parents eux-mêmes.

De même, les adultes interrogés rétrospectivement sur leur enfance décrivent de façon significative un milieu familial peu chaleureux, surprotecteur et rigide. Ces résultats montrent l'existence de dysfonctionnements dans l'environnement familial d'enfants anxieux. Cependant, le comportement parental et les troubles de l'enfant exercent une influence réciproque sur la perception de chacun. Certains événements particulièrement anxiogènes sont identifiés :

- le fait d'avoir une mère mais aussi un père anxieux, certaines attitudes surprotectrices, les autres enfants, le milieu scolaire ;
- les conflits conjugaux, les séparations ;
- la maladie physique au sein de la famille ;
- le surinvestissement parental, la surprotection, le peu d'affection ;
- l'attachement et les attitudes parentales ;
- le rejet par le groupe de pairs.

Coût social, économique et humain des troubles anxieux

Les troubles anxieux sont des troubles chroniques avec un retentissement individuel et social important équivalent à celui d'une maladie somatique. Le coût économique des troubles anxieux inclut les soins psychiatriques et médicaux, l'urgence, l'hospitalisation, les médicaments, la baisse de productivité, les arrêts de travail et le suicide (Lepine, 2002). Il se répartit en coûts médicaux directs et indirects (arrêt de travail, perte de productivité, etc.), ces derniers représentant dans cette pathologie une part très importante. Toute tentative d'évaluation coût/bénéfice doit prendre en compte le coût médical mais aussi social, économique et humain inhérent à cette pathologie.

La répartition des coûts varie sensiblement selon les différents troubles ([tableau 5.3](#)). Le trouble panique en raison de son mode d'expression somatique entraîne par exemple plus de dépenses médicales que les autres troubles anxieux. Dupont *et al.* (1996) estiment que les coûts liés aux troubles anxieux représentent environ un tiers des dépenses de santé mentale sur une année. Greenberg *et al.* (1999) évaluent aux États-Unis à 42,4 milliards de dollars le coût annuel lié aux troubles anxieux. Ceux-ci se répartissent comme indiqué dans le [tableau 5.3](#).

TABLEAU 5.3. Répartition des coûts engendrés par la prise en charge des troubles anxieux aux États-Unis

	Milliards de dollars	%
Traitements non psychiatriques	23,0	54,2
Traitements psychiatriques	13,3	31,4
Perte de productivité au travail	3,6	8,5
Mortalité	1,2	2,8
Prescriptions médicamenteuses	0,8	1,9
Absentéisme	0,5	1,2
Total	42,4	100

Vie sociale et qualité de vie

Le fonctionnement social et la qualité de vie sont fortement perturbés surtout pour le trouble panique et la phobie sociale, d'autant plus qu'il existe une comorbidité élevée avec la dépression et avec des problèmes somatiques (Sareen *et al.*, 2006). D'une façon générale, une diminution des relations sociales, des activités de loisirs, des relations amicales et affectives est constatée. Chez l'enfant et l'adolescent, le retentissement peut être marqué par des échecs scolaires, des jours d'absentéisme, des stress et des perturbations dans les relations familiales. Certaines études retrouvent un taux de tentatives de suicide élevé qui semble lié en partie à la comorbidité psychiatrique et particulièrement à la dépression et aux conduites addictives.

La qualité de vie est une notion qui se réfère aux conséquences d'une maladie sur la vie du sujet au-delà des problèmes posés uniquement par les symptômes, en prenant en compte la perception subjective du patient, sa satisfaction et son bien-être.

Une revue récente des études contrôlées (Olatunji *et al.*, 2007) montre que, pour l'ensemble des troubles anxieux, la qualité de vie est dégradée comparativement à des témoins à un niveau comparable à d'autres troubles psychiatriques comme la dépression. Pour l'ensemble des troubles, on retrouve une mauvaise perception de l'état de santé (psychique et physique), des relations sociales diminuées, une diminution des occupations et des loisirs, une vie familiale et relationnelle moins bonne.

Des différences apparaissent pour chaque trouble en fonction des symptômes qui les caractérisent. Dans le trouble panique et l'agoraphobie, les plaintes physiques sont marquées et ont un impact sur différentes sphères de la vie. Les activités impliquant un déplacement à l'extérieur sont particulièrement concernées, alors que les activités à la maison peuvent être conservées. Ce n'est pas le cas dans le TOC qui peut perturber très fortement les activités quotidiennes de la vie tant à la maison qu'en dehors. Les activités sociales, les relations avec les

autres sont très perturbées chez les phobiques sociaux. Ceci peut avoir un impact sur les études, la formation et le travail. Pour le stress post-traumatique, l'impact sur la qualité de vie est aussi très important, induisant une atteinte de la perception du bien-être physique et psychologique.

La qualité de vie apparaît comme un facteur important à prendre en compte dans l'évaluation et le suivi des patients. Une mauvaise qualité de vie apparaît comme un facteur de rechute et de complication, notamment dépressive. Le retentissement important des troubles anxieux sur la vie sociale a pour conséquence un affaiblissement du support social favorisant les complications et la chronicisation, particulièrement face au stress et aux difficultés de vie. L'objectif du traitement est donc, en plus de la réduction des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie, paramètre important à prendre en compte dans l'anxiété.

Retentissement sur le travail

Plusieurs études montrent que les patients présentant des troubles anxieux ont des capacités au travail, des parcours professionnels et des performances professionnelles diminués qui nécessitent une aide et un accompagnement. On y retrouve également un taux de patients au chômage et dépendants financièrement. Le coût est surtout le fait des arrêts de travail, des pensions d'invalidité mais aussi de perte de productivité (Mykletun *et al.*, 2006).

Consommation de psychotropes

La consommation de psychotropes est particulièrement élevée en France comparativement aux autres pays européens. Un fait retrouvé dans toutes les études est que les femmes consomment deux fois plus que les hommes. Une augmentation de la prescription est également observée chez le sujet âgé. Les anxiolytiques restent la classe la plus prescrite – 17,4 % des assurés sociaux ont été remboursés d'un anxiolytique en 2000 selon les données de la CPAM – suivis par les antidépresseurs (17,4 %), qui devancent désormais les hypnotiques (8,8 %). Quant aux consommateurs réguliers (au moins quatre remboursements sur un an pour une même classe thérapeutique), ils représentent 11,2 % des personnes bénéficiant du régime général de la Sécurité sociale. Selon l'étude ESEMeD, 21,4 % de l'échantillon issu de la population générale aurait pris un psychotrope dans l'année, 18,6 % un anxiolytique et 6 % un antidépresseur. L'étude montre que deux tiers des personnes utilisant des hypnotiques et des anxiolytiques ne présentent pas de troubles psychiatriques (Gasquet *et al.*, 2005).

Diagnostic des troubles anxieux

Le diagnostic est essentiel pour le clinicien afin de guider sa prise en charge. En effet, chaque trouble anxieux répond à des traitements spécifiques. Leur dépistage est souvent difficile par le fait que les patients n'évoquent pas toujours leurs symptômes et que les plaintes physiques sont souvent au premier plan. Il importe, quelle que soit la pratique (généraliste ou spécialisée), d'adopter une démarche diagnostique structurée qui n'exclut en rien une attitude globale d'écoute et de soutien du patient.

Comme le souligne Pelissolo (2002), « l'anxiété fait partie du registre émotionnel normal de l'être humain, et son caractère éventuellement pathologique doit être évalué à partir de critères diagnostiques aussi précis que possible. Il existe en effet de véritables "maladies de l'anxiété", qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le temps de leurs manifestations et par leur retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap social ou professionnel par exemple, etc.). Il s'agit d'états différents des états dépressifs, même si leur coexistence est possible chez certains patients ».

Les motifs de consultation du patient anxieux peuvent être très différents :

- il s'agit d'un problème aigu ou d'un problème évoluant depuis de nombreuses années : il existe certaines situations d'urgence anxieuse de panique ou d'état d'agitation ou encore présentant une menace suicidaire. Le plus souvent, l'anxiété se présente comme un trouble évoluant depuis plusieurs mois ou années ;
- le patient exprime sa plainte anxieuse ou attribue son mal-être à un problème somatique : en médecine générale, souvent le patient anxieux s'exprime par une plainte somatique ou un malaise diffus qui se traduit par de la fatigue, des troubles du sommeil ou des douleurs variées. Ces plaintes peuvent aboutir à une demande d'examens complémentaires ou de prescriptions. Certains patients vont parler avec beaucoup plus de précision de leurs symptômes anxieux. Des comportements peuvent être évoqués d'emblée (rituels, phobies) orientant aussitôt le diagnostic. Le patient a souvent une représentation somatique de son trouble et parfois même un diagnostic comme la spasmophilie (qui correspond en fait aux attaques de panique) ;
- il s'agit d'une demande du patient ou d'une demande de l'entourage : c'est souvent le cas pour les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent où la demande émane des parents. Le conjoint ou l'entourage proche chez l'adulte peut être à l'initiative de la consultation ;
- le trouble est isolé, ou associé et compliqué à d'autres troubles : parfois, le patient présente un trouble « pur », mais bien souvent le diagnostic n'est pas évident et plusieurs troubles anxieux peuvent être associés.

Du fait de leur fréquence, les dépressions et les dépendances à l'alcool et aux substances doivent être systématiquement recherchées. C'est alors à l'occasion d'une complication d'un autre trouble psychique, particulièrement une dépression, que le patient anxieux est diagnostiqué pour la première fois ;

- le patient consulte pour la première fois pour son problème ou il existe un long passé de prises en charge multiples : de ce fait, il peut mal connaître l'anxiété ou au contraire être déjà très informé sur les troubles anxieux.

Le temps de l'évaluation est important pour le diagnostic, le suivi, la compréhension et pour proposer la thérapie la mieux adaptée.

Entretien et analyse fonctionnelle

Dès que le diagnostic est suspecté, il est utile de rechercher de façon précise celui des différents troubles anxieux. L'entretien prenant du temps, le clinicien a intérêt à procéder avec méthode en posant les bonnes questions à la recherche des principaux diagnostics de troubles anxieux. Le diagnostic ne se fait pas à partir d'une seule consultation mais en nécessite très souvent plusieurs.

Les premiers entretiens ont plusieurs objectifs :

- écouter et comprendre la demande du patient ;
- établir une alliance avec lui ;
- recueillir des informations concernant les symptômes, les syndromes et les troubles anxieux, leur date de début, leur fréquence et leur intensité ;
- préciser le contexte : les événements stressants, les traumatismes antérieurs, les conflits familiaux et les traits de personnalité ;
- rechercher les traitements antérieurs (médicaments et psychothérapies), leurs efficacités et tolérances ;
- rechercher des troubles associés, particulièrement les troubles dépressifs et addictifs et des comorbidités somatiques ;
- évaluer le retentissement du trouble anxieux sur la vie familiale, sociale et professionnelle, la consommation de psychotropes et de substances, les habitudes et mode de vie, et la qualité de vie.

Au terme de cette analyse fonctionnelle qui peut prendre deux à trois consultations, il est nécessaire :

- d'informer sur le trouble anxieux dont souffre le patient ;
- de mettre en place un traitement adapté ;
- de donner les principes de la prise en charge afin que le patient puisse agir par lui-même, l'accompagner, et si nécessaire, l'orienter vers un spécialiste.

Pour préciser le diagnostic, il est nécessaire de mettre en évidence les différents symptômes anxieux. Il est classique de distinguer les signes physiques, psychologiques et comportementaux de l'anxiété.

Signes physiques à rechercher

Il est très important de reconnaître les manifestations physiques, parfois au premier plan, qui motivent la consultation (trouble panique, par exemple). Il faut distinguer les manifestations aiguës des manifestations évoluant sur un mode subaigu ou chronique. Il est important de bien préciser les symptômes actuels et d'identifier des organes cibles (cœur, poumons, systèmes neurosensoriels, etc.).

Manifestations physiques des états anxieux aigus et chroniques

- Signes cardiorespiratoires :
 - palpitations
 - douleurs thoraciques
 - polypnée, impression de souffle coupé
- Signes neurosensoriels :
 - tension musculaire
 - maux de tête
 - tremblements
 - fourmillements, paresthésies
 - vertiges
 - bourdonnements d'oreille, troubles de la vision
- Signes digestifs et urinaires :
 - maux d'estomac
 - troubles du transit
 - envie d'aller aux toilettes
 - mictions impérieuses
 - cystalgies à urine claire
- Signes neurovégétatifs :
 - rougeur
 - pâleur
 - sueur
 - nausées, vomissements
 - chair de poule
- Signes généraux :
 - insomnie
 - asthénie
 - algies

Il n'existe pas d'examen biologique permettant le diagnostic du trouble anxieux, et tous les dosages (calcium, magnésium...) sont inutiles. L'examen clinique peut être accompagné d'examens complémentaires afin d'éliminer une pathologie organique (cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, ORL, digestive, hématologique, cancer, etc.).

Symptômes psychologiques à rechercher

Cognitions anxieuses

Les ruminations sont l'élément clé du diagnostic de beaucoup de troubles anxieux. Elles sont définies comme des pensées répétitives à propos d'un ou plusieurs thèmes négatifs que la personne a du mal à contrôler (Ehring et Watkins, 2008). Elles n'apparaissent pas spécifiques d'un trouble et sont retrouvées dans pratiquement tous les troubles anxieux. On peut décrire différents modes ruminatifs avec des propriétés fonctionnelles distinctes selon les troubles mais aussi selon les patients anxieux eux-mêmes. Par exemple, les pensées répétitives négatives d'une personne souffrant d'une anxiété due à un stress seront principalement focalisées sur un thème bien précis (l'agression, l'accident, le viol), alors que les personnes souffrant de TAG présenteront des pensées répétitives négatives englobant un large éventail de thème. Les pensées anxieuses dans l'anxiété généralisée sont plutôt abstraites/évaluatives que concrètes/expérientielles. De plus, l'orientation temporelle permettrait de distinguer le contenu des pensées répétitives négatives. En effet, certains troubles sont caractérisés par des pensées répétitives négatives : à propos du futur (TAG) à propos du passé, du présent et du futur (PTSD, TAA, phobie sociale).

Au total, on peut mettre en avant différentes caractéristiques à savoir le caractère abstrait *versus* concret, analytique *versus* expérientiel, verbal *versus* imagé, diffus *versus* focalisé et orienté vers le passé/futur *versus* présent.

Ces pensées négatives répétitives sont la base du travail cognitif et il est important de mieux les préciser grâce à des échelles des ruminations dont la plus accessible en pratique est le *questionnaire sur les inquiétudes du Penn State* (Meyer, Miller, Metzger et Brokovec, 1990).

Ce questionnaire, composé de 16 items, est destiné à évaluer la fréquence et l'intensité de l'inquiétude des participants. Il permet d'évaluer les intrusions cognitives ou les inquiétudes excessivement irréalistes, caractéristiques de l'inquiétude pathologique. Cette mesure possède de bonnes qualités psychométriques – consistance interne, fidélité test-retest, validité de critère, validité convergente.

Les interprétations, les pensées, les monologues intérieurs, voire les images qui s'associent à un événement, à une situation et qui traduisent un mode de traitement erroné d'un schéma cognitif anxieux sont les clés de voûte du diagnostic de chaque trouble (*tableau 5.4*). Leur recherche s'effectue à partir de questions du type : « Que vous êtes-vous dit ? À quoi avez-vous pensé ? » Il faut parfois faire décrire une situation précise et la faire remémorer au patient ou lui demander de noter ses pensées sur un classique tableau à colonnes lorsqu'il est confronté à la situation dans la vie de tous les jours.

TABLEAU 5.4. Exemples de ruminations anxieuses selon les troubles

Trouble	Situation	Monologue intérieur
Attaque de panique	Palpitations	Je suis en train de faire une attaque, je vais mourir
Anxiété généralisée	Retard du conjoint	Et s'il lui était arrivé un accident ?
Agoraphobie	Entrer dans un ascenseur	Si l'ascenseur s'arrête et que je fais une crise, qui viendra me porter secours ?
Phobie sociale	Manger devant les autres	On me regarde et on se rend compte que je tremble, on doit penser que je suis nul(le)

Troubles cognitifs

L'anxieux présente souvent des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire du fait qu'il focalise toute son attention sur certains stimuli occupant tout son esprit.

Obsessions

Une obsession se définit comme une idée qui fait irruption de façon brutale et répétitive dans la pensée d'un sujet, dont le caractère absurde ou déplacé est source d'angoisse et de malaise incontrôlé.

Symptômes comportementaux à rechercher

Les principaux signes comportementaux à rechercher sont les suivants :

- l'agitation, l'impression de ne pas tenir en place ;
- l'irritabilité, l'agressivité. Elles sont très fréquemment associées à l'anxiété. Le patient peut ressentir une tension intérieure, une agitation motrice qui peut parfois aller jusqu'à des crises de colère ;
- l'inhibition anxieuse. Elle est décrite depuis très longtemps comme un élément central de l'anxiété. Face à une situation stressante, les plans d'action sont bloqués chez l'anxieux ;
- l'évitement phobique. Il est à rechercher, sachant que la phobie est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations ne présentant pas de caractère potentiellement dangereux. L'exposition au stimulus phobogène déclenche une réponse anxieuse dont l'intensité varie mais qui peut aller jusqu'à l'attaque de panique. Le sujet redoute donc la confrontation (anticipation anxieuse), ce qui peut conduire à un évitement. Il reconnaît le caractère excessif et irraisonné de sa peur. Lorsque l'anxiété est marquée et persistante entraînant une gêne et un handicap dans la vie du sujet, la phobie correspond à un trouble phobique ; Souvent, pour tenter d'apaiser cette angoisse, le malade est contraint de

réaliser une ou plusieurs séries de compulsions, actes délibérés et stéréotypés dont l'objectif est de neutraliser les idées obsédantes ;

- les troubles du sommeil. L'insomnie est très fréquente dans les troubles anxieux, principalement l'anxiété généralisée. Il s'agit classiquement d'une difficulté à s'endormir (insomnie d'endormissement) souvent due aux ruminations qui maintiennent éveillé. De même, l'hypervigilance, la tension intérieure sont source d'un sommeil léger avec de multiples réveils. Les rêves et les cauchemars sont souvent rapportés par le patient anxieux comme une reviviscence des difficultés actuelles. Les attaques de paniques nocturnes réveillent le patient durant son sommeil. Les enregistrements polysomnographiques n'apportent aucun élément en pratique. Chez l'enfant, des terreurs nocturnes peuvent s'associer à d'autres signes anxieux et sont à rechercher.

Symptômes émotionnels à rechercher

Elles peuvent être évaluées en recherchant si le sujet a vécu une à plusieurs fois dans la semaine des émotions positives et négatives.

L'échelle EPN1 identifie 31 émotions et il apparaît que les sujets anxieux expérimentent plus d'émotions négatives que les sujets témoins, en revanche ils ressentent autant d'émotions positives contrairement aux patients déprimés (Pelissolo *et al.*, 2007).

Les 31 émotions identifiées par l'échelle EPN1

- | | |
|-----------------|----------------|
| ▪ Affection | ▪ Humiliation |
| ▪ Amour | ▪ Inquiétude |
| ▪ Anxiété | ▪ Irritation |
| ▪ Bienveillance | ▪ Joie |
| ▪ Bonheur | ▪ Nervosité |
| ▪ Chagrin | ▪ Peur |
| ▪ Colère | ▪ Plaisir |
| ▪ Confusion | ▪ Regret |
| ▪ Culpabilité | ▪ Satisfaction |
| ▪ Découragement | ▪ Solitude |
| ▪ Dégoût | ▪ Surprise |
| ▪ Embarras | ▪ Stupéfaction |
| ▪ Étonnement | ▪ Sympathie |
| ▪ Fierté | ▪ Tendresse |
| ▪ Fureur | ▪ Tristesse |
| ▪ Honte | |

À ce stade, le clinicien a déjà une ou plusieurs orientations diagnostiques. Il peut s'aider d'« outils » d'évaluation aujourd'hui bien validés et maniables tels que les entretiens semi-structurés à visée diagnostique (MINI).

Entretien à visée diagnostique : *mini international neuropsychiatric interview (MINI)*

Le MINI est un entretien structuré développé par Lecrubier, Sheehan, Weiller *et al.* (1997) qui permet le dépistage rapide en environ 15 à 30 minutes des troubles psychiatriques. Nous reproduisons la section consacrée aux troubles anxieux qui peut servir au clinicien pour le diagnostic. Le MINI est fondé sur des questions courtes, auxquelles le patient doit répondre par oui ou par non (tableau 5.5), et sur un arbre de décision qui permet de passer rapidement d'une catégorie diagnostique à l'autre en fonction des réponses du patient à des questions clés.

TABLEAU 5.5 Entretien diagnostique MINI (Lecrubier *et al.*, 1997)

E. TROUBLE PANIQUE			
E1.	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e), même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI
E2.	SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT à F1 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI
E3.	SI E2 = NON, ENTOURER NON EN D5, ET PASSER DIRECTEMENT à F1 À la suite de l'une ou de plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? SI E3 = NON, ENTOURER NON en D5 ET PASSER DIRECTEMENT à F1	NON	OUI
E4.	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :		
a.	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI
b.	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI
c.	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI
d.	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI



► **TABLEAU 5.5. (suite)**

e.	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI
f.	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
g.	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI
h.	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI
i.	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
j.	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI
k.	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI
l.	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
m.	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
E5.	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? Si E5 = OUI, trouble panique vie entière Si E5 = NON, PASSER à E7	NON	OUI
E6.	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? Si E6 = OUI, PASSER à F1 Trouble panique actuel	NON	OUI
E7.	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ? Si E7 = OUI, attaques paucysymptomatiques vie entière	NON	OUI
F. AGORAPHOBIE			
F1.	Êtes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquels il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul(e) à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?	NON	OUI
F2.	SI F1 = NON, ENTOURER NON EN F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ? Agoraphobie actuelle	NON	OUI



► TABLEAU 5.5. (suite)

F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE NON Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE OUI ?		TROUBLE PANIQUE sans agoraphobie ACTUEL	NON	OUI
F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE OUI Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE OUI ?		TROUBLE PANIQUE avec agoraphobie ACTUEL	NON	OUI
F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE OUI Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE NON ?		AGORAPHOBIE Sans antécédent de trouble panique ACTUEL	NON	OUI
G. PHOBIE SOCIALE			NON	OUI
G1.	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné(e) d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous devez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?		NON	OUI
G2.	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?		NON	OUI
G3.	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?		NON	OUI
G4.	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?		NON	OUI
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF				
H1.	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépessibles ou un besoin de mettre des choses dans un certain ordre ?		NON	OUI



► TABLEAU 5.5. (suite)

<i>Ne pas prendre en compte des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie quotidienne ni les obsessions liées à un trouble du comportement alimentaire, à des déviations sexuelles, au jeu pathologique, ou à un abus de drogue ou d'alcool parce que le patient peut en tirer un certain plaisir et vouloir y résister seulement à cause de leurs conséquences négatives.</i>				
SI H1 = NON, PASSER À H4				
H2.	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?	NON	OUI	
SI H2 = NON, PASSER À H4				
H3.	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?	NON	OUI	
H4.	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?	NON	OUI	
H3 OU H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ?		NON	OUI	
H5.	Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?	NON	OUI	
H6.	Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils (elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?	NON	OUI	
H6. EST-ELLE COTÉE OUI ?		NON	OUI	
I. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE				
I1.	<p>Avez-vous déjà vécu ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes, ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?</p> <p><i>Exemple de contextes traumatiques : accident grave, agression, viol, attentat, prise d'otages, kidnapping, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans l'entourage, guerre, catastrophe naturelle, etc.</i></p>	NON	OUI	



► TABLEAU 5.5. (suite)

12.	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	NON	OUI
13.	Au cours du mois écoulé :		
a.	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI
b.	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qui s'était passé ?	NON	OUI
c.	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI
d.	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un(e) étranger(ère) vis-à-vis des autres ?	NON	OUI
e.	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI
f.	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?		NON	OUI
14.	Au cours du mois écoulé :	NON	OUI
a.	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI
b.	Étiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI
c.	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d.	Étiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI
e.	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?		NON	OUI
15.	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI
I5 EST-ELLE COTÉE OUI ?		NON	OUI
TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE			
1. Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e) excessivement préoccupée(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous l'impression de vous faire trop de soucis à propos de tout et de rien ?		NON	OUI
Avez-vous ce type de préoccupation presque tous les jours ?		NON	OUI
2. Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?		NON	OUI



► TABLEAU 5.5. (suite)

3. Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(e), vous arrivait-il souvent :		
- de vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI
- d'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI
- de vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI
- d'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI
- d'être particulièrement irritable ?	NON	OUI
- d'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN 3 ?	NON	OUI

Questionnaires et échelles d'évaluation

À côté des outils diagnostiques comme le MINI, il existe des échelles qui ont pour objectifs de quantifier les symptômes anxieux et de suivre leur évolution.

Peu d'outils sont utilisables en pratique quotidienne mais sont en revanche couramment utilisés en recherche. Selon le trouble, différents instruments en français ont été validés et les lecteurs intéressés pourront se rapporter à l'ouvrage de M. Bouvard et J. Cottraux, *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson ; 2000.

Échelles de dépistage

Échelle HAD (*hospital anxiety and depression scale*, Zigmond et Snaith, 1983)

Comme dépistage de l'anxiété générale, l'outil le plus souvent recommandé est l'échelle HAD qui évalue le niveau d'anxiété générale (sept items) ainsi que le niveau de dépression (sept items). Elle permet un dépistage rapide des patients à risque de présenter un trouble anxieux et/ou dépressif, mais aucun diagnostic ne peut évidemment être porté uniquement à partir de cette échelle. Les items explorant l'anxiété dans l'échelle HAD sont présentés dans l'encadré ci-après. Il s'agit de symptômes traduisant une tension psychique (peur, soucis, panique), une crispation physique (estomac noué), ou une agitation psychomotrice. Le sujet a le choix entre quatre réponses pour chaque item qui correspondent à des niveaux gradués d'intensité, le score total peut donc varier entre 0 et 21. On considère que le niveau d'anxiété est significatif à partir de 8 et très significatif au-dessus de 10. Un des intérêts principaux de cette échelle, outre sa simplicité, est d'être peu sensible aux éventuels troubles

somatiques associés qui sont souvent difficiles à différencier de la symptomatologie anxieuse (palpitations, sueurs, vertiges). Cette échelle a en effet été conçue pour dépister l'anxiété et la dépression chez des patients traités en médecine pour d'autres affections (*cf.* échelle HAD, p. 90).

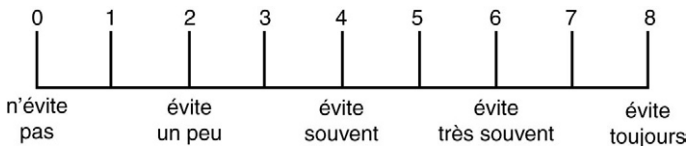
Questionnaire des peurs (*fear questionnaire*) de Marks et Mathews (1979)

Ce questionnaire a été traduit et validé en français par Cottraux *et al.* (1987). Il s'agit d'un autoquestionnaire de passation rapide et facile, qui peut être utile en pratique pour le suivi de l'agoraphobie. Son évaluation générale comprend, en fait, une échelle de phobies de 17 items, une échelle d'anxiété dépression (item de 18 à 23) et une échelle évaluant la gêne du comportement phobique. L'échelle peut être subdivisée en différentes sous-échelles. L'échelle agoraphobie comprend les items 5, 6, 8, 12, 15 (0–40), l'échelle des phobies du sang et des blessures les items 2, 4, 10, 13, 16 (0–40) et l'échelle de phobie sociale les items 3, 7, 9, 11, 14. Chaque item phobique est coté de 0 à 8 en fonction de l'évitement (de 0 : n'évite pas, à 8 : évite toujours).

Un score de 30 à l'échelle d'agoraphobie identifie une agoraphobie sévère.

Questionnaire des peurs, auto-évaluation des phobies (Marks et Matthews, 1979 ; traduction française Cottraux, 1985)

A – Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensations ou de sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation :



1) Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez-la à votre façon, cotez-la de 0 à 8)	
---	--

2) Injections et interventions chirurgicales minimales	
--	--

3) Manger et boire avec les autres	
------------------------------------	--

4) Aller dans les hôpitaux	
----------------------------	--

5) faire seul(e) des trajets en bus ou en car	
---	--

6) se promener seul(e) dans les rues où il y a foule	
--	--

7) Être regardé(e) ou dévisagé(e)	
-----------------------------------	--

8) Aller dans les magasins remplis de monde	
---	--



9) Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité	
10) Voir du sang	
11) Être critiqué(e)	
12) Partir seul(e) loin de chez vous	
13) Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade	
14) Parler ou agir en public	
15) Les grands espaces vides	
16) Aller chez le dentiste	
17) Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez-la et cotez-la de 0 à 8)	
<p>B – Maintenant, veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous, un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante :</p> <div style="text-align: center;"> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>ne souffre pas du tout souffre un peu souffre vraiment souffre beaucoup souffre extrêmement</p> </div>	
18) Sentiment d'être malheureux(se) ou déprimé(e)	
19) Sentiment d'être irritable ou en colère	
20) Se sentir tendu(e) ou paniqué(e)	
21) Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes	
22) Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) est irréel ou étrange	
23) Autres sentiments pénibles (décrivez-les)	
<p>C – À combien évaluez-vous actuellement la gêne, dans votre vie, de votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous.</p> <div style="text-align: center;"> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>pas de phobies légèrement gênant nettement gênant très gênant extrêmement gênant</p> </div>	

Échelles spécifiques de panique et d'anxiété généralisée (voir Bouvard et Cottraux, 2000)

- Trouble panique et agoraphobie :
 - le questionnaire des peurs (Marks et Mathews, 1979) ;
 - l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée (Cottraux, 1993) ;

- le questionnaire des cognitions agoraphobiques (Chambless *et al.*, 1984) ;
- le questionnaire des sensations corporelles (Chambless *et al.*, 1984) ;
- *the panic associated symptom scale* (PASS) : fréquence et intensité des attaques de panique spontanées et situationnelles (l'échelle des symptômes de panique) ;
- *the panic disorder severity scale* (PDSS) (Shear et Maser, 1994) : échelle de sévérité du trouble panique traduite et validée par Mollard et Cottraux (2000).
- Trouble anxiété généralisée :
 - échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (HAMA) ;
 - questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (Meyer *et al.*, 1990) ;
 - pourquoi s'inquiéter ? ;
 - intolérance à l'incertitude de Freeston *et al.* (1993).

Critères diagnostiques des troubles anxieux selon le DSM-IV-TR

En complément de la description clinique des troubles anxieux précédents, nous exposons leurs principaux diagnostics dans les [tableaux 5.6 à 5.17](#) issus du DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Association américaine de psychiatrie, texte révisé, 2003).

TABLEAU 5.6. Critères diagnostiques de trouble anxiété généralisée selon le DSM-IV-TR

- Critères diagnostiques de F41.1 [300.02] L'Anxiété généralisée (Trouble)**
- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
 - B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
 - C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois). **N.-B. :** Un seul item est requis chez l'enfant.
 - (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - (2) fatigabilité
 - (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - (4) irritabilité
 - (5) tension musculaire
 - (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

► TABLEAU 5.6. (suite)

- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress post-traumatique.
- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

TABLEAU 5.7. Attaque de panique selon le DSM-IV-TR

Critères d'une Attaque de panique

N.-B. : Une Attaque de panique ne peut pas être codée en tant que telle. Coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'Attaque de panique (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie [p. 506]).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- (2) transpiration
- (3) tremblements ou secousses musculaires
- (4) sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- (5) sensation d'étranglement
- (6) douleur ou gêne thoracique
- (7) nausée ou gêne abdominale
- (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- (11) peur de mourir
- (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- (13) frissons ou bouffées de chaleur

TABLEAU 5.8. Critères diagnostiques de l'agoraphobie selon le DSM-IV-TR

Critères de l'Agoraphobie

N.-B. : L'Agoraphobie ne peut pas être codée en tant que telle. Attribuer le code en rapport avec le trouble spécifique dans lequel survient l'Agoraphobie (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie (p. 506) ou F40.00 [300.22] Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique).

A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue, soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

N.-B. : Envisager le diagnostic de Phobie spécifique si l'évitement est limité à une ou seulement quelques situations spécifiques, ou celui de Phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.

B. Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimuli associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

TABLEAU 5.9. Critères diagnostiques du trouble panique sans agoraphobie selon le DSM-IV-TR

Critères diagnostiques du F41.0x [300.01] Trouble panique sans Agoraphobie

A. À la fois (1) et (2) :

- (1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 496)
- (2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - (a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - (b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
 - (c) changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Absence d'Agoraphobie (voir p. 497)

► **TABLEAU 5.9. (suite)**

- C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).
- D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, telle une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimuli associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

TABLEAU 5.10. Critères diagnostiques du trouble panique avec agoraphobie selon le DSM-IV-TR

- Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie**
- A. À la fois (1) et (2) :
- (1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 496)
 - (2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - (a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - (b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
 - (c) changement de comportement important en relation avec les attaques
- B. Présence d'Agoraphobie (voir p. 497).
- C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).
- D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, telle une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimuli associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

TABLEAU 5.11. Critères diagnostiques de la phobie spécifique selon le DSM-IV-TR

Critères diagnostiques du F40.2 [300.29] Phobie spécifique

- A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (p. ex., prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang).
- B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation. **N.-B.** : Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur. **N.-B.** : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.
- D. La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. L'anxiété, les Attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimuli associés à un facteur de stress sévère), un Trouble anxiété de séparation (p. ex., évitement scolaire), une Phobie sociale (p. ex., évitement des situations sociales par peur d'être embarrassé), un Trouble panique avec agoraphobie ou une Agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

Spécifier le type :

Type animal

Type environnement naturel (p. ex., hauteurs, tonnerre, eau)

Type sang-injection-accident

Type situationnel (p. ex., avions, ascenseurs, endroits clos)

Autre type (p. ex., peur de s'étouffer, de vomir ou de contracter une maladie ; chez les enfants, évitement des bruits forts ou des personnages costumés)

TABLEAU 5.12. Critères diagnostiques du trouble phobie sociale selon le DSM-IV-TR

Critères diagnostiques du F40.1 [300.23] Phobie sociale

- A. Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. **N.-B. :** Chez les enfants, on doit retrouver des éléments montrant la capacité d'avoir des relations sociales avec des gens familiers en rapport avec l'âge et l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les relations avec les adultes.
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une Attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation. **N.-B. :** Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait dans les situations sociales impliquant des gens non familiers.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
N.-B. : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.
- D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié(e) aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué(e) par un autre trouble mental (p. ex., Trouble panique avec ou sans agoraphobie, Trouble anxiété de séparation, Peur d'une dysmorphie corporelle, Trouble envahissant du développement ou Personnalité schizoïde).
- H. Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles ; par exemple, le sujet ne redoute pas de bégayer, de trembler dans le cas d'une maladie de Parkinson ou de révéler un comportement alimentaire anormal dans l'Anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) ou la Boulimie (*Bulimia nervosa*).

Spécifier si :

Type généralisé si les peurs concernent la plupart des situations sociales (envisager également un diagnostic additionnel de Personnalité évitante).

TABLEAU 5.13. Critères diagnostiques du trouble obsessionnel compulsif selon le DSM-IV-TR

Critères diagnostiques du F42.x [300.3] Trouble obsessionnel compulsif**A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions :**

Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4) :

- (1) pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante
- (2) les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle
- (3) le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions
- (4) le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées)

Compulsions définies par (1) et (2) :

- (1) comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible
- (2) les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs

B. À un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

N.-B. : Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.**D. Si un autre Trouble de l'Âxe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur).****E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni d'une affection médicale générale.**

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

TABLEAU 5.14. Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le DSM-IV-TR

<p>Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation</p> <p>A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des 3 mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).</p> <p>B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :</p> <p>(1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress</p> <p>(2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)</p> <p>C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.</p> <p>D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.</p> <p>E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.</p> <p>Spécifier si :</p> <p>Aigu : si la perturbation persiste moins de 6 mois</p> <p>Chronique : si la perturbation persiste 6 mois ou plus</p> <p>La codification des Troubles de l'adaptation est fondée sur le sous-type, qui est déterminé par les symptômes prédominants. Le(s) facteur(s) de stress spécifique(s) peut(vent) être coté(s) sur l'Axe IV.</p> <p>F43.20 [309.0] avec humeur dépressive</p> <p>F43.28 [309.24] avec anxiété</p> <p>F43.22 [309.28] avec à la fois anxiété et humeur dépressive</p> <p>F43.24 [309.3] avec perturbation des conduites</p> <p>F43.25 [309.4] avec perturbation à la fois des émotions et des conduites</p> <p>F43.29 [309.9] non spécifié</p>

TABLEAU 5.15. Critères diagnostiques du trouble état de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR

<p>Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble état de stress post-traumatique</p> <p>A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :</p> <p>(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée</p> <p>(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.</p> <p>B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :</p> <p>(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme</p>
--



► TABLEAU 5.15. (suite)

<ul style="list-style-type: none"> (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause 	<ul style="list-style-type: none"> C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres) (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie) D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu (2) irritabilité ou accès de colère (3) difficultés de concentration (4) hypervigilance (5) réaction de sursaut exagérée E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois. F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. <p>Spécifier si :</p> <p>Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois.</p> <p>Chronique : si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus.</p> <p>Spécifier si :</p> <p>Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.</p>
--	---

TABLEAU 5.16. Critères diagnostiques du trouble état de stress aigu selon le DSM-IV-TR

- Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble état de stress aigu**
- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **N.-B. :** Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 - (2) une réduction de la conscience de son environnement (p. ex., « être dans le brouillard »)
 - (3) une impression de déréalisation
 - (4) de dépersonnalisation
 - (5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme)
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (p. ex., pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (p. ex., difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.
- G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.
- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

TABEAU 5.17. Critères diagnostiques du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques selon le DSM-IV-TR

<p>Critères diagnostiques du F13.3x [292.0] Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques</p> <p>A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques qui a été massive et prolongée.</p> <p>B. Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après le Critère A :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) hyperactivité neurovégétative (p. ex., transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100) (2) augmentation du tremblement des mains (3) insomnie (4) nausées ou vomissements (5) hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives (6) agitation psychomotrice (7) anxiété (8) crises convulsives de type grand mal <p>C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.</p> <p>Spécifier si :</p> <p>Avec perturbations des perceptions</p>
--

Ce qu'il faut retenir

La recherche d'un trouble anxieux repose sur une démarche structurée basée sur des critères diagnostiques opérationnels définis pour chaque trouble. Pour le diagnostic, le clinicien peut s'aider d'entretiens élaborés afin de faciliter la tâche en pratique quotidienne. L'analyse fonctionnelle consiste à explorer les différentes dimensions de la pathologie anxieuse : symptômes physiques, cognitions (à partir des monologues et des pensées dysfonctionnelles), comportements et émotions. Elle constitue une étape préalable indispensable à la prise en charge thérapeutique.

Certains pièges diagnostiques sont à connaître. Les troubles anxieux ne sont pas toujours « purs » mais souvent associés entre eux, ce qui complique le diagnostic tant certains symptômes sont proches. Les troubles anxieux entretiennent des relations étroites avec les troubles addictifs, au premier rang duquel on trouve les conduites d'alcoolisation. L'effet de l'alcool à la fois anxiolytique et anxiogène contribue à entretenir un cercle vicieux compliquant l'évolution. L'anxiété généralisée pose souvent des problèmes de diagnostic avec la dépression tant certains symptômes sont communs. Tous les troubles anxieux présentent une comorbidité élevée avec la dépression qu'il est nécessaire de savoir dépister. L'association entre une pathologie organique et un trouble anxieux aggrave le pronostic à long terme et l'anxiété, qui peut paraître légitime, doit être diagnostiquée.

CHAPITRE 6

Gestion du stress : principes et indications

*« La méthode psychique
exige avant tout du patient
qu'il agisse sur lui-même... »*

S. Zweig

La gestion du stress est une méthode d'information et d'accompagnement psychologique qui trouve de nombreuses applications dans le monde de la santé, de la psychologie et du travail (Légeron, 1993 ; André, 1997). Intervention limitée dans le temps (généralement quelques mois), elle vise à la fois à agir et à interagir sur l'environnement mais aussi à changer le regard et la perception « stressante et anxieuse » des événements extérieurs. Elle peut être proposée en individuel mais aussi en groupe dans le cadre d'une thérapie ou d'une action de psychoéducation. Elle est très utile en médecine générale ou en spécialité médicale dans une optique d'information et d'éducation à la santé. La mise en application concrète requiert du temps et l'expérience des techniques. Elle est réservée le plus souvent aux psychiatres, psychologues et psychothérapeutes formés. Mais en fait, de nombreux intervenants en santé peuvent en appliquer les principes selon leur pratique.

Principes

La gestion du stress et de l'anxiété regroupe un ensemble de mesures éducatives et psychothérapeutiques visant à limiter l'effet des contraintes et des pressions extérieures sur le bien-être et la santé. Les principaux objectifs peuvent être présentés ainsi :

- aider à résoudre les difficultés et les problèmes de vie ;
- aider à faire face aux événements stressants de la vie ;
- modifier la perception et les systèmes de pensées négatifs sur le monde et soi-même ;

- contrôler les réactions émotionnelles par une meilleure maîtrise physique ;
- développer des attitudes et des comportements mieux appropriés.

La gestion du stress inclut différentes techniques basées sur les thérapies cognitives et comportementales comme la relaxation (contrôle respiratoire, relaxation musculaire, *biofeedback*, méditation, visualisation...), la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, l'affirmation de soi, etc. Ces techniques sont généralement associées et proposées sous forme de modules structurés en individuel ou en groupe et limités dans le temps ce qui permet leur évaluation. L'approche originale de la gestion du stress et de l'anxiété repose sur le fait que les objectifs de la thérapie sont centrés à la fois sur les symptômes, l'environnement et le patient, à travers ses émotions et ses cognitions. Elle s'inscrit dans une démarche interactive de soin qui implique que le patient soit informé, adhère et participe activement à cette démarche. Ces techniques sont avant tout des soins limités dans le temps dont le but est de permettre au patient d'atteindre un niveau de contrôle émotionnel et un bien-être psychologique satisfaisant pour son quotidien.

Indications et validations

La gestion du stress est proposée dans des contextes très différents (pathologies somatiques ou psychologiques, monde du travail, développement personnel...), à visée préventive ou curative, en individuel et en groupe (pour détail, cf. chapitre 4).

Elle implique à la fois la prise en compte des stressors lorsque cela est possible et l'adaptation du sujet à la situation pour en minimiser les effets négatifs pour sa santé et son bien-être. Enfin, les protocoles de gestion du stress sont aujourd'hui assez bien codifiés et ont montré une efficacité lors d'études contrôlées dans différentes pathologies somatiques et psychologiques sur la réduction du niveau d'anxiété et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.

L'anxiété généralisée et le trouble de l'adaptation avec anxiété sont des indications préférentielles compte tenu que ces troubles correspondent à une anxiété excessive face aux dangers et aux stress de la vie. Les états anxieux réactionnels à des événements de vie stressant ou des difficultés dans les principaux domaines du travail, de la famille et de la santé doivent bénéficier systématiquement de ce type de prise en charge pour limiter la consommation médicale et les coûts sociaux engendrés par des complications. Dans l'anxiété généralisée, ces techniques ont été validées seules ou en association. Dans le trouble panique, les phobies et le stress post-traumatique, la gestion des symptômes apparaît comme un élément très important en complément d'autres modalités plus spécifiques.

La gestion du stress trouve des applications dans de très nombreuses disciplines médicales. Elle a été étudiée dans des troubles médicaux très variés (coronaropathies, psoriasis, diabètes, céphalées, allergies, etc.) et psychologiques (anxiété, dépression, schizophrénie, etc.).

Que peut-on attendre d'un programme de gestion du stress chez des patients présentant un problème médical ?

- une amélioration de paramètres physiologiques influençant la maladie. Par exemple, des études montrent que la gestion du stress stabilise la tension artérielle ou renforce l'immunité chez des patients cancéreux ou séropositifs ;
- une amélioration des symptômes (douleur, etc.). Chez des patients présentant des céphalées ou un syndrome polyadique diffus, fibromyalgie, on note un meilleur contrôle de la douleur ;
- une réduction des récides (cancer du sein, épisode coronarien, asthme, psoriasis, etc.) ;
- un meilleur contrôle de l'anxiété et de la dépression, facteurs secondaires aggravant la pathologie en augmentant la mortalité et la morbidité à long terme ;
- une amélioration des comportements de santé (tabac, alcool, alimentation, activité physique) ;
- une amélioration de la qualité de vie.

Trois approches pratiques peuvent être proposées :

- la mobilisation immédiate par des mesures éducatives et l'apprentissage de techniques permettant de faire face et de mieux s'adapter aux contraintes imposées par la maladie, par exemple, au cours de l'hospitalisation ou de consultations spécialisées ;
- l'action sur le temps qui nécessite une compréhension plus globale du sujet et de son histoire mais également de faire évoluer ses modes de défense et ses stratégies d'adaptation. La gestion du stress doit être associée aux programmes de réadaptation qui font suite à la phase aiguë de la maladie ;
- enfin la diminution des sources de stress et la recherche de meilleurs modes de *coping* de la part du malade sont également un enjeu déterminant pour faire face à la maladie.

Gestion du stress et récides coronariennes

Les programmes de gestion du stress ont montré une réduction significative de la morbidité et de la mortalité des patients souffrant d'une coronaropathie et une amélioration de leur qualité de vie. Le type comportemental A décrit par Friedman et Rosenman est caractérisé par certains traits comportementaux incluant l'urgence du temps, l'ambition, l'hyperactivité, l'hostilité. Si les études plus anciennes vont dans le sens d'une association type A et coronaropathie, les revues les plus récentes ne confirment pas ces données ou du moins suggèrent que ce n'est pas le type comportemental dans sa globalité qui est en cause, mais que certains traits semblent plus pathogènes comme

l'hostilité. Les principaux objectifs des thérapies centrées sur le type A sont donc de mieux gérer son temps, contrôler des émotions comme la colère, l'agressivité et l'hostilité, et également diminuer la dépression et augmenter le support social et le bien-être (Mendes de Leon *et al.*, 1991).

Une méta-analyse de 37 études évaluant les effets de programmes d'éducation à la santé et de gestion du stress pour les coronariens montre une réduction de 34 % de la mortalité cardiaque, une baisse de 29 % de la récurrence et un effet significatif sur la pression artérielle, le cholestérol, le tabagisme, l'exercice physique et les habitudes alimentaires (Dusseldorp *et al.*, 1999). Dans l'étude de Blumenthal, 107 patients coronariens présentant une ischémie documentée (épreuve de stress ou Holter) ont suivi de façon contrôlée un programme de gestion du stress, un entraînement à l'exercice, des soins usuels de 4 mois avec un suivi sur 5 ans.

Le programme de gestion du stress diminue d'un facteur 3 (RR 0,26 par rapport au groupe contrôle) le risque de récurrence chez les patients ayant eu une ischémie coronarienne (Blumenthal *et al.*, 1997).

Si certaines études montrent que des programmes de gestion du stress réduisent de façon significative la mortalité cardiovasculaire, et si une revue récente retrouve dans la majorité des études, une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, notamment sur des événements non mortels, en revanche les preuves sont insuffisantes actuellement pour dire que la gestion du stress réduit la mortalité de façon significative chez tous les coronariens. Il est possible que cette technique soit particulièrement recommandée chez les patients coronariens présentant un niveau élevé d'anxiété et de dépression ou des antécédents anxieux et dépressifs.

Les méta-analyses concluent à l'intérêt de cette approche psycho-éducative mais pointent un certain nombre d'éléments à prendre en compte. L'évaluation reste difficile en raison des techniques et des protocoles utilisés, des problèmes et des populations concernées, des critères d'efficacité : diminution des symptômes subjectifs, paramètres biologiques, diminution de la morbidité, de la mortalité, amélioration de la qualité de vie, réduction des arrêts de travail, des coûts médico-sociaux, etc. (Ong *et al.*, 2004).

Les principaux biais retrouvés et les recommandations vont dans le sens d'une meilleure sélection des populations étudiées, des objectifs et des critères d'efficacité et la description précise des techniques à partir d'un protocole rédigé afin de permettre la reproductibilité (nombre de séances, déroulement, groupe contrôle).

Techniques TCC de gestion du stress

La gestion du stress repose sur plusieurs techniques cognitives et comportementales : la résolution de problèmes et la gestion des émotions, la gestion du temps, l'affirmation de soi et la relaxation.

Le principe général de la gestion du stress peut se schématiser en trois étapes :

- l'information et l'éducation ;
- l'évaluation des problèmes et de la réponse au stress ;
- la mise en application des techniques.

Information et éducation

Classiquement, on propose de façon simple à partir d'exemples concrets de présenter d'abord le caractère normal du stress (cela touche tout le monde, il faut vivre avec une dose de stress, le stress permet de s'adapter, les conséquences peuvent être négatives pour la santé et le bien-être...), les éléments de la réaction et les différentes techniques qui peuvent être proposées pour réduire les réponses physiologiques, cognitives, comportementales. Si l'information de ces principes de base de la réaction au stress et des expressions du stress se font au début de la thérapie, l'information et l'éducation se poursuivent tout au long de la thérapie en suivant la progression du patient. L'approche cognitive émotionnelle permet d'élargir les informations au sujet qui vont lui permettre d'accéder à la thérapie.

L'information est la première étape, que ce soit pour une action individuelle ou collective. Elle trouve de nombreuses applications en médecine générale pour les patients anxieux, ceux qui consultent pour des manifestations fonctionnelles et enfin dans la prise en charge de nombreuses pathologies en partie dues ou aggravées par le stress.

La gestion du stress est une réponse médicale et psychologique à des plaintes du patient qui offre la possibilité d'agir sur certains facteurs extérieurs et propres au sujet. Elle s'adapte bien aux patients désireux d'une approche pragmatique et concrète de leur problème qu'ils ne relient pas d'emblée à un conflit psychique.

Le thérapeute procède par étapes :

- la reconnaissance de la plainte. Il est nécessaire de laisser le patient exprimer sa plainte, ses attentes, ses demandes, sa représentation du problème et de ne pas lui proposer trop rapidement une réponse « technique ». Il doit s'approprier peu à peu son problème et sentir à la fois l'écoute et l'empathie du thérapeute ;
- l'établissement du lien entre stress et anxiété et son mal-être (mettre des mots). C'est la vision donnée par le thérapeute en réponse à la plainte ou à la demande. Si certains patients attendent une réponse « médicale », d'autres semblent ne pas en attendre et exposent leur mal-être de façon à ne pas en recevoir. Il s'agit donc de reformuler et de proposer au patient une représentation acceptable de son problème qui permet à la fois d'autres représentations (on ne trouve rien, c'est la faute des autres...) et le changement ;

• la présentation des techniques. Le thérapeute propose un véritable « pari thérapeutique » de changement et expose les règles du jeu : « Vous êtes au centre de votre problème, vous pouvez changer, je suis là pour vous aider et vous montrer que l'on peut aborder les choses différemment. Il existe certaines techniques médicales et psychologiques qui peuvent vous aider. » Compte tenu de tous les modèles et de la multitude des remèdes du bien-être, le thérapeute a intérêt à exposer clairement une façon de voir rationnelle en respect avec les croyances du sujet. Il reste dans son domaine de compétence, il suggère et propose. Il ne faut pas chercher à tout expliquer rapidement et commencer par des mots facilement compréhensibles par le patient : « gestion du stress, changement comportemental, affirmation de soi. » Il est important également de bien insister sur l'absence de réponse toute faite au profit d'une approche « sur mesure » adaptée à chaque personne.

La lecture d'ouvrages et de guides pour s'aider soi-même (*self-help*) est très utile. Elle permet de laisser au patient le temps de s'approprier les informations, de les approfondir et prépare la relation interactive thérapeutique (faire quelque chose entre deux consultations). Elle permet aussi notamment en médecine générale et spécialisée de gagner du temps (Servant, 2009a).

Self-help et bibliothérapie

Baptisés par les Anglo-Saxons *self-help cognitive behavioural therapy*, ces programmes mettent l'accent sur l'information du patient afin qu'il reconnaisse son problème et accepte l'origine psychologique et les moyens de changer par lui-même. Ils proposent des méthodes simples basées sur les TCC de gestion des symptômes et de changement des interprétations et des comportements anxieux. Plusieurs programmes ont été proposés et tous incluent un support écrit sous forme d'ouvrages pratiques conçus comme des guides d'autothérapie (bibliothérapie) (Sorby *et al.*, 1991 ; White, 1998). Ils proposent des informations concernant la reconnaissance de l'anxiété, les caractéristiques des différentes formes d'anxiété, les moyens de s'auto-évaluer à partir de questionnaires simples et d'échelles d'auto-évaluation et les réponses concrètes qui peuvent être apportées. Les objectifs sont essentiellement dirigés vers les symptômes anxieux. Ceux-ci sont regroupés en différents niveaux : somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Le patient peut ainsi mieux aborder la thérapie par étapes et mettre en place des techniques spécifiques sous forme d'exercices simples de TCC (contrôle respiratoire, repérage des pensées automatiques, restructurations cognitives, exposition...). Pour que la bibliothérapie soit efficace, le contact avec le thérapeute, bien que réduit, est indispensable.

Des programmes associant un guide de thérapie à des contacts téléphoniques avec un(e) infirmier(ière) ou un(e) psychologue s'avèrent supérieurs à un suivi habituel du médecin généraliste.

Plusieurs études confirment l'intérêt des *self-help* surtout dans le trouble panique, le trouble anxiété généralisée et les troubles de l'adaptation avec anxiété (Kenardy, 2003 ; Newman, 2003). Un ouvrage en français est disponible (Servant, 2009a). Tous ces supports de *self-help* peuvent être proposés au patient qui s'engage dans une TCC mais peuvent être également d'une grande utilité en soin primaire. Des programmes éducatifs de thérapie cognitive et comportementale ont été testés contre des procédures habituelles et semblent apporter un bénéfice à eux seuls dans les formes modérées et en association aux autres traitements dans les formes sévères (Servant, 2006).

L'alliance thérapeutique avec le patient commence dans la définition de ses attentes et de ses objectifs. Il convient de mettre l'individu au centre du changement, de le motiver et de l'encourager tout en l'aidant à formuler son problème.

Cette distinction schématique permet de bien différencier l'action sur l'extérieur, sur lequel il faut trouver une solution (résolution de problèmes) bien qu'il ne soit pas toujours possible d'y agir, et l'action sur soi-même. À partir de cela, le problème est posé de savoir si le patient adhère à cette vision des choses, accepte une approche limitée et ciblée sur un aspect concret, et se donne les moyens pour agir dans cette thérapie. Le thérapeute propose clairement de l'aider (« je suis à votre disposition dans cette démarche »).

Les techniques peuvent être proposées de façon schématique en se basant sur les réponses du stress.

Une bonne façon de présenter les techniques consiste à partir du principe du modèle cognitif de la spirale du stress. Face à une situation stressante quelconque (une contrainte de la vie de tous les jours comme un embouteillage ou un retard), le thérapeute propose de distinguer les différentes dimensions physiques, psychologiques, cognitives et émotionnelles de la réponse au stress selon le schéma proposé (figure 6.1).

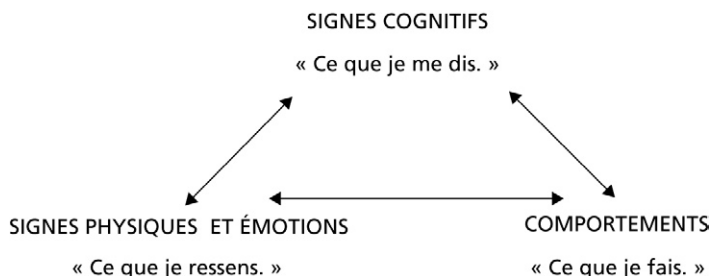


FIGURE 6.1. La spirale du stress et de l'anxiété.

Évaluation des stresseurs et de la réaction au stress

De nombreux patients ont des difficultés à faire le lien entre un mal-être diffus et un stresser. Ils doivent alors apprendre à mettre un nom sur certains symptômes, à comprendre la mécanique du stress et à trouver des solutions concrètes à mettre en pratique.

On aide le patient à s'auto-évaluer et à prendre conscience de ses propres réactions au stress. L'utilisation de tableaux à colonnes peut aider le patient (tableau 6.1).

Il existe deux niveaux d'évaluation :

- le repérage des stresseurs ;
- l'évaluation de la réponse au stress.

TABLEAU 6.1. Exemple de tableau à fournir au patient pour l'auto-évaluation

Situations stressantes	Ce que je ressens	Ce que je me dis	Ce que je fais

Il est très important de fixer les objectifs à partir d'une analyse globale de la situation : identifier les sources de stress, arriver à les hiérarchiser, à en faire une première analyse et à privilégier certaines options.

Il convient de laisser un temps de réappropriation plutôt que d'inonder de moyens, source possible de résistances.

Apprentissage des techniques

Les techniques de gestion du stress permettent un changement :

- sur les facteurs de stress en agissant sur l'environnement (résolution de problèmes) ;
- sur la réaction au stress en favorisant le contrôle de la réaction :
 - physique (relaxation),
 - psychologique (thérapie cognitive),
 - émotionnelle (gestion des émotions),
 - comportementale (affirmation de soi, gestion du temps, changement comportemental).

Chaque technique est présentée et le thérapeute accompagne la mise en application. Il importe d'appliquer chaque technique aux cas réels et de montrer l'efficacité possible de leur application. Ne pas être trop généraliste et théorique, rester bien calé sur la réalité du sujet.

Ces techniques qui ont pour objectif de faire face aux différentes composantes de la réaction au stress s'appliquent à réduire les réponses physiologiques, les réponses comportementales, les émotions et les cognitions.

Les techniques

- Techniques centrées sur les réponses physiologiques du stress :
 - contrôle respiratoire ;
 - relaxation musculaire progressive ;
 - relaxation musculaire par suggestion ;
 - *biofeedback* de VFC (cohérence cardiaque).
- Techniques centrées sur les réponses cognitives du stress :
 - auto-évaluation des ruminations ;
 - restructuration cognitive ;
 - exposition aux pensées ;
 - ACT.
- Techniques centrées sur les réponses émotionnelles du stress :
 - auto-évaluation des émotions ;
 - exposition aux émotions (évocation, visualisation...) ;
 - induction d'émotions positives ;
 - pleine conscience ;
 - *biofeedback* de VFC (cohérence émotionnelle).
- Techniques centrées sur les réponses comportementales :
 - résolution de problèmes ;
 - gestion du temps ;
 - communication et affirmation de soi.

Gestion des réponses physiologiques

Les techniques de relaxation sont particulièrement adaptées pour maîtriser les réponses et aider le sujet à faire face aux situations de stress.

Différentes techniques, dont certaines sont très anciennes (yoga, zen), utilisant parfois les mêmes outils peuvent conduire à une réponse de relaxation (Servant, 2009b). Le but est d'apprendre à obtenir un état de détente psychique et physique (contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque, etc.) permettant de réduire et de maîtriser les symptômes anxieux mais aussi de modifier les cognitions et les émotions. Les principales techniques étudiées sont le contrôle respiratoire, la relaxation musculaire et la méditation de pleine conscience (*mindfulness*) et les techniques de visualisation qui peuvent être couplées au *biofeedback* de variabilité cardiaque.

La relaxation musculaire

Principe de la technique

Edmun Jacobson, en 1938, met en avant la relation entre l'état de tension musculaire et la tension psychique. Le principe de la relaxation musculaire consiste à mettre en tension un groupe musculaire puis de

se centrer sur la sensation de détente. Différents groupes musculaires sont successivement soumis à cette contraction-décontraction pour obtenir une réduction du tonus musculaire de l'ensemble du corps. À partir de la relaxation musculaire, une réponse globale de relaxation à la fois physiologique et psychique est obtenue.

Technique

Des techniques abrégées inspirées de la méthode de Jacobson ont été proposées et s'intègrent dans presque tous les modules de TCC des troubles anxieux. Öst a développé une technique appelée relaxation appliquée qui ne se limite pas à l'apprentissage de la détente mais représente un véritable outil pour gérer les situations anxieuses dans la vie quotidienne (Öst, 1987, 1995, 2000).

Schématiquement, le principe de la relaxation musculaire progressive se déroule en trois phases :

- la première phase dite de relaxation générale consiste à détendre l'ensemble du corps et à induire un état de détente et de calme. Au fur et à mesure de la répétition de l'exercice, le patient peut obtenir un état de relaxation en un temps plus court en mobilisant de moins en moins de groupes musculaires ;
- la deuxième phase poursuit l'apprentissage par la relaxation différentielle qui consiste à accomplir des mouvements en mobilisant les muscles nécessaires et en maintenant détendus les groupes musculaires non impliqués. On va commencer à indiquer au patient de se saisir d'un objet, ou écrire puis se lever, puis marcher ;
- la troisième phase correspond à la relaxation musculaire appliquée. Une fois l'exercice de relaxation maîtrisé et induit en un temps court, le patient est amené à l'utiliser dans des situations de la vie de tous les jours où il ressent de la tension physique ou une anxiété. Il est invité à s'entraîner chez lui et à apprendre à adapter les méthodes de relaxation en fonction des circonstances et des symptômes d'anxiété.

Application

La revue des études montre l'efficacité de la relaxation musculaire dans les troubles anxieux particulièrement pour le TAG et le trouble panique et un effet moins marqué pour les autres troubles anxieux comme les phobies spécifiques, le TOC ou le PTSD (Conrad et Roth, 2007).

Le *biofeedback* de variabilité cardiaque

Principe de la technique

Les techniques de *biofeedback* consistent en un autocontrôle de ses propres manifestations physiologiques à partir de la visualisation d'un signal traduisant l'activité de ces paramètres.

L'intérêt du *biofeedback* couplé à la mesure de la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC) a été récemment rapporté (Servan-Schreiber, 2003). La variabilité de la fréquence cardiaque, appelée également variabilité cardiaque, correspond à la variation de temps entre deux battements du cœur sur une période. La variabilité de la fréquence cardiaque apparaît comme un marqueur permettant d'évaluer l'activité du système nerveux autonome, tant au niveau périphérique que central, et la balance entre les deux branches système nerveux sympathique et système nerveux parasympathique.

Technique

Plusieurs mesures peuvent être calculées à partir du signal de variabilité cardiaque, une zone de basse fréquence qui correspond à l'activité baroréflexe (sympathique et parasympathique) et une zone de haute fréquence ou arythmie sinusale respiratoire qui correspond au tonus vagal (parasympathique).

L'association des mesures dans les basses fréquences est couplée aux techniques de contrôle respiratoire et permet d'objectiver l'action sur le baroréflexe (cohérence cardiaque).

L'association des mesures dans les hautes fréquences aux techniques de méditation permet de stimuler le tonus vagal et, selon l'hypothèse développée par Thayer et Lane (2000), d'apporter au SNA une meilleure flexibilité lui permettant de s'adapter aux situations de stress (cohérence émotionnelle).

Application

Des données récentes indiquent chez des patients coronariens, hypertendus et présentant une symptomatologie anxieuse (le trouble panique a été particulièrement étudié) ou soumis à un stress, une diminution de la VFC haute fréquence témoignant d'une baisse du tonus vagal. Des techniques de respiration et de relaxation incluant l'imagerie et la méditation couplées au *biofeedback* permettent, par un entraînement régulier, une augmentation de la VFC et facilitent une meilleure adaptation face à des épreuves de stress (Nolan *et al.*, 2005 ; Sakakibara *et al.*, 1996 ; McCraty *et al.*, 1998).

Gestion des réponses psychologiques

Le principe de la thérapie cognitive repose sur le postulat d'une utilisation par le sujet de stratégies mal adaptées, à la fois pour résoudre les stress et gérer les émotions anxieuses. Il lui est proposé de modifier ces stratégies mal adaptées en travaillant sur ses pensées et ses croyances dysfonctionnelles.

Le principe est le suivant :

- faire analyser par le patient les stratégies mises en place face au stress ;
- identifier précisément ces stratégies par les pensées et les croyances ;
- l'aider à modifier ces pensées et ces croyances dans l'optique d'une meilleure adaptation à la situation stressante vécue.

Il est possible, pour aider le recueil des données, d'utiliser le tableau à colonnes (tableau 6.2).

TABLEAU 6.2. Exemple de tableau à colonnes pour le recueil des données

Situation stressante	Pensée automatique	Émotion	Pensée rationnelle	Résultats
Décrire l'événement précis produisant l'émotion déplaisante	Écrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion	Spécifier : triste agressif(ive) anxieux(euse)	Écrire la pensée rationnelle produite pour répondre à la pensée automatique	Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique
Indiquer le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou de rêverie, etc. produisant l'émotion déplaisante	Évaluer l'intensité de l'émotion	Évaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique	Évaluer votre niveau de croyance dans cette réponse rationnelle	Spécifier et évaluer les émotions qui s'ensuivent

Gestion des réponses émotionnelles

L'identification d'émotions négatives ressenties par le patient en situation de stress conduit à leur analyse détaillée et à une tentative de leur contrôle. Des émotions comme la peur, la colère, la tristesse et bien sûr l'anxiété sont fréquentes.

On analyse avec le patient :

- le contenu de ces émotions et la façon dont il les exprime. On pointe la légitimité de l'émotion mais aussi la possibilité pour le sujet de les exprimer autrement et de façon plus adaptée ;
- les conséquences de l'émotion, à la fois sur le bien-être mais aussi sur l'environnement, et ainsi les avantages et les inconvénients qu'elle entraîne ;
- la description d'autres modes émotionnels dans des circonstances analogues ;
- l'après-coup et les émotions qui font suite à la crise (par exemple, le regret faisant suite à la colère).

Très schématiquement, les réponses émotionnelles au stress prennent une tonalité qui peut être opposée. Certains montrent plutôt en situation

de stress une répression des émotions. Face à cette inhibition, on aide le sujet à mettre des mots, à se donner le droit de s'exprimer, voire de se laisser aller. D'autres s'expriment à l'inverse de façon beaucoup plus bruyante, voire explosive, par exemple par une sensibilité accrue avec des larmes ou des cris ou une tendance agressive, voire coléreuse. Ces émotions négatives, témoins de frustrations déclenchées par la situation stressante, s'intègrent souvent dans des traits de personnalité que le sujet est amené à reconnaître et mieux analyser.

Gestion des réponses comportementales

Le stress entraîne un certain nombre de comportements qui sont négatifs de façon directe ou indirecte. Il concerne les relations avec les autres, la gestion du temps, les habitudes de vie. L'analyse détaillée du comportement (à la fois son déclenchement et ses conséquences) permet de proposer un changement en optant pour un comportement plus adapté face aux situations de stress :

- *la gestion du temps*. Le stress amène à ne pas hiérarchiser les priorités et à privilégier certaines activités au détriment d'autres. Souvent du fait d'exigences élevées, les activités sont menées « tambour battant » en négligeant un recul sur soi. Quelques conseils simples sont à donner pour apprendre à mieux gérer le temps :
 - s'organiser et planifier pour avoir une vue d'ensemble,
 - savoir déléguer,
 - prendre du temps pour les repas,
 - respecter un temps de loisirs, même court, une fois par semaine ;
- *de meilleures habitudes de vie*. Le stress peut conduire dans une tentative de réduction de tension à utiliser certaines substances toxiques ou à négliger certains comportements de santé qui ont à la fois un effet bénéfique sur la tension anxieuse et des conséquences positives sur la santé. Il faut :
 - veiller à avoir un temps suffisant de sommeil,
 - faire de l'exercice physique régulièrement,
 - développer des activités de loisirs,
 - diminuer la consommation d'alcool, de tabac et d'excitants (café) ;
- *l'ajustement des réponses au stress*. Une fois que le sujet a identifié et compris la mécanique de ses propres réponses, il faut l'aider à les modifier. Les situations sont discutées au cours des séances et des tâches prescrites en dehors de celles-ci.

La technique d'inoculation du stress décrite par Meichenbaum (1977) propose une exposition en imagination, puis en réalité, aux situations stressantes et une modification des réponses par l'utilisation de différentes techniques : relaxation, restructuration cognitive, gestion des émotions.

Intervention sur les facteurs de stress

La première démarche, la plus logique, est la modification de l'environnement stressant. Les stress étant très variables, il est illusoire de donner un remède miracle applicable à toutes les situations tant celles-ci mettent en jeu des facteurs complexes liés à la personnalité et à l'environnement extérieur. En outre, le thérapeute peut se trouver en difficulté face à un problème qui nécessiterait des changements de l'extérieur comme l'amélioration des conditions de travail ou un conflit personnel. Dans d'autres situations humaines, on se situe dans une approche d'adaptation, voire de résilience ou même de deuil (maladie, séparation, décès).

La technique de résolution des problèmes a pour objectif d'aider le patient à identifier ses facteurs de stress, puis à mettre en place de nouvelles stratégies comportementales et cognitives pour réduire ses effets délétères.

Les principales étapes sont :

- identifier les problèmes sources de stress ;
- hiérarchiser les problèmes ;
- se centrer sur un seul problème à la fois ;
- reconnaître les ressources possédées par le sujet pour appréhender le problème ;
- augmenter le sens du contrôle de ses problèmes ;
- mettre en évidence les facteurs de résistance ;
- mettre en place une stratégie adaptée ;
- apprendre une méthode systématique pour surmonter ses problèmes actuels :
 - changer sa manière de penser,
 - changer ses comportements,
 - évaluer les résultats ;
- aborder un autre problème et aborder sa résolution selon le même type de démarche ;
- acquérir une méthode pour appréhender les problèmes futurs.

Les principes de l'accompagnement au changement

- Être à l'écoute, accepter la plainte autour du problème
- Être empathique
- Guider : susciter des questions et des réponses
- Amener le patient sur un autre terrain que celui de la plainte
- Lui faire accepter et aborder autrement la situation
- Procéder par étapes
- Entrevoir avec lui les possibilités de changements
- Marquer les éléments positifs et les bénéfices du changement
- Le laisser s'approprier et s'attribuer le changement
- Repérer les résistances au changement et les tentatives de mise en échec

Ce qu'il faut retenir

La gestion du stress regroupe un ensemble de techniques comportementales, cognitives et émotionnelles qui permettent au sujet de réduire les conséquences du stress et d'agir directement sur les stresseurs soit en trouvant des solutions, soit en mobilisant des ressources personnelles ou extérieures. Elle est fondée sur une approche psycho-éducative dont l'objectif est d'aider la personne à percevoir et à expérimenter de façon plus adaptative les sollicitations extérieures.

Les différents éléments de la réaction, particulièrement l'hyperveil physiologique, les mécanismes cognitifs (ruminations), émotionnels et comportementaux sont importants à bien analyser à la lumière des données récentes pour apporter des outils thérapeutiques adaptés et efficaces. Enfin, les sentiments, les valeurs et les attentes du sujet doivent être pris en compte surtout dans certains cas vécus comme « injustes » ou « inacceptables ». Une bonne alliance thérapeutique permet au sujet d'accepter de mettre en place des stratégies d'adaptation bénéfiques et dépasser certaines résistances légitimes.

La gestion du stress propose donc plusieurs étapes :

- information, psycho-éducation du modèle proposé et solutions ;
- évaluation souvent sous la forme d'une auto-évaluation ;
- mise en application de techniques et d'exercices répondant au mieux à chaque cas.

CHAPITRE 7

Thérapie des attaques de panique et de l'agoraphobie

*« Cela me prend brusquement.
Je ressens tout d'abord une pression sur mes yeux.
Ma tête devient si lourde et elle bourdonne tant
que je peux à peine la soutenir, puis apparaît
une oppression thoracique telle que je ne puis respirer...
Ma gorge se serre comme si j'étouffais... J'ai constamment
l'impression d'être sur le point de mourir... »*
(Cas de Katarina dans Histoires sur l'hystérie.)

S. Freud

Attaque de panique

Cas clinique

Sylvie L., 28 ans, est mariée et mère de deux enfants de 2 et 4 ans. Elle vient de retrouver un emploi à mi-temps de secrétaire. Elle consulte son médecin généraliste pour des « pointes » dans la poitrine et des palpitations. Elle décrit ainsi les crises : « C'est comme une douleur dans le thorax qui va derrière la tête et je suis prise de vertige. J'ai tout à coup très chaud et j'ai l'impression que je vais m'évanouir. » Quand elle sent la crise arriver, elle doit s'asseoir et ne peut plus rien faire. Elle est comme tétanisée et tremblante et c'est à ce moment qu'elle sent bien son cœur taper très fort et s'accélérer. Elle se demande alors ce qui lui arrive et si elle ne peut pas faire une bêtise et ne plus se contrôler.

Ses premières crises sont apparues il y a 6 ans, alors qu'elle était dans un cinéma avec une amie. Un médecin lui a dit qu'elle faisait de la spasmodophilie. Plusieurs cures de calcium et magnésium, prescrites à l'époque, ont apporté une amélioration pendant une semaine ou deux mais n'ont rien

changé à l'évolution des crises. Elle a été admise en urgence une nuit dans un hôpital, suite à une violente crise nocturne. Tous les examens et bilans faits étaient normaux. À l'anamnèse, on ne retrouve aucun antécédent médical notable. Elle se souvient uniquement que, pendant toute une période de son enfance, on lui a rapporté qu'elle ne voulait plus aller à l'école.

Elle dit également « qu'elle peut difficilement sortir de chez elle ». Elle est d'ailleurs venue en consultation avec une amie, qui l'attend dans la salle d'attente. Elle ne sait pas comment elle va faire pour se rendre à son nouveau travail, qui commence dans 15 jours. Cela fait environ 7 ans qu'elle ne travaille plus et s'occupe de sa famille. Elle avait été licenciée de son emploi de vendeuse dans un grand magasin de vêtements. Elle a commencé à mal dormir et à ressentir une appréhension quand elle devait sortir de chez elle. Elle éprouvait de plus en plus de difficultés pour aller au supermarché où elle avait l'habitude de faire ses courses. Elle se faisait accompagner, dans un premier temps, puis au bout d'un an, elle était dans l'incapacité totale de s'y rendre. Elle redoute aujourd'hui de nombreuses situations, comme prendre le train ou l'autobus, faire la queue et être dans une voiture sur l'autoroute.

Actuellement, les crises surviennent systématiquement si elle doit sortir seule de chez elle, mais il lui est possible de se déplacer si elle est accompagnée. Elle en a assez et voudrait s'en sortir, mais elle ne sait pas comment et demande s'il ne faut pas faire d'autres examens cardiaques et s'il n'y a pas de traitement pour ce type de maladie. Il lui arrive de se réveiller la nuit et le moral n'est pas très bon ne sachant pas si elle va pouvoir guérir un jour.

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

L'attaque de panique est un épisode anxieux aigu dont la survenue est le plus souvent imprévisible, spontanée, non déclenchée par des stimuli ou des situations particulières, et qui s'accompagne d'une anxiété anticipatoire (peur de la survenue d'une nouvelle crise). Très fréquente chez le jeune adulte, elle peut avoir une évolution variable. Chez certains sujets, des accès sporadiques sans lendemain surviennent au cours desquels l'attaque de panique est caractérisée par un ou de rares symptômes (panique larvée). Pour d'autres, au contraire, le premier accès est suivi dans les semaines et les mois ultérieurs de nouvelles attaques de panique de plus en plus rapprochées. L'anxiété peut augmenter entre les crises, aboutissant à une anxiété anticipatoire et à des comportements d'évitement (le patient a expérimenté un certain type de situations qu'il évite ensuite par crainte d'être piégé lors d'un accès comme dans l'agoraphobie).

Ce qu'il faut rechercher

Le repérage diagnostique de l'attaque de panique dans le cas ci-dessus ne pose ici aucun problème, bien qu'il se fasse à distance de la crise. La sémiologie est évocatrice, avec une crise inaugurale, que le patient arrive à restituer et dater avec précision, et le développement de l'agoraphobie secondairement.

Les premières crises évoquent souvent un contexte médical aigu, surtout chez des patients sans trouble psychiatrique et de la personnalité, sans contexte de stress et de conflits interpersonnels. Les principaux symptômes retrouvés sont les palpitations, la dyspnée et les vertiges (tableau 7.1). Le problème est assez différent s'il s'agit d'un trouble évoluant depuis plusieurs années ou comorbide avec d'autres troubles psychiatriques.

Les pensées catastrophiques suivantes sont à rechercher :

- peur de mourir, d'avoir un infarctus ou un accident vasculaire cérébral ;
- peur de perdre connaissance, d'avoir un malaise, de perdre l'équilibre, de tomber ;
- peur de perdre le contrôle, de commettre des actes irrationnels, de se faire remarquer ;
- peur de perdre la raison, de devenir fou ;
- peur de vomir ou de perdre le contrôle de ses sphincters.

TABLEAU 7.1. Symptômes présents au cours des attaques de panique (n = 684), d'après Servant et Parquet, 2000a

Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque	616	90 %
Sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement	552	81 %
Sensation de vertiges, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement	481	70 %
Transpiration	469	69 %
Frissons ou bouffées de chaleur	437	64 %
Douleur ou gêne thoracique	424	62 %
Peur de mourir	412	60 %
Tremblements ou secousses musculaires	399	58 %
Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou	384	56 %
Paresthésies	350	51 %
Sensation d'étrangement	350	51 %
Nausées ou gêne abdominale	274	40 %
Déréalisation ou dépersonnalisation	227	33 %

Diagnostic différentiel

Le problème du diagnostic différentiel se pose le plus souvent aux urgences, en médecine générale et dans les trois disciplines médicales que les patients paniqueurs consultent le plus : la cardiologie, la gastro-entérologie et la neurologie. De nombreuses causes peuvent être évoquées mais il est évident qu'il est nécessaire d'évaluer le contexte (âge, antécédent, évolution des symptômes), de se limiter aux examens indispensables et d'investir le temps nécessaire pour étayer le diagnostic de trouble panique.

Dans un contexte de crise aiguë, on élimine le diagnostic organique par un ECG, un examen sanguin (NFS, glycémie, hormones thyroïdiennes, etc.). Lorsque l'anxiété (attaques de panique, anxiété généralisée, obsession-compulsion) est due à une affection médicale, on retient le diagnostic de trouble anxieux dû à une affection médicale générale.

Diagnostiques différentiels entre trouble panique et conditions organiques

Affections médicales à l'origine de manifestations aiguës d'allure panique :

- *maladies cardiovasculaires* : troubles du rythme, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, prolapsus de la valve mitrale, cardiopathies congestives ;
- *maladies neurologiques* : épilepsie, migraine, accidents ischémiques transitoires, insuffisance vasculaire cérébrale, maladie de Huntington, maladie de Ménière, maladie de Wilson, sclérose en plaques, troubles vestibulaires, tumeurs ;
- *maladies endocriniennes* : désordres liés à la ménopause (syndrome prémenstruel), diabète, hyperthyroïdie, hypoglycémie, hypoparathyroïdie, maladie d'Addison, phéochromocytome, syndrome carcinoïde, syndrome de Cushing ;
- *maladies pulmonaires* : asthme, embolie pulmonaire, syndrome d'hyperventilation, bronchopneumonies obstructives ;
- *intoxications* : alcool, caféine, amphétamines, ecstasy, crack, anticholinergiques, cocaïne, hallucinogène, cannabis, nicotine, théophylline, alpha et bêta-agoniste noradrénergique.
- *sevrages médicamenteux ou toxiques* : alcool, antihypertenseurs, hypnotiques, opiacés, sédatifs.

Trouble panique

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Le trouble panique correspond à la répétition d'attaques de panique aboutissant à un véritable trouble en raison de l'anxiété anticipatoire.

Il survient chez l'adulte jeune et touche 1 à 3 % de la population générale. Deux fois sur trois, il s'agit d'une femme. Le trouble panique évolue sur le temps, marqué par des rémissions et des rechutes et peut se compliquer de dépression, de conduites addictives au premier rang desquelles figurent la dépendance aux benzodiazépines et les conduites d'alcoolisation (Servant et Parquet, 2000b).

Ce qu'il faut rechercher

Il faut rechercher :

- des attaques de panique récurrentes et inattendues ;
- et/ou une attaque de panique suivie de la crainte de refaire une crise.

Agoraphobie

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Une fois sur deux, l'agoraphobie complique le trouble panique. Elle est une anxiété liée au fait de se retrouver dans un endroit ou une situation :

- d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ;
- dans laquelle aucun secours ne pourrait être trouvé en cas d'attaque ou de symptômes.

Ce qu'il faut rechercher

Les situations phobogènes à rechercher sont les suivantes :

- les grands magasins, les centres commerciaux ;
- la foule ;
- les cinémas, les restaurants ;
- les transports en commun (bus, train, avion, etc.) ;
- la conduite automobile (surtout l'autoroute) ;
- la foule, les files d'attente ;
- être enfermé loin d'une sortie ;
- les ponts, tunnels, escaliers roulants, ascenseurs ;
- les grands espaces, le vide, la hauteur ;
- les coiffeurs, dentistes, médecins, l'hôpital ;
- sortir de chez soi, s'éloigner de son périmètre de sécurité.

Le patient appréhende toutes ces situations qu'il évite totalement ou partiellement. Pour les affronter, il peut avoir recours à des comportements (être accompagné, utiliser certains « stratagèmes » comme passer par un autre endroit, éviter certains jours, être à proximité d'une pharmacie ou d'un hôpital...). Il convient d'identifier ces comportements d'évitement car ils le renforcent et doivent être pris en compte dans la TCC.

Diagnostic différentiel

Comme diagnostics différentiels, les autres troubles phobiques et particulièrement les phobies sociales peuvent recouper les mêmes situations. L'interprétation cognitive de la situation peut différencier les troubles. Dans l'exemple de la peur et l'évitement d'une grande surface, la peur de refaire une crise et de ne pouvoir échapper se rattache à l'agoraphobie, la peur du regard et du jugement sera rattachée à la phobie sociale. Dans le cas de la peur de la conduite automobile ou des hauteurs, le caractère isolé plaide plus en faveur d'une phobie spécifique, et la généralisation à d'autres situations associée à la peur de refaire une crise oriente plus vers l'agoraphobie.

Trouble panique et dépression

Cas clinique

Madame Élisabeth B., âgée de 54 ans, présente un trouble panique compliqué d'agoraphobie depuis l'âge de 22 ans. Les premières crises sont apparues dans un théâtre où elle était allée voir un spectacle avec des amis. Elle va, par la suite, éviter de nombreuses situations. Après quelques années, l'évolution est fluctuante avec des périodes de recrudescence et de rémission. Elle n'a plus eu d'attaques de panique pendant près de 10 ans, jusqu'au moment où, après le suicide de son frère, elle a présenté une dépression sévère avec d'importantes crises d'angoisse. Elle est régulièrement suivie par un psychiatre depuis 5 ans.

Depuis 1 mois, elle ne se sent plus très bien. Elle a refait plusieurs attaques de panique très fortes sans raison et évite beaucoup de situations qu'elle était parvenue à affronter. Par exemple, elle ne conduit plus seule, alors qu'avec le traitement cela avait bien régressé et qu'elle arrivait même à se déplacer seule. Elle doit recevoir son petit-fils dans leur maison de vacances et elle ne sait pas comment elle va faire pour l'accompagner à la plage ou aller faire les courses en ville. Cela recommence et lui empoisonne la vie. Elle regrette de ne pouvoir faire plaisir à sa famille et vivre normalement comme les autres. Elle n'a même pas envie de préparer ses affaires et fait chez elle beaucoup moins de choses. On note un ralentissement, une baisse du plaisir éprouvé, une asthénie et des ruminations négatives sur elle-même et des pensées sur sa vie qui, comme elle l'affirme, a été globalement un échec du fait de sa maladie. Elle avait arrêté les antidépresseurs depuis 6 mois et cela allait bien. Il ne s'est réellement rien passé dans sa vie qui puisse expliquer son état actuel. Elle a présenté trois épisodes dépressifs analogues au cours de sa vie, dont le premier était le plus marqué, il y a environ 10 ans, après le décès de son père. À cette occasion, elle était restée couchée chez elle sans avoir envie de rien faire. Elle faisait, à

cette époque, beaucoup d'attaques de panique. Elle avait été traitée par antidépresseur, son médecin lui avait proposé de l'hospitaliser mais elle avait refusé. Cet état a duré environ un an avant qu'elle ne note une amélioration, à la fois sur les attaques de panique et sur le moral.

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Il existe une comorbidité élevée avec la dépression pour tous les troubles anxieux. En général, la dépression survient secondairement et il convient chez tout patient anxieux de dépister précocement un épisode dépressif qui nécessite une prise en charge adaptée. On peut même considérer que dans certains troubles comme le TAG, le risque chez ces patients de présenter une dépression est multiplié par dix.

Ce qu'il faut rechercher

Le syndrome anxio-dépressif correspond à un tableau rencontré en pratique avec des symptômes anxieux et dépressifs s'associant, mais ne remplissant pas les critères requis pour constituer une catégorie « anxiété » ou « dépression ». La coexistence chez un même patient de symptômes anxieux et dépressifs pose le problème du rattachement diagnostique à l'une ou l'autre de ces catégories. Il existe un chevauchement symptomatique important, les symptômes anxieux font partie intégrante du tableau d'épisode dépressif majeur et un fléchissement de l'humeur est souvent associé aux états anxieux.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel entre anxiété et dépression peut être difficile en raison des nombreux symptômes communs. Néanmoins, certains symptômes permettent l'orientation vers l'un ou l'autre des diagnostics (tableau 7.2).

TABLEAU 7.2. Symptômes plaidant en faveur d'un trouble anxieux ou d'un trouble dépressif

Symptômes en faveur d'un trouble anxieux	Symptômes en faveur d'un trouble dépressif
<ul style="list-style-type: none"> – Hypervigilance – Tension – Panique – Perception d'un danger – Évitement phobique – Doute et incertitude – Insécurité – Insomnie d'endormissement 	<ul style="list-style-type: none"> – Désintérêt affectif, anhédonie – Perte de l'estime de soi – Découragement, désespoir – Auto-accusation – Ralentissement psychomoteur – Tristesse – Perception d'une perte – Réveils nocturnes – Réveils précoces

Prise en charge de l'attaque de panique, du trouble panique et de l'agoraphobie

Les médecins généralistes sont en « première ligne » pour les troubles paniques en raison de leur expression somatique. Beaucoup de spécialités médicales sont aussi concernées, avec aux premiers rangs, la cardiologie, la neurologie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie.

Dans l'étude française Panda (Panique, diagnostic et accompagnement) réalisée en psychiatrie, la majorité des patients (78 %) avait consulté un médecin généraliste pour les attaques de panique, pensant être atteinte d'une pathologie organique (Servant et Parquet, 2000). Seulement un tiers d'entre eux avait vu un psychiatre avant la consultation d'évaluation. Un bilan somatique avait été pratiqué pour 41 % de ces patients, 33 % avaient eu un bilan cardiovasculaire, 18 % un bilan neurologique et 6 % un bilan gastro-entérologique. Un tiers de ces patients s'était présenté aux urgences médicales pour des attaques de panique.

Ces résultats sont concordants et confirment « le nomadisme médical » des patients atteints d'un trouble panique. Il en découle une consommation médicale élevée et surtout inappropriée, car n'aboutissant pas, dans bien des cas, à un diagnostic et à un traitement.

Modèle TCC du trouble panique avec ou sans agoraphobie

Il existe plusieurs modèles cognitivo-comportementaux du trouble panique et de l'agoraphobie. Le modèle comportemental propose d'expliquer les attaques de panique comme une double phobie à la fois de ses propres sensations et de stimuli extérieurs. Le conditionnement intéroceptif explique qu'à partir d'une sensation physique (dyspnée, douleur thoracique) semblable à celle ressentie lors d'une attaque de panique une nouvelle attaque est facilitée. L'attaque de panique peut aussi être associée par conditionnement classique à la situation rencontrée lors de sa première survenue et conduire à un évitement phobique de ces situations.

Certains modèles prennent en compte la possibilité d'une vulnérabilité biologique favorisant l'apparition de l'attaque de panique chez certains spontanément ou sous l'effet du stress. Barlow (1988) propose un modèle biocomportemental comparé à un système d'une alarme trop sensible. Les sujets vulnérables réagissent excessivement aux stress de l'environnement en déclenchant par une « fausse alarme » l'attaque de panique. Les sensations physiologiques se trouvent associées par conditionnement à la réaction d'alarme et provoquent elles-mêmes une nouvelle attaque de panique.

Les paniqueurs présentent une hypersensibilité à certaines perceptions corporelles normales ou pathologiques qu'ils ressentent de façon excessivement angoissante : des distorsions cognitives les conduisent à interpréter ces perceptions de façon « catastrophique ». Le modèle cognitif de Clark insiste sur le rôle des interprétations cognitives catastrophiques concernant les sensations corporelles (Clark, 1986). L'attaque de panique peut être déclenchée par différents stimuli internes (pensées, images, sensations physiques) ou externes (stress, situation où l'attaque panique est survenue). Le paniqueur ne peut expliquer cette attaque et perçoit une menace. L'anxiété qui en résulte est accompagnée par une intensification des sensations corporelles interprétées comme plus dangereuses qu'elles ne le sont en réalité, augmentant de la sorte le danger perçu de l'anxiété. Par exemple, les palpitations vont être interprétées de façon catastrophique : « je fais une attaque cardiaque » ou « il faut que je parte à l'hôpital ». Un cercle vicieux s'installe avec de nouvelles interprétations (« cela ne passe pas, c'est grave ») qui culmine en une attaque de panique (figure 7.1).

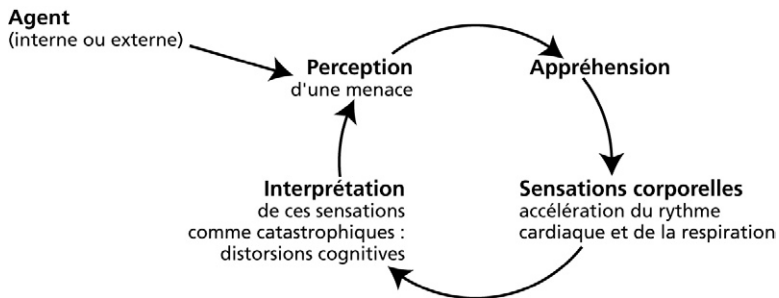


FIGURE 7.1. Spirale de la panique (modèle de Clark, 1986).

La thérapie cognitive est basée sur la modification des schémas cognitifs profonds non conscients (Cottraux, 2004). Le principe de la thérapie repose sur le questionnement socratique et la résolution de problèmes dans le but de modifier certaines croyances par d'autres alternatives plus adaptées. Le travail est élaboré à partir des pensées et des monologues que le sujet fait de la situation. Par exemple, à partir d'une douleur thoracique associée à la pensée (« je fais un infarctus et je vais mourir »), il est possible de passer à une pensée alternative (« cela va s'arrêter, je n'ai pas de raison de m'inquiéter »).

Traiter l'attaque de panique et le trouble panique

L'attaque de panique correspondant à une urgence anxieuse, le médecin généraliste et l'urgentiste sont donc le plus souvent concernés. Le spécialiste est amené à voir le patient à distance de la crise, ce qui représente une tout autre approche.

La démarche est la suivante :

- éliminer une pathologie organique par un examen physique qui diminue l'angoisse du patient ;
- rassurer le sujet en dédramatisant (attitude calme, information sur l'absence de gravité de la crise et de son caractère transitoire) et en l'isolant des facteurs anxiogènes (entourage agité ou angoissé, par exemple) ;
- inviter le patient à respirer lentement et profondément (*cf.* contrôle respiratoire, p. 208) ;
- administrer, si la crise ne cède pas, une benzodiazépine par voie orale ou sublinguale. Éviter une prolongation de la prescription systématique.

La prise en charge du trouble panique associe information du patient, traitements médicamenteux et psychothérapie. Elle est ambulatoire sauf dans les formes avec complications psychiatriques (dépression, alcoolisme, suicide, etc.) nécessitant un suivi régulier de plusieurs mois. Souvent confronté à cette pathologie, le médecin généraliste dispose aujourd'hui de guides de prise en charge des patients. Le recours au spécialiste se fait dans les formes résistantes associées à d'autres troubles (comorbides) ou à un trouble de personnalité.

L'information-éducation est indispensable dans la prise en charge du trouble de panique et de l'agoraphobie.

Fiche patient : trouble panique et agoraphobie*

Qu'est-ce que le trouble panique et l'agoraphobie ?

Le trouble panique et l'agoraphobie, très souvent associés, représentent une forme de maladie anxieuse invalidante commençant par des crises d'angoisse très violentes (les attaques de panique) qui vont pousser la personne à limiter de façon plus ou moins importante ses activités et déplacements (agoraphobie).

Quels sont les principaux symptômes ?

Trois symptômes principaux sont associés :

- les attaques de panique, crises d'angoisse à début très brutal, s'exprimant par des manifestations physiques très pénibles, et durant lesquelles on craint de mourir ou de devenir fou ;
- la répétition de ces attaques de panique et la peur anticipée de leur survenue ou de leurs signes précurseurs (ce que l'on appelle le « trouble panique ») ;
- la conséquence logique de ce trouble panique sous forme d'agoraphobie, qui n'est autre que la peur de se retrouver éloigné de chez soi, ou coincé dans un endroit où l'on pourrait être victime d'une attaque de panique.

Durant une attaque de panique, de nombreux symptômes physiques ou psychologiques vont pouvoir être ressentis par les personnes, et ces manifestations vont ensuite devenir elles-mêmes des signaux déclencheurs de peur : palpitations et modifications du rythme cardiaque, transpiration, tremblements

ou secousses musculaires, sensations de souffle coupé, d'étouffement ou d'étranglement, douleurs ou gêne thoracique, nausées ou gêne abdominale, sensations de vertiges, d'instabilité, de tête vide ou d'évanouissement, impressions d'engourdissements ou de picotements, frissons ou bouffées de chaleur, sentiment de déréalisation (on a l'impression de perdre contact avec la réalité) ou de dépersonnalisation (on a le sentiment de « sortir de soi » tout en restant dans la situation). Tous ces phénomènes provoquent alors des peurs très fortes : peur de mourir sur le champ d'un infarctus, d'une rupture d'anévrisme cérébral, d'un œdème de la gorge, etc., ou encore peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou... Ces scénarios catastrophes ne se produisent bien heureusement jamais, mais les peurs qu'ils ne surviennent tout de même sont presque impossibles à raisonner.

Les situations le plus souvent redoutées en cas d'agoraphobie sont par exemple, les files d'attente en position debout, les lieux chauds et surpeuplés comme les grands magasins, tous les endroits où l'on est « coincé » comme les repas protocolaires, les sièges de milieu de rangée au cinéma, les transports en commun, la conduite automobile sur autoroute ou périphérique, etc.

Comment s'expliquent le trouble panique et l'agoraphobie ?

Les mécanismes psychologiques du trouble panique avec agoraphobie sont ceux d'une phobie double : phobie de nombreuses situations (lieux ou activités où l'on pourrait avoir une attaque de panique) et phobie de sensations physiques (vertiges, palpitations, manque d'air, etc.) que l'on perçoit comme des signes avant-coureurs d'un malaise. Les patients sont alors victimes de scénarios catastrophes (« je vais mourir ou devenir fou ») qu'ils ont le plus grand mal à contrôler.

* D'après l'AFTAD (Association française des troubles anxieux et de la dépression), téléchargeable en intégralité sur le site Internet www.anxiete-depression.org.

Distinction des traitements du trouble panique et de l'attaque de panique

Le trouble panique débute très souvent à l'adolescence. Dans certains cas, l'interférence avec le milieu scolaire est majeure et ne permet pas la scolarisation. Le trouble peut se surajouter à des difficultés souvent rencontrées par les adolescents (conflits parentaux, prise de toxiques, etc.). Il est important de souligner que les attaques de panique, très fréquentes dans cette classe d'âge, ne correspondent pas toujours à un trouble panique. Isolées, survenant dans un contexte de stress, elles ne doivent pas conduire à une prescription trop rapide. Il est utile, dans ces cas, de revoir à plusieurs reprises l'adolescent, souvent en dehors du contexte de crise et seul, sans les parents, pour étayer le diagnostic. Quand le diagnostic « est évident », le grand adolescent peut être pris en charge selon les mêmes modalités que l'adulte pour ce qui est des médicaments et des thérapies comportementales et

cognitives. D'autres formes de prise en charge psychothérapique et institutionnelle peuvent être nécessaires, en particulier, dans les formes compliquées (toxicomanie, dépression, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires).

Il faut distinguer le traitement de « fond » du trouble panique du traitement de l'attaque de panique.

Les benzodiazépines doivent être évitées et réservées aux crises rebelles et à l'anxiété chronique importante.

Certains antidépresseurs sont devenus les médicaments de référence dans le traitement de fond du trouble de panique, en « prévention des attaques de panique avec ou sans agoraphobie ». Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (citalopram, escitalopram, paroxétine) et certains antidépresseurs tricycliques (clomipramine) ont l'AMM. Ils sont prescrits à dose progressive, en une prise quotidienne, sur une durée d'au moins 1 an pour éviter les rechutes fréquentes lors d'un arrêt prématuré. La durée initiale du traitement est de 12 semaines ; il convient de l'arrêter après 12 à 18 mois de prise continue chez un patient répondeur. L'arrêt se fait de façon progressive, sur 2 à 6 mois.

Les formes comorbides, particulièrement résistantes, peuvent nécessiter des posologies plus élevées et des traitements prolongés.

Prise en charge par les TCC

Objectifs et déroulement de la TCC

Les TCC du trouble panique et de l'agoraphobie ont été bien validées et ont fait preuve de leur efficacité (Barlow et Lehman, 1996). Elles associent le contrôle respiratoire et la relaxation, la thérapie cognitive et les techniques d'exposition. Elles ont pour objectifs de réduire les symptômes physiques, de modifier l'interprétation catastrophique du patient (« je fais un infarctus, je vais mourir ») et de l'exposer progressivement et graduellement aux situations redoutées. Elles sont proposées sous forme de modules structurés. Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ne sont pas proposées en première intention, mais peuvent être associées dans certains cas de résistance au traitement et de difficultés psychologiques associées.

Des modules structurés de TCC des attaques de panique et de l'agoraphobie ont été proposés et sont aujourd'hui bien validés.

Sur la base du modèle cognitif, la TCC consiste à :

- l'information sur le trouble et son traitement, planification du programme thérapeutique (deux consultations) ;
- l'apprentissage de la maîtrise des attaques de panique par les techniques de contrôle respiratoire associée plus ou moins à de la relaxation (trois à cinq consultations) ;
- la thérapie cognitive (deux à cinq consultations) ;
- l'exposition (cinq à huit consultations).

Au total, dans les formes non compliquées le programme s'étend sur deux à vingt séances (de 45 minutes).

Information du patient

Ce temps est primordial et correspond à la phase initiale du programme. L'information est destinée au patient mais aussi à son entourage. Elle se centre sur la clinique du trouble et sur son traitement. Beaucoup de patients ont des demandes plus complexes, qui sont abordées à des temps différents. De même, il faut tenir compte de l'évolution et des prises en charge antérieures. L'information est faite après s'être assuré du diagnostic pour éviter un phénomène de suggestion et un déplacement des symptômes chez certains patients présentant des paroxysmes anxieux survenant dans un contexte émotionnel, sans que toutefois cela exclue le diagnostic. L'information va permettre de légitimer et de dédramatiser le trouble et de l'aborder selon un double versant médical et psychologique. Il est nécessaire de respecter les différentes représentations du patient sur la maladie, tout en rapprochant les malaises de la dimension anxieuse. Il importe aussi de rassurer le patient, de lui dire qu'il ne souffre pas d'un problème médical ou psychiatrique grave, qu'il n'est pas le seul dans ce cas et de lui faire comprendre le déclenchement des attaques de panique et leurs conséquences selon le modèle cognitivo-comportemental. Les buts et les principes des traitements, médicamenteux ou psychothérapeutiques, doivent être exposés clairement pour avoir l'adhésion indispensable du patient à la thérapie. Beaucoup de questions concernent les causes et les origines du trouble panique. On s'en tient à mettre en évidence l'intervention conjointe d'une vulnérabilité biologique à l'origine des attaques de panique et des facteurs psychologiques et environnementaux qui interagissent. En plus de l'information orale, la remise d'un document sous forme de « livret du patient » est souvent utile. Des ouvrages destinés au grand public (*cf.* chapitre 6) peuvent également être recommandés pour les patients souhaitant des compléments d'informations et intéressés par ce type d'ouvrage.

Thérapie cognitive

Elle concerne :

- le modèle de Clarck de la spirale de la panique ;
- la description des pensées automatiques et les scénarios catastrophes associés à la panique ;
- le questionnement socratique pour tester les probabilités et les risques liés à ces scénarios ;
- l'élaboration d'autres pensées à partir d'un tableau à colonnes (situations – pensées automatiques – pensées alternatives) ;
- la modification des croyances anxieuses concernant la survenue d'une attaque de panique.

Trois étapes sont à distinguer dans la thérapie cognitive.

Première étape

Elle consiste en la mise en évidence des pensées automatiques. L'analyse sémiologique attentive donne déjà un certain nombre d'informations sur la perception éprouvée par le patient lors de la description des crises et des symptômes : « J'ai eu tout d'un coup l'impression que mon cœur allait s'arrêter tant il battait fort. J'avais l'impression que j'allais perdre connaissance. » Il importe donc de faire décrire attentivement une crise précise (la première, la dernière, la plus intense...). Il est possible de la faire écrire au patient.

Les pensées automatiques sont recherchées en posant des questions afin d'explorer plus en détail l'interprétation :

Thérapeute : Que pensez-vous qu'il vous soit arrivé pendant cette crise ?

Patient : J'avais l'impression que j'allais mourir.

Thérapeute : Avez-vous des flashes, des images qui vous ont traversé l'esprit ?

Patient : Je me suis vu à l'hôpital.

Thérapeute : Comment avez-vous réagi ?

Patient : Je me suis levé pour ouvrir la fenêtre et respirer un grand coup.

Thérapeute : Qu'avez-vous ressenti ?

Patient : J'ai eu très peur je me suis dit que j'allais y rester.

Cas clinique

Pascale, 26 ans, présente depuis 4 mois des attaques de panique spontanées dans des situations comme la foule et les transports en commun.

Thérapeute : Vous souvenez-vous de la dernière attaque de panique forte que vous avez eue, pouvez-vous me raconter avec précision comment cela est arrivé ?

Patient : J'étais dans le bus pour aller chercher un papier à la mairie. Il était 10 heures du matin, j'ai eu vite l'impression que je respirais mal, j'étais debout et il y avait beaucoup de monde.

Thérapeute : Que vous êtes-vous dit ?

Thérapeute : Que je ne pouvais rien faire, que je ne pouvais pas descendre et même rien dire au chauffeur.

Thérapeute : À quoi avez-vous pensé ?

Patient : Que j'allais m'asphyxier avec tout le monde qu'il y avait.

Thérapeute : Comment avez-vous interprété la situation ?

Patient : Comme si j'étais dans un endroit où toutes les issues étaient fermées.

Thérapeute : Qu'aurait-il pu arriver ?

Patient : Qu'on ne me laisse pas sortir, que je ne puisse pas arriver jusqu'à la porte, qu'elle se referme devant moi et que le bus reparte aussitôt.

Thérapeute : En fait, dans cette situation que vous décrivez, vous avez eu

des pensées et des interprétations catastrophiques au sujet de conséquences possibles si vous faisiez une attaque de panique. Pour la prochaine fois, je vous demande de noter, dans la deuxième partie de votre carnet de suivi, les pensées qui vous viennent à l'esprit, les interprétations que vous vous faites, les images qui s'imposent lorsque vous faites une attaque de panique ou que vous êtes confrontée à une situation que vous redoutez. Pour cela, n'oubliez pas de remplir votre carnet de suivi. Nous le reverrons ensemble, la prochaine fois, en détail.

Ces produits cognitifs sont liés à la menace représentée par les signes physiques, en rapport avec un problème de santé, et les conséquences de l'attaque de panique. Il est utile, surtout au début du programme, de faire remémorer avec précision une attaque de panique récente, les circonstances de sa survenue, les symptômes présentés, la chronologie, l'évolution, les conséquences et de mettre en évidence les pensées. Le carnet d'évaluation, revu à chaque séance, est très utile pour cela. Il faut amener le sujet progressivement à mettre en évidence les pensées et les images associées, ce qui est parfois difficile et se fait au fil des séances et de l'avancée de la thérapie.

Les pensées automatiques mises en évidence concernent l'interprétation et les conséquences des symptômes physiques ainsi que le fait de ne pouvoir échapper, se contrôler ou trouver du secours.

Deuxième étape : l'erreur de jugement ou d'interprétation

À partir de la mise en évidence des pensées automatiques, il est suggéré au patient si son interprétation ne résulte pas d'une erreur liée à l'anxiété. La méthode consiste à amener le patient à examiner les preuves concrètes et les probabilités que ses prédictions se réalisent.

Cas clinique

Françoise est âgée de 30 ans et, depuis plus de 5 ans, il lui est impossible de prendre le métro, le bus ou de voyager en train.

Thérapeute : Que se passe-t-il si vous prenez le train ?

Patient : J'ai peur de m'évanouir.

Thérapeute : Que ressentez-vous exactement lorsque vous êtes dans le train ?

Patient : J'ai très chaud, je tremble sur mes jambes et j'ai comme des vertiges.

Thérapeute : Que faites-vous quand vous ressentez ces vertiges ?

Patient : Je m'assieds parfois et j'ai l'impression d'étouffer s'il y a du monde autour de moi.

Thérapeute : Ce malaise va passer au bout de combien de temps ?

Patient : Quelques minutes après, ça va mieux, mais je dois rentrer chez moi et je n'ai pas pu prendre mon train.

Thérapeute : Ne pensez-vous pas qu'il s'agit plus d'un léger malaise que d'un évanouissement au cours duquel on perd connaissance ?

Un autre exemple est donné dans la consultation suivante :

Patient : J'ai eu un matin une crise avec des pointes au niveau du crâne.

Thérapeute : Et alors ?

Patient : Et alors, j'ai bien cru que cela venait du cerveau et que j'avais une tumeur ou une rupture d'anévrisme.

Thérapeute : Pensez-vous que l'on fasse, comme cela, une rupture d'anévrisme ?

Patient : Si l'on ressent un mal de tête, cela peut être un signe, non ?

Thérapeute : Toutes les personnes qui ont mal à la tête font-elles une rupture d'anévrisme ou une tumeur ?

Patient : On dit que cela n'arrive qu'aux autres...

Thérapeute : Oui, mais vous voyez bien aujourd'hui que cela n'est pas arrivé.

Patient : Mais une autre fois...

Thérapeute : Pourquoi cela vous arriverait plus, à vous, qu'à une autre personne ? Et pensez-vous que si l'on est anxieux, on a plus de chance d'avoir un problème au cerveau ?

Patient : Oui, c'est certainement vrai, mais c'est quand on ressent une douleur...

Thérapeute : Oui, je le comprends bien. Ce que je vous demande maintenant, c'est de tenter, à partir des pensées que vous mettez en évidence, de vous interroger et de vous poser des questions comme nous venons de le faire. C'est comme si vous examiniez les autres possibilités à une interprétation que vous donnez. Essayez, dans ces circonstances, de raisonner et de penser autrement.

Il ne faut pas chercher à tout prix à insister sur l'exagération de l'interprétation, mais amener le patient à réfléchir et à s'interroger, ce qui lui permet de mieux analyser avec le temps et l'incite à se poser des questions et à valider de nouvelles hypothèses. Il doit apporter la preuve à ces déclarations.

On peut aller plus en détail sur les types d'erreur :

Thérapeute : Est-ce qu'une rupture d'anévrisme est la cause la plus fréquente quand on a mal à la tête (surévaluation) ?

Patient : Je sais que cela peut arriver ainsi.

Thérapeute : N'avez-vous pas déjà eu mal à la tête ?

Patient : Si, cela m'est arrivé de nombreuses fois, mais là c'était différent, c'était comme un lancement qui venait de l'arrière, comme dans une rupture d'anévrisme.

Thérapeute : Ce n'est pourtant pas la première fois que vous avez mal à la tête et vous n'avez pas eu de problème grave ?

Patient : Oui, c'est vrai.

Thérapeute : Pouvez-vous évaluer la probabilité, de 0 à 100 %, que si vous avez mal à la tête ce soit dû à une rupture d'anévrisme ?

Patient : Je ne sais pas, 30 % ?

Thérapeute : Cela veut dire qu'une fois sur trois vous risquez de faire ce problème.

Patient : C'est peut-être un peu fort...

Thérapeute : Savez-vous combien de personnes présentent des migraines et des céphalées ?

Patient : Beaucoup, certainement.

Thérapeute : Pensez-vous qu'une personne sur trois, parmi ces personnes, soit hospitalisée pour une hémorragie méningée ?

Patient : Non, c'est certainement exagéré.

Thérapeute : Pouvez-vous essayer de noter des pensées alternatives ?

- Tableau des cognitions liées à un symptôme physique :

Je ressens des maux de tête	Et alors	Conséquences
	<ul style="list-style-type: none"> – C'est embêtant, mais cela finit toujours par passer – Beaucoup de personnes ont ce type de problème 	<ul style="list-style-type: none"> – Je vais essayer de ne pas y penser

- Analyse des probabilités pour les événements improbables (mourir, rupture d'anévrisme) :
 - il est possible de faire évaluer la probabilité exacte sur une échelle de 0 à 100 et ainsi voir l'intérêt de l'auto-évaluation ;
 - quelle est la probabilité que vous mourriez au cours d'une attaque de panique ?
- Analyse des conséquences pour les événements probables :
 - quelle serait la conséquence si vous ne pouviez sortir du bus ?
 - si vous demandiez au chauffeur, vous pensez qu'il ne vous laisserait pas descendre ?
 - vous pensez que, même s'il y a du monde, il n'y a pas suffisamment d'oxygène dans un bus et que l'on peut s'étouffer ?
 - ce que vous redoutiez s'est-il réellement passé ?
- Pour des événements moins graves, il faut faire analyser les conséquences.

Troisième étape : penser autrement ou les « pensées alternatives »

Cette étape est basée sur la dédramatisation. Le patient est invité, à partir d'une pensée catastrophique, à trouver une alternative moins anxieuse, moins menaçante :

- Et alors ?

Pensées	Déramatisation : « et alors ? »
Si je n'arrive pas à sortir du bus	Je pourrais facilement crier au chauffeur ou demander à quelqu'un
Si les gens me regardent et pensent que je suis folle	Il y a, chaque jour, des personnes qui ont des malaises dans la rue et qui ne sont pas pour autant folles. De toute façon, je ne connais pas ces personnes, leur jugement n'est pas capital
Si je fais un malaise	Cela arrive et c'est déjà arrivé, il faut attendre que cela passe et il ne se passera rien de grave

- Comment pourrait-on interpréter autrement cette situation ?
- N'y a-t-il pas une autre façon de penser ?
Les questions à poser sont les suivantes :
- Pensez-vous que cela puisse avoir de telles conséquences ?
- Quelle est la probabilité qu'un tel problème puisse réellement survenir ?
- Est-ce que cela est déjà survenu par le passé ?
À partir des pensées mises en évidence, le patient est invité à faire la liste des alternatives possibles :
- identifier les pensées et les monologues, pendant et après une attaque de panique ou une phase d'anxiété, et les noter sur le carnet ;
- voir si ces pensées sont appropriées et réalistes (surévaluation ou pensées catastrophiques) ;
- chercher à valider ces pensées et leur chercher des preuves : posez-vous la question « et alors ? » ;
- chercher une autre façon de penser, la noter sur le carnet.

Contrôle respiratoire

L'objectif est d'obtenir une respiration lente, profonde, régulière pour l'opposer à l'hyperventilation qui accompagne souvent les états anxieux. L'apprentissage peut se faire en six séances hebdomadaires d'environ 45 minutes. Le patient doit s'entraîner à raison de 10 minutes deux fois par jour chez lui au calme, puis dans des situations de la vie de tous les jours pour enfin l'utiliser comme moyen de gestion de l'anxiété (cf. chapitre 11).

Exposition intéroceptive

Son objectif est d'exposer le patient aux manifestations physiques des attaques de panique, en les déclenchant au cabinet, en dehors de toute confrontation à des situations extérieures. Ainsi, en plus de l'effet de l'exposition sur l'anxiété, le patient poursuit la mise en place des stratégies de contrôle physique et de la restructuration cognitive.

Exercice de déclenchement des sensations physiques

Cas clinique

Delphine, 22 ans, présente des attaques de panique spontanées avec une forte composante dyspnéique, une impression de vertige et de brouillard devant les yeux.

Thérapeute : Vous allez maintenant par vous-même déclencher des manifestations physiques que vous ressentez habituellement lors des attaques de panique. Vous allez bloquer votre respiration pendant quelques secondes. Quand je vous donnerai le signal vous bloquerez puis vous reprendrez votre respiration normale. Allez-y, bloquez..., respirez normalement..., que ressentez-vous ?

Patiente : C'est gênant, j'ai l'impression d'étouffer, d'attendre que vous me disiez de respirer et de devoir me retenir.

Thérapeute : Mais physiquement qu'avez-vous senti ?

Patiente : Une sorte d'impression d'étouffer et de blocage dans toute la poitrine, j'ai maintenant très chaud comme vous pouvez le voir.

Thérapeute : Ces manifestations sont en train de diminuer ou sont-elles toujours aussi fortes ?

Patiente : Non cela a duré quelques secondes, le fait de pouvoir respirer normalement m'a soulagé assez rapidement.

Thérapeute : Vous allez maintenant respirer à travers ce stylo en vous pinçant le nez, voilà comme je le fais. Allez-y pendant 2 à 3 minutes... c'est bon, vous pouvez arrêter... que ressentez-vous ?

Patiente : Cela m'a paru interminable, j'ai l'impression que je devais respirer beaucoup plus vite. Comme il n'y avait pas assez d'air, j'avais l'impression que ma tête tournait et je suis désolée je suis couverte de sueur encore et je dois être toute rouge. C'est aussi comme si ma respiration allait s'arrêter, comme si je devais faire un immense effort pour avoir de l'air, comme s'il y avait une résistance, c'est vraiment désagréable.

Thérapeute : Vous vous sentez mieux ?

Patiente : J'ai encore très chaud et je sens mon cœur battre.

Thérapeute : Vous trouvez que votre rythme cardiaque s'est accéléré ?

Patiente : Non, mais je le sens comme s'il cognait de façon sourde et régulière, je ressens dans tout mon cœur chaque battement.

Thérapeute : Vous allez attendre que cela passe d'ici quelques minutes, après vous pourrez me noter ce que vous avez senti et vous évalueriez l'intensité de 0 à 8. Vous allez faire par vous-même ce type d'exercice chez vous et vous noterez ce que vous avez senti. Exposez-vous complètement aux sensations et laissez ensuite l'anxiété progressivement diminuer.

Différentes techniques de déclenchement de manifestations physiques

Elles sont les suivantes :

- secouer la tête (le sujet est assis sur une chaise et il lui est demandé de secouer la tête d'un côté à l'autre en gardant les yeux ouverts, pendant environ 30 secondes) ;
- relever la tête (le sujet est invité à placer la tête entre les genoux puis à se redresser rapidement en position verticale, pendant 30 secondes) ;
- monter et descendre rapidement (sur une marche d'escalier ou sur un tabouret), courir sur place pendant une minute ;
- retenir sa respiration pendant 30 secondes ;
- tendre son corps, faire une pompe ;
- tourner sur soi, au moyen d'une chaise de bureau, ou tourner sur soi-même, environ 1 minute ;
- hyperventilation (respirer rapidement et profondément, comme pour gonfler un ballon. Faire l'exercice en position assise) ;
- respirer à l'aide d'une paille en pinçant le nez (durée de l'exercice : 1 minute) ;
- fixer un point pendant 1 minute et ensuite fixer un mur blanc.

Évaluation par le patient d'une épreuve de déclenchement des symptômes

Le patient doit évaluer :

- l'intensité des sensations (sur une échelle de 0 à 8) ;
- le niveau de peur et d'anxiété ;
- le degré de similitude entre ces sensations et celles éprouvées lors d'une attaque de panique (de 0 à 8).

Fiche d'évaluation

Épreuve de déclenchement	Noter les sensations ressenties lors de l'épreuve	Évaluer l'intensité de 0 à 8
Respirer à travers un stylo	Impression d'étouffement Battement du cœur Sueur Légère impression de vertige	

Traiter l'agoraphobie

Exposition en imagination

Séances d'exposition

Pour ce qui concerne l'exposition en imagination, il est important, avant le commencement, d'établir précisément la hiérarchie des situations

redoutées à partir de la fiche d'auto-évaluation et d'une analyse détaillée. Il faut attribuer une note d'anxiété et d'évitement, de 0 à 10, puis les classer.

L'exposition *in vivo* n'étant pas toujours possible, le travail est donc souvent fait à partir d'exposition en imagination ou de consignes dans la vie quotidienne.

Les séances d'exposition doivent être :

- suffisamment longues ;
- répétées jusqu'à ce que l'anxiété et la peur associées à la situation aient disparu ;
- graduelles, de la situation la moins anxiogène à la situation la plus anxiogène ;
- clairement expliquées et bien planifiées ;
- effectuées, pour son efficacité, sans évitement ni contrôle de la part du patient.

Les exercices de visualisation débutent par des situations neutres ou plaisantes. Il faut inviter le patient à imaginer une scène avec de nombreux détails en suggérant des sensations. Il est amené, durant une semaine, à effectuer seul ces premiers exercices en se limitant à une ou deux scènes afin qu'il parvienne à les visualiser.

Hierarchisation des situations

Comme exemple, nous allons prendre la phobie de la conduite automobile. Celle-ci, fréquente, peut s'intégrer dans une agoraphobie et être gênante dans la vie quotidienne. Nous traitons les différentes possibilités de travail d'exposition.

Hélène n'a pas conduit sa voiture depuis plusieurs mois, elle présente un trouble panique avec agoraphobie avec une gêne et un évitement marqué de la conduite automobile.

La hiérarchie établie est la suivante :

- aller seule sur l'autoroute pour un trajet de plusieurs heures (aller sur le lieu de vacances) ;
- conduire sur un pont très long ou un tunnel ;
- être prise dans des embouteillages sur l'autoroute ;
- s'éloigner de chez elle d'environ 20 à 30 kilomètres ;
- conduire en ville en situation d'embouteillage ;
- conduire sur un périphérique ou une voie rapide ;
- conduire en ville (aller dans une grande surface à la sortie de la ville) ;
- aller en centre-ville ;
- aller chercher ses enfants à l'école (par la route, à environ 10 minutes de chez elle).

Induction d'une réaction anxieuse par évocation

À partir du texte écrit par la patiente sur les circonstances de son trajet, il est facile de l'évoquer, d'induire une réaction anxieuse à la seule évocation

de la situation. Il est plus facile d'aborder cette première situation après une exposition en imagination.

Thérapeute : Pouvez-vous essayer de me dire en détail comment cette crise s'est passée, en essayant de bien décrire les circonstances et ce que vous avez ressenti ?

Patiente : L'école est à 10 minutes de la maison, nous partons vers 8 heures. L'école ouvre à 8 heures 20, mais je n'aime pas être en retard. Mon fils est installé à l'arrière et, parfois, il finit son petit déjeuner dans la voiture. Il faut sortir de la résidence puis passer à un carrefour pour rejoindre la route principale à trois voies qui va vers le centre. Là, il y a pas mal de monde, je reste bien sur ma droite et je ne double jamais, il y a aussi pas mal de camions. Arrivée à un nouveau carrefour, je tourne à droite, c'est une grande allée bordée d'arbres, ensuite la deuxième à gauche au fond d'une impasse, c'est là que se trouve l'école de mon fils. Il y a toujours plusieurs voitures mais on peut stationner n'importe comment, personne ne dit rien quand j'arrive, j'ai un moment de soulagement. L'appréhension remonte quand je dois faire le trajet inverse.

Thérapeute : Pourriez-vous m'écrire cela ? Maintenant, vous allez me le relire à voix haute.

Patiente : L'école est à dix minutes de la maison...

Thérapeute : Que ressentez-vous ?

Patiente : Une appréhension, ce n'est jamais agréable de se remémorer des moments pénibles, ce n'est pas comme dans la réalité mais je ressens quelques signes désagréables et surtout cela me fait repenser si je devais me retrouver dans une situation identique.

Thérapeute : Vous allez relire dans votre tête le texte et imaginer que vous êtes en train de vivre la situation.

Comme pour toutes les techniques d'exposition, la séance doit être suffisamment longue pour que l'anxiété s'estompe à la fin.

- Le thérapeute lit une liste de mots anxiogènes et demande ensuite au patient de la lire à son tour, par exemple :

- sensation d'étouffement ;
- manque d'air ;
- emballement du cœur ;
- se retrouver seul ;
- perte de connaissance.

- Prescription : lire tous les jours le texte d'une attaque de panique ou d'une liste de mots anxiogènes. Faire préciser à quel moment le patient fera les exercices.

Exposition *in vivo* par assignation de tâche

Pour des raisons pratiques, le patient étant seul, l'exposition par assignation de tâche est davantage proposée que les exercices accompagnés d'un thérapeute ou d'un proche.

Thérapeute : Il est important que vous puissiez affronter à nouveau, normalement, des situations qui vous faisaient peur. Nous allons voir sur la fiche que vous avez remplie les situations que vous évitez et que je vous ai demandé de classer de la plus anxiogène à la moins anxiogène. Ce sont surtout les transports en commun que vous redoutez et vous avez souhaité aborder principalement ce problème.

Patient : C'est tout à fait cela.

Thérapeute : Êtes-vous d'accord avec la liste ? Ce que vous redoutez le plus est de prendre la voiture, puis le train et enfin le bus.

Prendre la voiture seul et faire un trajet sur l'autoroute	100
Prendre un train seul	95
Prendre la voiture en ville	80
Prendre le bus en ville	50

Patient : Oui, c'est tout à fait cela.

Thérapeute : Je vous propose d'aborder les choses par le plus facile, c'est-à-dire prendre le bus, êtes-vous d'accord avec cela ?

Patient : Oui, c'est certainement le moins difficile.

Thérapeute : Vous allez donc aller à la station de bus la plus proche, et prendre le bus pour une station seulement. Puis, vous ferez le même trajet en sens inverse pour revenir. Durant ce temps, concentrez-vous bien sur ce que vous faites, essayez de ne pas fuir les sensations d'angoisse et pensez à respirer calmement et par le ventre, utilisez votre monologue de sécurité que vous avez établi l'autre jour. D'accord, vous faites cela et vous reviendrez dans environ 1 heure.

Lorsque le patient revient, il convient de réanalyser ce qui s'est passé en détail, de retravailler le contenu des cognitions et d'évaluer avec lui le niveau d'angoisse. Pour les fois suivantes, il peut être demandé au patient de faire ce même exercice avant de venir en consultation. Puis, enfin, de le refaire plusieurs fois par semaine. Cette situation correctement affrontée par le patient, il passe à la situation située juste au-dessus sur la liste. S'il est trop difficile de faire l'exercice seul, on conseille de se faire accompagner par un proche.

Consignes d'exposition dans la vie de tous les jours

Thérapeute : Alors, qu'avez-vous abordé comme situation cette semaine ?

Patiente : Je me suis efforcée de sortir tous les jours de chez moi, pour aller accompagner et rechercher ma fille à l'école.

Thérapeute : Avez-vous tout noté sur votre carnet et pouvons-nous le regarder ensemble ?

Patiente : Oui, bien sûr.

Thérapeute : Je vois que vous avez noté une crise plus forte que les autres. Pouvez-vous me détailler les circonstances ?

Patiente : En fait, c'est en rentrant le matin après l'avoir déposée, ce qui m'a miné c'est que cela allait assez bien depuis que j'avais commencé, depuis le début de la semaine, ça m'a pris très vite au pied de mon immeuble.

Thérapeute : Qu'avez-vous ressenti ?

Patiente : Ça commence par un serrement dans la gorge et, après, c'est ma respiration qui a commencé à s'accélérer, je n'en pouvais plus.

Thérapeute : Qu'avez-vous fait ?

Patiente : J'ai vite appuyé sur le bouton de l'ascenseur, il n'arrivait pas. Je me demandais s'il allait enfin venir, ça m'a paru une éternité. J'ai pensé à monter les quatre étages à pied mais c'était au-dessus de mes forces, je ne voulais pas que mes voisines me voient. Je n'avais qu'une idée en tête, rentrer chez moi.

Thérapeute : Et alors ?

Patiente : L'ascenseur est enfin arrivé, j'étais très mal, j'ai prié pour que l'ascenseur ne tombe pas en panne comme c'est déjà arrivé. Quand je me suis retrouvée chez moi, j'étais soulagée. Je me suis assise et j'ai fait l'exercice de respiration que vous m'avez appris. Ça a été beaucoup mieux assez vite, j'étais contente, c'est ça qui m'a permis de continuer à aller chercher ma fille à l'école. Je me suis dit que je pouvais toujours rentrer chez moi, sauf si l'ascenseur est en panne, alors là ce serait la catastrophe.

Thérapeute : Auriez-vous pu faire l'exercice de respiration en bas et ne pas essayer à tout prix de prendre l'ascenseur ?

Patiente : Mais si on me voit, ils vont dire que je suis folle.

Thérapeute : Je vous propose de continuer et, si vous avez un début de panique, d'essayer de le contrôler tout de suite, pour ne pas vous mettre à fuir, ce qui va augmenter la crainte et vos signes physiques. Vous noterez bien tout cela sur votre carnet. En allant rechercher votre enfant à l'école tous les soirs, notez tout et utilisez toutes les techniques de contrôle et de restructuration apprises. Que peut-il vous arriver, si vous n'êtes pas bien, vous pouvez facilement vous arrêter ? Vous faites maintenant des choses plus difficiles.

La limitation des tâches est importante, il ne faut pas passer trop rapidement à une autre tâche. Dans le cas décrit, il est nécessaire de poursuivre le travail pour que la patiente arrive à mieux contrôler les symptômes physiques, avant de lui proposer un nouvel exercice, d'une tâche plus anxiogène.

Le principe est de passer à une nouvelle situation lorsque le patient a réussi à vaincre totalement l'évitement. Si le patient se déclenche une crise très forte, il est nécessaire de réajuster la situation à un niveau plus bas et de retravailler avec lui cette situation d'échec en précisant la

banalité de cette étape dans la thérapie. Les exercices d'exposition permettent également de retravailler la restructuration cognitive et le contrôle physiologique.

Exposition *in vivo* avec le thérapeute

L'exposition avec le thérapeute s'avère nécessaire en cas d'une efficacité insuffisante des techniques d'exposition précédentes ou d'incapacité du patient à se confronter seul à la situation.

Nous donnons l'exemple d'une exposition *in vivo* où le thérapeute accompagne le patient dans une grande surface :

Thérapeute : Nous allons entrer dans la galerie marchande et rester quelques minutes avant d'entrer dans le grand magasin. Que ressentez-vous ?

Patient : Je ne me sens pas bien du tout, mais vous êtes avec moi, je pense que cela me rassure. Le tout est que je n'ai pas de palpitations parce que là vous ne pourriez rien faire pour moi.

Thérapeute : À combien évaluez-vous votre anxiété sur une échelle de 0 à 8 ?

Patient : Je ne sais pas, 5 ou 6, allez disons 5.

Thérapeute : Vous allez tenter, comme vous le faites habituellement, de bien contrôler votre respiration et de vous détendre pendant quelques secondes.

Thérapeute : Nous allons entrer dans le magasin et aller dans les allées jusqu'au rayon vêtements que vous apercevez là-bas.

Patient : Oh là, ça commence à tourner, j'ai l'impression de m'enfoncer quelque part et qu'il est difficile de repartir.

Thérapeute : Pensez-vous que vous ne retrouveriez pas votre chemin dans un supermarché ?

Patient : Non, mais il faut pouvoir sortir.

Thérapeute : Vous ne pourriez pas sortir du magasin ?

Patient : Si, avec vous, on finirait bien par s'en sortir.

Thérapeute : Bon, si vous êtes rassuré, nous allons continuer et aller vers le rayon vêtements, comme prévu.

Patient : C'est vous qui le voulez, pas moi (avec un léger sourire). Je sens que cela commence à tourner et j'ai chaud, j'espère que cela ne va pas palpiter.

Thérapeute : Reprenez l'exercice de relaxation comme vous savez le faire. Pensez à une image agréable et contrôlez bien votre respiration. (Après une vingtaine de secondes.) Cela va mieux ?

Patient : Oui, cela passe un peu, mais si cela revient ?

Thérapeute : Pensez-vous que vous ne pourriez pas contrôler votre panique ?

Patient : Peut-être mais les gens vont penser que j'ai "pété les plombs" s'ils me voient en train de respirer sans bouger au milieu du magasin.

Thérapeute : Est-ce réellement important ?

Patient : Non, c'est vrai, ils penseront ce qu'ils voudront mais il faut pouvoir rester debout.

Thérapeute : Vous êtes déjà tombé dans un magasin pendant une panique ?

Patient : Non, mais on ne sait jamais...

Thérapeute : Pourquoi cela arriverait-il plus à vous qu'à une autre personne dans le magasin ?

Patient : Parce que je suis un agoraphobe.

Thérapeute : Pensez-vous que vous êtes le seul dans ce cas ?

Patient : Non, mais ils ne vont pas dans les magasins.

Thérapeute : Ils ne font jamais d'attaque de panique alors, vous êtes le seul à vivre cela.

Patient : Non, c'est sûr, il y en a d'autres.

Thérapeute : Vous allez maintenant faire le tour du rayon seul, je reste là à vous attendre.

(Le patient revient.)

Thérapeute : À combien évaluez-vous votre anxiété maintenant ?

Patient : À 3, 4, cela ne va pas trop mal.

Thérapeute : Pensez-vous que vous pourriez refaire cela la prochaine fois seul ? Je vous attendrai à l'entrée du magasin.

Il faut poursuivre les prescriptions de tâches d'exposition en faisant bien préciser au patient les circonstances et les moments les plus précis au cours desquels il aura l'occasion de s'exposer afin d'améliorer la compliance.

Cet exemple montre que lors de l'exposition *in vivo*, le patient utilise des techniques de contrôle physiologique (à partir de l'enseignement des techniques respiratoire et de relaxation) et de restructuration cognitive, facilitées par la confrontation à la situation réelle.

Des techniques d'exposition en vidéo peuvent être utiles lorsque l'exposition *in vivo* est très difficile. Nous utilisons par exemple un film sur la conduite automobile construit à partir de différentes séquences (autoroute, doubler, parking souterrain, etc.) sur la base d'une étude réalisée auprès de patients souffrant d'une phobie de la conduite automobile.

Des expériences en réalité virtuelle ont été proposées dans le traitement des phobies et cette technique pourrait être d'un grand intérêt pour le thérapeute et mériterait d'être développée.

Ce qu'il faut retenir

Les traitements cognitifs et comportementaux et les médicaments sont aujourd'hui bien codifiés dans le trouble panique avec ou sans agoraphobie. L'information et l'accompagnement psychologique sont de mise dans tous les cas. L'indication du traitement médicamenteux ne doit pas être systématique et posée de façon précise. Certains antidépresseurs représentent



► le traitement de fond du trouble panique. Les anxiolytiques sont prescrits à visée symptomatique, lorsque l'état le nécessite, sur les périodes les plus courtes possibles. Les traitements semblent devoir être prolongés au moins un an pour éviter les rechutes fréquentes d'un arrêt prématuré. L'arrêt se fera de façon progressive, sur plusieurs mois.

Les thérapies cognitives et comportementales représentent une véritable alternative aux médicaments et peuvent aussi être associées. Elles réunissent des techniques de contrôle respiratoire et de relaxation, la restructuration cognitive et les techniques d'exposition. Dans le trouble panique avec ou sans agoraphobie, l'exposition aux sensations et aux situations est un point essentiel de la thérapie en complément. La thérapie cognitive et de la relaxation sont à associer. Les TCC proposées sous forme de module ont démontré leur efficacité dans des études contrôlées. Les autres formes de psychothérapies n'ont pas été suffisamment validées pour correspondre à une indication en première intention. Elles peuvent être associées dans certains cas d'échec. Le choix d'un traitement, plutôt qu'un autre, n'est pas encore clairement codifié, et dépend davantage des attentes des patients et de la pratique du thérapeute.

CHAPITRE 8

Thérapie des phobies

*« On voit ainsi Arès,
fléau des hommes, marcher au combat,
Suivi de Phobos, son fils intrépide et fort,
Qui met en fuite le guerrier le plus résistant¹. »*

Homère

Phobies spécifiques

Cas clinique

Catherine, 43 ans, consulte pour une phobie des oiseaux très ancienne. À la simple évocation qu'elle pourrait passer à côté d'un pigeon, elle déclenche une émotion anxieuse qui se termine par une crise de larme. Un simple bruissement d'aile déclenche une attaque de panique. Le contact avec les plumes est intolérable. La taille de l'oiseau n'a pas d'importance, d'ailleurs elle peut les trouver beaux, mais redoute leur contact. Elle en vient à éviter beaucoup de sorties de peur d'être confrontée à un oiseau et de ce fait « passer pour une folle ». Elle prend de nombreuses précautions quand elle sort de sa voiture en ville et ne va pas dans son jardin en été. Elle veut déménager et prendre un appartement pour limiter les contacts. Ce trouble invalidant est très ancien et remonte à l'enfance. Elle se remémore une scène vers 12 ans quand sa mère l'avait obligé à ramasser des plumes dans le jardin. Mais sa peur est antérieure car elle se souvient avoir été terrorisée à la sortie de l'école et que les enfants se moquaient d'elle. Elle décrit une enfance difficile, sa mère ayant de nombreuses aventures extraconjugales et son père buvant beaucoup. Elle a un doute d'ailleurs sur des attouchements de nature sexuelle de la part du père sur sa

1. Phobos dans la mythologie grecque est le fils d'Arès et d'Aphrodite, frère de Déimos et incarnation de la peur de la crainte.

sœur aînée. Elle a eu des problèmes de couple et a entretenu une relation extraconjugale très culpabilisée pendant 1 an. Aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre et elle ne veut pas revivre tout cela même si sa vie de couple ne la comble pas entièrement. Elle a fait de la relaxation mais cela ne l'aide pas à se dominer. Elle a essayé de nombreuses méthodes (yoga, acupuncture, homéopathie...) et a été suivie en psychothérapie d'inspiration psychanalytique pendant 2 ans, sans succès selon elle. Elle est prête à faire n'importe quoi pour ne plus gâcher sa vie et celle de son entourage.

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Les phobies spécifiques touchent plus fréquemment les femmes (sex-ratio 2 à 4 pour 1). Elles surviennent souvent dans l'enfance entre 5 et 9 ans. Il existe un autre pic de fréquence entre 20 et 30 ans, surtout pour les phobies de situations. Si, chez beaucoup d'enfants, certaines peurs sont physiologiques et disparaîtront ou resteront limitées, chez certains, la phobie doit être considérée, du fait de son intensité et de la gêne occasionnée, comme un authentique trouble. À l'âge adulte, les phobies spécifiques sont environ deux fois sur trois associées à un autre trouble psychiatrique. Celles isolées ne conduisent que rarement aux soins et c'est le plus souvent lors d'une complication que le médecin est amené à rencontrer ce problème (Choy *et al.*, 2007).

Ce qu'il faut rechercher

Ce trouble se caractérise par une peur intense et prolongée déclenchée lors de la confrontation ou l'anticipation à des objets ou des situations objectivement visibles et circonscrites (par exemple, prendre l'avion, conduire une voiture, les hauteurs, les animaux, les piqûres, la vue du sang, etc.). Le danger est externe alors que dans la phobie sociale ou l'agoraphobie, le danger peut également venir du sujet lui-même (peur de rougir, d'avoir un malaise). Le sujet a tendance à éviter l'objet ou la situation qu'il redoute. En dehors de la confrontation directe, le sujet se sent en sécurité lorsqu'il peut les éviter. Le diagnostic est porté uniquement si l'évitement, la peur et l'anticipation anxieuse d'être confronté aux stimuli phobogènes interfèrent de façon importante avec la vie du sujet.

Dans le tableau clinique, les signes comportementaux comme l'évitement sont prédominants à côté des signes physiologiques. Les manifestations physiologiques et comportementales sont bien plus importantes que les ruminations, comparativement aux autres types de phobies.

Le DSM-IV-TR distingue quatre sous-types de phobies spécifiques :

- le type animal : c'est la peur induite par des animaux et des insectes. Les animaux le plus souvent incriminés sont les insectes, les souris, les serpents, les oiseaux, les chiens, les chats et les chevaux. La peur peut

porter sur la seule vision de l'animal ou le contact. Ces phobies ne sont qu'exceptionnellement invalidantes et conduisent rarement à une demande de soins. Les cas les plus sévères sont ceux où le sujet passe un temps important à anticiper une éventuelle rencontre (par exemple, les pigeons dans certains milieux urbains) ;

- le type environnement naturel : les hauteurs et le vide, l'eau, l'obscurité, les orages et le tonnerre, etc. Le degré de handicap dépend des habitudes de vie du sujet ;
- le type sang-injection-accident : peur à la vue du sang ou d'un accident, d'avoir une injection ou toute autre procédure médicale invasive. On retrouve souvent un antécédent de malaise de type vagal ;
- le type situationnel : il concerne principalement la conduite automobile, les voyages aériens, les ascenseurs. Parfois très proche de l'agoraphobie, la peur est motivée plus par la situation que par le fait de faire une attaque de panique. La peur peut être centrée sur l'anticipation d'un danger lié à un aspect particulier de l'objet ou de la situation (peur d'un accident d'avion, d'avoir un accrochage en voiture, d'être mordu par un chien, de s'évanouir à la vue du sang). Les phobies des soins dentaires sont classiquement à ranger dans ce type. L'intensité de la peur est proportionnelle avec le niveau de proximité du stimulus ;
- la catégorie « autre type » : sont décrites les phobies de l'étouffement ou de la déglutition qui peuvent amener le sujet à une alimentation semi-liquide.

Parfois isolés, plusieurs types peuvent être associés chez une même personne.

Prise en charge des phobies spécifiques

Le traitement des phobies spécifiques se fait essentiellement par les TCC et aucun traitement médicamenteux n'est indiqué dans le traitement de fond (aucune AMM). Les benzodiazépines peuvent être utilisées de façon ponctuelle ou sur des périodes courtes en cas de paroxysmes anxieux ou de situations amenant à une confrontation répétée aux situations ou objets phobogènes (par exemple lors d'un déplacement sur un lieu de vacances).

Prise en charge par les TCC

Comme pour l'agoraphobie, ce sont principalement les techniques d'exposition qui ont montré une efficacité. Elles suivent le même modèle que les techniques décrites au chapitre 7 sur l'agoraphobie. L'exposition en imagination est un procédé ancien qui est très utile car il est souvent difficile de faire de l'exposition *in vivo* et qui s'adapte à de nombreux types phobiques. Voici une illustration d'une exposition en imagination à une phobie des oiseaux.

Thérapeute : Comme je vous l'ai expliqué, je vais vous aider à imaginer progressivement une situation avec des oiseaux pour que vous vous habituez progressivement et que vous parveniez à vous déconditionner de votre peur. Êtes-vous d'accord ?

Patiente : Oui je suis d'accord, je suis prête.

Thérapeute : Je vous propose comme nous l'avons appris de vous relâcher simplement en maîtrisant votre respiration à un rythme tranquille et à chaque fois que vous expirez de bien vous centrer sur un état de calme, de bien-être et de tranquillité, prenez quelques secondes et laissez bien votre corps se relâcher simplement ainsi rythmé par une respiration calme, tranquille, régulière. Maintenant, je vous propose de simplement imaginer que vous vous promenez dans la rue et que vous passez à proximité d'un jardin public. Voyez comme vous longez les grilles, observer des enfants qui jouent, plusieurs femmes assises – certainement des mères – qui sont assises sur des bancs et vous pouvez voir plusieurs pigeons au loin qui se tiennent à distance des enfants... Observez comme ces pigeons s'envolent et prennent peur lorsque les enfants s'avancent vers eux en courant, en jouant..., puis ils reviennent sur le sol un peu plus loin... Observez cette scène à distance en vous arrêtant de flâner et en vous tenant derrière la grille du jardin public. Sentez-vous une sensation quelconque ?

Patiente : Oui, je ne suis pas à l'aise, surtout si je dois m'arrêter.

Thérapeute : Visualiser bien cette scène, en vous fixant sur les personnages qui traversent le jardin, les enfants qui jouent, imaginez les bruits des enfants, voyez comme la température est agréable et le temps ensoleillé, écoutez aussi lorsque les pigeons s'envolent, fixez votre attention sur le bruit de la nuée de pigeons qui se déplace un peu plus loin, imaginez simplement la scène comme si vous étiez spectatrice à distance, sans chercher à ne pas regarder ou à passer rapidement votre chemin. Ressentez-vous toujours des sensations désagréables ?

Patiente : Oui, c'est bizarre, je ne suis pas bien, je suis rassurée de ne pas bouger et je ne pourrai pas me rapprocher, rien que le mot que vous prononcez me fait frémir et l'imaginer c'est pire, un peu comme si je le vivais réellement.

Thérapeute : Restez simplement à ce niveau en observant la scène de loin, je vous propose seulement de répéter dans votre tête "je regarde les enfants et les pigeons dans ce parc", écoutez les bruits et les mouvements. Quel est votre niveau de peur maintenant ? A-t-il changé ?

Patiente : Même si je ne suis pas à l'aise et que je ressens à l'intérieur une accélération de ma respiration, j'arrive à regarder et à me dire des choses qu'habituellement je ne peux pas.

Thérapeute : Vous dire quoi concrètement ?

Patiente : Heu... que je regarde des pigeons sans tourner la tête dès que j'en aperçois.

Thérapeute : C'est parfait et c'est ainsi, en vous exposant peu à peu à des situations en imagination, que vous allez vous habituer progressivement.

Phobies sociales

Cas clinique

Madame F., 29 ans, vit en concubinage depuis 5 ans, sans enfant, elle est sans emploi. Elle s'est décidée à consulter un psychiatre à son initiative en le cachant à son entourage, elle ne veut pas que ses proches sachent qu'elle a un problème. Lors du premier entretien, elle évoque spontanément sa peur des autres et sa difficulté à communiquer dans pratiquement toutes les situations de la vie. Aller dans un magasin, à la poste, prendre le bus et même parfois marcher dans la rue lui sont très difficiles. Elle a l'impression qu'on la regarde et qu'on la juge. Les symptômes sont des tremblements, des rougeurs et des palpitations. Ce sont les tremblements qui la gênent le plus car dans certaines circonstances (tenir une tasse) cela se voit. Les signes sont majorés lors d'un contact ou face à l'éventualité d'un contact. Elle a peur qu'on lui adresse la parole : « Si on me parle, je suis bloquée, je n'ai rien à dire. » Un simple voyage en voiture avec un membre de sa famille est intensément redouté. Manger avec quelqu'un est très difficile : « Porter une fourchette, un verre à ma bouche m'est impossible du fait des tremblements, je ne peux accepter que l'on me voit comme cela. » Elle vit très isolée et ses sorties se limitent aux seules réunions familiales. En dehors de son ami avec qui elle ne ressent pas cette impression d'être jugée, elle est également très mal à l'aise avec sa famille. Par exemple, pour les fêtes de Noël ou un repas de famille : « Je deviens agressive si on me pose des questions, je trouve indécent de parler de moi. » L'évocation de son passé est difficile, elle n'a pas grand-chose à dire. Elle a deux sœurs qui sont mariées et qui n'ont pas ce problème. Sa mère est décrite comme un peu distante, elles n'en ont jamais parlé et elle ne sait pas « ce que je ressens ». C'est avec son compagnon que pour la première fois elle s'est sentie vraiment à l'aise. Ils ne parlent pas de ça, il est plus ouvert qu'elle, et sont très souvent ensemble. Depuis quelque temps, elle s'est rendu compte qu'elle était prise d'un sentiment de gêne et de honte devant lui à plusieurs reprises, elle s'est même surprise à rougir au petit déjeuner l'un en face de l'autre, avec la même impression de ne pas savoir quoi dire comme avec les inconnus. Elle paraît de plus en plus découragée, elle pense arrêter le suivi car cela ne sert à rien, elle ne pourra jamais changer.

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Les phobies sociales ou « troubles anxiété sociale » débutent généralement tôt au cours de la vie, dans l'enfance et l'adolescence. Il est très important de connaître les formes chez l'enfant et l'adolescent mais de bien les différencier avec une anxiété sociale normale du développement. Le plus souvent, le début est progressif et il est difficile de le dater

avec exactitude. L'évolution est généralement chronique. On peut noter cependant des phases de rémission, bien que le trouble non traité soit souvent présent toute la vie. Cependant, le taux d'amélioration spontanée est très faible (amélioration à un an : 26 % dont 7 % de rémission complète). Dans plus de deux cas sur trois, la phobie sociale se complique d'un autre trouble (dépression, alcoolisme, trouble anxieux).

Les patients consultent rarement spontanément en psychiatrie. Ceci est un peu moins vrai depuis quelques années en raison d'une médiatisation importante (émissions de télé, articles de presse, livres grand public) qui conduit certains patients à accéder directement à la consultation pour ce motif. Le plus souvent, c'est en raison d'un trouble comorbide et, dans la grande majorité des cas, pour une dépression que le patient consulte. En médecine générale, compte tenu du temps restreint de la consultation et du fait que le patient n'évoque pas spontanément son problème, il est important de savoir poser les bonnes questions pour orienter le diagnostic : « Vous sentez-vous gêné, mal à l'aise dans certaines situations où vous êtes en contact avec d'autres personnes soumises à leur regard, de peur que les gens vous observent ou vous jugent mal ? »

Compte tenu de l'association fréquente à un autre trouble, il convient systématiquement de rechercher une phobie sociale dans le cadre d'une dépression, d'un alcoolisme, de toxicomanie ou d'un autre trouble anxieux.

La dépression est la complication la plus fréquemment retrouvée. Le risque de conduite d'alcoolisation est multiplié par deux ou trois dans la phobie sociale. Les patients phobiques sociaux rapportent que l'alcool les aide à affronter les situations sociales et beaucoup utilisent délibérément l'alcool pour tenter de diminuer l'anxiété anticipatoire. Les effets désinhibiteurs, anxiolytiques et euphorisants de l'alcool amènent le patient à un comportement d'automédication visant l'anxiété phobique situationnelle dans le but d'affronter la pression sociale.

La phobie sociale est souvent source d'un handicap important qui altère différentes dimensions du fonctionnement social comme la vie professionnelle ou scolaire, les relations sociales ou familiales. Les phobiques sociaux sont souvent isolés, vivant seuls et ont peu d'amis. Ce trouble est d'autant plus marqué dans les formes comorbides avec la dépression (Wittchen *et al.*, 1999). Le handicap social est un paramètre important à prendre en compte à la fois pour évaluer la gravité du trouble et pour suivre son amélioration lors de la mise en place d'un traitement.

Ce qu'il faut rechercher

Le diagnostic n'est pas toujours facile étant donné que le patient parle rarement spontanément de son problème. La reconnaissance du trouble peut être faite et conduire au diagnostic à partir de difficultés

psychologiques et comportementales très variées. Dans les formes non compliquées, une souffrance et une difficulté d'adaptation marquée dans les relations sociales doivent orienter l'entretien d'évaluation vers la recherche d'une peur en situation sociale liée au regard et au jugement des autres. Il est possible de se baser sur :

- le comportement du patient au cours de l'entretien et l'évitement du regard. Le faible débit de parole n'est pas systématique, certains patients n'ont pas de déficit d'assertivité et, de plus, peuvent être à l'aise dans une relation duelle avec quelqu'un qui reconnaît leur problème. Ils peuvent également avoir fait une démarche d'information et de reconnaissance du trouble ;
- le caractère persistant et erroné des croyances. L'entretien doit insister autour de la peur du regard de l'autre ;
- certaines émotions comme la honte ;
- l'évolution défavorable due à une sélection des expériences et à une interprétation erronée ;
- la gêne et le handicap qui représentent souvent le critère en psychiatrie pour distinguer l'anxiété sociale normale de la phobie sociale pathologique.

Les situations sociales redoutées et évitées peuvent être :

- les situations de prise de parole et d'interactions formelles (par exemple, prise de parole lors de réunions, parler aux autres) ;
- les situations de prise de parole et d'interactions informelles (par exemple, être invité à une soirée) ;
- les situations d'affirmation de soi (par exemple, exprimer son désaccord ou refuser une demande) ;
- les situations où le sujet est soumis à l'observation d'autrui (par exemple, manger, boire, écrire sous le regard des autres).

Les cognitions à rechercher sont :

- la peur de présenter des symptômes anxieux (rougissement, tremblements, etc.) ;
- la peur de bafouiller, de ne pas savoir quoi dire, d'avoir l'air embarrassé, ridicule ;
- la peur d'une évaluation négative, la crainte de ne pas être aimé, apprécié ;
- la tendance à interpréter l'attitude des autres comme critique ou hostile ;
- les exigences inaccessibles ;
- l'auto-dévalorisation, le sentiment d'inadéquation, la honte.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la phobie sociale concerne :

- l'agoraphobie. Il apparaît que seule l'analyse cognitive (pensées et croyances) permet d'établir le diagnostic de phobie sociale. Dans

l'agoraphobie, le sujet peut redouter les lieux publics, alors que dans le cas de la phobie sociale, c'est la peur de ce que les autres vont penser qui est au premier plan : « Ils vont penser que je suis malade, que je suis faible. » Dans la phobie sociale, les situations sont limitées à celles où le sujet est soumis à l'observation d'autrui, alors que dans l'agoraphobie, elle s'étend à des situations soumises ou non à l'attention d'autrui. Classiquement, l'agoraphobe préfère se déplacer avec un compagnon de confiance lorsqu'il se retrouve dans la situation redoutée, alors que le phobique social privilégie la solitude, redoutant d'être observé ;

- l'attaque de panique. La distinction n'est pas facile, surtout dans le cas d'attaque de panique où certaines interprétations peuvent être communes ;
- l'anxiété sociale secondaire à des problèmes médicaux (maladie de Parkinson, bégaiement, tremblement essentiel, etc.) ;
- l'anxiété sociale secondaire à des anomalies physiques (obésité, cicatrice, hypertrophie mammaire, boiterie, etc.) ;
- la dysmorphophobie (peur d'une dysmorphie corporelle).

Prise en charge des phobies sociales

Traitement médicamenteux

En tenant compte des recommandations de l'HAS :

- en première intention :
 - ISRS (paroxétine, escitalopram ont l'AMM) ou venlafaxine : ils doivent être réservés aux formes sévères avec retentissement important dans la vie professionnelle ou personnelle ;
 - le propranolol (bêtabloquant) peut être utilisé ponctuellement pour des situations d'anxiété de performance (entretien d'embauche, etc.) ;
- en deuxième intention, autres traitements hors AMM :
 - moclobémide, gabapentine (anti-épileptique), iproniazide, après avis spécialisé ;
 - les benzodiazépines peuvent être utilisées en association au traitement de fond sur de courtes durées en cas d'anxiété aiguë invalidante.

Modèle TCC du trouble anxiété sociale

Le modèle de Clarck et Wells (1995) est le plus complet, les auteurs décrivent quatre processus, trois concernent des pensées lors de la confrontation à la situation et le quatrième concerne l'anticipation et ce qui suit la situation vécue.

Attention centrée sur soi et perception de soi-même comme un objet social

Lorsque le phobique social entre en interaction sociale, un déplacement du centre de l'attention de l'extérieur vers eux-mêmes se produit.

Les informations intéroceptives qui en résultent donnent une impression que les autres sont en train de les observer et de les juger. Parfois, des images confortent le sentiment d'être observé.

Rôle des comportements de sécurité dans le maintien des croyances négatives et de l'anxiété

En situations sociales, le phobique social s'engage dans des comportements de sécurité censés réduire le risque d'évaluation négative. Ces comportements de sécurité empêchent d'expérimenter un fait qui infirme des croyances erronées au sujet de leur crainte et la conséquence de ces comportements (être rejeté, humilié).

Effet de l'anxiété induite par des déficits dans les performances sur le jugement et les comportements des autres

Le phobique social surévalue l'appréciation négative de sa performance. La crainte du jugement des autres, associée aux comportements de sécurité, perturbe de façon importante la performance. L'interaction avec les autres pourra être modifiée, ce qui conduit à maintenir le cercle vicieux de la phobie sociale.

Processus d'anticipation et après-coup

L'anxiété anticipatoire est souvent importante, et le patient va ruminer au sujet d'expériences passées négatives, d'images de soi négatives dans d'autres situations ou d'autres preuves d'échec, de mauvaises performances ou de rejet. La fuite ne permet pas de mettre un terme aux pensées négatives. La situation peut être revue en détail, ce qui conduit à une sorte d'encodage en mémoire, majorant la perception des faits plus négatifs qu'ils ne le sont.

Prise en charge par les TCC

Les TCC de la phobie sociale associent différentes techniques proposées en individuel et aussi en groupe (particulièrement efficace mais souvent moins accessible).

L'exposition par jeu de rôle

Il faut expliquer de façon très claire le jeu de rôle et s'assurer que les participants ont bien compris à la fois le scénario et l'objectif de l'exercice. Quelques consignes sont utiles avant les exercices. Il faut bien faire comprendre que le contenu des échanges n'est pas le plus important, mais que le but est de s'entraîner à modifier son comportement. Pour cela, il faut définir très clairement ce que doit faire chacun. Les thérapeutes vont intervenir dans un premier temps soit à deux, soit avec un patient ayant d'assez bonnes compétences sociales pour le jeu de rôle.

Il est important de faire intervenir un ou plusieurs participants et de ne pas faire travailler d’emblée le patient à qui l’exercice est destiné.

Après chaque prestation, le thérapeute fait des commentaires en soulignant les éléments positifs et encourage le patient. Ensuite, certains points à améliorer peuvent être soulignés et le thérapeute intervient à nouveau pour servir de modèle. On peut également intervertir les rôles pour permettre au patient de surmonter une difficulté trop grande. Les progrès seront à nouveau soulignés pour que le patient prenne bien compte de l’amélioration de sa prestation. Lorsque les progrès sont évidents, ils pourront être naturellement soulignés par les autres participants.

La restructuration cognitive

À partir du modèle cognitif décrit par Clarck et Wells (1995), le principe de la restructuration cognitive est de :

- formuler le problème en termes d’interaction entre les systèmes cognitif, affectif et comportemental ;
- identifier les comportements (comportements de sécurité et évitement) et les réponses cognitives (biais attentionnel) qui interfèrent avec les effets de l’exposition ;
- identifier les pensées dysfonctionnelles, les croyances et toutes les preuves qui les soutiennent.

Mise en évidence des pensées dysfonctionnelles, des postulats et des croyances

En situation sociale, le patient focalise toute son attention sur lui-même et a l’impression que tous les regards se portent sur lui. Cette attention s’accompagne d’un monologue intérieur (pensée intérieure) sur ce que pense le sujet de lui-même et ce qu’il croit que les autres pensent de lui.

À partir d’une situation, deux types de pensées dysfonctionnelles peuvent être mis en évidence (tableau 8.1) : ce que pense le sujet de lui-même et ce qu’il imagine que les autres pensent de lui.

TABLEAU 8.1. Pensées dysfonctionnelles provoquées par deux exemples de situations sociales

Situations	Ce que je pense de moi	Ce que je pense que les autres pensent de moi
– Attendre son tour pour parler au cours d’une réunion	– Est-ce que je vais être à la hauteur ? – J’ai l’air ridicule	– Ils doivent se demander pourquoi je suis tellement angoissé
– Faire la queue dans une banque pour retirer un chéquier	– Quand je vais signer, je vais trembler comme un malade	– Ils vont se dire que je suis alcoolique ou pas normal

À partir de la mise en évidence des pensées dysfonctionnelles, le thérapeute va aider le patient à discuter les postulats et les croyances. Un certain nombre d'erreurs et de biais dans l'interprétation peuvent être mis en évidence :

- « Si je ne suis pas à la hauteur..., les autres ne m'apprécieront pas. »
- « Pensez-vous qu'il faut que vous soyez à la hauteur pour que l'on vous apprécie ? »

Et enfin les croyances erronées :

- « Je ne suis pas intelligent. »
- « Je suis sans intérêt pour les autres. »
- « Pourquoi seriez-vous moins intelligent qu'un de vos collègues ? »
- « Pourquoi une personne serait-elle intéressante et pas vous ? »

Cas clinique

Restructuration cognitive

Madame F. identifie comme une des situations gênantes le fait d'aller dans les grands magasins et de devoir faire la queue.

Thérapeute : Vous sentez que vous rougissez ?

Patient : Oui, je deviens rouge comme une tomate.

Thérapeute : Pensez-vous que toutes les personnes qui rougissent sont rouges ?

Patient : Non, mais moi cela se voit plus.

Thérapeute : Pensez-vous que vous êtes la personne qui rougit le plus ?

Patient : Je ne sais pas mais cela se voit.

Thérapeute : Cela peut se remarquer sur le moment que vous rougissez, mais vous devez vous rendre à l'évidence que vous n'êtes pas rouge comme vous l'imaginez. Si vous aviez une blessure ou une brûlure sur le visage, pensez-vous que cela se verrait plus ou moins ?

Patient : Ce serait peut-être pire, mais peut-être que cela me gênerait moins.

Thérapeute : Peut-être que le fait de rougir vous gêne mais vous exagérez peut-être et vous pensez que tout le monde vous regarde. Pensez-vous réellement que tout le monde est en train de vous regarder quand vous faites la queue ? Comme si tous les regards étaient portés vers la même direction ? Avez-vous déjà vu des personnes regarder quelqu'un qui rougissait, pensez-vous que ce soit réaliste ?

Patient : Non, je ne le pense pas.

Thérapeute : Dans quelles circonstances on regarde quelqu'un dans la rue ?

Patient : Je ne sais pas moi, s'il est bizarre.

Thérapeute : Pensez-vous que le fait de rougir soit lié automatiquement au fait d'être bizarre ?

Patient : Je ne sais pas, c'est ce que les autres pensent.

Thérapeute : C'est ce que vous pensez, vous, ou ce que réellement les

autres pensent ? Quelles preuves pouvez-vous apporter à ce que pensent les autres ?

Patiente : Non, mais on m'a déjà dit que je rougissais.

Thérapeute : Si on a remarqué que vous rougissiez, vous a-t-on dit que vous étiez malade ou que vous n'alliez pas assez vite ?

Patiente : Non, mais on l'a peut-être pensé.

Thérapeute : Peut-être, mais on ne vous l'a pas dit. Si on récapitule, je vous propose de réfléchir au fait de savoir si rougir est pour vous la même chose qu'être rouge comme un pull rouge ou une voiture rouge ou si ce n'est pas un peu différent. Ensuite, demandez-vous si c'est une raison pour que tout le monde vous regarde et enfin, si vous rougissez, est-ce que cela signifie que vous êtes bizarre et demandez-vous s'il n'y a pas d'autres raisons pour lesquelles on peut rougir...

Mise en évidence des comportements de sécurité et des évitements

Lors de l'exposition, le patient met en place des comportements de sécurité et des évitements qui perturbent la performance et entretiennent le cercle vicieux.

Certains évitements subtils, qui sont mis en œuvre pour supporter la situation, sont à rechercher particulièrement car ils renforcent les cognitions négatives et la peur d'être jugé négativement, par exemple :

- prendre un verre à deux mains ;
- mettre la main devant sa bouche pour parler ;
- baisser les yeux ;
- se cacher le visage, etc.

Une fois que le patient a pris conscience du cercle vicieux qui lie les symptômes, les pensées et les évitements, le thérapeute l'amène à modifier ses pensées et ses croyances tout en prenant conscience du bénéfice produit par un changement de comportement. La restructuration cognitive repose sur un échange de type questions-réponses entre le thérapeute et le patient. À partir de monologues et des pensées dysfonctionnelles, des croyances erronées sont mises en évidence et modifiées pour conduire vers une vision plus adaptée du monde et de soi-même. Elle nécessite une bonne adhésion de la part du patient et, de ce fait, il existe chez certains patients une résistance à ce type de thérapie.

Cas clinique

Exposition aux tremblements

Dans cet exercice, deux patientes sont debout l'une en face de l'autre et tenant à la main un gobelet en plastique, le thérapeute debout à côté, et les cinq autres patients et le co-thérapeute sont assis autour d'une table en train de regarder.

Thérapeute : Nous allons faire un exercice d'exposition qui consiste à affronter la situation et d'essayer de supporter l'anxiété pour que petit à petit elle diminue. On va prendre une situation qui est pour vous gênante qui est de boire devant les autres, et en même temps, vous imaginez que vous êtes dans un restaurant et que vous attendez une table en buvant un verre et qu'autour de vous il y a du monde. D'accord (*le thérapeute remplit le verre des patientes*) ?

Patiente 1 : Il faut boire ?

Thérapeute : Oui, si vous avez soif.

Thérapeute : Vous sentez que cela diminue ?

Patiente 1 : Oui.

Thérapeute : Vous trouvez que c'est moins fort que la dernière fois et que ça diminue plus vite ?

Patiente 1 : Je dirais que c'est pareil.

Patiente 2 : C'est plus fort que la dernière fois.

Thérapeute : Que ressentez-vous ?

Patiente 2 : Une gêne, une angoisse.

Thérapeute : Physique ?

Patiente 2 : Physique certainement.

Thérapeute : Quelles sont les manifestations les plus fortes ?

Patiente 2 : Les tremblements.

Thérapeute : Prenez bien votre verre devant vous comme si vous étiez dans une situation réelle et essayez de ne pas tenir votre verre à deux mains.

Après 1 à 2 minutes.

Patiente 1 : Je n'ai plus de palpitations, c'est déjà ça.

Thérapeute : Vous pouvez essayer de vous resservir et de servir le verre de madame par la même occasion.

La patiente 2 regarde ses mains et le thérapeute comme pour lui signifier qu'elle tremble.

Thérapeute : Laissez vos mains, le principe de l'exposition est que vous sentiez que cela diminue. Êtes-vous gênée par cette situation ?

Patiente 2 : Non, je suis gênée par les tremblements.

Thérapeute : Que pensez-vous que les autres vont se dire ?

Pas de réponse.

Le thérapeute (en se tournant vers le groupe) : Que voyez-vous ?

Une patiente : C'est vrai que je la vois trembler un tout petit peu, mais elle ne va pas renverser son verre.

Un autre patient : Cela pourrait passer complètement inaperçu.

Thérapeute (en s'adressant à la patiente) : Pensez-vous que cela se voit réellement ?

Patiente 2 : Oh oui, ça se voit !

Thérapeute : Tendez bien la main (*en regardant les mains de la patiente*), mais cela diminue, cela ne se voit pratiquement pas.

Patiente 2 (*regardant ses mains*) : Si, ça se voit.

Le thérapeute : Regardez, cela se voit beaucoup moins, est-ce que vous le sentez ?

Patiente 2 : Oui, un tout petit peu moins.

Thérapeute : C'est bien, c'est ça, au bout d'un certain temps l'anxiété diminue.

Patiente 2 : Oui.

Thérapeute : Après, vous serez complètement à l'aise dans une soirée.

Patiente 2 : Oui.

Thérapeute : Cela vous gêne à l'intérieur ou c'est parce que les autres le voient ?

Patiente 2 : Parce que les autres le voient.

Thérapeute : Que vont-ils se dire ?

Patiente 2 : Que je tremble.

Thérapeute : Est-ce que vous vous voyez l'eau bouger ?

Patiente 2 (*la patiente regarde son verre*) : Ça se voit quand même, je le sens, j'ai un peu moins peur de trembler ou de ce que les autres pensent, mais je le sens encore à l'intérieur.

Thérapeute : Votre anxiété a quand même un peu diminué ?

Patiente 2 : Oui, bien sûr...

L'affirmation de soi

Principe de la technique

Le postulat est l'existence chez certains patients d'un déficit dans les habiletés sociales. Les compétences sociales représentent l'ensemble des comportements verbaux (contenu du discours) et non verbaux (contact des yeux, voix, gestuelle) mis en jeu par un sujet dans ses interactions sociales. L'entraînement aux compétences sociales a pour but de développer de meilleures compétences par un apprentissage adapté. Le traitement est proposé sous forme de groupe (généralement appelé groupe d'affirmation de soi) et associe différentes techniques de base (jeu de rôle, *modeling*, renforcement positif, etc.).

Pratique

Technique interactive, elle se pratique le plus souvent en groupe, permettant des mises en situation et des jeux de rôle. Des scénarios sont proposés à partir d'une situation type ou d'une situation problème identifiées par le patient. Celui-ci est invité à rejouer la scène selon un mode plus assertif. Le thérapeute donne des consignes sur l'aspect verbal (contenu du discours) et sur le non-verbal (voix, attitude, gestuelle) de la communication. Les principales situations abordées en affirmation de soi sont : « parler en public », « savoir refuser », « faire un compliment », « faire un reproche ». Dans l'idéal, l'affirmation de soi

est pratiquée en groupe. La dynamique du groupe est très utile car elle permet un renforcement positif et un *modeling* qui offrent au sujet la possibilité de progresser beaucoup plus rapidement qu'il ne le ferait lors d'exercices prescrits dans la vie de tous les jours.

Applications

Les techniques d'affirmation de soi sont particulièrement indiquées dans la phobie sociale et dans tous les états anxieux où il existe un déficit dans les compétences sociales. Elles sont associées systématiquement à la thérapie cognitive et à l'exposition dans la phobie sociale.

Les situations à aborder avec le patient

- Faire une demande : bien identifier ce que l'on veut et le formuler clairement. Bien peser ce que l'on gagne ou perd à demander ou à ne pas demander. S'exprimer toujours de façon calme et concise. Savoir dire « je veux ». Savoir insister, calmement, reconnaître la position de l'autre, terminer en cherchant une solution, un compromis, un échange, savoir remercier et dire ce que l'on ressent, etc.
- Refuser : bien comprendre la demande, se faire expliquer, savoir justifier un refus, faire face à une demande insistante ou à des pressions, etc.
- Émettre ou recevoir un compliment : pour celui qui émet, savoir reconnaître les qualités, le travail des autres, savoir le dire sincèrement sans gêner l'autre et non dans le but d'un échange, de façon désintéressée. Pour celui qui reçoit : accepter, ne pas se sentir gêné, etc.
- Critiquer : savoir dire, même si cela ne fait pas plaisir. Trouver le moment le plus adapté. S'adresser directement à la personne, ne pas prendre des personnes à témoin. Être clair, ne pas faire plusieurs griefs en même temps. Savoir que la personne va réagir, respecter son émotion, laisser du temps pour qu'elle comprenne.
- Parler devant les autres : penser que l'on n'est pas plus nul que les autres. Ne pas essayer d'apprendre des phrases par cœur et plutôt penser à quelques idées à développer. Intervenir dans une conversation. Attirer l'attention et parler de soi. Utiliser des questions ouvertes. Aborder différents sujets sans penser qu'ils ne sont pas dignes d'intérêt. Pratiquer l'écoute active en relançant la conversation, etc.
- Communiquer avec les autres : le verbal et le non-verbal, l'intensité de la voix, le regard, la mimique, la position du corps, etc. (tableau 8.2).

TABLEAU 8.2. Caractéristiques des éléments non verbaux

Éléments non verbaux	Passif	Affirmé	Agressif
Intensité de la voix	Faible	Adaptée (plus forte en groupe)	Toujours forte
Regard	Fuyant	Contact franc	Fixe l'interlocuteur
Expression	Morne	Expressif : la mimique est en accord avec le contenu verbal	Contractée
Corps	Raide, tendu, en retrait	Calme, lent, mouvements amples soulignant le verbal	Désordonné et rapide

Ce qu'il faut retenir

Les psychothérapies cognitives et comportementales sont efficaces dans le traitement du trouble anxiété sociale. Les TCC associent l'entraînement aux compétences sociales, l'exposition et la restructuration cognitive. L'entraînement aux compétences sociales produit une amélioration significative chez les phobiques sociaux présentant un déficit des habiletés sociales. L'exposition apparaît comme le facteur clé influençant les résultats du traitement. La restructuration cognitive a pour objectif d'identifier et de modifier les pensées négatives. La thérapie cognitive apparaît comme un élément important du traitement, étant donné que le trouble anxiété sociale est défini par une peur de l'évaluation négative des autres et de sa propre performance. Les thérapies cognitives et comportementales intégrées pourraient être le traitement le plus efficace, mais cela doit être confirmé. Des questions demeurent concernant les stratégies et la place des TCC dans la prise en charge globale du trouble anxiété sociale. Différentes associations de médicaments et de TCC pourraient représenter la stratégie thérapeutique optimale de ce trouble.

CHAPITRE 9

Thérapie de l'anxiété généralisée

« La plupart des gens ne meurent qu'au dernier moment ; d'autres commencent et s'y prennent avec vingt ans d'avance et parfois d'avantage. Ils sont les malheureux de la Terre. »

L.-F. Céline

Trouble anxieux généralisé (TAG)

Cas clinique

Nathalie, 30 ans, mariée, deux enfants, travaille depuis 2 ans comme attachée commerciale dans un groupe bancaire. Elle s'adresse à son médecin traitant pour des ruminations et un état de tension physique ayant conduit à des bilans qui sont tous normaux. Elle décrit une inquiétude incontrôlable et de plus en plus envahissante. Par exemple, ses enfants sont en vacances chez sa belle-mère, elle doit appeler tous les jours pour savoir s'ils ne sont pas malades et si tout va bien. Si on parle d'un accident à la télévision, elle rappelle, même si elle l'a déjà fait dans la journée. « Il faut que je me rassure, ne pas savoir si tout va bien m'est insupportable. » Si son mari est en retard, il a pu avoir un accident et si elle tombe sur sa messagerie, envisage le pire. Lorsqu'elle entend une sirène dans la rue ou si le téléphone sonne, elle l'imagine gravement blessé ou, pire, mort. C'est la même chose pour des soucis beaucoup moins dramatiques. Pour une réunion importante au bureau le lendemain, elle y pensera une bonne partie de la nuit et cela l'empêchera de dormir. « Si je ne me réveillais pas. » Elle pourrait également s'être trompée d'heure ou mélanger les dossiers. Elle se sent épuisée d'être sur le qui-vive en permanence. Elle s'agite dans tous les sens et va très vite dans tout ce qu'elle fait. C'est comme si elle

était en train d'attendre une catastrophe sans pouvoir s'empêcher d'y penser. « C'est un vrai film qui se déroule dans ma tête avec parfois le scénario le plus effrayant. On a beau me raisonner, c'est plus fort que moi. Je suis comme ça depuis l'âge de 20 ans, mais si j'ai toujours été d'un tempérament anxieux, aujourd'hui cela ne peut plus durer. Je me rends bien compte que ça ne vaut pas la peine et nous empoisonne la vie, à moi et à toute la famille. J'ai peur aussi que mes enfants deviennent comme moi. Par mon anxiété, je vais finir par les rendre anxieux. » Chaque jour, elle se dit qu'il faut changer mais n'y arrive pas, dès qu'elle se lève le matin elle se sent opprimée avec une boule dans la gorge comme si tout pouvait lui arriver. « Parfois, je ne sais même pas ce que je redoute mais c'est comme si quelque chose allait arriver sans savoir vraiment comment l'empêcher, c'est pour cela que j'y pense sans cesse. » Elle se sent mal dans beaucoup de situations alors que cela devrait être un plaisir. Par exemple, partir en vacances provoque une foule de questions : « Y aura-t-il du monde sur la route et si nous tombions en panne de voiture. L'hôtel aura peut-être oublié notre réservation. Pourvu que je ne sois pas cambriolée pendant mon absence. » Elle sera facilement irritable avec son entourage et s'énervera pour des choses qui n'en valent vraiment pas la peine. Physiquement, elle ressent très souvent des petits malaises et une tension dans tout le corps qui ne la quittent que rarement. À la fin de la journée, elle est à bout complètement épuisée et a beaucoup de mal à lire ou à regarder une émission tant il lui est difficile de se concentrer et de fixer son attention. Malgré cela, elle a beaucoup de difficultés à s'endormir, elle rumine et tourne en rond, se relève et ne s'endort qu'au bout de plusieurs heures. Son sommeil est agité et elle fait souvent des cauchemars.

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

L'anxiété généralisée est un trouble d'évolution chronique débutant de façon insidieuse chez l'adulte (Yonniers *et al.*, 1996). L'âge de début se situe vers 20 ans. Une augmentation de l'incidence est observée avec l'âge, le TAG est le trouble anxieux le plus fréquent chez le sujet âgé. Il touche environ 5 % de la population générale. Il est marqué par des phases actives et des phases de rémission. Deux fois plus de femmes que d'hommes sont touchées. Neuf fois sur dix, il s'associe simultanément à un autre trouble psychologique ou survenu à d'autres périodes de la vie. La dépression est la complication la plus fréquente. Le patient consulte très fréquemment en médecine générale, beaucoup moins en psychiatrie.

Ce qu'il faut rechercher

La principale caractéristique clinique du TAG est d'ordre cognitif : le souci associé à des manifestations physiologiques dominées par la tension musculaire. Les soucis sont des préoccupations très proches de

celles quotidiennes (travail, santé, proches, réussite, etc.), mais décrits comme incontrôlables, ce qui distingue le TAG d'autres formes d'anxiété considérées comme normales ou modérées (Sauteraud, 1995).

L'inquiétude présente les caractéristiques suivantes :

- elle est permanente : elle survient très souvent dans la journée ou presque tous les jours ;
- elle est durable : elle est présente depuis au moins 6 mois ;
- elle est incontrôlable : elle envahit l'esprit du patient, qui ne peut se raisonner ;
- elle porte sur au moins deux thèmes différents (et non sur une seule préoccupation très spécifique) ;
- elle appartient à des domaines de la vie quotidienne qui concernent le patient ou ses proches : santé (maladies, accidents, etc.), argent (risques de difficultés financières), travail (ou études), famille (ou relationnel) ou autre, comme le fait d'être en retard à un rendez-vous, etc.

Trois différents signes physiologiques ou psychiques doivent s'associer au souci :

- sensation de tension ou d'agitation intérieure, tension musculaire ;
- asthénie, voire épuisement ;
- difficulté de concentration, irritabilité, insomnie.

Diagnostic différentiel

Dans le trouble obsessionnel compulsif, les ruminations et les pensées obsédantes ne se limitent pas à des thèmes de la vie quotidienne mais tranchent par leur caractère souvent absurde et exagéré. Lorsque la préoccupation est limitée aux problèmes de santé et que le sujet ne craint pas de façon exagérée d'autres domaines de la vie, le diagnostic s'oriente plus vers une somatisation. L'anxiété de l'hypochondrie est centrée sur la crainte (parfois la conviction) d'avoir un problème de santé grave auquel on ne peut échapper : cancer, maladie chronique, etc. Les autres domaines de la vie n'apparaissent pas comme des sources d'anxiété pathologique comme dans l'anxiété généralisée. Dans le cadre d'une anxiété induite, ou secondaire, par des problèmes organiques, si un de ces facteurs a initié et maintenu l'anxiété, le TAG ne peut être diagnostiqué.

Traitement médicamenteux

Si auparavant, le dépistage d'une anxiété généralisée conduisait à la prescription d'une benzodiazépine, cette pratique doit être aujourd'hui évitée. En effet, il est indispensable de distinguer une prescription symptomatique ponctuelle ou de courte durée (anxiolytiques) d'un traitement de l'épisode d'anxiété généralisée sur le plus long terme. Les antidépresseurs apparaissent aujourd'hui comme le traitement de choix

de l'anxiété généralisée. Actuellement, deux antidépresseurs, la paroxétine (Deroxat®, Divarius®) et la venlafaxine (Effexor®) possèdent l'indication en France. Le traitement médicamenteux est prescrit pour une durée assez longue, au moins 6 mois, pour éviter les rechutes assez fréquentes qui surviennent au cours de l'évolution du trouble anxieux généralisé (Anaes, 2001). Le traitement prolongé pose la question de la surveillance et de l'arrêt des antidépresseurs qui n'est pas sans poser de problèmes.

Dans certains cas, l'association à un anxiolytique benzodiazépinique peut être utile pour soulager une anxiété massive et résistante. Cette prescription doit dans tous les cas être contrôlée au maximum afin de ne pas la banaliser ou de favoriser la dépendance. Il en est de même pour la prescription d'hypnotiques qui peut s'avérer nécessaire dans certains cas. Du fait du caractère chronique de l'anxiété et du taux élevé de rechutes à l'arrêt des médicaments, les alternatives psychologiques doivent être systématiquement proposées et associées.

Modèle cognitif du trouble anxieux généralisé (TAG)

Le modèle TCC actuel du TAG est basé sur le rôle du souci dans l'évitement cognitif et des dérèglements émotionnels (pour revue, voir Behar *et al.*, 2009). Le patient souffrant de TAG utilise le souci pour réduire et contrôler les images déplaisantes et les manifestations somatiques (Borkovec *et al.*, 2001). Le fait que les événements redoutés surviennent très rarement et que le souci réduit l'émotion conduit à une mise en mémoire et un renforcement du souci. Dugas et Ladouceur vont dans le même sens de l'évitement cognitif mais leur modèle laisse une place centrale à l'intolérance à l'incertitude. L'inquiétude est en rapport avec le fait de mal tolérer les événements à venir indépendamment de leurs conséquences. L'intolérance favorise le développement des croyances erronées à l'égard des inquiétudes, puis nuit au processus de résolution de problèmes et enfin contribue à l'évitement cognitif. Ces trois effets participent à l'apparition, à l'évolution et au maintien des inquiétudes excessives et incontrôlables. Pour ces auteurs, l'intolérance à l'incertitude est une caractéristique importante et spécifique du TAG sur laquelle se base la procédure thérapeutique TCC qu'ils proposent (Ladouceur et Dugas, 1999). Plus récemment, le modèle de Wells met en avant le rôle des méta-cognitions, c'est-à-dire les croyances au niveau des soucis. Le modèle distingue les soucis de type I et les soucis de type II. Le souci de type I est centré sur le danger et renforcé par le souci de type II centré sur le souci lui-même : « si j'arrête de me soucier, l'événement ne risque-t-il pas d'arriver ? » (Wells et Carter, 1999). Ces modèles cognitifs ont été complétés par l'approche basée sur les émotions (Mennin *et al.*, 2004). Les patients souffrant de TAG

présentent un hyperéveil physiologique et un niveau émotionnel élevé concernant les émotions positives mais surtout les émotions négatives. Ils ont une moins bonne compréhension de leurs propres émotions et développent des attitudes négatives envers les émotions (perçues comme des menaces) qui aggravent l'état émotionnel (souci excessif, tentative de suppression) renforçant le cercle vicieux.

À partir de ces différents modèles, on peut proposer différentes modalités thérapeutiques (pour revue Behar *et al.*, 2009) :

- information et éducation basées sur les différents modèles ;
- thérapie cognitive du souci :
 - auto-évaluation du souci : auto-évaluation des situations externes, des pensées, des sensations, des réactions physiologiques et des comportements, des croyances à propos du souci, *monitoring* journalier du souci et de ses conséquences,
 - restructuration cognitive pour faciliter une flexibilité dans les modes de pensée,
 - désensibilisation par autocontrôle utilisant différentes méthodes (confrontation en imagination) pour acquérir une méthode de *coping* ;
- exposition au contenu du souci par imagerie guidée : contrôle par stimulation graduée en établissant des horaires et lieux spécifiques pour ruminer.

Prise en charge

La prise en charge de l'anxiété généralisée est une démarche globale de soin intégrant un temps d'information et souvent un suivi plus ou moins prolongé. Il constitue le seul trouble anxieux pour lequel des recommandations ont été proposées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) aujourd'hui remplacée par la Haute Autorité de santé (HAS).

Recommandations Anaes : principes de stratégie thérapeutique dans le trouble anxieux généralisé de l'adulte (2001)

Les mesures générales incluant les règles hygiéno-diététiques, c'est-à-dire la réduction de prise de café, l'arrêt de l'alcool et du tabac, la pratique régulière de l'exercice physique (grade A) et une psychothérapie non spécialisée, sont indispensables.

Les psychothérapies structurées, en particulier les thérapies cognitives et comportementales, en fonction de leur accessibilité et du choix du patient, doivent être recommandées par rapport aux traitements médicamenteux (grade A).

La durée de traitement du TAG est de 6 mois au moins. Quelles que soient les modalités de traitement, une évaluation est recommandée 1 à 2 semaines après la première consultation puis toutes les 6 semaines.

Parmi les traitements médicamenteux, plusieurs options sont possibles :

- les benzodiazépines (grade B) dont la prescription ne peut être envisagée que sur une courte durée, de 12 semaines au maximum, incluant la période de sevrage progressif ;

- la venlafaxine LP (grade A) ou la bupirone (grade A) ;

- l'imipramine (grade B) ou la paroxétine (grade B).

Les formes modérées de TAG peuvent bénéficier d'un traitement par hydroxyzine (grade B) ou de la phytothérapie par Euphytose® (grade B). La combinaison de l'acupuncture à la thérapie comportementale est une alternative (grade C).

En cas d'anxiété associée à un trouble de la personnalité, la thérapie cognitive (grade C) ou la thérapie psychanalytique sont conseillées, en fonction des attentes du patient.

La combinaison du traitement médicamenteux à la thérapie cognitivo-comportementale ou à la psychothérapie psychanalytique constitue une alternative selon les experts.

Chez le sujet âgé, le traitement du TAG est peu documenté. Le risque de toxicité des traitements médicamenteux est majoré (grade B). La prescription à une demi-dose des benzodiazépines est recommandée. Leur usage dans ce groupe d'âge doit être limité en raison du risque de chute (grade B). Les thérapies cognitivo-comportementales ou la thérapie non directive de Rogers sont conseillées seules (grade C) ou associées à un anxiolytique. Une activité physique régulière est recommandée. La prise en charge par l'entourage et le soutien social sont indispensables.

Chez l'alcoolique, il est indispensable de réévaluer le TAG après obtention de l'abstinence ou d'une tempérance avant d'envisager un traitement complémentaire. Il est recommandé d'éviter les benzodiazépines hors sevrage thérapeutique. Le risque de sensation vertigineuse sous bupirone limite son indication chez l'alcoolique. En plus du soutien psychosocial au long cours, l'hydroxyzine peut être conseillée. Les thérapies comportementales sont recommandées en fonction de leur accessibilité, de leur faisabilité et du choix du patient.

Grade des recommandations :

- grade A : preuve scientifique établie (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision établie sur des études bien menées) ;

- grade B : présomption scientifique (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes) ;

- grade C : faible niveau de preuve scientifique (études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, série de cas, études épidémiologiques descriptives transversales ou longitudinales).

Organiser une TCC

La prise en charge de l'anxiété généralisée est avant tout psychologique. L'information-éducation est indispensable. Des techniques simples de gestion du stress et de l'anxiété peuvent être indiquées au patient.

Fiche patient : l'anxiété généralisée*

Qu'est-ce que l'anxiété généralisée ?

L'anxiété généralisée est une maladie anxieuse, que l'on pourrait encore appeler « maladie des inquiétudes ». Elle se caractérise en effet par une tendance à se faire un souci excessif et incontrôlable à propos de tous les aspects de la vie quotidienne, et à imaginer systématiquement que le pire pourrait arriver : si un proche est en retard, on pense tout de suite à un accident grave ; si un enfant travaille mal à l'école, on l'imagine devenir chômeur ou délinquant ; si l'on a une angine, on se voit mort, etc.

Quels sont les principaux symptômes ?

À côté de ces soucis envahissants, pénibles, et difficiles à oublier ou à contrôler, d'autres manifestations sont souvent retrouvées : la difficulté à « tenir en place » ; l'impression d'être toujours sous pression, survolté, à bout ; une irritabilité excessive par rapport aux petites contrariétés quotidiennes ; une tension musculaire pénible ; un sommeil perturbé ; des problèmes de concentration ou de mémoire, etc.

Qu'est-ce qui est normal et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Votre médecin connaît bien l'anxiété généralisée et saura répondre à cette question. En résumé, on considère qu'on ne peut parler d'anxiété-maladie que si suffisamment de symptômes sont présents, si les soucis sont une manière de réagir constante (durant au moins 6 mois d'affilée) et s'ils entraînent une souffrance et un handicap nets dans votre quotidien. L'anxiété généralisée est une maladie assez fréquente, qui concerne entre 1,5 et 4 % des adultes selon les études.

Comment s'explique l'anxiété généralisée ?

Les mécanismes psychologiques de l'anxiété généralisée sont aujourd'hui assez bien connus : les hyperanxieux ne supportent pas l'incertitude, et dès que quelque chose n'est pas sûr, ils imaginent immédiatement un scénario catastrophe. Ils peuvent ainsi se faire du souci pour tout, pas seulement par rapport aux événements négatifs (comme une maladie d'un proche ou un problème d'argent), mais aussi positifs : un départ en vacances va leur faire songer aux risques d'embouteillage, de cambriolage, d'incendie en leur absence, etc. Les causes de l'anxiété généralisée sont moins clairement définies : on pense qu'il existe une fragilité en partie d'origine génétique, qui peut être aggravée par certains styles éducatifs (parents eux-mêmes très anxieux ou bien froids mais hyperprotecteurs) ou par certains événements de vie (maladies ou séparations dans l'enfance).

* D'après l'AFTAD (Association française des troubles anxieux et de la dépression), téléchargeable en intégralité sur le site Internet www.anxiete-depression.org

Chacun de ces modèles a donné lieu à des études contre liste d'attente mais n'ont pas été comparés de sorte qu'il est difficile de dire que l'un est plus efficace et recommandé. Ces modèles ont l'intérêt d'enrichir les TCC proposées initialement à partir du modèle de Beck. En pratique,

on s'oriente vers des modules intégratifs ou certains éléments peuvent être proposés aux patients afin de voir ce qui peut le mieux correspondre à la fois à sa problématique et à sa représentation et sa compréhension du problème. Le choix d'une technique par rapport à une autre est encore mal défini, cependant certains éléments que nous avons vus de l'analyse fonctionnelle et de différents profils « cognitif », « somatique », « émotionnel » pourraient être intéressants pour guider le clinicien même si ces propositions ne sont pas encore validées par des études scientifiques. Quoiqu'il en soit, il apparaît dans le TAG comme pour le chapitre des troubles de l'adaptation que compte tenu de la grande complexité du trouble et l'intervention de nombreux facteurs internes et externes, une boîte à outil thérapeutique semble mieux adapté qu'un protocole très structuré comme dans le trouble panique et les phobies.

Thérapie cognitive du souci

La thérapie cognitive dans l'anxiété généralisée est plus difficile que pour les paniques ou les phobies. Le patient doit tout d'abord adhérer à des modèles qui reposent sur le souci.

Les ruminations sont centrées sur des faits réels à venir mais aussi sur des faits hypothétiques relevant des dangers habituels de l'existence. Il existe une projection importante sur les faits à venir qui constituent une incertitude (« personne ne peut me dire ce qui arrivera ») et une logique centrée sur une exacerbation de la menace et du danger (« le pire est certain »). Des comportements (procrastination, réassurance, vérifications, etc.) renforcent également l'évitement en réduisant l'anxiété en rapport avec une éventualité menaçante. Quelle que soit l'issue, ces stratégies sont auto-renforcées (« si rien ne se passe, j'ai raison d'agir ainsi ; si quelque chose se passe, j'ai raison de me méfier »).

La TCC propose un postulat de changement de logique d'acceptation du risque (« la peur n'évite pas le danger »). Les pensées dysfonctionnelles sont modifiées par la technique cognitive habituelle utilisant la résolution de problèmes. Les principaux types d'erreurs concernent la surestimation de la probabilité de survenue d'un événement négatif et l'évaluation d'un événement mineur comme potentiellement menaçant. Ensuite, la remise en question de l'utilité du souci est abordée avec le patient (à quoi sert-il de s'inquiéter ?).

Le souci, phénomène normal, sous sa forme pathologique est déclenché pour des événements anticipés et pas seulement pour des événements réels. De caractère exagéré et incontrôlable, il est un ensemble de pensées et d'idées accompagnées d'une sensation d'appréhension et d'anxiété. Il est très difficile à contrôler et empêche de raisonner autrement.

Il ne s'agit pas de nier la légitimité du souci mais de proposer de le repérer de façon active et de mettre en relation le souci et l'anxiété. Il est proposé au patient de rechercher :

- les situations ou circonstances qui déclenchent le souci. De très nombreux déclencheurs peuvent se produire tout au long de la journée, certains mineurs (entendre sonner à la porte ou le téléphone), certains concernant le patient (le départ d'un proche ou sortir de sa base de sécurité), d'autres le concernant moins directement (catastrophe dans les médias). Un souvenir, une émotion peuvent aussi servir de déclencheur ;
- le contenu du souci. Il peut concerner la survenue d'un problème ou d'une catastrophe redoutés, comme un accident ou une maladie mais également la peur d'échouer. Parfois, il s'agit d'inquiétudes d'apparences plus minimes : peur que les choses ne se passent pas bien, d'arriver en retard, ne pas être prêt à temps, de se sentir mal, etc. ;
- les comportements qui le maintiennent. Le souci inhibe un certain nombre de comportements et au contraire en renforce d'autres : ne pas oser entreprendre une action qui pourrait exposer à un risque pour ses proches ou soi-même, revenir sur les choses ou les décisions déjà prises, vouloir tout contrôler ou vérifier soi-même, rechercher la réassurance, toujours arriver très en avance aux rendez-vous ;
- les émotions. L'anxiété, souvent assez intense et envahissante, empêche le patient de se concentrer pleinement sur autre chose.

Cas clinique

Mise en évidence du souci

Il importe de mettre en évidence avec le patient la réaction en chaîne : à partir d'un événement d'apparence anodin, comme une discussion où l'on est amené à parler d'un accident de voiture, une mère de famille en vient à penser à sa fille qui part en classe verte et à qui il pourrait arriver quelque chose. Les images sont souvent moins présentes que les pensées qui ne sont elles-mêmes parfois pas abordées directement tellement il existe un évitement cognitif de ce qui est redouté. Par exemple, cette mère dira en pensant qu'elle pourrait être agressée : « Avec tout ce qui se passe, j'ai peur qu'elle se trouve avec des adultes. » Les pensées se bousculent : « Et si le chauffeur buvait et s'il pleut ce jour-là, et si on la perdait lors d'une excursion, et si elle ne se plaît pas et qu'elle est malheureuse... »

Thérapeute : Que redoutez-vous pour votre fille durant ce voyage ?

Patient : C'est plus fort que moi, je ne peux m'empêcher de penser qu'il lui arrive quelque chose. Elle n'a pas l'habitude et si elle ne se plaisait pas je ne pourrai pas l'aider.

Thérapeute : Vous redoutez qu'elle ne se plaise pas sur le site du camp ?

Patient : Si ce n'était que ça mais il y a des choses plus graves, avec tous ces enfants qu'on enlève, je ne m'en remettrais jamais...

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous fait penser à des choses dramatiques comme cela ?

Patiente : Vous n'avez pas vu, hier encore à la télévision, cette petite fille qu'on a retrouvée. Maintenant, il y a même des annonces à la radio quand un enfant disparaît, je trouve cela très bien mais quand j'entends une annonce, je ne peux pas m'empêcher de penser à ma fille et de me demander s'il ne lui est rien arrivé à l'école.

Thérapeute : Tout cela est bien normal de votre part, mais vous arrive-t-il souvent de vous faire du souci et après de vous dire que cela n'a servi à rien ? Qu'on ne peut être tout le temps à attendre que quelque chose arrive. C'est un peu se gâcher la vie. Êtes-vous d'accord que toutes ces pensées sont en rapport avec votre inquiétude et que vous êtes anxieuse ?

Patiente : Bien sûr, Docteur, mais je ne sais pas si je pourrai changer, cela fait tellement de temps que je suis comme cela.

Thérapeute : Vous pouvez atténuer ces pensées, moins anticiper, moins laisser les soucis vous envahir, mais je propose tout d'abord que vous essayiez de repérer ce qui déclenche ces pensées. Réfléchissez aussi à de petites choses qui arrivent dans la semaine et notez-les sur ce petit carnet en essayant de bien inscrire les phrases que vous vous êtes dites en vous-même et ce que vous avez ressenti.

À partir de cette première reconnaissance du souci, le patient est amené à discuter de ses croyances afin de mettre en question l'utilité du souci.

Certaines propositions avancées par le patient peuvent paraître exagérées ou concerner des événements anodins, comme, dans le cas ci-dessous, redouter d'arriver en retard au travail. Il est alors possible d'aborder une discussion des pensées selon la technique socratique habituelle :

Thérapeute : Est-ce déjà arrivé ?

Patient : Non, mais ce n'est pas une raison.

Thérapeute : Est-ce que ce serait grave ?

Patient : Je ne sais pas et je ne veux pas que cela m'arrive.

Thérapeute : Quelle pourrait être la conséquence ?

Patient : Qu'on me mette dehors peut-être.

Thérapeute : Combien de personnes ont été licenciées dans votre entreprise parce qu'elles sont arrivées en retard ? Peut-être que quand vous êtes dans le train, comme vous m'avez dit, vous ruminez tout le temps. Vous pourriez peut-être revoir les choses comme nous venons de le faire. Tout d'abord, pouvez-vous situer le fait d'être en retard dans tout ce que vous redoutez ? Est-ce la chose que vous redoutez le plus et dites-moi s'il y a des choses qui vous causent plus de soucis ?

Patient : Bien sûr, il n'y a pas mort d'homme et je sais qu'au pire, je me prendrai un savon. Je vois bien ce que vous voulez me dire mais depuis que je viens vous voir, j'essaie de me dire que ce n'est rien mais je n'y arrive pas.

Thérapeute : Ce n'est pas rien mais ce n'est pas si grave que cela, et de toute façon ruminer comme vous le faites ne sert à rien. Vous allez essayer de vous dire cela quand vous serez dans cette situation : "Je peux arriver en retard, c'est la première fois et je risque seulement de prendre une réprimande." Dans certains cas, le simple fait de raisonner ainsi aide à se libérer des pensées ou empêche en tout cas de ruminer en boucle.

Patient : Je vais essayer, Docteur. Et comme vous me l'avez dit, je vais essayer de tout noter pour la prochaine fois.

On voit comment il est souvent difficile de modifier les pensées automatiques, même dans l'exemple ci-dessus, pour un événement qui n'a pas de conséquences catastrophiques. Pour des pensées concernant des risques graves, il n'est pas toujours facile de se raisonner car l'infime possibilité qu'il arrive quelque chose est intolérable. De plus, un fait avéré est que la tentative de chasser des pensées conduit paradoxalement à une augmentation des pensées.

La technique classique cognitive peut être utilisée mais d'autres approches peuvent la compléter. D'autres modèles sont proposés au patient et notamment le postulat que l'anxiété généralisée est en partie liée à des croyances erronées concernant le souci :

- les croyances erronées à propos du souci en lui-même : s'inquiéter permet de trouver des solutions, peut éviter que le problème survienne ; il vaut mieux s'inquiéter d'un petit problème afin que quelque chose de grave ne survienne, il s'agit de la façon de faire (facette de leur personnalité) ;
- les croyances erronées à propos du fait de se soucier : je ne dois pas penser à la maladie, cela va finir par m'arriver ; les soucis me préparent si le pire arrive ; si je n'y pense pas et que le pire arrive, je me sentirais responsable ; les soucis m'aident à contrôler mon anxiété.

Cas clinique

L'exposition aux pensées

L'exposition graduée aux pensées est basée sur le même principe que l'exposition aux situations redoutées dans le traitement des phobies, moins souvent utilisée et un peu plus complexe. Elle se fait le plus souvent en imagination. Prenons l'exemple d'une patiente dont le souci est centré sur la peur d'un accident en l'absence de nouvelles de son conjoint.

Thérapeute : Prenons cette situation précise que vous avez notée dans votre carnet où votre mari était en déplacement pour la journée et que vous l'attendiez et commenciez à vous préoccuper si quelque chose était

arrivée. Nous allons reprendre exactement les termes que vous avez utilisés : "Je l'appelais et je tombais sur la messagerie. J'ai laissé au moins quatre messages. À la fin, je me suis même énervée contre lui en me disant qu'il savait bien que j'allais l'appeler et qu'il aurait pu laisser son téléphone ouvert. Je me suis dit qu'il y avait certainement des embouteillages car on était vendredi soir, puis qu'il avait pu tomber en panne car son patron lui avait laissé une nouvelle voiture, mais au fond de moi c'est l'accident que je redoutais, pas un simple accrochage mais un accident grave, et peut-être qu'il était dans l'ambulance ou en train d'attendre des secours."

Patiente : Rien que d'évoquer cela, j'ai des frissons et je repense à un déplacement professionnel que mon mari doit faire et il doit prendre l'avion.

Thérapeute : Centrez-vous bien sur cette scène. Installez-vous confortablement dans votre chaise comme quand nous faisons les exercices de relaxation et concentrez-vous plutôt sur cette possibilité d'un retard alors que votre mari est en déplacement. Vous êtes d'accord ?

Patiente : Oui. (*La patiente reprend sa position sur son siège et se concentre.*)

Thérapeute : Quelle est la marque de cette nouvelle voiture ? Comment est habillé votre mari ? Comment est son portable ? Quelle musique écoutait-il ? Fixez votre attention sur lui à ce moment précis, sur le fait que son téléphone soit fermé, qu'il ait oublié de le rallumer parce qu'il pense à votre soirée par exemple. Centrez-vous sur cette image. Constatez qu'il a éteint son portable alors que vous l'appellez. Que ressentez-vous à ce moment précis ?

Patiente : Je lui en veux. Alors que je m'inquiète, il est là en train d'écouter de la musique tranquillement. Il ne lui viendrait pas à l'esprit de penser à moi.

Thérapeute : Acceptez-vous plus cette éventualité et pouvez-vous repenser à cette scène avec moins d'émotion maintenant ?

Patiente : Oui, je ne ressens plus de colère et d'inquiétude parce que je sais quelque part qu'il ne lui est rien arrivé.

Thérapeute : Très bien. Prenons maintenant une autre image et imaginons une panne. Votre mari est sorti de la voiture, il est en train d'appeler un garage et vous, vous tombez sur sa messagerie. Essayez de bien visualiser cette scène et dites-moi ce que vous ressentez ?

Patiente : C'est curieux mais je suis moins angoissée de savoir qu'il y a quelque chose de pas trop grave que de ne pas savoir. Comme si j'acceptais plus les choses, je rumine moins, je suis plus disponible pour penser à autre chose.

Commentaire : la simple lecture et la remémoration du scénario déclenchent chez certains patients une montée d'angoisse. Il est alors invité à se fixer plus précisément sur une partie du scénario en utilisant une hiérarchie : par exemple, le mari dont la voiture est en panne attend la dépanneuse,

puis il a un accrochage, voire un accident. Dans cet exercice, il n'est pas nécessaire de rediscuter la réalité de l'événement et sa probabilité de survenue. L'objectif est de permettre de « métaboliser » l'émotion associée au souci pour diminuer les inquiétudes utilisées par le patient comme stratégie d'évitement. Il n'est pas non plus utile de « pousser le scénario » jusqu'à un événement dramatique comme la mort. Il est possible, par exemple, dans cette hiérarchie d'envisager la panne, l'accrochage et être blessé et recevoir des soins. Le patient associe de lui-même les éventualités et balaye toutes les possibilités. Il importe de bien mettre en lumière la montée de l'angoisse et la diminution des soucis. Le retour au niveau de base permet d'apprendre à se recentrer sur d'autres pensées.

On peut également utiliser les techniques de relaxation pour l'exposition avec, par exemple, des techniques de visualisation d'une scène entrecoupée d'un retour au calme. L'objectif de l'exposition n'est pas de rediscuter mais plus de permettre une habitude de l'émotion anxieuse conduisant à une réduction des ruminations laissant ainsi l'esprit à d'autres pensées et à d'autres activités inhibées par les soucis.

Thérapie du « souci du souci »

On ne travaille pas sur le souci qui est déclenché par le problème mais sur les croyances que le sujet développe au sujet du souci. La thérapie va être dirigée vers le fait de faire prendre conscience au sujet qu'il considère utile de se soucier et qu'il perçoit le souci comme dangereux et incontrôlable ce qui le conduit à chercher par la pensée à le supprimer ou l'éviter et à développer des comportements qui s'avèrent en fait inutiles pour résoudre le vrai problème (celui du souci de type 1).

Cas clinique

Mise en évidence des métasoucis (soucis de type 2 et des métacroyances)

Thérapeute : Votre anxiété peut être due au fait de plus se soucier de la façon d'écarter ou de ne pas penser à vos soucis et vous pouvez passer du temps à vous soucier d'autre chose que ce qui a déclenché vos ruminations.

Patient : Je sais que je rumine beaucoup, mais ce n'est pas simple de savoir sur quoi.

Thérapeute : Je vais essayer de vous aider à réfléchir sur ce point. Tout d'abord d'une façon générale, pensez-vous que vous soucier soit utile ?

Patient : Non, nous en avons déjà parlé, je me rends compte maintenant que je rumine et que cela ne m'aide pas.

Thérapeute : Prenons l'exemple de votre futur déménagement dont vous m'avez parlé.

Patiente : Oh oui, il m'arrive d'y penser toute la nuit.

Thérapeute : Alors que vous dites-vous ?

Patiente : Si j'ai fait le bon choix, si mes enfants vont se plaire, combien de temps va mettre mon mari pour aller au travail, si je vais trouver mes marques, j'espère ne pas découvrir de malfaçons, si j'ai fait le bon choix, je pense aussi à l'investissement important, si nous allons pouvoir couvrir toutes les charges, j'arrive aussi à penser à mon travail qui ne me plaît plus, mais si je le perdais, je ne sais comment on ferait, et je me demande ce que je pourrais faire comme nouveau travail, s'il ne vaudrait pas mieux que j'arrête de travailler, mon mari me dit de continuer que je ne suis pas si mal, il a raison...

Thérapeute : Donc vous pensez aussi à votre travail, que vous dites-vous à ce sujet ?

Patiente : Plein de choses, je m'interroge sur ma valeur, si j'ai fait le bon choix, je me compare à mes amies.

Thérapeutes : Vous voyez que parfois votre esprit s'égare et se fixe sur complètement autre chose que le premier souci qui vous inquiète le déménagement, cela vous amène à vous questionner sur vous-même à vous dévaloriser, un peu comme pour échapper sans vous en rendre compte à votre premier questionnement.

Patiente : Je commence à comprendre, mais que faut-il faire ?

Thérapeute : Pour l'instant juste de vous rendre mieux compte que vos ruminations parfois s'éloignent du problème et donc ne sont pas très utiles. Certaines personnes pensent à autre chose pour ne pas penser à leurs soucis pour les enlever de la tête. Et vous ?

Thérapies basées sur le modèle de l'acceptation et des émotions

Différentes techniques peuvent être proposées pour agir sur les émotions que ce soit des techniques d'observation et de pleine conscience, d'acceptation (*cf.* encadré ci-dessous), d'induction d'émotions par suggestion ou autosuggestion, visualisation : imagerie guidée (Servant, 2009 ; Monestes et Villatte, 2011).

Modèle de l'acceptation du TAG

Roemer et Orsillo (2002) ont établi, à la fois sur le modèle de Hayes de l'évitement expérientiel et le modèle de Borkovec, un modèle du TAG fondé sur l'acceptation. Quatre éléments sont décrits :

- l'expérience interne ;
- une relation problématique avec l'expérience interne (pensée, sensation, sensations corporelles). On décrit deux aspects : une réaction négative à l'expérience interne (pensées négatives concernant la survenue de l'émotion,

métacognitions, peur de la peur) et une fusion avec l'expérience interne qui correspond à la croyance que cette réaction négative est permanente et définitive ;

- l'évitement expérientiel du souci au sujet d'événements futurs ou soucis sur des sujets mineurs pour éviter des sujets plus graves ;
- une restriction des comportements d'action ou d'activité du sujet (passer du temps en famille) ce qui diminue la conscience du moment présent. Le but de la thérapie est de promouvoir des actions de valeur plus que de réduire des expériences internes comme l'anxiété.

Exercices de pleine conscience et d'acceptation

Ils consistent à prendre pleinement conscience des expériences vécues moment après moment sans jugement de valeur. Il pourra nommer ses expériences ce qui permettra de défluer les sentiments et les ressentis du sujet à propos de ses expériences internes (Monestès et Villatte, 2011).

Changement comportemental et actions

On demande au sujet de définir ses valeurs et de positionner ses actions par rapport à ses valeurs, le patient s'engage à augmenter la conscience entre les comportements actuels et ses valeurs. Ainsi avec l'aide du thérapeute, le patient va évaluer les actions de valeur dans lesquelles il peut s'engager et les auto-évaluer dans le but d'en augmenter la fréquence.

Thérapie centrée sur les émotions

- Éducation sur les émotions : comment les émotions jouent un rôle dans nos prises de décision et nos relations interpersonnelles.
- Entraînement aux compétences émotionnelles : prise de conscience des émotions et nouvelles stratégies face aux émotions par une prise de conscience et une exposition plutôt que des stratégies d'évitement qui en fait ne font que pérenniser les émotions négatives.
- Reconnaître ce qui déclenche les émotions.
- Prise de conscience somatique de l'expression des émotions.
- Apprendre à distinguer les émotions (positive, négative, neutre).
- Mieux comprendre la signification des émotions.
- Les stratégies qui peuvent être mises en application pour mieux les contrôler.
- Exercices d'exposition expérientielles.

Ce qu'il faut retenir

Le modèle cognitif du TAG est basé sur un schéma anxieux centré sur la vulnérabilité et la perception d'une menace, la thérapie de Beck consiste principalement en une restructuration cognitive associée à de la relaxation musculaire progressive. Récemment, de nouveaux modèles ont été proposés fondés, sur le plan clinique, sur le rôle central des soucis et des dérèglements émotionnels dans l'anxiété généralisée. Il est fondé plus sur le rôle du souci que sur son contenu. Le souci est une production à contenu verbal (plutôt qu'un processus d'image mentale) qui passe par les pensées et qui inhibe les images mentales et l'activation physiologique et émotionnelle. Le souci est également renforcé par la croyance que le souci est utile et efficace pour résoudre le problème et permet de se protéger des événements futurs. Le fait qu'un événement négatif ne survienne pas renforce positivement le souci en confortant l'idée qu'il représente la procédure efficace. À partir d'une série de questions, le thérapeute met en évidence les pensées qui déclenchent l'épisode du souci, leur réaction à l'épisode et les tentatives pour contrôler le souci. Ensuite, il suggère la possibilité de modifier les croyances au sujet du souci. Des techniques de relaxation, telles que la relaxation musculaire progressive, la respiration diaphragmatique, la relaxation par imagerie et des thérapies centrées sur les émotions, comme la focalisation sur le moment présent, l'acceptation et l'exposition expérientielle, complètent l'arsenal thérapeutique.

CHAPITRE 10

Thérapie du trouble
de l'adaptation avec anxiété

« *Le stress, c'est la vie.* »

H. Selye

Toute situation stressante est à des degrés variables potentiellement anxiogène. Il est utile d'être précis dans son emploi et de bien distinguer à quels stresseurs on se réfère.

Schématiquement, différents niveaux de stresseurs sont à distinguer :

- les sollicitations, pressions et tracas de la vie quotidienne (multiplicité des tâches, rythme accéléré, condition de vie, relations, etc.) ;
- les événements de vie positifs ou négatifs impliquant souvent un changement et mobilisant les capacités d'adaptation du sujet (domaines du travail de la famille et de la santé) variables selon leur intensité et leur durée ;
- les difficultés chroniques de la vie (conflit avec un proche, maladie chronique, etc.) ;
- les événements traumatiques et les épreuves de vie (accident, agression, séparation, etc.).

L'anxiété réactionnelle suit une évolution variable selon les stresseurs, le contexte et les sujets et, dans un processus adaptatif, finit par se dissiper et permettre au sujet de reprendre un niveau de bien-être et de fonctionnement satisfaisant. Dans certains cas, le sujet reste préoccupé par l'événement et ne parvient pas facilement à s'en détacher et présente des symptômes physiques, émotionnels et comportementaux qui entraînent un niveau de gêne important voire de handicap, on parle alors de trouble de l'adaptation avec anxiété.

Trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA)

Cas clinique

Madame Nicole G., 52 ans, consulte pour une insomnie et des manifestations cardiorespiratoires qu'elle attribue à un déséquilibre de son hypertension artérielle. Elle se plaint également d'une tension interne et d'une réactivité émotionnelle aux contrariétés du quotidien. Elle évite de sortir dans la rue et ne veut pas rencontrer du monde. Elle préfère qu'on la laisse tranquille. Elle est en arrêt de travail depuis 3 semaines. Le niveau d'anxiété devient de plus en plus important entraînant une fatigabilité, une difficulté de concentration et un état d'hyperexcitabilité somatique (tachycardie et vertiges). Elle évoque au cours des entretiens un problème au travail qui « l'empêche de dormir ». Elle travaille dans une administration d'une petite ville et est, en fait, en conflit avec son directeur qui lui demande de muter de bureau. « Il veut que je parte pour embaucher une plus jeune. » Elle n'arrête pas de ruminer, elle a l'impression que ses collègues ne la soutiennent pas. Elle redoute de sortir de chez elle car elle craint de ne pas pouvoir se contrôler si elle rencontre une collègue qui lui demanderait comment elle va. Elle est partagée entre un sentiment d'injustice et le fait d'être en arrêt de travail, d'être inutile. On ne retrouve aucun trouble anxieux ou dépressif dans les antécédents. Elle reconnaît « être minée » par cette histoire et surtout ne pas savoir comment s'en sortir. Elle n'a aucune nouvelle de son travail et ne peut s'empêcher d'y penser même quand ses enfants viennent la voir, elle rumine à ce sujet.

Son directeur lui a fait comprendre qu'il faudrait qu'elle laisse sa place et qu'elle fasse autre chose. Mais, elle ne peut l'accepter. Elle redoute de ne pas retrouver d'emploi et elle n'acceptera pas de changer de service car elle n'a pas démérité. Il lui faut du temps pour s'adapter à l'informatique mais elle a toujours bien fait son travail. Même si elle voulait changer, elle ne pourrait pas. Dès qu'elle y pense, elle a une boule dans la gorge et l'impression d'étouffer, elle est prise d'une grande angoisse.

Cas clinique

Monsieur Leblanc, commerçant, 63 ans, se plaint d'une tension anxieuse constante et de douleurs thoraciques qui l'inquiètent beaucoup. Il y a un an, il était en vacances chez sa fille et il faisait très chaud. Il a ressenti les premières douleurs la nuit et a pensé qu'il avait une indigestion. Il s'est levé en pleine nuit pour aller aux toilettes et a ressenti de violentes douleurs. Il a tout de suite pensé à son frère, mort subitement l'année précédente. Il a été hospitalisé et une sténose serrée de l'IVA mise en évidence a été stentée avec de bons résultats angiographiques. Une nouvelle épreuve d'effort vient d'être réalisée qui est maximale négative. « Je n'arrive pas à

me détendre, même le week-end. Quand je pense à tout le stock que j'ai en réserve il va bien falloir l'écouler. De toute façon ce n'est pas dans ma nature, je suis un actif. J'ai vu de nouveaux fournisseurs et je veux investir dans des produits qui viennent tout juste de sortir. Il faut avancer pour gagner sinon on coule. Ma femme ne me comprend pas. Elle ne se rend pas compte qu'elle m'empêche de travailler. Elle s' imagine que c'est facile mais il a fallu que je me batte pour en arriver là. Elle veut que je vende mais je ne vais pas brader sinon je continue encore quelques années. Je ne sais vraiment pas quoi faire. » Madame Leblanc insiste pour venir à la consultation avec son mari. « Il est très stressé, Docteur. C'est surtout avec le magasin, je lui avais bien dit de le vendre il y a 2 ans, on nous avait fait une belle proposition. Mais maintenant, c'est autre chose. Alors, il s'énerve contre moi, je n'y suis pour rien. Il pensait que le fils allait continuer mais il a voulu faire de l'informatique. Tout ça, Docteur, ça turbine dans sa tête. Il a réduit sa consommation tabagique à dix cigarettes par jour depuis son hospitalisation. Je lui dis qu'il faut se détendre mais il m'envoie promener. C'est comme pour le tabac, je n'ose rien lui dire, il dit que cela le détend et que par rapport à avant où il fumait plus d'un paquet par jour il y a du progrès. Vous ne pouvez pas l'aider à arrêter de fumer, Docteur. »

Ce qu'il faut savoir pour le diagnostic

Le TAA est certainement un des troubles anxieux les plus fréquents, surtout en médecine générale. Il se manifeste par un état anxieux clairement consécutif à un événement de vie stressant, datant de moins de 6 mois. Les événements les plus fréquents concernent le travail et la santé.

L'anxiété secondaire disparaît à distance de l'événement. Le TAA peut parfois se confondre avec l'anxiété généralisée, mais l'anxiété y est plus intense, plus envahissante et concerne des événements pas seulement réels mais redoutés et anticipés.

Ce qu'il faut rechercher

Les éléments suivants sont à rechercher :

- une anxiété excessive. Signes psychiques (appréhension, inquiétudes, ruminations, troubles de concentration, difficultés d'organisation), et/ou signes somatiques (neurovégétatifs, cardiovasculaires, digestifs, douleurs), et/ou signes physiologiques et comportementaux (instabilité motrice ou inhibition, logorrhée, irritabilité ou impatience envers les autres, troubles du sommeil, de l'appétit) ;
- un contexte d'événements perturbateurs récents (moins de 3 mois avant l'apparition des signes) en cours, ou disparu depuis moins de 6 mois : changement dans l'environnement professionnel, augmentation de la charge de travail, accident ou maladie du sujet ou d'un proche, événement

personnel positif ou négatif important, départ ou séparation d'un proche, travail ou lieu de vie soumis à des nuisances sonores ou autres, etc. ;

- un niveau de souffrance lié à l'anxiété excessif par rapport à la situation, et un retentissement sous forme de handicap dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire.

Diagnostic différentiel

Le TAA peut parfois se confondre avec l'*anxiété généralisée*, d'autant que le niveau d'anxiété peut être très intense, mais il est plus envahissant et concerne des événements pas seulement réels mais redoutés et anticipés.

Il convient d'évaluer les symptômes dépressifs et d'éliminer un état dépressif, le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive étant fréquent.

Traiter

Compte tenu du caractère transitoire du TAA, il convient de limiter la durée de prescription du traitement. Il n'existe pas d'indication officielle du TAA. On se réfère aux produits ayant un effet anxiolytique. L'Afssaps recommande de limiter l'utilisation des benzodiazépines en raison du risque d'effets secondaires et de dépendance à l'anxiété aiguë dans le strict respect des RMO. Les benzodiazépines seront prescrites dans les cas sévères en respectant toutes les précautions d'usage.

La prescription s'oriente vers des anxiolytiques non benzodiazépiniques. Deux produits ont été étudiés dans cette indication : l'étifoxine et la buspirone. L'étifoxine (Stresam®) dont le mécanisme d'action se situe au niveau des récepteurs GABA a montré une meilleure efficacité que la buspirone (Servant *et al.*, 1999).

L'Euphytose®, association d'aubépine, de ballote, passiflore et valériane, a également fait l'objet d'une étude comparative. Dans une étude de court terme sur 4 semaines, il améliore de façon significative, comparativement au placebo, l'état de patients présentant un trouble de l'adaptation avec anxiété (Bourin *et al.*, 1997).

Modèle TCC du TAA

Processus de l'inadaptation

Il n'y a pas, comme pour le TAG, de modèle TCC récent du TAA. La référence reste le modèle du *coping* de Lazarus qui soulignait déjà le rôle majeur de l'émotion dans la réaction au stress.

Face à la détresse émotionnelle, le sujet peut mettre en œuvre des stratégies plus ou moins adaptatives visant à la réduire. Classiquement dans le *coping* centré sur l'émotion, on cite la fuite dans l'alcool, le tabac, mais on pourrait aussi ajouter les ruminations comme dans le

modèle du TAG qui représentent une forme d'évitement émotionnel. Dans le TAA, les ruminations sont centrées sur l'événement actuel réel et non seulement anticipé et sur ses conséquences à plus ou moins long terme. Ces ruminations représentent un mode de réponse légitime à un problème mais dans le cas de l'inadaptation, elles deviennent une cible thérapeutique importante.

Le TAA est également caractérisé par un hyperéveil physiologique qui peut être trop intense, prolongé et à la longue entraîner un dérèglement pour revenir à un état basal.

La part comportementale est nécessaire et peut être plus ou moins fonctionnelle. L'hyperactivité, l'inhibition, certains éléments d'organisation, de gestion du temps, de communication et de façon plus générale de résolution de problèmes sont perturbés.

Enfin, les sentiments que développe le sujet face à la situation peuvent conduire à un conflit impliquant ses croyances et ses valeurs qui doivent être prises en compte dans l'accompagnement psychologique.

Organiser une TCC

Dans le TAA, la prise en compte du ou des événements de vie stressants et de leur contexte fait partie intégrante de la thérapie en plus de la réduction des symptômes anxieux.

L'identification d'un facteur de stress conduit à proposer une grille d'évaluation spécifique d'analyse fonctionnelle qui s'oriente particulièrement sur l'interaction stress-individu.

Il ne s'agit pas de faire simplement un repérage des événements et des stress incriminés mais aussi d'évaluer le contexte, la perception de la situation, les ressources disponibles... Certains domaines peuvent conduire à une évaluation spécifique comme la santé, les relations familiales et surtout le travail.

Analyse fonctionnelle des événements stressants de la vie : GRILLE SEREINA (Servant, 2011)

Méthode d'analyse :

- Se : Sentiment/Émotion ;
- Re : Ressources ;
- In : Interactions négatives ;
- A : Attentes.

L'étape préalable est l'identification du contexte stressant.

Plusieurs événements appartenant à différents domaines peuvent être source d'un TAA. Le travail est le domaine le plus souvent cité comme générateur de TAA. Souvent différentes sources sont évoquées par le patient. Le but est de repérer et de permettre au sujet de les hiérarchiser selon leur intensité et leur retentissement sur la vie quotidienne.

Vous sentez-vous stressé, anxieux de façon durable et gênante par un ou plusieurs événements survenus dans les trois derniers mois ? Identifiez à l'aide de ce tableau le ou les domaines, les événements et pour chacun la façon dont vous évaluez leurs conséquences :

Domaines source de stress	Événements	Évaluation : 1 : gérable ; 2 : problématique ; 3 : déstabilisant
Travail	- Problèmes relationnels - Risque de chômage - Pression	3
Famille/couple		
Santé des proches		
Conditions de vie	Environnement, habitat, problèmes financiers	1

Une fois le contexte stressant identifié, les différents éléments de la réponse au stress sont évalués :

- physiologiques :
 - tension musculaire,
 - signes du SNA (palpitations, dyspnée, tremblements vertiges, sueur...),
 - signes fonctionnels (transit, douleur, contracture, serrement, gêne),
 - insomnie (endormissement, sommeil agité...),
 - fatigue (physique et mentale),
 - tension intérieure ;
- cognitifs :
 - ruminations,
 - difficulté de concentration,
 - attention ;
 - distraction/évasion ;
- émotions :
 - peur/anxiété,
 - irritabilité/colère,
 - culpabilité,
 - tristesse.

Pour évaluer les différentes dimensions, un instrument simple d'évaluation de la réaction au stress peut être utilisé (tableau 10.1).

- sentiment :
 - injustice,
 - impuissance/résignation découragement,
 - perte de confiance en soi (en les autres),
 - d'être débordé et de ne pas pouvoir contrôler et maîtriser,
 - responsabilité,

- interactions négatives, comportements :
 - inhibition blocage,
 - mauvaise organisation et gestion du temps,
 - difficultés relationnelles,
 - baisse de la performance,
 - recours au tabac, à l'alcool ou des substances pour me calmer ;
- attentes :
 - mieux dominer les émotions négatives (anxiété, colère, culpabilité...),
 - contrôler des signes physiques du stress (respiration, battement du cœur...),
 - apprendre à me détendre et me relaxer,
 - réussir à moins ruminer, moins penser à ce qui m'inquiète,
 - développer des sentiments positifs (confiance en moi, sérénité, patience, respect des autres...),
 - mieux m'organiser savoir mieux gérer mon temps,
 - procéder plus méthodiquement pour résoudre des problèmes,
 - arriver à mieux communiquer et m'affirmer avec les autres,
 - accepter ce qui m'arrive pour réussir à passer à autre chose,
 - m'exposer à des situations ou des pensées que je redoute et que j'évite plutôt ;

TABLEAU 10.1. Échelle de réaction au stress – ERS (Servant, 2011)

Au cours de cette dernière semaine l'évocation ou la confrontation à une situation ou un contexte stressant de votre vie actuelle déclenche :	Jamais 0	De temps en temps 1	Régulièrement 2	Souvent 3
Une tension musculaire, des contractures, une fatigabilité physique				
Une sensation d'être en alerte, de tension intérieure, un bouillonnement, une difficulté à se détendre				
Des signes physiques comme des palpitations, des difficultés respiratoires, digestives, des sueurs, tremblements, troubles visuels, maux de tête...				
Un sentiment de ne pas contrôler la situation (de ne pas la maîtriser)				



► Un évitement de certaines situations qui sont en rapport avec le stress				
Un sentiment de se sentir responsable de ce qui vous arrive				
Une irritabilité, un énervement, voire une colère face à certaines situations stressantes				
Une sensation de fatigue, d'impression d'être débordé et de ne pas pouvoir agir, une lassitude				
Une impression de ne pas avoir le temps, de ne pas savoir comment organiser les choses				
Des ruminations concernant le stress qu'il est difficile de mettre à distance et qui tournent en rond dans la tête				
Une anxiété et une préoccupation concernant l'avenir et les conséquences des stress à plus ou moins long terme				
Un sentiment de solitude, d'être seul de ne pas être rassuré et aidé, perte de confiance				
Une hésitation, un blocage, voire une inhibition pour agir et résoudre les problèmes				
Un sentiment de tristesse, résignation, d'impuissance face au(x) problème(s)				
Une fuite dans des comportements inefficaces, voire nocifs parfois (se coucher, manger, fumer, boire...)				
Une hyperactivité, un besoin d'agir, de mener les choses rapidement, parfois même plusieurs choses en même temps				
Des difficultés d'attention, de concentration et des trous de mémoire, l'impression d'être ailleurs				

À partir des auto-évaluations, de l'analyse fonctionnelle et des attentes du sujet, on peut avec lui proposer un certain nombre de techniques qui pourront être pratiquées en individuel ou en groupe de façon standardisé ou à la carte (restructuration cognitive, résolution de problème, exposition, relaxation) :

- ressources :
 - trouver des personnes pour m'aider,
 - apprendre à agir sur moi-même,
 - trouver des solutions au(x) problème(s).

L'accompagnement par la gestion du stress et de l'anxiété

La prise en charge TCC consiste en une démarche psychologique et éducative structurée qui associe différentes techniques reposant sur les thérapies cognitives et comportementales. Le lecteur intéressé peut se reporter au module structuré proposé au chapitre 11 qui peut être proposé en individuel et en groupe.

Schématiquement, les objectifs consistent à :

- apprendre à gérer les symptômes et les émotions anxieuses : les nouvelles techniques de relaxation qui associent le contrôle respiratoire, la détente musculaire (par la contraction-décontraction ou l'autosuggestion) et de centration sur soi, utilisant des techniques de pleine conscience, sont particulièrement efficaces ;
- aborder les stress par une approche structurée et pragmatique de résolution de problèmes (identifier les problèmes et les hiérarchiser, mettre en avant les ressources disponibles et les moyens à mettre en place et passer à l'action) ;
- modifier sa perception et sortir des ruminations anxieuses concernant son problème en identifiant les pensées automatiques et en proposant des pensées plus adaptées à la situation (thérapie cognitive) ;
- accepter que l'adaptation à certaines situations stressantes nécessite du temps pour permettre au patient soit de vivre avec ou dans le meilleur des cas de prendre un nouveau départ.

Les sujets qui présentent un trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) sont souvent submergés par leurs émotions lorsqu'ils sont confrontés au contexte stressant à l'origine du trouble anxieux soit en réalité, soit par évocation ou par anticipation. Les thérapies dites de troisième vague apportent une alternative dans des cas où le sujet a légitimement du mal à modifier ses schémas de pensée compte tenu du caractère légitime de la réaction émotionnelle à un événement stressant.

Régulation émotionnelle par la confrontation et l'acceptation

Face à certains événements que l'on ne peut changer et qui, de ce fait, réactivent une détresse, on peut proposer une certaine acceptation de l'événement pour en réduire les effets négatifs et être plus dans le moment présent.

Thérapeute : Je sais que cette mutation est injuste et qu'elle a pour vous des conséquences que vous ne pouvez prévenir pour l'instant, mais pensez-vous qu'aller mal va vous aider ?

Patient : Que voulez-vous que je fasse, je ne comprends pas ce que vous voulez me dire, je ne fais pas exprès d'aller mal, ce n'est pas moi qui ai voulu cette situation, je n'ai rien fait pour que cela arrive.

Thérapeute : Face aux événements négatifs de notre vie, il est normal d'avoir des inquiétudes mais on est souvent amené à rajouter à son mal-être en s'inquiétant pour tout, en y pensant tout le temps comme si on refusait ce qui arrive.

Patient : Je ne vais pas accepter sans rien faire.

Thérapeute : Sans rien faire non, vous avez raison de voir comment vous pouvez faire valoir vos droits vis-à-vis de votre patron, mais il ne faut pas que vous alliez très mal et il est nécessaire de prendre une certaine distance par rapport à ce qui vous arrive qui est complètement réel, mais vous avez aussi besoin de penser et de vivre autre chose.

Patient : Je sais, mais je ne peux baisser les bras, j'ai envie de me défendre.

Thérapeute : Il y a des choses que vous allez faire qui sont bonnes, mais il y a des attitudes et des comportements qui sont négatifs, par exemple qu'avez-vous fait dimanche dernier ?

Patient : Je suis resté chez moi, je n'avais pas le cœur à sortir, je me suis demandé pourquoi cela m'arrive à moi après tant d'années, avec tout ce que j'ai donné à l'entreprise, vous savez docteur en 15 ans passés dans cette entreprise, je n'ai pas manqué un seul jour, vous trouvez ça juste ?

Thérapeute : Non, l'attitude de votre patron n'est pas juste, mais ce dimanche vous avez rajouté des choses négatives en refusant cette réalité, vous auriez pu vous tenir à distance ce qui vous arrive puisqu'on était dimanche et que c'est un jour pour se déconnecter du travail.

Patient : Oui, c'est vrai, dans ce sens je suis d'accord, mais comment faire ?

Thérapeute : La première chose que je vous propose c'est pour accepter les choses telles qu'elles sont de plus vivre le moment présent et de moins ressasser le passé...

Régulation émotionnelle par la pleine conscience

Les exercices de pleine conscience permettent de mettre à distance les pensées négatives centrées sur le problème et de mieux observer les ruminations et les comportements, les attitudes et les émotions pour les mettre à distance.

Thérapeute : Je comprends que vous pensiez tout le temps à votre problème de santé, de plus que les douleurs dont vous souffrez vous le rappellent tout le temps. Ce que je vous propose c'est d'apprendre des techniques qui vont vous aider à ne pas rajouter du mal-être à votre problème en le mettant à distance et en privilégiant le moment présent.

Patient : On m'a déjà proposé de faire de la relaxation et de l'hypnose mais ça ne marche pas sur moi, c'est trop fort.

Thérapeute : C'est vrai que quand on est envahi et que l'on est tendu ou que l'on a mal physiquement, c'est très difficile de se détendre, je vous propose autre chose, de ne pas chercher à lutter contre tout ce qui vous arrive, je sais vous pouvez trouver cela curieux mais vous m'avez dit vous-même "on peut rien y faire, il faut accepter", mais si vous arriviez à ne plus penser en permanence à votre problème, vous vous sentiriez moins anxieux.

Patient : Certainement, mais je vous l'ai déjà dit, plus j'essaie de m'enlever des idées négatives, plus j'y pense même la nuit, même quand je suis avec mes proches pourtant dans des moments où j'arrive à être content parce que je vois qu'ils sont heureux, comme au mariage de ma fille le mois dernier, mais alors que l'on passait une bonne journée je me suis soudain mis à repenser à moi et j'étais mal.

Thérapeute : Votre esprit vagabonde en pensant à des choses négatives, alors que vous êtes dans un moment heureux, c'est une réaction normale quand on est confronté à un moment difficile d'y penser et d'y revenir mais c'est très négatif, je vous propose d'apprendre à revenir par vous-même au moment présent et de mettre à distance votre problème.

Patient : Je veux bien, mais comment ?

Thérapeute : Je vous propose de faire un petit exercice et nous en discutons après. Je pense que vous allez bien comprendre... (*Exercice du raisin ou des céréales ou centration sur le moment présent ou la respiration.*)

Ce qu'il faut retenir

Dans le trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA), si fréquent en pratique clinique mais dont la symptomatologie est peu décrite dans les systèmes de classification, on rencontre souvent une exagération de l'émotion anxieuse adaptative face au stress qui a précipité le trouble ou à des événements qui s'y rapportent plus ou moins. Malgré ses efforts, le sujet ne peut se libérer de cette anxiété réactionnelle somme toute légitime et normale. Une analyse fonctionnelle prenant en compte à la fois le contexte du stress et la symptomatologie anxieuse réactionnelle doit être proposée en s'aidant d'outils adaptés au TAA. L'approche cognitive et comportementale de gestion du stress apporte une aide au sujet, mais il est clair que dans bien des cas on retrouve des résistances car la maîtrise de l'émotion échappe au raisonnement. Certains patients ont du mal à adhérer à une prise en charge centrée sur le changement cognitif et la résolution de problèmes tant l'émotion leur semble légitime face à la situation qu'ils vivent. Et même s'ils acceptent le changement, ils ne parviennent pas à contrôler leurs émotions. Une approche plus centrée sur la sphère physiologique et émotionnelle peut être un complément utile aux prises en charge TCC habituellement proposées dans la gestion du stress.

CHAPITRE 11

Module de gestion du stress et de l'anxiété

« À raconter ses maux,
souvent on les soulage. »

P. Corneille

Ce module de gestion du stress et de l'anxiété est particulièrement destiné aux patients présentant une anxiété généralisée, une anxiété réactionnelle au stress (trouble de l'adaptation, par exemple en rapport avec des problèmes au travail, familiaux ou en rapport avec la santé), une personnalité anxieuse. Il est également bien adapté aux personnes présentant un niveau d'anxiété subsyndromique léger ou moyen entraînant une gêne et une altération du bien-être qui ne répondent pas à un diagnostic caractérisé. Il vise à aider le sujet à surmonter les événements, les contextes stressants ou les difficultés, à mieux maîtriser les symptômes anxieux, à développer des croyances et des attitudes moins anxieuses et à améliorer l'adaptation sociale et la qualité de vie du patient. Il est bien adapté à la pratique de groupe mais peut être proposé également en individuel.

Module de thérapie de groupe de gestion du stress et de l'anxiété

Format

Ce programme est proposé sous forme de groupe de 7 à 12 patients.

Huit séances types sont décrites.

La durée peut être aménagée sur 8 à 12 séances d'environ 1 h 30 à 2 h.

Un support écrit, *Guide du patient*, donnant les principaux objectifs et le principe des techniques, est remis à chaque participant dans le but

de vérifier que pour chacun un niveau d'information minimal a été proposé, favoriser l'observance et guider le sujet dans la pratique d'exercices.

La lecture du *self-help* : *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même* de D. Servant, est recommandée pour approfondir la pratique.

Il est demandé au patient de pratiquer régulièrement les exercices vus au cours de la séance précédente. Son engagement et sa motivation sont déterminants pour la réussite du groupe.

Chaque groupe est animé par un ou deux thérapeutes formés à la gestion du stress et de l'anxiété par les TCC et à l'animation de groupe.

Déroulement des séances

Toutes les séances sont fondées sur le même modèle :

- information sur le thème et sur les techniques abordées au cours de la séance ;
- retour sur les tâches assignées lors de la séance précédente ;
- exercice de mise en application concrète de la technique, échanges et discussions ;
- consigne de nouvelles tâches assignées.

Les thèmes des différentes séances :

- première séance : stress et anxiété de quoi parle-t-on ?
- deuxième séance : désamorcer la spirale du stress et de l'anxiété ;
- troisième séance : agir sur le corps par la relaxation ;
- quatrième séance : agir sur les pensées ;
- cinquième séance : s'exposer plutôt qu'éviter ;
- sixième séance : dominer ses émotions ;
- septième séance : résoudre les problèmes ;
- huitième séance : gérer le stress au quotidien.

Première séance : stress et anxiété de quoi parle-t-on ?

- Tour de table : présentation des participants et des thérapeutes.
- Information : généralité sur le stress, l'anxiété et les moyens de les soigner.
- Les principaux points abordés durant cette présentation faite par l'un des thérapeutes sont :
 - le stress et la réaction au stress et ses conséquences sur le bien-être et la santé. Le repérage et l'évaluation des situations stressantes ;
 - le caractère normal de l'anxiété, le seuil entre anxiété normale et pathologique, la diversité des troubles anxieux, la fréquence élevée des troubles anxieux, l'origine multifactorielle impliquant à la fois une vulnérabilité biologique (tempérament), les facteurs familiaux et de l'éducation, le rôle du stress et des épreuves de vie, l'évolution

fluctuante et chronique de l'anxiété non traitée, le lien avec la dépression et les conduites addictives, les différents traitements (médicaments, psychothérapie, etc.) ;

- présentation du module de gestion du stress et de l'anxiété qui sera développé au cours des séances en insistant sur la place des séances, de la dynamique du groupe, de l'éthique et de la confidentialité, et de l'importance des exercices et de l'implication du participant en dehors des séances.
- Exercice : tour de table pour mieux identifier les problèmes, les attentes et les objectifs fixés au cours de la thérapie.
- Consigne : lire attentivement le document d'information, remplir les évaluations proposées (*cf. infra*) et proposition de travailler entre les séances avec le *self-help* : *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même* (Servant, 2009a).

Deuxième séance : désamorcer la spirale du stress et de l'anxiété

- Tour de table : questions-réponses, retour sur les auto-évaluations et les autodiagnostic.
- Information : le modèle de la spirale cognitivo-émotionnelle du stress et de l'anxiété à partir d'un exemple concret de situation stressante de la vie quotidienne. Mise en évidence des réponses physiologiques, cognitives et comportementales et de leurs conséquences. L'action des techniques sur ces différentes réponses. La respiration et le système nerveux autonome et la possibilité d'obtenir une régulation physiologique cardiorespiratoire par le contrôle respiratoire.
- Exercice : identification des sensations physiques par le repérage sur un tableau d'auto-évaluation et apprentissage de la technique du contrôle respiratoire.
- Consigne : entraînement quotidien à l'exercice de contrôle respiratoire (5 minutes, 2 à 4 fois par jour), repérage des situations qui déclenchent une anxiété et les différents éléments de la réponse anxieuse (physique, psycho-émotionnelle et comportementale) en utilisant un carnet à colonnes.

Troisième séance : agir sur le corps par la relaxation

- Tour de table : auto-évaluation des réponses anxieuses, retour sur la pratique des exercices.
- Information : présentation du principe des différentes techniques de relaxation (respiration, musculaire, pleine conscience, visualisation) et leurs différentes cibles corps, fonctions physiologiques, pensées, émotions. Les différentes méthodes d'induction (active, suggestion), l'intérêt des techniques d'ancrage et des exercices courts pour une utilisation immédiate face aux situations de stress.

- Exercice : contrôle respiratoire après hyperventilation, relaxation associant la respiration et exercices de relaxation musculaire progressive puis abrégée et enfin relaxation musculaire appliquée en renforçant par l'ancrage respiratoire la suggestion et la visualisation.
- Consigne : poursuivre les exercices de contrôle respiratoire et entraînement à la relaxation musculaire appliquée. Repérage des situations anxiogènes et des réponses physiques.

Gestion du stress et relaxation musculaire

Dans le cadre d'un apprentissage rapide et vite utilisable, la relaxation musculaire progressive est la technique recommandée dans les programmes de gestion du stress. L'initiation de la technique se fait en quatre à six séances minimum. Le principe est fondé sur la contraction-décontraction musculaire. L'apprentissage, facile, peut se pratiquer en position assise.

L'exercice type dure environ 20 minutes et consiste à mettre en tension et décontracter les uns après les autres les différents groupes musculaires, d'abord la partie inférieure puis, dans une seconde étape, l'ensemble du corps. Pour la prise de conscience de la respiration abdominale, un travail d'imagerie mentale est associé. Le principe consiste à répéter l'exercice jusqu'à ce que le patient parvienne à un état de détente et de relaxation satisfaisant. Il doit s'entraîner dans le but de parvenir à reproduire seul l'exercice. Puis, une induction rapide est recherchée en s'aidant du contrôle respiratoire, d'image mentale. Les mini-relaxations seront ensuite utilisées dans la vie de tous les jours. Le thérapeute trouve un texte type qu'il adapte pour en faire son exercice type personnel.

Le patient est invité à s'entraîner chez lui et à apprendre à adapter les méthodes de relaxation en fonction des circonstances et des symptômes anxieux rencontrés dans la vie quotidienne. Des modules structurés et facilement réalisables sont aujourd'hui disponibles en français et permettent aux soignants d'enseigner facilement au patient en six à huit séances (Servant, 2009a).

Quatrième séance : agir sur les pensées

- Tour de table : retour sur la pratique des exercices de contrôle respiratoire et de relaxation musculaire et discussion autour du repérage des situations et des réponses anxieuses.
- Information : pensée et raisonnement de l'anxiété généralisée et de l'anxiété réactionnelle. Le souci, contenu et fonction, présentation du principe de l'intolérance à l'incertitude, l'évitement par le souci, les métacognitions (souci du souci).
- Exercice : identification des pensées automatiques, des biais et des pensées alternatives.
- Consigne : travail cognitif sur les pensées automatiques sur le carnet à colonnes à partir de situations concrètes de la vie de tous les jours qui

seront revues lors de la séance suivante : rationalisation du contenu des pensées par la restructuration cognitive et repérage des ruminations négatives répétitives du fait qu'elles sont inutiles pour agir concrètement.

Cinquième séance : s'exposer plus qu'éviter

- Tour de table : analyse à partir des situations rapportées des pensées et des croyances anxieuses, et des pensées alternatives.
- Information : principe de l'exposition aux situations redoutées, différents modes d'exposition *in vivo*, en imagination et aux pensées. Hiérarchie des situations redoutées, principe de l'habituation et explication des courbes, règles de l'exposition (progressive, répétée).
- Exercice : illustration de la hiérarchisation de situations et du déroulement d'une exposition à partir d'exemples de la vie de tous les jours. Exercice de relaxation musculaire appliquée.
- Consigne : élaborer une hiérarchie par rapport à une situation ou une pensée redoutée.

Sixième séance : dominer les émotions

- Tour de table : analyse des mises en situation réalisées, de la restructuration cognitive et évaluation de la relaxation et de son utilisation au quotidien.
- Information : reconnaître les émotions face aux stress et dans les phases anxieuses. Place des émotions dans les états psychologiques, tendance à l'évitement émotionnel, émotions agréables, désagréables et neutres. Notion d'acceptation et de pleine conscience comme un moyen d'aborder la sphère émotionnelle moins par le raisonnement et la pensée.
- Exercice : identification des émotions et de l'intérêt à accepter plutôt que de réprimer à partir de remémoration d'événements personnels en imagination. Exercice de pleine conscience sur l'instant présent. Générer une émotion positive par visualisation (l'espace de sécurité).
- Consigne : repérage pour la séance suivante des situations les plus stressantes à partir d'un tableau sur le modèle du tableau à colonnes incluant les déclencheurs lorsque ceux-ci peuvent être identifiés : les signes physiques, les émotions, les pensées dysfonctionnelles et les comportements.

Septième séance : résoudre les problèmes

- Tour de table : retour et échanges sur l'identification des pensées-émotions-action à partir des sensations. Pratiques de l'exercice de pleine conscience ;
- Information : principes de la résolution de problèmes, identification et hiérarchisation, choix d'une stratégie, action, réévaluation.

- Exercice : *brainstorming* sur les situations stressantes rencontrées et principe de la résolution de problèmes à partir d'un cas concret, exercice de pleine conscience par centration sur le moment présent.
- Consigne : repérage des stress et mise en application des techniques de gestion du stress vues depuis le début. Poursuite de l'entraînement sur la pleine conscience et les techniques d'ancrage par respiration, visualisation, et relaxation musculaire rapide.

Huitième séance : gestion du stress au quotidien

- Tour de table : évaluation des changements apportés dans la réaction anxieuse et point sur les acquisitions des techniques.
- Information : gérer le stress, exemple du stress au travail.
- Exercice : abrégé de relaxation (yeux ouverts, fondé sur l'ancrage respiratoire, la visualisation et la suggestion de la détente musculaire) afin de permettre une application comme méthode de gestion de l'anxiété au quotidien.
- Consigne : poursuite régulière de la pratique des exercices de contrôle respiratoire, de relaxation musculaire, de pleine conscience sur l'instant présent et d'induction émotionnelle positive. Utilisation dans la vie de tous les jours de mini-relaxations pour faire face aux phases anxieuses. Bilan de la thérapie et évaluation finale.

Informations destinées aux participants au groupe de gestion du stress et de l'anxiété

Il n'y a pas de techniques miracles, mais on peut apprendre à mieux gérer le stress et l'anxiété par des techniques simples que vous pouvez mettre en application dans la vie de tous les jours. Lisez attentivement ces informations et posez-nous toutes les questions que vous souhaitez (Consultation stress et anxiété, CHRU de Lille).

Stress et anxiété, comment les définir ?

Le stress est un phénomène normal, nous y sommes tous soumis. Il traduit la manière dont notre organisme s'adapte aux exigences et aux changements que nous vivons. Il peut être déclenché par les activités et les tracas du quotidien, les grands changements de l'existence comme un mariage, une naissance, ou les épreuves de la vie (divorce, chômage, maladies, agressions, accidents, etc.). C'est une réaction positive puisqu'il nous donne les moyens de réagir : le cœur bat plus vite, la respiration s'accélère, nous sécrétons des hormones (adrénaline, cortisol, etc.) qui veillent à maintenir l'équilibre. Mais il ne faut pas cantonner le stress à un phénomène purement biologique. Il a également des expressions psychologiques puisqu'il nous amène à réfléchir et à agir pour tenter de solutionner le problème ou de surmonter nos émotions. L'anxiété est l'émotion principale et normale qui découle du stress. On peut la définir comme une perception et une

anticipation du danger et de la menace d'une situation. Au-delà d'un certain seuil, le stress devient négatif car nous ne sommes plus capables d'y faire face. Stress et anxiété sont alors indissociables. L'anxiété devient exagérée, incontrôlable, et nous avons du mal à nous adapter.

Identifier les événements de vie stressants ?

Les événements de vie stressants sont très nombreux et il est impossible de tous les inventorier. Ils appartiennent à des domaines différents dont les principaux sont la vie de couple, la famille, le travail et les études, les conditions de vie, la santé, les étapes de la vie (tableau 11.1).

TABLEAU 11.1. Principaux événements de vie stressants

Vie de couple	Mise en ménage, mariage, conflit, liaison extraconjugale, séparation, divorce, naissance d'un enfant, etc.
Famille	Décès, maladie, perte d'autonomie d'un parent Enfant : échec scolaire, difficulté avec un enfant, maladie, départ d'un enfant de la maison, etc.
Autres événements relationnels	Difficultés avec des membres de la famille, des amis, des voisins, un patron, etc.
Travail et études	Problèmes au travail ou à l'école, chômage, retraite, mutation, promotion, réussite ou échec à un examen ou un concours, etc.
Conditions de vie	Changement de domicile, achat d'une maison, déplacement à l'étranger, etc.
Étapes de la vie	Puberté, grossesse, ménopause/andropause, etc.
Maladies et accidents	Maladie, intervention chirurgicale, accident, etc.
Divers	Problèmes judiciaires, vol et cambriolage, escroquerie, harcèlement, difficultés financières, surendettement, etc.

Ces événements sont rencontrés dans notre vie de façon assez habituelle.

Certains d'entre eux sont négatifs mais d'autres ont un caractère plutôt positif. Ils impliquent souvent un changement qui va conduire à s'adapter à de nouvelles conditions de vie.

Comment s'expriment-ils ?

Le stress s'exprime souvent par des signes trompeurs comme la fatigue, le mal à la tête ou au dos, les troubles du sommeil, puis un énervement, et une anxiété qui devient de plus en plus envahissante. Pour aider chacun à bien identifier ses signes de stress, on schématise cette réaction au stress comme étant une spirale où se renforcent et s'auto-entretiennent des signes physiques (fatigue physique et mentale ; troubles neurovégétatifs :

palpitations, tremblements, vertiges... ; troubles fonctionnels : douleurs abdominales, troubles du transit, contractures musculaires ; douleurs : céphalées, lombalgies... ; tension intérieure ; insomnie : endormissement et sommeil agité ; des émotions : anxiété, honte, colère, mauvaise estime de soi, culpabilité...), des signes psychologiques (ruminations anxieuses, pensées parasites, croyances) et des comportements (hyperactivité, nervosité, évitement, irritabilité, agressivité, blocages, demandes de réassurance, vérifications...).

Qui est concerné ?

Le stress et l'anxiété touchent beaucoup de monde et on les nomme souvent le mal du siècle. La société développée actuelle n'est pas étrangère à cela en raison des pressions qu'elle impose (urgence du temps, exigences). Quelques chiffres sont significatifs et traduisent bien le mal-être actuel : 28 % des 147 millions de salariés de l'Union européenne se plaignent de stress, les Français sont les premiers consommateurs de tranquillisants au monde et 25 % de la population a souffert au cours de sa vie d'un trouble anxieux ou dépressif. Les femmes semblent plus sensibles que les hommes et les études montrent une prédominance féminine, mais on ne sait pas si, en réalité, ce n'est pas parce qu'elles en parlent plus facilement que les hommes.

Quels sont les domaines qui vous stressent le plus ?

Domaines source de stress	Événements	Évaluation : 1. gérable, 2. problématique 3. déstabilisant
Travail		
Famille/couple		
Santé des proches		
Conditions de vie		

Pour chaque domaine, quels sont les stress qui vous semblent les moins et les plus importants ?

Domaine	Le stress qui me semble le moins important	Le stress qui me semble le plus important
Travail		
Famille/couple		
Santé des proches		
Conditions de vie		

Au total, repérer les principaux stress en débutant du moins important vers le plus important :

Stress le moins important	
Stress intermédiaires classés par niveau croissant	
Stress le plus important	

Conséquences du stress

Le stress peut avoir dans certains cas des conséquences positives par son effet dynamisant qui conduit à se dépasser. Néanmoins, dans bien des cas, il a des effets négatifs sur le bien-être, la qualité de vie et la santé. Les conséquences du stress peuvent être :

- une mauvaise relation avec les autres ;
- une mauvaise gestion du temps, un abus d'alcool, de tabac, de café ou de médicaments ;
- l'anxiété et la dépression ;
- l'apparition et l'évolution de certaines maladies dites psychosomatiques.

Le stress est-il mauvais pour la santé ?

Le stress peut avoir un effet négatif sur la santé par son action biologique. Celle-ci est aujourd'hui un peu mieux connue et implique le cerveau, les hormones, le système nerveux sympathique, le système immunitaire. Par exemple, le stress modifie nos défenses immunitaires ce qui nous fragilise vis-à-vis des infections, c'est ce que l'on a observé chez des étudiants surmenés avant un examen qui font plus de poussées d'herpès. Par ses effets sur les sécrétions digestives, le stress favorise l'ulcère duodénal. Par ses effets sur la tension artérielle, la circulation sanguine, le stress aggrave les maladies cardiovasculaires. Des études ont montré que chez les patients qui avaient subi un infarctus du myocarde, un programme de gestion du stress avait un effet très bénéfique sur la santé. Si les maladies psychosomatiques sont les premières concernées par le stress (migraine, hypertension artérielle, asthme, ulcère, colopathies...), toutes les maladies le sont à des degrés divers. Dans les cancers ou les maladies de système (polyarthrite, psoriasis, rectocolite...), le stress est loin d'être la seule cause mais il peut jouer un rôle dans le déclenchement et l'évolution du problème. Une bonne gestion du stress et de l'anxiété est utile, voire nécessaire pour améliorer la qualité de vie et l'évolution de la maladie.

Enfin sur le plan psychique, les émotions négatives liées au stress de vie, qui sont enregistrées et stockées dans le cerveau, peuvent se réactiver à certains moments de la vie, par exemple, sous l'influence de nouveau stress, et conduire à une anxiété pathologique ou une dépression.

Évaluez votre niveau d'anxiété

Il vous sera très utile d'évaluer votre niveau d'anxiété pour suivre son évolution et voir si vous parvenez à diminuer son intensité. Il est cependant difficile d'apprécier un degré d'anxiété et c'est pourquoi certaines échelles et des questionnaires ont été mis au point par les spécialistes.

L'échelle HAD (*hospital anxiety depression*) est une échelle très facilement utilisable qui permet, par un autoquestionnaire, d'évaluer le niveau d'anxiété.

ÉCHELLE HAD score ANXIÉTÉ

Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	
3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
Je me fais du souci	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
0	Jamais
1	Parfois

2	Assez souvent
3	Très souvent
J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
J'éprouve des sensations soudaines de panique	
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais
	TOTAL ANXIÉTÉ

Interprétation des résultats : si vous avez plus de 10 points, vous souffrez certainement d'une anxiété marquée.

Quels sont les différents types d'anxiété ?

Il y a deux types d'anxiété pathologique :

- l'anxiété en réaction à des stress et des événements de la vie qui perturbent l'équilibre et imposent de s'adapter ;
- l'anxiété qui survient sans cause évidente où la menace est plus hypothétique que réelle (on parle de peur sans objet).

Anxiété généralisée

L'anxiété généralisée pourrait être appelée la « maladie des inquiétudes ». Elle est marquée en effet par des soucis excessifs qui touchent la vie quotidienne. Les personnes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG) se tracassent pour un rien, redoutent qu'il leur arrive quelque chose de grave, ne supportent pas l'incertitude, et ont beaucoup de mal à se détendre. Les signes physiques associés à cet état de tension quasi-permanent peuvent varier d'une personne à l'autre mais le noyau central du trouble est l'envahissement de la conscience par des inquiétudes difficiles ou impossibles à maîtriser. Fait essentiel, il ne s'agit que d'anticipation d'événements négatifs pouvant survenir, et non de tracasseries ou de perturbations faisant suite à des problèmes survenus effectivement.

Test : souffrez-vous d'une anxiété généralisée ?*

1. Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e) excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous l'impression de vous faire trop de soucis à propos de tout et de rien ? Avez-vous ce type de préoccupation presque tous les jours ?	NON NON	OUI OUI
2. Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	NON	OUI
3. Au cours des six derniers mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent : – de vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau – d'avoir les muscles tendus – de vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) – d'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? – d'être particulièrement irritable – d'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON NON NON NON NON NON	OUI OUI OUI OUI OUI OUI
Y a-t-il au moins 3 oui en 3	NON	OUI

*D'après le questionnaire MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Interprétation des résultats : si vous avez répondu oui aux deux premières questions et si vous avez trois oui en 3, votre anxiété s'apparente à une anxiété généralisée et il peut être utile de consulter.

Trouble de l'adaptation avec anxiété

Une forme d'anxiété un peu différente de l'anxiété généralisée est le trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA). Il s'agit d'une anxiété qui survient dans les suites d'un événement de vie ou de stress de l'existence. Il y a là aussi un problème de seuil entre l'anxiété normale réactionnelle et l'anxiété d'adaptation. Cette forme d'anxiété s'exprime par le même type de signes physiques, psychologiques et comportementaux que l'anxiété généralisée, mais les ruminations vont tourner autour de l'événement stressant. L'anxiété résulte d'une difficulté pour la personne à s'adapter et à faire face à un événement,

qu'il soit positif ou négatif, nécessitant un changement et une part d'adaptation.

Test : souffrez-vous d'une anxiété liée au stress ?

1. Avez-vous vécu un événement de vie stressant dans les trois mois ?	NON	OUI
2 Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous senti(e) excessivement préoccupée(e), inquiet(e), anxieux(se), en rapport avec cet événement ?	NON	OUI
Y pensez-vous presque tous les jours ?	NON	OUI
3. Vous est-il difficile de ne pas penser à cet événement ou de ne pas vous inquiéter à ce sujet et cela vous empêche-t-il de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	NON	OUI
4. Vous sentez-vous perturbé(e) dans votre vie de tous les jours, dans votre travail ou vos études, en raison de vos préoccupations et de votre anxiété survenue après les événements stressants que vous avez vécus ?	NON	OUI

Interprétation des résultats : si vous avez répondu oui à toutes les questions, votre anxiété s'apparente à un trouble de l'adaptation (anxiété réactionnelle au stress).

Comment définir le tempérament anxieux ?

Certaines personnes se décrivent elles-mêmes ou sont décrites par leurs proches comme ayant toujours été anxieuses. L'anxiété a pratiquement toujours existé et est inscrite dans leur façon d'être. C'est ce que l'on appelle le tempérament anxieux.

Quelles sont les caractéristiques de la personnalité anxieuse ?

Elles sont les suivantes :

- se faire du souci pour le futur, la nouveauté ou l'imprévu ;
- ressasser les événements du passé ;
- les plaintes physiques ou sur l'état de santé ;
- une tension constante et une incapacité à se détendre ;
- une préoccupation pour les tâches quotidiennes et les performances ;
- une sensibilité vis-à-vis de la critique et de la désapprobation ;
- une timidité et une gêne dans les contacts avec les autres ;
- une tendance à éviter les activités sociales et de loisirs, de peur d'être gêné ;
- une peur de s'engager dans une relation avec les autres ;
- une crainte d'être abandonné ou de se retrouver seul.

Test : êtes-vous un tempérament anxieux ?

Vous considérez-vous comme une personnalité anxieuse, c'est-à-dire que depuis très longtemps, vous vivez les choses avec anxiété et vous pensez, que c'est en vous comme une manière d'être qui influence vos actions et vos relations ? Posez-vous les questions suivantes :	OUI	NON
<ol style="list-style-type: none"> 1. Appréhendez-vous les dangers et les problèmes alors qu'il n'y a pas de raisons de le faire ? 2. Êtes-vous tendu(e), nerveux(se), irritable de façon durable ? 3. Êtes-vous sensible aux soucis et aux stress de la vie ? 4. Revenez-vous souvent sur vos décisions et vos choix ? 5. Vérifiez-vous beaucoup pour éviter qu'une chose désagréable arrive ? 6. Contrôlez-vous beaucoup ce que vous faites de peur de vous tromper ? 7. Évitez-vous de vous engager par peur de l'échec ? 8. Manquez-vous de confiance en vous ? 9. 7. Doutez-vous de vos capacités pour réussir ? 10. Craignez-vous de ne pas être heureux(se) ? 11. Avez-vous peur de ne pas être aimé(e) ? 12. Avez-vous besoin que les autres vous rassurent ? 13. Avez-vous besoin des autres pour agir ? 14. Vous interrogez-vous souvent sur vous-même et votre existence ? 15. Votre anxiété modifie-t-elle vos relations aux autres ? 16. Craignez-vous pour votre santé et la mort de façon durable ? 17. Votre esprit est-il souvent absorbé par des pensées, des questions sur votre vie ou votre passé ? 18. Êtes-vous sensible à des émotions négatives mais aussi positives ? <p>TOTAL</p>		

Interprétation des résultats : si vous avez plus de huit réponses positives, vous pouvez correspondre à un tempérament anxieux.

Quelles sont les méthodes efficaces ?

Il est possible d'appliquer certaines techniques de gestion du stress et de l'anxiété par soi-même. Il faut avant tout comprendre que son mal-être est dû au stress et à l'anxiété pour faire son propre bilan, et accepter qu'il soit possible de changer sa façon de réagir et ses comportements.

Il y a différentes méthodes qui sont validées scientifiquement et qui reposent sur les thérapies cognitives et comportementales (TCC). On peut dire schématiquement que ces techniques permettent de :

- gérer le malaise physique et dominer les émotions négatives ;
- modifier sa façon de penser et de raisonner pour adopter une position moins anxieuse ;
- s'exposer à ce que l'on redoute que ce soit une situation ou une pensée plutôt que d'éviter ;
- modifier son style de vie et sa façon de se comporter ;
- changer certains comportements et modifier certains traits de caractère.

Gérer le malaise physique et les émotions négatives

Faire face à la spirale du stress et de l'anxiété

La façon de faire face au stress est variable selon les individus et chez une même personne, à différents moments de sa vie. Elle dépend de nombreux facteurs, à la fois propres au sujet, comme sa personnalité et son expérience, et environnementaux, comme le support social. Affronter ou éviter une situation correspond à deux attitudes opposées. Ainsi, la même personne peut demander de l'aide ou parler de ses problèmes à des proches ou au contraire tout garder pour soi et faire comme si de rien n'était.

Souvent, l'anxiété est ressentie comme un tout. Il est important de distinguer :

- ce que l'on ressent exactement (les signes physiques et les émotions) ;
- ce que l'on se dit (les signes psychologiques que l'on appelle aussi cognitifs) ;
- et la façon dont on agit (ce que je fais ou les comportements).

On peut schématiser ces différents signes par une spirale où chacun s'auto-entretient et se renforce (*cf. figure 6.1*). Par exemple, les pensées et les comportements anxieux ne font qu'augmenter la tension physique, qui elle-même devient plus gênante et est interprétée de façon menaçante. Si vous prenez conscience de cette spirale, vous pouvez l'interrompre en vous focalisant sur les différents signes de l'anxiété pour les contrôler et au bout du compte améliorer les autres.

Prenons l'exemple d'une situation stressante : vous êtes bloqué dans un embouteillage alors que vous devez conduire un membre de votre famille pour prendre un train ou que vous avez un rendez-vous professionnel important. L'état de stress sera différent selon chacun : certains resteront calmes et parviendront à se raisonner, alors que d'autres seront très tendus ou même en colère. La tension intérieure ressentie va plus ou moins s'extérioriser : certains vont subir passivement, d'autres vont s'énervier (taper sur le volant, klaxonner). Certains ressentiront un sentiment d'impuissance qui se traduira par une irritabilité voir une agressivité ou pour d'autres par un sentiment de culpabilité (c'est toujours sur moi que ça tombe, j'aurai dû partir bien plus tôt...).

Exercice

Face à un événement stressant de votre vie essayez d'analyser, en complétant le tableau ci-dessous, quelle est votre façon de réagir et de vous comporter ?

Situations stressantes	Ce que je ressens	Ce que je me dis	Ce que je fais

Apprendre le contrôle respiratoire et la relaxation

Vous allez au cours des séances apprendre des techniques de contrôle respiratoire et de relaxation qui n'ont pas pour seul objectif à apprendre à vous relaxer mais aussi à maîtriser les situations de stress et dominer votre anxiété et vos émotions dans la vie de tous les jours.

Il faut savoir qu'il faut s'entraîner très régulièrement au calme chez soi dans un premier temps. Une fois seulement que vous dominerez ces techniques, vous pourrez les utiliser dans la vie de tous les jours pour enfin apprendre à gérer les moments de stress et d'anxiété.

Le contrôle respiratoire

Les états de stress et d'anxiété s'accompagnent d'une respiration rapide et superficielle qui auto-entretient le malaise anxieux. Il convient d'apprendre à respirer de façon régulière lente et en favorisant une respiration abdominale.

Vous pouvez faire ce petit exercice : mettez une main sur la poitrine et une main sur le ventre, la poitrine doit bouger le moins possible, et faites gonfler votre abdomen comme si vous gonfliez un ballon. Respirez ainsi lentement en comptant deux temps quand vous inspirez (l'air entre dans vos poumons) et trois temps lorsque vous expirez (l'air sort de vos poumons).

Régulation respiratoire pour contrôler les situations de stress

La régulation respiratoire consiste en une épreuve d'hyperventilation volontaire, durant 2 minutes, suivie d'un contrôle rapide par la mise en place du ralentissement respiratoire. Le thérapeute, qui donne l'exemple en accélérant sa propre respiration, montre que les symptômes artificiellement créés par l'hyperventilation, disparaissent après régulation respiratoire. Suivra un apprentissage du ralentissement respiratoire en faisant descendre le sujet à huit ou dix cycles par minute. La respiration pourra être régulée au métronome ou rythmée par le thérapeute. Enfin, le patient fera lui-même l'expérience de l'hyperventilation volontaire et contrôlée et de l'effet du contrôle respiratoire sur la disparition des différents symptômes lors de situations de stress.

La relaxation

Vous allez vous exercer au cours des cycles à différentes techniques de relaxation et ainsi trouver la technique qui vous convient le mieux et adapter différentes techniques à différentes formes d'anxiété et différents problèmes. Par exemple, pour apprendre à gérer une situation aiguë, il faut utiliser des techniques assez rapides beaucoup moins profondes que des techniques qui peuvent aider à se libérer d'anxiétés plus durables et profondes.

Nous allons nous entraîner à des exercices de relaxation fondés sur :

- la contraction-décontraction musculaire afin d'induire un état de détente ;
- des techniques de concentration de la conscience sur la respiration et sur ce que nous sommes en train de faire ;
- la visualisation et le travail sur les pensées destinées à se débarrasser d'anxiétés qui sont fortement ancrées en nous.

Moins ruminer face au stress

Face à une situation, il existe différentes façons d'interpréter les choses. Il faut toujours vous demander si vous ne pourriez pas penser d'une façon moins négative ou moins menaçante. Essayez de positiver et de ne pas envisager le pire.

Les techniques cognitives sont des méthodes qui font appel au raisonnement et qui ont pour but de modifier les pensées, les interprétations et les croyances. Vous allez au fur et à mesure des séances apprendre à reconnaître vos pensées intérieures anxieuses, que l'on appelle aussi les pensées automatiques, parce que nous ne les maîtrisons pas toujours : par exemple, le fait de s'inquiéter et d'envisager le pire en se disant « Et si cela arrivait... » Le mode de raisonnement anxieux conduit en fait à surévaluer les dangers, douter, s'interroger sans cesse et se questionner, se perdre dans les détails, vouloir maîtriser et contrôler les choses, revenir sur certaines choses, etc.

Ces pensées ne sont pas fausses en soi, mais elles auto-entretiennent le stress et l'anxiété comme nous l'avons vu dans le schéma de la spirale. Pour éviter qu'elles viennent de façon automatique, le but de la thérapie consiste à :

- les identifier clairement ;
- les discuter, peser le pour et le contre ;
- proposer d'autres façons d'envisager les choses ;
- discuter des croyances et de la vision du monde que nous pouvons avoir et qui maintiennent ces pensées ;
- changer des comportements qui vont aussi maintenir ces pensées comme l'hyperactivité, la nervosité, l'anticipation, l'évitement, les blocages et l'inhibition, la demande de réassurance, les vérifications...

Il est très utile d'utiliser un tableau à colonnes et de noter les stress, les pensées et le niveau d'anxiété.

Moment (date, heure)	Événement Stress	Ruminations (description précise)	Intensité de l'anxiété (0 à 10)

Afin de prendre conscience de la réaction en chaîne stress–ruminations–émotion–comportement :

- identifier les pensées automatiques ;
- examiner rationnellement les pensées anxieuses ;
- proposer d'autres pensées et puis d'autres raisonnements.

S'exposer plus qu'éviter

L'exposition est une technique comportementale fondée sur le principe d'habituation. L'idée est la suivante : si on est confronté à l'éventualité d'une situation que l'on redoute, le fait d'éviter d'y penser empêche de chasser cette idée de son esprit. Plus on essaye de ne pas y penser, plus on y pense. Si on prend l'exemple de la peur, on sait que l'anxiété déclenchée par une situation dangereuse va augmenter, se stabiliser (plateau) et progressivement diminuer. De plus, si l'on est à nouveau confronté à la même situation, le pic d'anxiété sera moins élevé. En renouvelant les expositions, on parviendra à réduire l'anxiété.

Comme le montre la [figure 11.1](#), l'anxiété diminue avec le temps lorsqu'on recommence les expositions.

La marche à suivre dans les techniques d'exposition est la suivante :

- faites la liste des principaux soucis ou évitements que vous identifiez ;
- classez-les selon un ordre croissant (de celui qui vous rend le plus anxieux à celui que vous redoutez le moins) ;
- exposez-vous-y de façon graduée pendant un temps suffisamment long.

Parfois, il n'est pas facile de s'exposer réellement à des situations stressantes ou anxiogènes, on peut alors s'exposer en y pensant (en imagination).

L'exposition en imagination

Imaginez que vous êtes confronté à chaque situation comme si vous viviez la scène d'un film ou que vous lisiez un roman. Vous allez donc tenter de faire défiler dans votre tête les images d'un scénario que vous redoutez. Même si cela vous semble terrifiant, allez jusqu'au bout. Vous pouvez également écrire toutes ces pensées et le déroulement de la scène en lisant à voix haute ce que vous avez écrit. N'essayez pas de chasser ces idées, affrontez-les de face :

- refaites le même exercice plusieurs fois jusqu'à ce que vous puissiez affronter votre souci. À ce stade, vous pourrez le chasser de votre esprit comme tout le monde. Il réapparaîtra si vous faites l'effort d'y penser ou si un danger extérieur vous y fait penser ;
- exposez-vous en réalité à ce que vous redoutez, en l'évitant le moins, dans la vie de tous les jours (en réalité) ;
- choisissez un nouveau souci un peu plus anxiogène dans la liste, que celui que vous venez de vaincre ;
- recommencez.

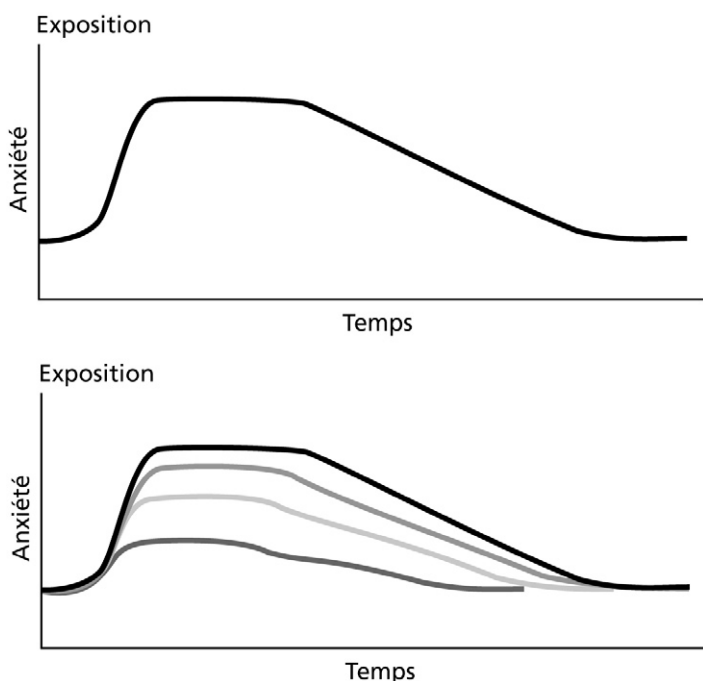


FIGURE 11.1. Évolution du niveau d'anxiété au cours de l'exposition et lors d'expositions répétées.

Dominer les émotions négatives

Face aux problèmes du quotidien et aux obstacles de la vie de tous les jours (retard, refus), vous pouvez ressentir de façon excessive des émotions négatives comme une hostilité envers les autres, voire une irritabilité ou de la colère. Pour certaines personnes, l'émotion négative n'est pas dirigée vers les autres, mais plutôt contre elles-mêmes comme la culpabilité ou la mauvaise estime de soi.

Ces émotions négatives témoignent d'une mauvaise adaptation au stress et peuvent avoir pour conséquences un mal-être psychologique et des problèmes de santé. Par exemple, il a été montré que l'hostilité systématique envers les autres pouvait être un risque pour les problèmes cardiaques au même titre que le cholestérol ou le tabac. Les émotions négatives traduisent une libération importante des hormones du stress, l'adrénaline et le cortisol, qui vont avoir à la longue un effet négatif sur l'organisme.

- Pour dominer les émotions négatives, il est important :
- d'accepter l'idée qu'il n'y a pas une, mais différentes façons de réagir à une situation donnée ;
 - d'exprimer de façon adaptée les émotions (mieux vaut dire les choses plutôt que de se mettre en colère ou de tout garder pour soi) ;
 - d'analyser les choses de façon différente (analyser bien les conséquences, etc.) ;
 - de penser et d'agir de façon différente (humour, mise à distance, etc.).
- Ruminer n'aide pas toujours face au stress.

Lorsque l'on est stressé par un événement, on y pense souvent, c'est bien légitime, mais parfois ce n'est pas utile et, au contraire, cela va alimenter la spirale du stress et de l'anxiété et empêcher d'accepter les choses pour pouvoir agir et trouver les meilleures solutions. Vous allez donc apprendre à prendre plus conscience de vos ruminations chaque jour en vous aidant d'un tableau de ruminations, et ensuite au lieu de changer ces pensées, vous allez les mettre à distance. Pour cela des exercices que l'on appelle de pleine conscience vont vous être très utiles.

**Exercice de pleine conscience : centration
sur le moment présent**

Vous allez vous centrer sur le moment présent en fixant votre attention tout d'abord sur votre respiration, les mouvements de votre poitrine et de votre ventre, les sensations de l'air qui entre et qui sort, puis ensuite vous prendrez conscience de l'ensemble de votre corps en fixant votre attention sur les différentes parties en partant des mains vers la tête, en redescendant vers la poitrine et le ventre jusqu'aux jambes et aux extrémités des pieds. Puis enfin, fixez votre attention sur toute votre personne dans le moment présent, ce qui vous entoure, ce que vous percevez.

Ne cherchez pas à lutter, observer seulement vos pensées et vos sensations et vos sentiments et après chaque exercice notez les simplement sur un tableau :

Exercice	Sensations corporelles	Images et pensées	sentiments
Centration sur le moment présent			

Apprendre à gérer les problèmes

Cette gestion consiste à savoir repérer précisément les moments et les événements stressants et les hiérarchiser : devant un problème, repérer les différentes solutions et agir, s'exposer de façon graduelle à ce que l'on redoute plutôt que d'éviter systématiquement, mobiliser toutes les ressources, savoir en parler et parfois se faire aider.

Résoudre vos problèmes en sept étapes :

- identifiez clairement le problème ;
- formulez des objectifs réalistes et accessibles ;
- proposez toutes les solutions possibles ;
- prenez une décision : choisissez une solution ;
- mettez à exécution la décision ;
- évaluez les résultats ;
- recommencez et appliquez à de nouveaux problèmes.

Première étape : identifiez clairement le problème

Listez l'ensemble des problèmes auxquels vous êtes actuellement confronté. Approfondissez les problèmes, essayez d'en voir les causes et les conséquences et replacez-les dans leur contexte global.

Classez-les suivant leur importance (hiérarchie) et aussi selon ceux qui peuvent être résolus tout de suite et ceux pour lesquels il faut attendre ou pour lesquels d'autres éléments sont à prendre en compte. C'est par exemple le cas lorsque vous êtes impliqué dans un conflit, ou soumis à la décision d'autres personnes ou à une décision qui n'a pas encore été rendue. Centrez-vous sur un seul problème. Choisissez celui qui vous semble accessible et laissez les autres de côté pour plus tard. Formulez-le clairement, écrivez-le par exemple en des termes précis et concrets.

Deuxième étape : formulez des objectifs réalistes et accessibles

Approfondissez le problème, essayez d'en voir les causes et les conséquences et replacez-le dans son contexte. À partir de cela, définissez un objectif accessible compte tenu du contexte et des possibilités qui peuvent vous être offertes.

Troisième étape : envisagez toutes les solutions possibles

Posez toutes les solutions possibles, cela est important car souvent on ne pense même pas aux différentes alternatives. Faites un inventaire de toutes les solutions que l'on pourrait apporter à ce problème. Évaluez, pour chaque solution, les avantages et les inconvénients (ce que je risque, ce que je peux y gagner). Vous pouvez aussi envisager le pire en vous disant : « Qu'est-ce que je risque au pire ? ». Envisagez les conséquences de chaque alternative en posant bien le pour et le contre. Évaluez les conséquences à court terme, à moyen terme, à long terme, pour vous, pour les autres.

Pensez aux implications concrètes (argent, temps). Évaluez l'aide qui peut vous être apportée et les moyens que vous pouvez mettre.

Quatrième étape : prenez une décision : choisissez une solution

Cherchez davantage un compromis ou une solution partielle que la solution parfaite. À cette étape, l'important est de trancher et d'éviter de vous perdre dans des analyses sans fin.

Une fois votre décision prise, engagez-vous et ne revenez pas dessus (sauf si un événement nouveau intervient). Allez-y, la machine à résoudre les problèmes est lancée, évitez de remettre au lendemain.

Cinquième étape : mettez à exécution la décision

Maintenant il faut agir et pour cela accepter le changement et particulièrement adapter sa façon de penser et ses comportements. Acceptez de modifier des horaires, de dire non à d'autres engagements, de sacrifier des habitudes, de tolérer des avis différents des vôtres, de faire des choses que vous n'appréciez pas trop.

Précisez les tâches reliées à la mise en application de la décision et fixez-vous un échéancier. Par exemple, dites-vous : « Je dois tout d'abord appeler cette personne au téléphone pour avoir les coordonnées et les informations exactes. Quand j'aurai la réponse, je rédigerai la lettre de demande et ensuite je préparerai le dossier pour être prêt quand je recevrai la convocation définitive. »

À cette étape, avoir des attentes réalistes en rapport avec le temps requis pour exécuter la décision et en voir les effets. Il faut souvent être patient et savoir attendre, si les résultats ne sont pas ceux escomptés, recommencez, ne vous découragez pas, anticipez, sachez qu'il y a des choses imprévues et aléatoires dont il faut toujours tenir compte.

Sixième étape : évaluez les résultats

Évaluez les résultats de l'action en fonction des objectifs visés et du problème défini au préalable. Évaluez posément les conséquences. Dès que vous avez des résultats, reconnaissez tous les effets positifs et les changements, continuez les étapes et ne vous arrêtez pas en chemin.

Réévaluez également votre anxiété, si la résolution de problèmes vous a permis de la réduire, notez-le (vous pouvez vous aider en notant sur un petit carnet pour suivre étape par étape jusqu'à la résolution finale).

Septième étape : recommencez et appliquez à de nouveaux problèmes

Si les résultats obtenus sont insatisfaisants, recommencez le processus à l'étape 1 en redéfinissant et reformulant le problème non résolu. Obtenir des résultats insatisfaisants ne doit pas être considéré comme un échec mais plutôt comme l'indice qu'il faut reformuler le problème, chercher une meilleure solution.

Quand vous aurez réussi à résoudre le problème cible, vous vous rendrez compte que c'est la bonne technique à utiliser. Vous pouvez donc l'appliquer à un autre problème que vous avez identifié dans votre liste, généralement en choisissant celui un peu plus complexe que le précédent. À la longue, l'acquisition de la méthode sera utile pour mieux aborder et résoudre les problèmes à venir.

Améliorer son mode de vie et adopter un regard moins anxieux sur vous-même et sur le monde

Veiller à un temps suffisant de sommeil, faire de l'exercice physique régulièrement, diminuer l'alcool, le tabac et les excitants (café), respecter un temps de loisirs même court une fois par semaine, vivre l'instant présent, ne pas courir sans cesse après le temps, ménager des moments de détente nécessaires pour « recharger les batteries ».

Pour mieux gérer votre temps adoptez certaines règles simples :

- listez et classez les tâches par ordre de priorité ;
- évaluer réellement l'urgence des choses à faire ;
- utiliser un agenda ;
- faire le tableau des priorités (ci-dessous) :

Tâches	Urgent, important	Important, mais moins urgent	Urgent, pas moins important	Moins important, moins urgent

Conclusion

En conclusion, les états de stress et d'anxiété sont dus à des causes multiples qui sont à la fois liées à notre tempérament et notre caractère et à des stress et des émotions que nous vivons tous au cours de notre vie. Il est impossible de vouloir supprimer totalement cette anxiété. Nous sommes confrontés aussi à des épreuves et des stress de vie et le fait d'être anxieux est normal. Le but des techniques de gestion du stress et de l'anxiété et de mieux apprendre à les maîtriser et aussi à développer parfois un autre regard plus positif et moins anxieux sur les choses. Les échanges que vous aurez avec les autres participants et les thérapeutes, et la réflexion personnelle durant cette thérapie, contribueront aussi aux bénéfices que vous allez en retirer.

Enfin n'oubliez pas les éléments suivants :

- votre participation est indispensable, vous êtes au centre des changements, nous ne sommes là que pour vous y aider. Si vous acceptez de participer à ce groupe, signez le document et conservez-le durant toute la durée du groupe, il vous appartient. Nous ne vous demandons aucun

engagement écrit, mais si vous doutez à un moment souvenez-vous de votre propre engagement ;

- investissez de votre temps pour les séances que nous vous proposons mais aussi entre les séances ;
- pratiquez régulièrement les exercices proposés comme une « gymnastique des émotions » ;
- posez-nous toutes les questions que vous souhaitez ;
- les thérapeutes qui vous accompagnent sont soumis au secret professionnel, rien de ce que vous pourrez dire ne sortira du groupe, nous vous demandons également vous-même d'être solidaire des autres participants et de ne rien divulguer les concernant.

Ce qu'il faut retenir

Les thérapeutes formés pourront mettre en application ce module de gestion du stress et de l'anxiété dans une démarche curative auprès de patients présentant un trouble anxieux (TAA, TAG, panique, agoraphobie, etc.) ou préventive afin d'anticiper les effets du stress chez différentes populations (problèmes médicaux, difficultés psychologiques, addictions, stress au travail, etc.).

La prise en charge est réalisée sur un rythme hebdomadaire. Elle est limitée dans le temps (quelques semaines à quelques mois). Il importe de mobiliser le patient sur un mode éducatif et de mettre en application des éléments concrets tout au long de la thérapie.

Le module peut être réalisé en individuel mais se pratique aussi en petits groupes (sur une durée de 8 à 12 semaines). Il s'agit d'un apprentissage progressif avec mise en application systématique des acquis. Des exercices de contrôle respiratoire et de relaxation associant des techniques musculaires, de méditation et de visualisation sont intégrés. Les premiers résultats sont en faveur d'une réduction de l'anxiété, d'une amélioration du bien-être et de la qualité de vie et d'un meilleur pronostic global pour la santé.

La diffusion plus large de cette technique devrait à l'avenir permettre une action concrète préventive et curative nécessaire compte tenu de l'ampleur des problèmes liés au stress et à leur retentissement sur la santé publique, et de permettre une validation d'études françaises encore trop peu nombreuses.

Bibliographie

- Ades J. Historique et évolution du concept de névrose. In : Goureau JP. Les états névrotiques. Château-du-Loir : Éditions Jean-Pierre Goureau ; 1992 ; 11-40.
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Saint-Denis : Afssaps ; 2006.
- Akiskal HS. Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type. *Acta Psychiatr Scand* 1998 ; (suppl. 393) : 66-73.
- Anaes. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandation pour la pratique clinique, mars 2001.
- André C. La prise en charge non médicamenteuse du stress. *Act Med Int Psychiatrie* 1997 ; 14 : 29-34.
- Andrea H, Bültman U, Beurskens AJ et al. Anxiety and depression in the working population using the HAD scale – psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Aug ; 39(8) : 637-46.
- Appelhans BM, Luecken LJ. Heart rate variability as an Index of regulated Emotional Responding. *Review of General Psychology* 2006 ; 10, 3 : 229-40.
- Arntz A. Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2003 ; n° 41 : 633-46.
- Association américaine de psychiatrie. DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., Text Revision. Washington : American Psychiatric Press ; 2000. Et Trad. fr. : Guelfi JD. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e éd. Texte révisé. Paris : Masson ; 2003.
- Astin JA. Stress reduction through mindfulness meditation : effects on psychological symptomatology, sense of control and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1997 ; 66(2) : 97-106.
- Aubert N. Facteurs de stress et perte de sens dans la société contemporaine. *Act Med Int Psychiatrie* 1997 ; 14(suppl.) : 11-6 201.
- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt D. Consensus statement on post-traumatic stress disorder from the International Consensus Group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000 ; 61(suppl. 5) : 60-6.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders, the nature and treatment of anxiety and panic. New York : Guilford Press ; 1988.
- Barlow DH, Lehman CL. Advance in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 727-35.
- Barrow KA, Jacobs BP. Mind-body medicine : an introduction and review of the literature. *Medical Clinics North America* 2002 ; 86 : 11-31.
- Beard GM. A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia). Its causes, symptoms and sequences. New York : Wood ; 1880.
- Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective. New York : Basic Book ; 1985.
- Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York : Guilford Press ; 1990.

- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB et al. Current theoretical models of generalized anxiety disorders (GAD) : conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* 2009 ; 23 : 1011-23.
- Benson H, Beard JF, Carol M. The relaxation response. *Psychiatry* 1974 Feb ; 37(1) : 37-46.
- Bilj RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population : results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 587-95.
- Blumenthal JA, Jiang W, Babyak M et al. Stress Management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. Effects on prognosis and evaluation of mechanism. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 : 2213-23.
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 1665-71.
- Bonnier P. L'anxiété. Paris : Alcan ; 1913.
- Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62(suppl. 11) : 37-42.
- Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61 : 611-9.
- Bouchard S, Taylor S, Cox B et al. Anxiety disorder. In : Marshall W, Firestone P. *Abnormal psychology*. Toronto : Prentice Hall ; 2002 ; 151-84 chap. 7.
- Boulenger JP. L'approche biologique de la pathologie anxieuse. In : Boulenger JP. *L'attaque de panique : un nouveau concept ?* Château-du-Loir : Éditions Jean-Pierre Goureau ; 1987.
- Bourin M, Bougerol T, Guitton B et al. A combinaison of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder with anxious mood : controlled study placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1997 ; 11 : 127-32.
- Boutonier J. L'angoisse. Paris : PUF ; 1963.
- Bouvard M, Cottiaux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson ; 2005.
- Bowlby J. Attachement et perte : la séparation, angoisse et colère. Paris : PUF ; 1978.
- Brissaud. De l'anxiété paroxystique. *Semaine Med* 1890 ; 410-4.
- Brown GW, Harris TO. Life events and illness. New York : Guilford Press ; 1989.
- Brousseau. A. Essai sur la Peur aux Armées, 1914-1918. Paris : Alcan ; 1920.
- Bruchon-Schweitzer M, Cousson F, Quintard B, Nuissier J, Rascle N. French adaptation of the ways of coping checklis. *Percept Mot Skills* 1996 ; 83(1) : 104-6.
- Bureau International du Travail. Le stress dans le monde du travail. *Le Travail dans le Monde*. 1993.
- Calbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J et al. Treatment of panic disorder : live therapy vs. self-help via the Internet. *Behav Res Therapy* 2005 ; 43 : 1321-33.
- Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA et al. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Therapy* 2006 ; 44 : 1251-63.
- Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York : Appleton ; 1929.
- Carlbring P, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder via the Internet : a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2003 ; 34 : 129-40.

- Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 2004 ; 43 : 421-36.
- Casper JL. Biographie d'une idée fixe. (Présenté par Pitres A, Regis E, trad. Lalanne G.). *Arch Neurol* 1902 ; 1 : 270-87.
- Chambless D, Caputo G, Bright P et al. Assessment of fear in agoraphobics : the body sensation questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *J Consulting and Clinical Psychology* 1984 ; 52 : 1090-7.
- Chini B. Évaluation quantitative du stress dans une population de salariés des régions Haute et Basse-Normandie. *Arch Mal Prof* 2001 ; 62 : 536-45.
- Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clin Psychol Rev* 2007 Apr ; 27(3) : 266-86.
- Chrousos G, Gold P. The concept of stress and stress system disorders. *JAMA* 1992 ; 267 : 1244-52.
- Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Therapy* 1986 ; 24 : 461-70.
- Clarck DB, Wells A. A cognitive model of social phobia. In : Heimberg GR, Liebowitz M, Hope D, Schneier FR. *Social phobia, diagnosis, assessment and treatment*. New York : Guilford Press ; 1995.
- Claude H, Levy-Valensi EA. *Les états anxieux*. Paris : Maloine ; 1938.
- Collins KA, Westra HA, Dozois DJ et al. Gaps in accessing treatment for anxiety and depression : Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review* 2004 ; 24 : 583-616.
- Commission européenne. Manuel d'orientation sur le stress lié au travail « Piment de la vie... ou coup fatal ? ». Direction générale de l'emploi et des affaires sociales ; 2000 , 100.
- Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders : it works but how ? *J Anxiety Disord* 2007 ; 21(3) : 243-64.
- Cooper CL, Cartwright S. An intervention strategy for workplace stress. *J Psychosom Res* 1997 ; 43(1) : 7-16.
- Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rasclé N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la ways of coping checklist. *Psychologie française* 1996 ; 41(2) : 155-64.
- Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4^e éd. Paris : Masson ; 2004.
- Cottraux J, Notté I, Albuissou E et al. Cognitive behaviour therapy versus supportive therapy in social phobia : a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2000 ; 69 : 137-46.
- Crocq L. Pourquoi l'appellation « Syndromes psychotraumatiques ». *Neuro Psy* 2003 ; numéro spécial : 6-8.
- Cullen W. *Les Névroses*. Paris : Flammarion ; 1909.
- DaCosta JM. On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences, Thorofare, N.J.* 1871 ; 61 : 17-52.
- Dantzer R. *L'illusion psychosomatique*. Paris : Odile Jacob ; 1989.
- Delattre V, Servant D, Rusinek S et al. Les schémas précoces dysfonctionnels : étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *Encéphale* 2004 ; 30(3) : 255-8.
- Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R et al. Generalized anxiety disorder : a preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Therapy and Research* 1998 ; 36 : 215-26.

- DuPont RL, Rice DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* 1996 ; 2 : 167-72.
- Durham RC, Fischer PL, Trelliving LR et al. One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder : symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behav Cogn Psychoter* 1999 ; 27 : 19-35.
- Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary disease patient. *Health Psychol* 1999 ; 18(5) : 506-19.
- Ehring T, Watkins E. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008 ; 1(3) : 192-205.
- Ey H. L'anxiété morbide. Étude n° 15. *Études psychiatriques*. Vol. II. Paris : Desclée de Brouwer Éd. ; 1950 : 379-425.
- Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield, IL : Charles C. Thomas ; 1967.
- Falret J. Folie raisonnée ou folie morale. *Ann Méd Psychol* 1866 ; 24 : 382.
- Finch AE, Lambert MJ, Brown GJ. Attacking anxiety : a naturalistic study of a multimedia self-help program. *J Clin Psychol* 2000 ; 56 : 11-21.
- Fisher PL, Durham RC. Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy : an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 1425-34.
- Freeston MH, Ladouceur R. Appraisal of cognitive intrusions and response style : replication and extension. *Behav Res Ther* 1993 Feb ; 31(2) : 185-91.
- Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 2002.
- Freud S. (1895). Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse. In : *Névrose, Psychose et perversion*. 5^e éd. fr. Paris : PUF ; 1985, 15-38.
- Freud S. (1896). L'hérédité et l'étiologie des névroses. In : *Névrose, Psychose et perversion*. 5^e éd. fr. Paris : PUF ; 1985, 47-59.
- Freud S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot. Paris : Payot ; 1965.
- Freud S. (1926). Inhibition symptôme et angoisse. 2^e éd fr. Paris : PUF ; 1968, 102.
- Friedman M, Rosenman RH. Association of a specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Medical Association* 1959 ; 169 : 1286-95.
- Gasquet I, Negre-Pages L, Fourrier A et al. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologiques ESEMeD/MHDEA 2000/(ESEMed) en population générale. *L'Encéphale* 2005 ; 31 : 195-206.
- Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM et al. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 493-505.
- Gorwood P. L'anxiété est-elle héréditaire ? *L'Encéphale* 1998 ; XXIV : 252-5.
- Gosselin P, Dugas MJ, Ladouceur R, Freeston MH. Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale* 2001 ; 27 : 475-84.
- Gould RA, Otto MW, Pollack MH et al. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : a preliminary meta-analysis. *Behav Ther* 1997 ; 28 : 285-305.
- Graziani PL, Rusinek S, Servant D et al. Validation française du questionnaire de coping « way of coping check-list revised » (WCC 12) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de Thérapie Cognitive et Comportementale* 1998 ; 8, 3 : 100-12.

- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 1999 Jul ; 60(7) : 427-35.
- Guelfi JD. L'anxiété d'hier à aujourd'hui. *Nervure* 1996 ; IX : 6-13 (numéro spécial).
- Guelfi JD. Évolution du concept de trouble anxieux généralisé. In : Lempérière T. *Anxiété généralisée : prédisposition ou syndrome*. Paris : Acanthe, Masson ; 2003.
- Hantouche E. Anxiété généralisée : trouble, personnalité ou tempérament. *Neuropsych*, juillet 2001 ; numéro spécial : 25-31.
- Hauteckeete M, Rusinek S, Servant D. Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. Paris : Masson ; 2001 29-50.
- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments : Literature review. In : Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. *Social Phobia*. New York : Guilford Press ; 1995 ; 261-309.
- Hoehn-Saric R, McLeod DR. Anxiety and arousal : physiological changes and their perception. *Journal of Affective Disorders* 2000 ; 61 : 217-24.
- Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders : a meta-analysis placebo controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69(4) : 621-32.
- Hollister L. Withdrawal reactions from chlordiazepoxide (Librium). *Psychopharmacology* 1961 ; 2 : 63-8.
- Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967 ; 11 : 213-8.
- House JS, Landis K, Umberson D. Social relationship and health. *Science* 1988 ; 241 : 540-5.
- Inserm. Psychothérapie, trois approches évaluées. Inserm ; 4 février 2004.
- Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago : University of Chicago Press ; 1938.
- Janet J. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris : Alcan ; 1903.
- Janet P. *Les névroses*. Paris : Flammarion ; 1909.
- Jaspers K. *Psychopathologie générale*. Paris : Alcan ; 1913.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM et al. Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Medical Journal of Australia* 2004 ; (7 suppl) : S29-46.
- Kabat-Zinn J, Massio AO, Kristeller J et al. Effectiveness of meditation based stress reduction programme in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 936-43.
- Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological basis of childhood shyness. *Science* 1988 ; 240 : 167-71.
- Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update : a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006 ; 10 : 33.
- Kandel E. From metapsychology to molecular biology : explorations into the nature of anxiety. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 1277-93.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications job redesign. *Adm Sci Q* 1979 ; 24 : 285-308.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York : Basic Book ; 1990.
- Kenardy JA, Dow MGT, Johnston DW et al. A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder : an international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71(6) : 1068-75.

- Kierkegaard S. Le concept de l'angoisse. Paris : Gallimard ; 1990.
- Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndrome. *Psychopharmacology* 1964 ; 43 : 213-21.
- Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 1962 ; 119 : 432-8.
- Klein M. Essais de psychanalyse. Paris : Payot ; 1968.
- Kobasa SC. Personality and resistance to illness. *Am J Community Psychol* 1979 Aug ; 7(4) : 413-23.
- Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N et al. Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; issue 1.
- Krishaber M. De la névropathie cérébro-cardiaque. Paris : Masson ; 1873.
- Ladouceur R, Dugas MJ. Le trouble d'anxiété généralisée. In : Ladouceur R, Marchand A, Boisvert JM. Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale. Paris : Masson ; 1999 ; 31-57.
- Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M et al. Interapy : a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 : 901-9.
- Laroque B, Brisson C, Blanquette C. Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek. *Rev Epidém et Santé Publ* 1998 ; 46 : 371-81.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill ; 1966.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York : Springer ; 1984.
- Lazarus R. Emotion and adaptation. New York : Oxford University Press ; 1991.
- Lebigot F. Stress et trauma. *Neuro Psy* 2003 ; numéro spécial : 19-23.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI) a short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997 ; 12 : 224-31.
- LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci* 2000 ; (23) : 155-84.
- LeDoux JE. Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Curr Opin Neurobiol* 1992 ; 2(2) : 191-7.
- Légeron P. Stratégies comportementales et cognitives dans la gestion du stress. *L'Encéphale* 1993 ; XIX : 193-202.
- Légeron P. Le concept de stress. In : Légeron P. Conséquences pathologiques du stress et société d'aujourd'hui. *Psychiatrie* 1997; 201 suppl.: 3-6.
- Légeron P. Le stress au travail. Paris : Odile Jacob ; 2002.
- Lemperière T. Perspectives historiques. In: Boulenger JP. L'attaque de panique : un nouveau concept ? Château-du-Loir : Éditions Jean-Pierre Goureau ; 1987, 11-38.
- Lepine JP, Lellouch J. Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. *Ann Med Psychol* 1993 ; 151 : 618-23 9.
- Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders : prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63(suppl.) : 4-8 14.
- Lepine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMed/MHEDEA 2000/(ESEMed). *L'Encéphale* 2005 Mar-Apr ; 31(2) : 182-94.
- Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ et al. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 729-36.

- Llorca PM, Spadone C, Sol O et al. Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder : a 3-month double blind study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002 ; 63(11) : 1020-7.
- Lôo P, Lôo H, Galinowski A. Le stress permanent. Réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels. 3^e éd. Paris : Masson ; 2003.
- Marks IM. Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). *Arch Gen Psychiatry* 1970 ; 23 : 538-53.
- Marks IM, Mathews M. Brief standart self rating for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979 ; 17 : 263-7.
- Martin C. L'enfant anxieux le reste-t-il à l'âge adulte ?. *L'Encéphale* 1998 ; XXIV : 242-6.
- Martin C. L'enfant et l'adolescent anxieux. Paris : Masson ; 2003.
- Maslach C, Jackson SE. The mesurement of experienced burn-out. *J Occup Behav* 1981 ; 2 : 99-113.
- Massion AO, Dyck IR, Shea MT et al. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 : 434-40.
- Maurey G. L'angoisse, l'anxiété et l'analyste. *Études Psychothérapiques* 1998 ; 18 : 71-84.
- Mavissakalian MR, Hamman MS, Haidar SA et al. DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorders. *Compr Psychiatry* 1993 ; 34 : 243-8.
- McCarty R, Barrios-Choplin B, Rozman D et al. The impact of a new emotional management program on stress, emotion, heart rate variability, DHEA and cortisol. *Integr Physiol Behav Sc* 1998 Apr-June ; 33(2) : 151-70.
- McCrone P, Knapp M, Proudfoot J et al. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care : randomised controlled trial. *Brit J Psychiatry* 2004 ; 185 : 55-62.
- McEwen S, Weiss J, Scharz L. Selective retention of corticosterone by limbic structures in rat brain. *Nature* 1968 ; 220 : 911-2.
- McEwen BS, Magarinos AM. Stress and hippocampal plasticity : implications for the pathophysiology of affective disorders. *Hum Psychopharmacol* 2001 ; 16 : S7-S19.
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 171-9.
- Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification : an integrative Approach. New York : Plenum ; 1977.
- Mendes de Leon CF, Powel LH, Kaplan BH. Change in coronary-prone behaviors in the recurrent coronary prevention project. *Psychosom Med* 1991 ; 53 : 407-19.
- Menin DS. Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004 ; 11 : 17-29.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 1990 ; 28(6) : 487-95.
- Milrod B. The continuing usefulness of psychoanalysis in the treatment of panic disorder. *J Am Psychoanalytic Assoc* 1995 ; 43 : 151-62.
- Milrod B, Leon AC, Busch F et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 265-72.
- Möhler H, Richards JG. Benzodiazepine receptors in the central nervous system. In : *The benzodiazepines : from molecular biology to clinical practice*. New York : Raven Press ; 1983, 93-116.

- Monat A, Lazarus RS. Stress and coping. An anthology. New York : Columbia University Press ; 1991.
- Monestès JL, Vilatte M. La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.
- Morel BA. Du délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch gene Med* 1866; 7 : 385-402, 530-551, 700-707.
- Mowrer OH. Learning theory and behavior. New York : Wiley ; 1960.
- Murphy LR. Stress management in work settings : a critical review of health effects. *Am J Health Promot* 1996 ; 11, 2 : 112-35.
- Mykletun A, Overland S, Dahl AA et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *Am J Psychiatry* 2006 Aug ; 163(8) : 1412-8.
- Newman MG, Erickson T, Przeworski A, Dzus E. Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders : is human contact necessary for therapeutic efficacy ? *J Clin Psychol* 2003 ; 59(3) : 251-74.
- Niedhammer I, Siegrist J. Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. *Rev Épidém et Santé Publ* 1998 ; 46 : 398-410.
- Nolan RP, Kamath MV, Floras JS, Stanley J et al. Heart rate variability biofeedback as a behavioral neurocardiac intervention to enhance vagal heart rate control. *Am Heart J* 2005 Jun ; 149(6) : 1137.
- Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2007 Jun ; 27(5) : 572-81.
- Ong L, Linden W, Young S. Stress management. What is it ? *J Psychosom Research* 2004 ; 56 : 133-7.
- Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies (CIM-10). Paris : Masson ; 2004.
- Öst LG. Applied relaxation : description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987 ; 25 : 397-409.
- Öst LG, Westling BE. Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 1995 ; 33 : 145-58.
- Öst LG, Breitholtz E. Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2000 ; 38 : 777-90.
- Paulhan I, Nuissier J, Quintard B, Cousson F, Bourgeois M. La mesure du « coping » : traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano. *Annales Médico-Psychologiques* 1994 ; 152(5) : 292-9.
- Paykel ES. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine* 1978 ; 8 : 245-53.
- Pelissolo A, Lepine JP. Les phobies sociales : perspectives historiques et conceptuelles. *L'Encéphale* 1995 ; XXI : 15-24.
- Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP et al. Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *L'Encéphale* 1996 ; XXII : 187-96.
- Pelissolo A. Anxiété : personnalité, style de vie ou maladie. *L'Encéphale* 1998 ; XXIV : 247-51.
- Pelissolo A. Diagnostic et évaluation de l'anxiété généralisée. In : Lempérière T. Le trouble anxiété généralisée. Paris : Acanthe, Masson ; 2002.
- Pelissolo A, Rolland JP, Perez-Diaz F et al. Évaluation dimensionnelle des émotions en psychiatrie : validation du questionnaire Émotionnalité positive et négative à 31 items (EPN-31). *L'Encéphale* 2007 ; 33 : 256-63.

- Pichot P. Kierkegaard et la naissance du concept de l'angoisse. *Confrontations psychiatriques* 1995 ; 36 : 27-33.
- Pichot P. D'où vient l'attaque de panique ? In : Lempérière T. *Le trouble panique*. Paris : Acanthe, Masson ; 1998, 3-46.
- Pinel P. *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine* 6^e éd., 3 vol. Paris : Brosset ; 1818.
- Pitres A, Régis E. L'obsession de la rougeur (érotophobie). *Arch Neurol* 1897 ; 3, 1.
- Rabkin JG, Struening EL. Life events, stress, and illness. *Science* 1976 ; 194 : 1013-20.
- Rees K, Bennett P, West R et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 ; issue 3.
- Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder : integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology : Science and Practice* 2002 ; 9 : 54-68.
- Roy S, Legeron P. La thérapie virtuelle dans les troubles phobiques. *J Thérapie Comp Cogn* 2003 ; 13 : 101-5.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966 ; 80, (1, Whole N° 609).
- Rusinek S, Servant D, Graziani P et al. Existe-t-il un biais d'interprétation des événements d'enfance chez les patients adultes anxieux ? *L'Encéphale* 1999 ; XXV : 358-63.
- Rusinek S. Aspects comportementaux, émotionnels et cognitifs. In : Graziani P, Hauteckeete M, Rusinek S, Servant D. *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Paris : Acanthe, Masson ; 2001.
- Sakakibara M, Hayano J. Effect of slowed respiration on cardiac parasympathetic response to threat. *Psychosom Med* 1996 Jan-Feb ; 58(1) : 32-7.
- Sareen J, Jacobi F, Cox BJ et al. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorder with physical conditions. *Arch Intern Med* 2006 ; 166(19) : 2109-16.
- Sauteraud A. Soucis normal et pathologique : ses liens avec le trouble anxieux généralisé. *Confrontations Psychiatriques* 1995 ; 36 : 15-26.
- Schultz JH. *Le training autogène*. Paris : PUF ; 1958.
- Segal ZV, Teasdale JD, Williams MG. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. Paris, Bruxelles : De Boeck ; 2006.
- Selye HA. Syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936 ; 138 : 32.
- Selye H. The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *J Clin Endocrinology* 1946 ; 6 : 117-230.
- Selye H. *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard ; 1956.
- Semaan W, Hergueta T, Bloch J et al. Études transversales de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. *L'Encéphale* 2001 ; 27 : 238-44.
- Servan-Schreiber D. *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Pocket ; 2011.
- Servant D. Quel rôle joue l'environnement psychosocial dans l'anxiété ? *L'Encéphale* 1998 ; XXIV : 235-41.
- Servant D, Parquet PJ. Étude sur le diagnostic et la prise en charge du trouble panique en psychiatrie. Étude PANDA. *L'Encéphale* 2000 ; 26(2) : 33-7.
- Servant D, Pradeau P, Sobaszek A. Stress au travail. État des lieux et remèdes possibles. *Act Med Int Psychiatrie* 2004 ; 3 : 46-9.

- Servant D. Information, accompagnement psychologique et nouvelles prises en charge. *La Lettre du Psychiatre* 2006 ; 11,1 : 4-7.
- Servant D. Soigner le stress et l'anxiété par soi-même. Paris : Odile Jacob ; 2009a.
- Servant D. La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson ; 2009b.
- Servant D, Graziani PL, Moyse D et al. Traitement du trouble de l'adaptation avec anxiété : évaluation de l'efficacité et de la tolérance de l'étifoxine par un essai en double aveugle. *L'Encéphale* 1999 ; XXIV : 569-74.
- Servant D, Parquet PJ. Le trouble panique : un authentique problème de santé publique. *Presse Méd* 2000a ; 29(16) : 905-10.
- Servant D, Parquet PJ. Étude sur le diagnostic et la prise en charge du trouble panique en psychiatrie. Étude PANDA. *L'Encéphale* 2000b ; 26(2) : 33-7.
- Shear MK, Cooper AM, Klerman GL et al. A psychodynamic model of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 859-66.
- Shear MK, Maser J. Standardized assessment for panic disorder research. A conference report. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 346-54.
- Soler J, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 ; issue 1.
- Sorby NG, Reavley W, Huber JW. Self-help programme for anxiety in general practice : controlled trial of an anxiety management booklet. *Br J Gen Pract* 1991 ; 41 : 417-20.
- Spielberger CD. Anxiety : state-trait process. Sarason IC, Spielberger CD. *Stress and anxiety : series in clinical and community psychology*. Vol.1. Washington : Hemisphere Publishing Corporation ; 1980 ; 113-43.
- Spitz RA. The first year of life. A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York : International University Press ; 1965.
- Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 : 2230-7.
- Stephoe A. The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research* 1991 ; 35(6) : 633-44.
- Thayer JF, Lane RD. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord* 2000 ; 61 : 201-16.
- Theorell T, Karasek RA. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996 ; 1 : 9-26.
- Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B et al. The general neurotic syndrome : a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992 ; 85 : 201-6.
- Tyrer P. Classification of anxiety disorders : a critique of DSM-III. *J Affect Disord* 1986 ; 11 : 99-104.
- Virtanen M, Honkonen T, Kivimäki M et al. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders* 2007 ; 98 : 189-97.
- Vitaliano P, Russo J, Maiuro RD et al. The ways of coping checklist : revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research* 1985 ; 20 : 3-26.
- Watkins E. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin* 2008 ; 143 : 163-206.
- Wells A, Carter K. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 1999 ; 37 : 585-94.

- Wells A, Welford M, King P et al. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2010 ; 48 : 429-34.
- White J. « Stress control » large group therapy for generalized anxiety disorder : two year follow-up. *Behav Cognitive Psychoter* 1998 ; 26 : 237-45.
- Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder : nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 62(suppl. 11) : 15-21.
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults : prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 309-23.
- Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford : Stanford University Press ; 1958.
- Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 : 308-13.
- Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach*. Sarasota. Professional Ressource Exchange 1990, 1994.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depressive scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-70.

Guides self-help pour le patient

- Servant D. *Relaxation et méditation*. Paris : Odile Jacob ; 2007.
- Servant D. *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même*. Paris : Odile Jacob ; 2009a.
- Servant D. *Ne plus craquer au travail*. Paris : Odile Jacob ; 2010.

Annexe : information utile

Comment se former et se perfectionner ?

Diplôme d'Université sur le stress et l'anxiété :

Renseignements et inscriptions : département de FMC, faculté de médecine Henri-Warembourg, pôle Recherche, 59045 Lille CEDEX.
Téléphone : 03 20 62 68 53 ou 03 20 62 68 65.

Site institutionnel sur le stress et la gestion du stress : <http://www.soigner-le-stress.fr>

INDEX

- A**
- Acceptation 189
 - Adrénaline 52
 - Affections médicales 124
 - Affirmation de soi 162
 - Agoraphobie 8, 86, 125, 128, 140
 - critères de l' 95
 - description de l' 7
 - Amygdale 47, 53
 - Analyse fonctionnelle 80
 - des événements stressants de la vie 185
 - Angoisse 1, 23
 - de l'enfant 25
 - de séparation 26
 - névrotique 24, 25
 - philosophies existentielles 3
 - Antidépresseur 78
 - indications 43
 - ISRS 44
 - ISRSNA 44
 - tricyclique 42, 44
 - Anxiété 1, 6, 17, 203
 - épidémiologie de l' 73
 - étymologie de l' 2
 - généralisée, fiche patient 171
 - neurobiologie de l' 45
 - premières descriptions de l' 7
 - réactionnelle 181
 - Anxiété-état 17
 - Anxiolytique 41, 42, 78
 - Attachement(s) 25, 26
 - sécurisant 27
 - types d' 27
 - Attaque de panique 128, 131
 - cas clinique 121
 - concept d' 13
 - critères d' 94
- B**
- Benzodiazépine 41, 42
 - Buspirone 184
- C**
- Citalopram 44
- Classification
- CIM-10 14
 - DSM-IV-TR 14
 - multi-axiale 14
- Clomipramine 44
- Cognitions 155
 - anxieuses 82
- Comorbidité 75, 127
- Complexe d'Edipe 25
- Comportement de sécurité 157, 160
- Compulsions 84
- Conditionnement
 - classique 30
 - opérant 30
- Contrôle respiratoire 138, 208
- Coping* 59
 - échelles de 60
- Cortisol 52
- Croyances 159
- D**
- Délire émotif 7
 - Dépression 127, 154
 - Désensibilisation systématique 31
 - DSM-IV-TR 93–95, 103, 150
 - Dysmorphophobie 156
- E**
- Échelle(s)
 - de *coping* 60
 - d'évaluation 90
 - de panique et d'anxiété généralisée 92
 - de réaction au stress 187
 - EPN1 84
 - HAD 90, 202
- Émotion(s) 5, 60, 67
 - échelle EPN1 84
 - thérapie centrée sur les 179
- Entraînement aux compétences sociales 162
- Éreutophobie
 - description de l' 8
- Escitalopram 44

État de stress 100

 aigu 102

 post-traumatique (ESPT) 88

 critères de l' 100

Étifoquine 184

Événements stressants de la vie 57

Évitement

 subtil 160

Exposition 142, 145

 aux pensées 175

 aux tremblements 160

 en imagination 140

in vivo

 avec le thérapeute 145

 par assignation de tâche 142

 intéroceptive 138

 par jeu de rôle 157

 par réalité virtuelle 33

 principe de l' 31

F

Flash-back 10, 17

Fluoxétine 44

Fluvoxamine 44

Folie du doute 9

G

Gestion du stress

 module de 193

 principes de 105

 récidives coronariennes 107

 techniques TCC de 108

Glucocorticoïde 52

Groupe 162

H

Habitude 31

Hippocampe 53

Hypnotique 78

Hystérie 13

I

Information du patient 109

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
 (ISRS) 42

Inhibition anxieuse 83

Insomnie 84

Intolérance à l'incertitude 93, 168, 196

J

Jeu de rôle 162

M

Maladies

 organiques 68

 psychosomatiques 68

Médicaments de l'anxiété 45

Mindfulness ou thérapie de pleine conscience
 fondement 36

*Mini international neuropsychiatric
 interview* (MINI) 85

Modèle(s)

 de Clark et Wells 158

 de Clark 129

 de l'acceptation 178

 de la fausse alarme 47

 de la réaction au stress 65

 du trouble anxieux généralisé (TAG) 168

 du trouble panique 128

 interactionnels du stress professionnel 70

 neurobiologiques 41

 TCC du TAA 184

 trouble anxiété sociale 156

Modeling 162

Monologues intérieurs 158

N

Neurasthénie 7, 9

Neuroticisme 19

Névrose 15, 25

 d'angoisse 7, 10

 définition de la 9

 phobique 11

 théorie 25

 traumatique 10

O

Obsessions 83

P

Panique 129

Paroxétine 44

Pathologie organique 65, 69, 75, 81, 128,
 130

Pensées dysfonctionnelles 158

Personnalité

 type A 66

Peur 5

 des espaces 8

 neurobiologie de la 47

Phobie

 sociale 87

 cas clinique 153

 critères de la 98

 diagnostic de la 153

 prise en charge de la 156

 spécifique

 cas clinique 149

 critères de la 97

 prise en charge de la 151

Pleine conscience 179

- Psychanalyse 27
 Psychasthénie 9, 12
 Psychosomatique 68
 Psychothérapies 23
 psychanalytiques 27
 Psychotropes 78
- Q**
 Questionnaire 90
 de Graziani 61
 des peurs 91
 sur les inquiétudes du Penn State 82
- R**
 Références médicales opposables
 (RMO) 44, 184
 Refoulement 24
 Relaxation musculaire 196
 biofeedback de variabilité
 cardiaque 114
 progressive 114
 technique de 113
 Renforcement positif 162
 Résolution de problèmes 60, 118, 213
 Ruminations 82
- S**
 Schémas
 cognitifs
 modèle des 33
 thérapie des 37
 précoces 20
 de Young
 conception 20
Self-help 110, 194
 Sertraline 44
 Sevrage 103
 Souci 166, 172, 173
 Soutien social 60
 Stress *Voir* Gestion du stress
 au travail 70, 105
 modèles neurophysiologiques du 51
 pathologie cardiovasculaire 69
 Support social 65
 Syndrome
 anxio-dépressif 127
 général d'adaptation 52
 névrotique général 17
 Système 46, 54
 hypothalamo-hypophyso-
 cortico-surrénalien 55
 limbique 53
 nerveux
 autonome (SNA) 46, 54
 autonome (SNA), adaptation 54
 parasymphathique (SNPS) 54
 sympathique (SNS) 54
- T**
 Tempérament 18
 anxieux 20, 205
 anxio-phobique 21
 d'inhibition comportementale 21
 Thérapie(s)
 cognitive 133
 du souci 172
 et comportementale (TCC) 33, 132
 principe de la 34
 comportementales cognitives et
 émotionnelles (TCCE)
 théorie 30
 de groupe 193
 psychanalytiques 28
 psychodynamiques
 brèves 29
 Trouble(s)
 anxieux
 coût 76
 critères diagnostiques des 93
 critères essentiels des 16
 diagnostic des 79
 et qualité de vie 77
 et travail 78
 psychothérapies des 38
 anxieux généralisé (TAG) 89
 cas clinique 165
 de l'adulte, recommandations 169
 de la personnalité
 modèle de Cloninger 19
 personnalité dépendante 18
 personnalité évitante 18
 personnalité
 obsessionnelle-compulsive 18
 de l'adaptation
 critères du 100
 de l'adaptation avec anxiété (TAA) 181
 cas clinique 182
 fonctionnel 69
 obsessionnel compulsif (TOC) 87
 critères du 99
 panique 85, 95, 128, 131
 dépression 126
 diagnostic du 124
 fiche patient 130
- V**
 Variabilité de la fréquence cardiaque
 (VFC) 115
 Venlafaxine 44
 Visualisation 33, 141