

Gestion du stress et de l'anxiété

Chez le même éditeur



Dans la même collection :

CAS CLINIQUES EN THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES, par J. PALAZZOLO. 2007, 2^e édition, 280 pages.

LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS. PRINCIPES, THÉRAPIES, TRAITEMENTS, par M. BOUVARD. 2006, 2^e édition, 264 pages.

PROTOCOLES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE ET EN PSYCHOLOGIE, par M. BOUVARD, J. COTTRAUX. 2005, 4^e édition, 336 pages.

QUESTIONNAIRES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ, par M. BOUVARD. 2002, 2^e édition, 312 pages.

SOIGNER PAR L'HYPNOSE, par G. SALEM, É. BONVIN. 2007, 4^e édition, 344 pages.

Dans d'autres collections :

L'ATTACHEMENT. CONCEPTS ET APPLICATIONS, par N. GUEDENEY, A. GUEDENEY. *Collection Les Âges de la vie*. 2006, 2^e édition, 256 pages.

LES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES, par Q. Debray, D. Nollet. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2005, 4^e édition, 208 pages.

LES TROUBLES ANXIEUX. APPROCHE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE, par R. LADOUCEUR, J.-M. BOISVERT, A. MARCHAND. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 1999, 224 pages.

LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES, par J. COTTRAUX. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2004, 4^e édition, 416 pages.

PROTOCOLES DE TRAITEMENT DES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES, par Q. DEBRAY. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2005, 240 pages.

PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, par J. COTTRAUX, I.M. BLACKBURN. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2006, 2^e édition, 320 pages.

TRAUMATISMES PSYCHIQUES. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES VICTIMES, par L. CROCQ *et al.* *Collection Psychologie*. 2007, 328 pages.

TROUBLES DE L'ATTENTION CHEZ L'ENFANT. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE, par J. THOMAS *et al.* *Collection Psychologie*. 2007, 224 pages.

Collection
Pratiques en Psychothérapie

Dominique Servant

Gestion du stress et de l'anxiété

2^e édition





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 « photocopillage ». 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 les 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 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).

© 2007, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
978-2-294-07593-3

Avant-propos à la deuxième édition

L'anxiété et les troubles anxieux sont les problèmes les plus fréquents rencontrés en psychiatrie et en psychologie ; ils intéressent un grand nombre de disciplines médicales. Différentes formes de ces maux ont été décrites depuis le XIX^e siècle, et les plus communes, traitées en détail dans cet ouvrage, sont l'anxiété généralisée, le trouble de l'adaptation avec anxiété, le trouble panique, l'agoraphobie. Les troubles obsessionnels ayant fait l'objet d'un ouvrage paru dans cette collection, leur prise en charge n'est pas précisément abordée dans ces pages. Dans les troubles qui nous concernent, l'anxiété pose le problème des limites entre normal et pathologique. Nous retrouvons dans ces troubles des émotions et des peurs inscrites dans l'espèce humaine, ancrées au cœur de chaque individu.

Si de nombreuses questions restent encore posées, concernant les causes, beaucoup d'avancées ont été faites dans la prise en charge de ces troubles. À côté des médicaments, les psychothérapies devraient avoir une place de choix dans l'arsenal de la prise en charge, ce qui n'est hélas pas le cas. Cela pour au moins deux raisons : l'offre est insuffisante, surtout dans certaines zones géographiques, et il manque de psychothérapeutes formés spécifiquement au traitement de la pathologie anxieuse.

Différentes techniques connues depuis longtemps ont fait la preuve de leur efficacité. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) occupent une place importante dans le traitement de l'anxiété et sont recommandées tant en soins primaires qu'en soins spécialisés. Elles ont pour principal objectif d'aider à mieux gérer les différentes composantes de la réponse anxieuse physique, psychologique et comportementale. Les autres objectifs des TCC sont centrés sur l'environnement du sujet, le stress étant aujourd'hui un domaine d'une importance capitale. L'approche la plus récente des TCC, actuellement en plein développement, s'intéresse aux traits de personnalité et aux émotions qui trouvent des liens évidents avec le stress et l'anxiété.

Les différentes techniques de bases que sont la relaxation, la thérapie cognitive, l'exposition sont présentées dans cet ouvrage sous forme pratique à partir d'exemples, d'exercices et de modules que le lecteur pourra appliquer et qui, je l'espère, l'aideront dans sa pratique quotidienne.

D. SERVANT

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

Du concept d'angoisse aux troubles anxieux

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

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 va donner 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 anglo-saxonne ne dispose que d'un seul terme, *anxiety*, pour exprimer les concepts d'angoisse et d'anxiété. En allemand, le même mot *angst* désigne les deux états, ce terme étant directement issu du latin *angustia*.

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.

Les classifications psychiatriques récentes retiennent principalement le terme d'anxiété dans leurs descriptions cliniques. Plus récemment, selon 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.

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. 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 ».

Mais 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 conflits. 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.

Naissance du concept 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 et influencera 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.

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, *in* Lemperière, 1987)
- 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 de 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, représente 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 cérébro-cardiaque* de Krishaber (1872), 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, le psychiatre berlinois Carl Westphal publie, en 1872, 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, transport), 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 de hauteurs). 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 ». 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 voir de honte. Un peu plus tard, les descriptions de l'éreutophobie de Pitres et Régis (1897) préfigurent largement la description de phobies sociales. 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. 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 varié 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 probablement des états que l'on qualifierait 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) sera 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. La neurasthénie connut 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.

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",

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

1 – 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.

2 – 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.

3 – 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.

4 – Les attaques d'angoisse rudimentaires et des équivalents de l'accès d'angoisse ont vraisemblablement tous la même signification et présentent de nombreuses formes :

- a – avec trouble de l'activité cardiaque ;
- b – avec trouble de la respiration ;
- c – avec accès de sudation, souvent nocturnes ;
- d – avec accès de tremblements ;
- e – avec accès de fringale ;
- f – avec diarrhées ;
- g – avec accès de vertige locomoteur ;
- h – avec congestion ;
- i – avec paresthésie.

5 – 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.

6 – 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.

7 – Deux types de phobies 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.

8 – Des troubles digestifs, nausées, fringales, diarrhées, et l'envie impérieuse d'uriner.

9 – 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.

10 – 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.

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) proposera 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.

Les conceptions et la classification des névroses de Freud influenceront durablement la psychiatrie contemporaine, l'œuvre de Janet n'ayant pas connu le même rayonnement.

Théories de l'angoisse de Freud

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 réactions 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 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.

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.

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 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.

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, 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

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 censés les faire disparaître. 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 soin.

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).

Modèle comportemental des phobies

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.

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'exposition répétée 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 (1971) vont proposer, les premiers, les techniques d'exposition *in vivo* dans les phobies spécifiques et l'agoraphobie (voir technique, chap. 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).

Des schémas cognitifs aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Pour palier aux insuffisances des modèles comportementaux, l'approche cognitive s'est développée à partir des années quatre-vingt 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.

MODÈLE COGNITIF DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)

Le modèle TCC actuel du TAG est basé sur le rôle du souci dans l'évitement cognitif des émotions négatives. Le patient souffrant de TAG utilise le souci pour réduire et contrôler les images déplaisantes et les manifestations somatiques (Dugas *et al.* ; Ruscio, 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 (fig. 1.1). L'inquiétude est

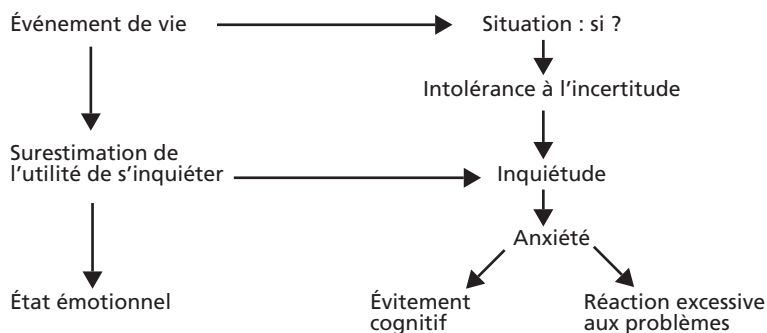


FIG. 1.1. — *Modèle de l'intolérance à l'incertitude (anxiété généralisée) de Ladouceur et Dugas (1996).*

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, 1996). 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 est 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).

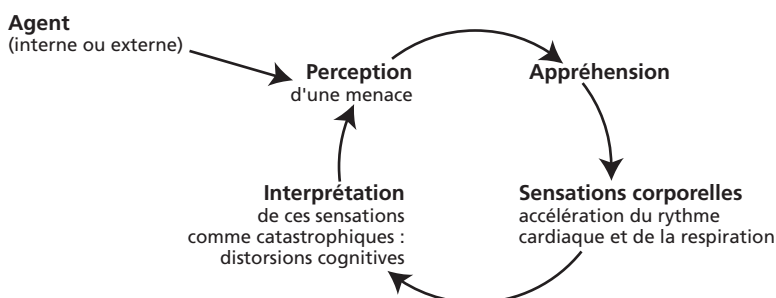
MODÈLE TCC DU TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE

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 Clarck insiste sur le rôle des interprétations cognitives catastrophiques concernant les sensations corporelles (Clarck, 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 catastrophiquement : « 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. (fig. 1.2).

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 »).

FIG. 1.2. — *Spirale de la panique (modèle de Clark, 1986).*

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 développerons dans la partie 3 consacrée à la prise en charge. 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 (familiale, conjugale, 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.

Les TCC actuellement proposées dans les troubles anxieux associent souvent différentes procédures comportementales cognitives et émotionnelles variables selon le trouble.

Modèles neurobiologiques

L'essor de la psychiatrie biologique dans les années soixante-dix 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 70-80, des explorations statiques et dynamiques des systèmes neurobiologiques, mono-aminergiques, 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 céphalorachidien) sont souvent un reflet indirect du fonctionnement global du système nerveux central (SNC) et qu'il est diffi-

cile 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, n'en sont pas moins prometteuses.

Médicaments de l'anxiété

Les années 1950 et 1960 marquent la découverte des premiers médicaments psychotropes et le développement de la psychiatrie biologique. 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 premiers anxiolytiques dont les benzodiazépines, notamment le chlordiazépoxyde (Librium), ont été commercialisés dans les années soixante. 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 sédative 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 chlordiazépoxyde, 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 (Mohler et Richards, 1983).

Dans les années soixante, un 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 quatre-vingt-dix 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 quatre-vingt-dix, 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. 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.

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 quatre-vingt. 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 sémiologie 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 sémiologique, 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 soixante 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-tendue 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 marque 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.

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 soixante-dix, de nouveaux systèmes de classification internationale qui introduisent la notion de trouble anxieux apparaissent. 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 multiaxiale 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, une patiente présentant une névrose phobique peut, par exemple, être diagnostiquée 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'il persiste dans la CIM.

– Démembrement de la névrose d'angoisse en deux entités : trouble panique et anxiété généralisée. C'est le fait le plus marquant dans le sens où ce changement a été proposé à partir de la constatation de D. Klein d'une réponse thérapeutique des attaques de paniques aux antidépresseurs et de l'anxiété généralisée aux anxiolytiques (Klein et Fink, 1962). Par la suite, l'efficacité des antidépresseurs dans l'anxiété généralisée relativisera cette distinction. Les études épidémiologiques montrent également que les deux troubles distincts sur le plan qualitatif sont souvent associés.

– 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.

L'évolution du DSM ces dernières années est marquée par la notion de comorbidité, traduisant une réalité clinique selon laquelle différents troubles peuvent être associés. Freud avait déjà constaté que, bien souvent, plusieurs névroses chez un même sujet pouvaient être retrouvées et que cela n'avait rien de surprenant. 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, 1993).

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. À l'inverse, l'analyse rigoureuse des syndromes anxieux est indispensable pour prendre en charge le patient.

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

Personnalité et tempérament anxieux

Certains patients présentent une anxiété dont l'évolution continue s'inscrit dans un style de vie ou une façon d'être au monde. Le diagnostic entre une anxiété généralisée et une anxiété liée à un trouble de la personnalité est difficile. 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.

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).

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 six 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-backs » 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.).

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Dans le DSM, l'axe II correspond aux troubles de la personnalité et propose une approche catégorielle. 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 (paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive). Les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles identifient des personnes anxieuses et craintives :

- 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.

Plusieurs études montrent dans tous les troubles anxieux une fréquence élevée de troubles de la personnalité principalement dépendante et évitante. Il n'apparaît pas de spécificité d'une catégorie à l'autre (Mavissakalian *et al.*, 1993). Une étude prospective sur cinq ans indique que l'association à un trouble de la personnalité réduit la probabilité d'obtenir une rémission dans l'anxiété généralisée et la phobie sociale. La personnalité évitante est associée aux deux troubles, et la personnalité dépendante seulement à l'anxiété généralisée (Massion *et al.*, 2002).

DIMENSIONS DE LA PERSONNALITÉ

Certains 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.

Les travaux d'Eysenck sont les plus connus. 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.

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. 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 évitante, dépendante et obsessionnelle (Pelissolo, 1998).

Les liens existant entre les traits, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux font l'objet actuellement d'études. La question du caractère inné de l'anxiété et de l'intervention d'un déterminisme biologique avec la notion de tempérament est actuellement posée.

TEMPÉRAMENT ANXIEUX

Le tempérament témoignerait de la part génétique de la personnalité s'exprimant précocement. Il correspond à la partie centrale biologique ou constitutionnelle de la personnalité, à la tendance personnelle à réagir à l'environnement (aux caractéristiques émotionnelles de chaque individu). Il se distingue du caractère, qui est capable de s'adapter et donc de se modifier en fonction de l'âge, des facteurs environnementaux.

Selon Kagan, le tempérament désigne les réactions comportementales et émotionnelles qui apparaissent de façon précoce et qui sont en partie influencées par la génétique (prédisposition psychobiologique). Il varie selon les individus, et il est plus ou moins stable dans le temps et selon les situations. Kagan a montré que le tempérament d'inhibition comportementale chez l'enfant était stable au cours du temps et qu'il augmente le risque de la survenue d'un trouble anxieux dans l'enfance et à l'âge adulte. 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). Peu d'études ont recherché les facteurs protecteurs du trouble anxieux.

Certains auteurs ont proposé d'autres modèles de tempéraments anxieux. Une typologie de base innée 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. 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. Il s'agit alors de repérer les éléments diagnostiques prémorbides afin d'envisager une prise en charge la plus précoce possible.

APPROCHES COGNITIVES DE LA PERSONNALITÉ : LES SCHÉMAS

Dans la perspective d'une approche dimensionnelle de la personnalité, Jeffrey Young a proposé une conception de la personnalité à partir de la théorie des schémas. 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 (Young, 1990).

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). La thérapie proposée par Young mériterait d'être étudiée dans les troubles anxieux de façon contrôlée.

Relation entre stress et anxiété

Le rôle du stress ou des événements stressants de la vie est supposé depuis longtemps dans l'anxiété (Servant, 1998). 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.

Les 15 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 incompétence
- 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

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 stressant 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 fera 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.

Réponse neurophysiologique au stress

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 : la 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 se produit alors la 2^e étape ;

- stade 2 : la phase de résistance qui est basée 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 cardioaccélérateur, 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 coeruleus 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 stressant 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 la 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 Law, 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 qui libère l'ACTH qui agit sur la corticosurrénale laquelle sécrète elle-même le cortisol (fig. 1.3).

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

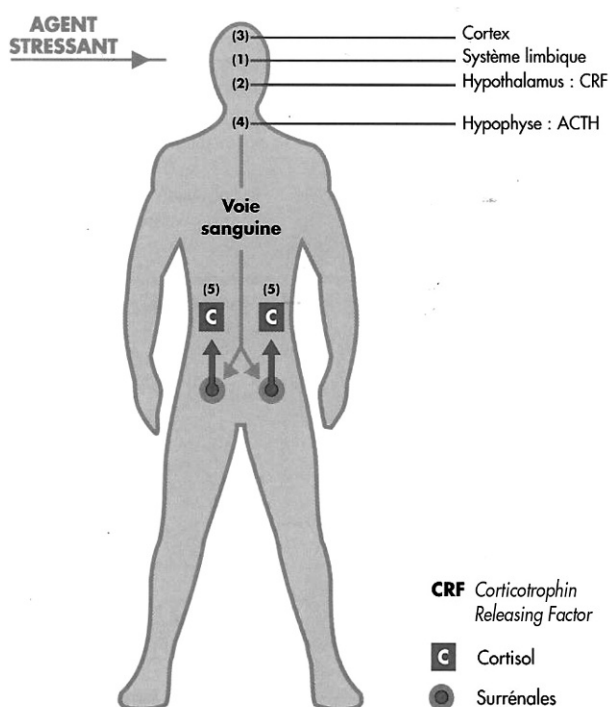


FIG. 1.3. — Système hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien.

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, fig. 1.4). 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).

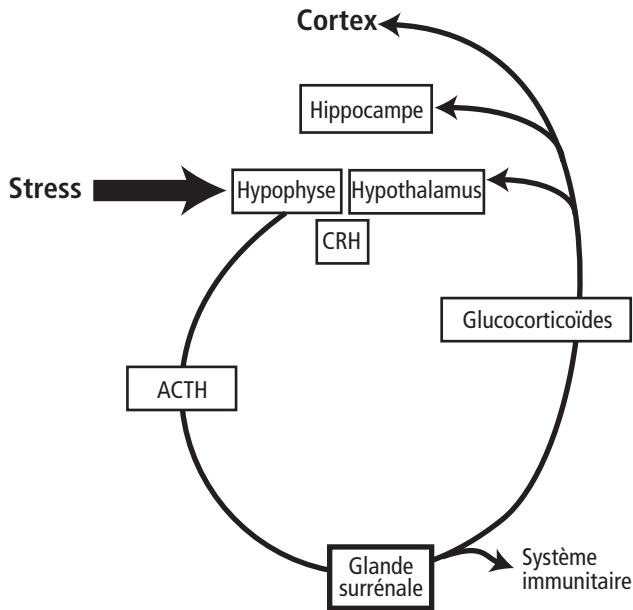


FIG. 1.4. — Régulation de l'axe corticotrope au cours de la réponse au stress.

Approche de l'anxiété basée sur les émotions

Les données récentes dans le domaine des neurosciences ont amené plusieurs auteurs à proposer des modèles de compréhension de l'anxiété impliquant des structures cérébrales, des réseaux et des mécanismes neuronaux supposés sous-tendre les émotions, les comportements et les affects humains. 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 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...).

L'hypothèse faite par Ledoux (2000) est que le stress ou l'émotion par l'intermédiaire de la sécrétion de glucocorticoïdes inhiberait l'hippocampe ce qui se traduirait par une baisse de mémoire explicite observable dans les troubles anxieux. L'action sur le lobe frontal diminue la capacité de raisonnement et l'action sur l'amygdale augmente la réaction de peur et la capacité à stocker ces informations de façon implicite et ainsi les restituer facilement. À partir de ce modèle, Gorman *et al.* (2000) ont proposé un modèle du trouble panique s'articulant autour d'une hyperactivation amygdalienne et hippocampique, responsable de l'anxiété anticipatoire, liée aux expériences et aux apprentissages de peur antérieurs et du déclenchement d'un système d'alarme responsable des symptômes de l'attaque de panique, médiés notamment par le locus coeruleus. L'évitement phobique est dans ce modèle développé via les connexions entre le système limbique et les aires préfrontales.

Il apparaît clairement que le rôle principal des amygdales est d'assigner une signification émotionnelle aux expériences vécues et notamment à celles en rapport avec la menace, la peur ou l'anxiété (fig. 1.5).

La prise en compte de cette dimension émotionnelle dans l'anxiété est aussi envisagée 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 post-traumatique et dans les paniques, mais, d'une façon générale, dans tous les troubles anxieux.

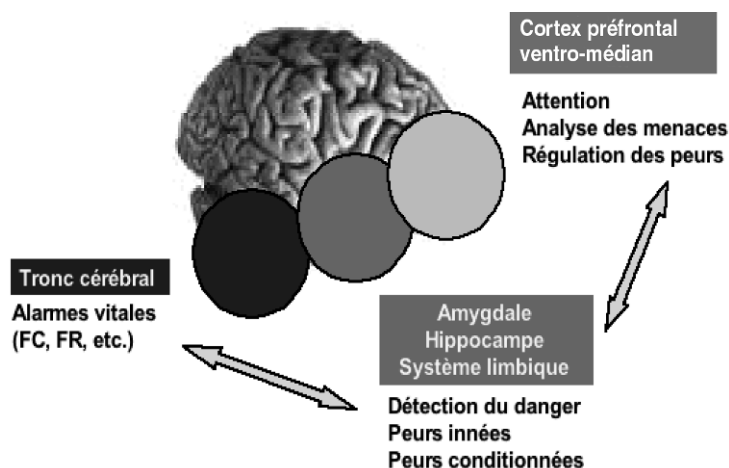


FIG. 1.5. — *Modèle neuro-anatomique du trouble panique d'après Gorman et al. (2000).*

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'en suit 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 (fig. 1.6).

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 par la méditation, par le *biofeedback* ou encore par l'exposition aux situations ou aux souvenirs générant des émotions (EMDR) peuvent présenter un complément aux techniques comportementales et cognitives habituelles.

Stress et anxiété dans la société actuelle

Épidémiologie des troubles anxieux

Les troubles anxieux sont, avec la dépression, les troubles psychiatriques les plus fréquents (Ledine, 2002). Selon les études, les chiffres retrouvés peuvent varier assez sensiblement. Ces différences sont dues aux

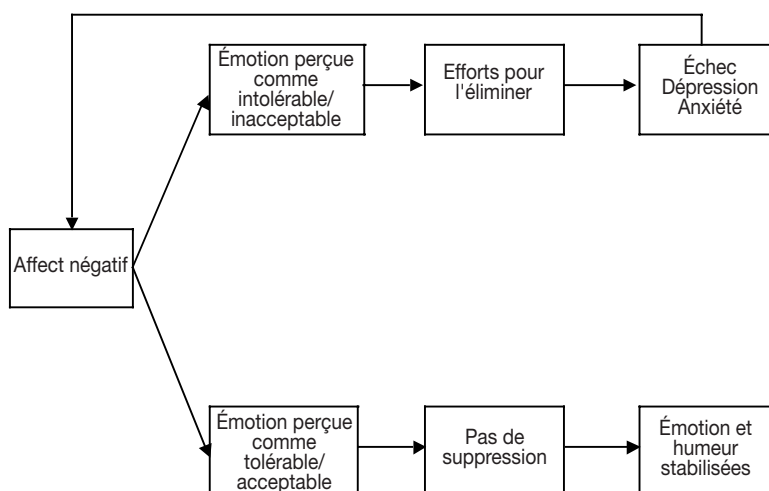


FIG. 1.6. — Évaluation et régulation des émotions dans l'anxiété et les troubles de l'humeur, d'après Campell-Sills et al. (2006).

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 sociales 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 %. Pour les six pays, la prévalence sur la vie est plus basse que les données françaises prises séparément et 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 1.1).

Tableau 1.1. — *Prévalence sur douze mois et sur la vie des troubles anxieux (enquêtes récentes ayant utilisé le CIDI).*

	<i>Prévalence sur 12 mois (en %)</i>	<i>Prévalence sur la vie (en %)</i>
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

Pour ce qui concerne la prévalence des différents troubles anxieux, les chiffres varient selon les troubles (tableau 1.2). 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 1.2. — *Prévalence sur 6 mois et sur la vie des différents troubles anxieux en France selon l'étude ESEMeD (Lépine et al., 2005).*

	<i>Prévalence sur 12 mois (en %)</i>	<i>Prévalence sur la vie (en %)</i>
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

Évolution et facteurs associés

COMMENT ÉVOLUENT LES TROUBLES ANXIEUX ?

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 huit ans l'anxiété généralisée, les TOC, les phobies sociales et l'ESPT. 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 (Ledine 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. Si les TOC et les phobies sociales sont assez stables au cours du temps, en revanche, des formes de passage chez le même patient entre l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie et les phobies spécifiques sont souvent observées.

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 le sexe 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.

• **Événements stressants de la vie**

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. 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 (Servant, 1998). Les événe-

ments 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 stressant 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.

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 anxio-gènes 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 (peut néanmoins parfois conduire l'enfant à abandonner ses comportements anxieux) ou au contraire la négligence (peut les renforcer).

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 (Lépine, 2002). Il se répartit en coûts médicaux directs mais aussi en coûts indirects (arrêt de travail, perte de productivité, etc.) qui représentent 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 1.3, ci-dessous). 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. R.C. Kessler (*American Psychiatric Association*, 1999) évalue 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 1.3.

Tableau 1.3. — 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 %). Quand 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).

Accès et offre de soins

ACCÈS AUX SOINS

Un nombre limité de patients présentant un trouble anxieux vu en médecine générale serait diagnostiqué, recevrait des conseils et un traitement approprié, et consulterait un spécialiste (Stein *et al.*, 2004). Toutes les études réalisées montrent qu'il existe de nombreux obstacles limitant l'accès aux soins des patients présentant des troubles anxieux. Ceci se traduit par un retard de traitement, souvent les patients sont pris en charge après des années d'évolution du trouble anxieux. Plusieurs types d'obstacles ont été identifiés émanant du patient, du professionnel et du système de santé (Collins *et al.* 2006).

• Le patient

Les obstacles concernant le patient sont :

- la pathologie anxieuse n'est pas toujours reconnue par le patient lui-même identifiant davantage un problème médical ;
- le manque de disponibilité et de temps. L'âge est un facteur important, les enfants et les adolescents accèdent plus difficilement aux soins, il en est certainement de même pour les personnes âgées ;
- les facteurs associés comme la comorbidité somatique ou psychiatrique (dépression, problèmes addictifs) font passer le trouble anxieux au second plan ;
- des facteurs culturels et individuels conduisant à une stigmatisation et un rejet de la psychiatrie, une représentation médicale du problème et des résistances à la prise en charge.

• Les professionnels

Les obstacles concernant les professionnels sont :

- l'insuffisance du dépistage en raison d'un manque de connaissance, d'un problème associé qui masque le trouble anxieux ;
- l'absence d'information du trouble ou de la maladie si le diagnostic est fait ;
- l'absence d'accompagnement et de soutien psychologique ;
- un traitement privilégiant les traitements médicamenteux au profit des psychothérapies.

• Le système

Les obstacles concernant le système sont :

- l'accès réduit à un soin spécialisé en fonction des régions, plus accessible dans les grandes agglomérations ;
- l'accès limité à un professionnel formé ;
- le coût de prise en charge des psychothérapies et en l'occurrence des TCC, le non remboursement des actes des psychologues-psychothérapeutes.

RECOMMANDATIONS

Compte tenu de l'importance du problème, il subsiste un manque de recommandations concernant la prise en charge des troubles anxieux. L'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) a proposé en 2001 des recommandations pour la prise en charge de l'anxiété généralisée en médecine générale (voir p. 125). Trois modalités de traitements sur la base d'études d'évaluations sont recommandées : l'information et l'éducation du patient, les traitements médicamenteux et les psychothérapies. Le choix des thérapies est difficile et les critères ne sont pas clairs pour définir quels patients orienter vers quel type de thérapie.

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, 2000a). 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 cardio-vasculaire, 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.

Cependant, on peut penser que les patients présentant des troubles d'intensité modérée, ne présentant pas de complications et motivés par une procédure de changement, doivent bénéficier d'une approche avant tout psycho-éducative. Face à des troubles avérés, les traitements médicamenteux et les TCC paraissent apporter des bénéfices équivalents. Le choix dépend de l'accessibilité des patients aux soins spécialisés. La prise en charge de l'anxiété et des troubles anxieux se fait dans la grande majorité des cas en consultation. L'hospitalisation est réservée aux formes très intenses, compliquées (alcoolisme, dépression, etc.) ou dans certaines situations urgentes (menace suicidaire). Pour certaines formes sévères, une prise en charge quotidienne ou pluri-hebdomadaire est utile à la fois pour permettre de passer un épisode mais également pour mettre en place une thérapie adaptée. Dans certains cas, comme la phobie sociale, la prise en charge de groupe est utile. Il existe quelques (trop rares) consultations spécialisées sur l'anxiété en France comme celle que nous avons créées au CHU de Lille depuis 1989.

CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES SUR L'ANXIÉTÉ

Les consultations spécialisées sur l'anxiété ont été créées en France à partir du début des années quatre-vingt dans quelques centres hospitaliers français. Elles se rapprochèrent des consultations sur la douleur, de part la nécessité d'une multidisciplinarité, la diversité des possibilités thérapeutiques, le temps nécessairement long d'évaluation, d'information et d'éducation, et le fonctionnement essentiellement ambulatoire.

Chacune a son fonctionnement propre, mais toutes ont en commun d'avoir facilité l'accessibilité aux soins, d'offrir des soins spécialisés, de regrouper des praticiens de disciplines différentes (médecins, psychologues, paramédicaux) et donc d'offrir une approche multidisciplinaire, de travailler en réseau et de favoriser la recherche. Pour les patients anxieux, souvent réticents à la perspective d'une consultation psychiatrique, l'intitulé de « consultation anxiété » est mieux accepté et a permis l'accès aux soins à des patients n'ayant jamais consulté pour ce type de problème. Pour certains patients suivis habituellement en consultation de psychiatrie libérale, par des psychologues ou des psychothérapeutes, ces consultations apportent un complément de prise en charge et des suivis conjoints sont souvent proposés.

L'activité est principalement ambulatoire et les lits ne sont pas indispensables, l'hospitalisation étant généralement motivée par des complications et étant, alors, du ressort de la psychiatrie générale. Schématiquement, le modèle proposé dans notre unité est le suivant : l'accès à la consultation est soit spontané, soit le patient est adressé par un professionnel. Le premier temps consiste en un minimum de trois consultations pour analyser la demande, les soins antérieurs et les attentes du patient.

Ce premier temps conduit souvent à une évaluation plus structurée, permettant de proposer ou d'orienter le patient vers des soins adaptés. Une information aux patients et aux familles est aussi proposée. Puis, dans un deuxième temps, différents types de consultations peuvent être recommandés soit pour ajustement thérapeutique et thérapies de soutien soit s'intégrant dans des programmes de psychothérapies structurés, cognitives comportementales en individuel ou en groupe.

Il est important de bien définir les objectifs et de délimiter ce qui est proposé pour ne pas, en fait, aboutir à une consultation généraliste qui ferait double emploi avec ce qui existe. Certains ont émis la critique que ce type d'approche était réducteur, trop axé sur le symptôme. Notre expérience nous montre aujourd'hui l'aide que peuvent apporter ces consultations, offrant des soins spécialisés pas toujours accessibles ailleurs. Cette approche conduit aussi à une rationalisation de la consommation de soins dans les cas d'évolution chronique.

Les consultations spécialisées sur l'anxiété pour l'enfant sont aujourd'hui pratiquement inexistantes, en dépit d'une demande de soins des troubles anxieux et phobiques de l'enfant certainement forte. Une collaboration étroite entre les services d'adultes et d'enfants doit permettre de mieux suivre le devenir de l'anxiété chez les plus jeunes.

Enfin, les consultations anxiété, en raison de leur recrutement sélectif et des évaluations standardisées proposées, permettent de recueillir une somme importante de données utiles pour la recherche. Tous les domaines de recherche sont possibles, et en particulier l'évaluation des thérapeutiques et les études longitudinales. Aujourd'hui, ces consultations insuffisantes en France méritent de se développer.

CE QU'IL FAUT RETENIR

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.

L'anxiété s'organise en syndromes et en troubles anxieux caractéristiques (anxiété généralisée, panique, agoraphobie, phobie sociale, stress post-traumatique, etc.) qui sont souvent associés et correspondent à des tableaux plus ou moins complexes. La prévalence sur la vie des troubles anxieux est aujourd'hui évaluée à environ 15-20 %, ce qui en fait un véritable problème de santé publique. La prise en charge des troubles anxieux intéresse tous les acteurs du soin du fait de cette fréquence élevée, de leur évolution souvent chronique et de leur retentissement social, économique et sur la qualité de vie. Les deux traitements indiqués sont les médicaments et les psychothérapies. Le choix dépend souvent de l'accessibilité très variable des psychothérapies cognitives et comportementales. Des consultations spécialisées sur l'anxiété permettent d'offrir une prise en charge spécialisée et diversifiée pour répondre au mieux aux demandes des patients anxieux.

2

Diagnostiquer les troubles anxieux chez l'adulte



*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 quelque'une
de ses parties à l'exclusion des autres, à cause qu'il est un
et en quelque façon indivisible...*

R. DESCARTES

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 Pélioso (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 traduisent par de la fatigue, des troubles du sommeil ou des douleurs variées. Ces plaintes peuvent aboutir à une demande d'examen 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.

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 de :

- informer sur le trouble anxieux dont souffre le patient ;
- mettre en place un traitement adapté ;
- 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.

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

suite ►

- 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 complété par des examens complémentaires afin d'éliminer une pathologie organique (cardiaque, pulmonaire, endocrinienne, neurologique, ORL, digestive, hématologique, cancer, etc.)

Signes psychologiques à rechercher

COGNITIONS ANXIEUSES

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 2.1). 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 2.1. — Exemples de cognitions anxieuses.

Trouble	Situation	Monologues intérieurs
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.

Signes 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.

À ce stade, le clinicien a déjà une ou plusieurs orientations diagnostiques. Il pourra s'aider de « outils » d'évaluation aujourd'hui bien validés et maniables tels que les entretiens semi-structurés à visée diagnostique le 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 basé sur des questions courtes auxquelles le patient doit répondre par oui ou par non (tableau 2.2), 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 2.2. — *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
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

suite ►	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		
	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
	F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE NON Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE OUI?	NON OUI TROUBLE PANIQUE sans agoraphobie ACTUEL	
	F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE OUI Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE OUI?	NON OUI TROUBLE PANIQUE avec agoraphobie ACTUEL	
	F2. (AGORAPHOBIE ACTUELLE) EST-ELLE COTÉE OUI Et E6. (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTÉE NON?	NON OUI AGORAPHOBIE Sans antécédent de trouble panique ACTUEL	

suite ►	G. PHOBIE SOCIALE	NON	OUI
	G1. Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné 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 irrépressibles ou un besoin de mettre des choses dans un certain ordre? <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	NON	OUI
	H2. Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser? SI H2 =NON, PASSER À H4	NON	OUI
	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 ►

suite ►	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
	ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE		
	I1. 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? <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>	NON	OUI
	I2. 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
	I3. Au cours du mois écoulé :	NON	OUI
	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
	I4. 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
	I5. 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

►

suite ►	TROUBLE 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?	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
	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*. 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 (7 items) ainsi que le niveau de dépression. 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. 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 (voir échelle HAD au chapitre 6, p. 199).

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 auto-questionnaire 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 :

012345678

n'évite pasévite un peuévite souventévite très souventévite toujours

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	

suite ▶

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)	
<div>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 :</div> <div><div><div>0</div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div><div>6</div><div>7</div><div>8</div></div><div><div>ne souffre pas du tout</div><div>souffre un peu</div><div>souffre vraiment</div><div>souffre beaucoup</div><div>souffre extrêmement</div></div></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)	
<div>C – À combien évaluez-vous actuellement la gêne, dans votre vie, de votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous.</div> <div><div><div>0</div><div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div><div>6</div><div>7</div><div>8</div></div><div><div>pas de phobies</div><div>légèrement gênant</div><div>nettement gênant</div><div>très gênant</div><div>extrêmement gênant</div></div></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 al.*, 1997) : 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 ? (Rheume *et al.*, 1993);
- Intolérance à l'incertitude de Freeston *et al.* (1993).

Diagnostic des troubles anxieux

Trouble anxieux généralisé (TAG)

Nathalie 30 ans, mariée, deux enfants, travaille depuis deux 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. »

suite ►

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 vingt 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 oppressée 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 maux 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 quo-

tidiennes (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 six 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.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

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.

Attaque de panique

Le cas suivant correspond à un diagnostic typique d'*attaque de panique* suivie de *trouble panique* avec *agoraphobie*.

Sylvie L., 28 ans, est mariée et mère de deux enfants de deux et quatre 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 six ans, alors qu'elle était dans un cinéma avec une amie. Un médecin lui a dit qu'elle faisait de la spasmophilie. 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 est ne sait pas comment elle va faire pour se rendre à son nouveau travail, qui commence dans quinze jours. Cela fait environ sept 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 est en 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 traitements 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 suivants 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 diagnostic 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 2.3). Le problème est assez différent s'il s'agit d'un trouble évoluant depuis plusieurs années ou comorbide avec d'autres troubles psychiatriques.

Tableau 2.3. — *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'étranglement	350	51 %
Nausées ou gêne abdominale	274	40 %
Déréalisation ou dépersonnalisation	227	33 %

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.

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.

Diagnostics différentiels entre trouble panique et conditions organiques

Affections médicales à l’origine de manifestations aiguës d’allure panique.

– Maladies cardio-vasculaires :

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, broncho-pneumonies 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, 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.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

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 plaidera 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.

Phobies spécifiques

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 douze 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 sœur aînée. Elle a eu des problèmes de couple et a entretenu une relation extraconjugale très culpabilisée pendant un 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 deux 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 (sexe 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.

Phobies sociales

Mme F., 29 ans, vit en concubinage depuis cinq 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 rendue 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 % complète). Dans plus de 2 cas sur 3 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 2 ou 3 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).

Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Stéphanie 20 ans, étudiante en BTS, vient en consultation accompagnée de ses parents qui l'ont convaincue de l'intérêt de parler de ses symptômes à un médecin. Assez réticente au début de l'entretien, elle accepte peu à peu de répondre aux questions. Elle est « obsédée » à l'idée « d'attraper » des maladies surtout le sida. Si elle touche une poignée de porte, elle pense qu'il peut y avoir du sang séché contaminé. Une petite tache sur une table est suspecte et elle ne peut s'en approcher. Elle observe attentivement tout ce qu'elle pourrait toucher et se lave les mains dès qu'elle le peut. Elle prend de très grandes précautions pour manger et dans ses contacts avec les autres. Elle ne s'approche pas trop et si elle ne connaît pas la personne redoute de lui serrer la main de peur que des écorchures n'entrent en contacts avec la peau. Elle craint aussi les postillons et si on s'approche d'elle, imagine qu'elle pourrait être en contact avec un virus mortel. Elle garde son manteau à l'extérieur et ne veut pas poser un livre sur une chaise. Elle ne peut supporter de porter un vêtement taché. Quand elle rentre chez elle, elle doit changer de vêtements pour éviter de faire rentrer des microbes. Elle prend de nombreuses douches, sa mère s'étonne de sa consommation d'eau et ses voisins lui demandent de ne plus prendre de douche en pleine nuit ce qui les réveille. Elle n'a qu'une seule amie qui connaît son problème mais en dehors d'elle personne ne peut rentrer chez elle.

suite ►

Elle ne veut pas que ces parents entrent dans son studio et ils ont fini par s'alerter. Les troubles évoluent depuis trois ans mais sa mère rapporte de nombreuses manies quand elle était enfant. Elle était décrite comme très exigeante et perfectionniste, voulant tout réussir. Elle s'inquiétait beaucoup de tout ce qui pouvait arriver à la famille. Elle se souvient qu'un jour elle pleurait car elle pensait que le chien s'était empoisonné. Bonne élève jusqu'en seconde, ses résultats ont beaucoup baissé au lycée. Elle était très lente et revenait sans cesse sur un devoir. Elle ne voulait rien jeter et les papiers s'accumulaient dans sa chambre. Elle est très attachée à ses parents et sort très peu. Elle « déteste » sortir dans les boîtes ou les bars et est dégoûtée par les jeunes qui prennent de l'alcool et qui vomissent dans la rue. Elle a très peur d'être agressée et évite ces endroits qu'elle considère comme sale. Au cours de l'entretien, elle reconnaît passer beaucoup de temps à éviter des situations de la vie de tous les jours. Elle s'isole pour manger, ne met pas ses affaires au vestiaire et devient méfiante à l'égard de certains camarades de classe qui « font la fête » et qui pourraient avoir le sida. Elle n'a pas peur de mourir d'un accident, ce qui la terrorise ce serait de ne pas l'avoir évité alors qu'elle savait qu'il y avait un danger. Elle ne peut supporter cette idée et c'est pour cela qu'elle est comme ça.

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR LE DIAGNOSTIC

Le TOC est un trouble anxieux dont la fréquence est estimée entre 2 et 3 % et touche autant les hommes que les femmes. Le trouble débute entre 10 et 40 ans, généralement avant l'âge de 25 ans, et une proportion importante de troubles survient chez l'enfant. Dans les formes juvéniles, il peut être associé à des tics. Les formes les plus fréquentes associent des obsessions et des compulsions. Les obsessions isolées restent fréquentes alors que les compulsions isolées sont rares. L'évolution est souvent chronique, émaillée de rechutes. La principale complication est la dépression.

CE QU'IL FAUT RECHERCHER

Le trouble obsessionnel compulsif est décrit comme des obsessions ou des compulsions récurrentes suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps, ou un sentiment marqué de souffrance ou de handicap. Les personnes qui en souffrent reconnaissent que leurs réactions sont irrationnelles ou disproportionnées. 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. On décrit plusieurs types d'obsessions :

- Les obsessions idéatives : pensées désagréables envahissant le champ conscient du sujet (idées grossières, sacrilèges...);
- Les obsessions phobiques : peur obsédante de la maladie ou de la saleté, crainte de la contamination, en dehors de la présence d'un risque réel et en dehors de la présence de situations déclenchantes;

– Les phobies d’impulsion ou obsessions : peur obsédante de réaliser un acte incongru ou irrévérencieux (blesser, précipiter dans le vide, agresser, etc.).

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. Il peut s’agir de tâches mentales (arithmomanie : calculs mentaux à accomplir de manière répétitive, ruminations) ou comportementales (lavage, vérifications) à accomplir. Elles apaisent très temporairement le sujet qui éprouve bientôt un doute quant à leur caractère salutaire et se sent contraint de remettre en œuvre ses compulsions.

On appelle rituels l’ensemble des comportements répétitifs ou de façon plus restrictive ceux qui n’ont pas de rapport logique avec les obsessions (rituels d’habillage ou de rangement par exemple).

Les principales obsessions et compulsions chez l’adulte présentant un TOC sont :

- pour les obsessions : contamination, doute pathologique, somatique, symétrie, impulsions agressives ou sexuelles ;
- pour les compulsions : vérifications, lavages, dénombrement, interrogations ou confessions incessantes, rangement, comparaisons, etc.

Le plus souvent le patient présente des obsessions et des compulsions, moins fréquemment des obsessions isolées et rarement des compulsions isolées. Dans la majorité des cas, les patients présentent plusieurs obsessions et plusieurs compulsions.

Les signes évocateurs sont les suivants :

- lenteur avec perte de temps pour des activités de la vie quotidienne ;
- questions incessantes ;
- retards fréquents ;
- maniaqueries ;
- méticulosité extrême.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les diagnostics différentiels sont le trouble anxieux généralisé et la somatisation.

État de stress post-traumatique

M. T., chauffeur, de bus vient d’être agressé durant son travail. Il rentrait seul au dépôt quand il s’est fait « caillasser ». Toutes les vitres ont soudain volé en éclat et une dizaine de jeunes sont montés et ont tout mis à sac. Ils l’ont jeté à terre alors qu’il tentait de s’interposer et l’ont frappé. Ils ont ensuite allumé un feu à l’intérieur du bus et l’ont laissé étendu par terre en

suite ►

s'enfuyant. C'est à ce moment que M. T. s'est vu mourir asphyxié jusqu'à ce qu'il ne parvienne à s'extraire du véhicule. L'agression a eu lieu il y a un mois et il est toujours en arrêt de travail. Il a tenté au bout de deux semaines de reprendre le travail mais, sans aucune raison, il était comme électrocuté. Il se demandait comment il réagirait s'il était à nouveau agressé. Il est très anxieux, irritable avec son entourage, s'énervait puis se mettait à pleurer. Il évite de sortir de chez lui et se sent mal dans beaucoup de situations comme les magasins. Il a l'impression d'étouffer et doit vite sortir pour respirer dehors. Quand il croise des jeunes dans la rue, il a l'impression de revivre l'agression. C'est comme s'il sentait leur présence derrière lui. Il se sent humilié et dégoûté. Il ne se sent nulle part en sécurité. Il a du mal à s'endormir et fait beaucoup de cauchemars mettant en scène l'agression. Il voudrait reprendre son travail mais rien que le fait de s'imaginer à nouveau au volant, il est pris d'un tremblement et d'une impression de peur qui lui traverse tout le corps.

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR LE DIAGNOSTIC

Le psychotraumatisme désigne tout état psychopathologique apparu après l'exposition à un événement potentiellement traumatisant ayant donné lieu à une expérience vécue de « traumatisme psychique » (Crocq, 2003). Lebigot (2003) parle à ce propos d'une rencontre avec le néant. Les événements traumatiques sont d'une grande diversité selon qu'ils sont individuels ou collectifs, anonymes ou médiatisés, accidentels ou liés à une agression, survenant dans la vie personnelle ou professionnelle. Schématiquement, il est possible de distinguer :

- les actes de guerres (névroses de guerre, vétérans du Vietnam, tortures, etc.);
- les attentats et le terrorisme (ils n'ont cessé de se multiplier depuis les années 1970, RER Saint-Michel, 11 septembre 2001 à New York, 11 mars 2004 à Madrid, etc.), les prises d'otages, crimes individuels, destructions de matériel;
- les catastrophes naturelles (tremblements de terre, inondations, ouragans et tornades, éruptions volcaniques, avalanches, etc.);
- les catastrophes non naturelles : accidents nucléaires, accidents industriels (type usine AZF de Toulouse), catastrophes aériennes et ferroviaires;
- les accidents (circulation, incendies, accidents du travail ou domestiques);
- les agressions (agressions avec violence, viols, agressions sexuelles, menace de mort, etc.).

Les conséquences psychologiques du traumatisme sont très variables. À côté de l'état de stress post-traumatique, des tableaux très divers sont observés qui témoignent bien du caractère individuel de la réponse au stress. La caractéristique essentielle est la mise en lumière d'un lien temporel et de causalité entre un traumatisme et la survenue du trouble. Les symp-

tômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme bien que puisse exister un délai de plusieurs mois (période de latence). Dans les suites immédiates du traumatisme (quatre premières semaines), on retient le diagnostic d'un état de stress aigu. Après quatre semaines d'évolution, si l'état de stress aigu persiste, le diagnostic proposé est celui d'état de stress post-traumatique. On évalue à environ 30 % la survenue d'un état de stress post-traumatique chez les personnes exposées. L'état de stress post-traumatique peut survenir à tout âge, y compris pendant l'enfance.

CE QU'IL FAUT RECHERCHER

Les signes de l'état de stress post-traumatique sont les suivants :

- une exposition à un traumatisme. L'événement peut concerner le sujet lui-même ou l'entourage. Il peut représenter uniquement une menace ou impliquer une atteinte physique et des blessures ;
- le fait que l'événement soit constamment revécu à travers des souvenirs, des rêves et des flash-backs ;
- un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme : à la fois les pensées ou les conversations qui lui sont liées mais aussi tout ce qui peut le rappeler ;
- des symptômes persistants d'activation neurovégétative : difficulté d'endormissement, irritabilité et colère, difficulté de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il concerne le trouble de l'adaptation avec anxiété : le facteur de stress n'est généralement pas extrême et concerne plus le domaine des événements de la vie.

Diagnostic des troubles anxieux compliqués

Troubles anxieux et dépression

Mme Elisabeth 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 dix 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 cinq ans.

suite ►

Depuis un 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 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 six 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 dix 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.

LE 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 2.4).

Tableau 2.4. — *Symptômes plaidant en faveur d'un trouble anxieux ou d'un trouble dépressif.*

<i>En faveur d'un trouble anxieux</i>	<i>En faveur d'un trouble dépressif</i>
Hypervigilance Tension Panique Perception d'un danger Évitement phobique Doute et incertitude Insécurité Insomnie d'endormissement	Désintérêt affectif, anhédonie Perte de l'estime de soi Découragement, désespoir Auto-accusation Ralentissement psychomoteur Tristesse Perception d'une perte Réveils nocturnes Réveils précoces

Troubles anxieux et alcoolisme

CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR LE DIAGNOSTIC

Les troubles anxieux et l'alcoolisme présentent une comorbidité élevée. Tous les troubles anxieux sont concernés, particulièrement l'anxiété généralisée et la phobie sociale. Le plus souvent, l'alcoolisme survient secondairement. La relation entre ces deux troubles est complexe. Si l'alcool semble aider l'anxieux à « faire face » à des symptômes anxieux et phobiques, il conduit souvent dans un second temps à aggraver la symptomatologie anxieuse. Un cercle vicieux entre anxiété et alcoolisme s'ensuit qui aggrave l'évolution et la sévérité des deux troubles. Un élément également à prendre en compte pour le clinicien est le temps de l'évaluation, lorsque les deux conditions coexistent, pendant le sevrage ou l'abstinence.

CE QU'IL FAUT RECHERCHER

En phase d'intoxication, il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic d'un trouble anxieux qui peut être masqué. Il faut rechercher attentivement les syndromes anxieux qui peuvent être soit réduits, soit au contraire amplifiés par la consommation. Lors du sevrage, il existe une recrudescence des symptômes anxieux et il est difficile de faire la part de ce qui appartient au syndrome de sevrage ou au trouble anxieux lui-même. Après sevrage, il apparaît une réduction des symptômes anxieux généralisés, alors que les symptômes phobiques, même s'ils diminuent, restent élevés. Ils facilitent donc les rechutes et il convient de les repérer.

Attaques de panique et cannabis

Benjamin, 17 ans, consulte pour des attaques de panique, adressé par un cardiologue. La première crise est survenue alors qu'il regardait à la télé la finale de la coupe du monde de football. Il décrit ces crises à forte composante cardio-respiratoire. Dans les semaines qui ont suivi cette crise inaugurale, il fait une seconde crise au cinéma. Il met cette crise sur le compte de l'émotion provoquée par la violence des images du film. Une autre fois, il est pris de nausées dans un restaurant et est contraint de sortir précipitamment. Il se souvient qu'à cette occasion il avait pris son pouls, qui battait à 200 par minute. Il constate de lui-même que cela n'est pas possible et qu'il s'était trompé. Il se décrit comme émotif, surtout sensible à la chaleur. Il a fait une attaque de panique la veille d'un contrôle de mathématiques, parce qu'il avait bu beaucoup de café. Une appréhension s'est progressivement installée lorsqu'il est en contact avec la foule.

Après plusieurs entretiens, il évoque le fait qu'il fume du cannabis depuis un an et se demande si cela n'a pas pu endommager son cœur et son cerveau. Au début, sa consommation de cannabis était occasionnelle, pour aboutir à une consommation quasi quotidienne. Il se remémore un soir, où il avait beaucoup fumé, d'une crise très importante dans son lit avant de s'endormir. Il a réveillé sa mère en pleine nuit qui a appelé SOS médecins. Il dit qu'il ne retrouve plus actuellement les sensations de détente que le cannabis lui procurait lorsqu'il a commencé à en consommer. Il poursuit sa consommation mais l'a diminuée. Il dit qu'il en consomme parfois trop mais reste toujours méfiant et n'arrive pas toujours à en contrôler les effets. En rentrant tard d'une sortie, il a présenté un épisode de tachycardie pendant plus d'une demi-heure et un médecin a été à nouveau appelé en urgence. Il a alors consulté un cardiologue et fait plusieurs examens. L'ECG ne montre aucune anomalie et tous les bilans sont sans particularité. On lui a dit que ce n'était rien mais c'est à ce moment qu'il a commencé à s'inquiéter.

La plupart des sujets consommant du cannabis décrivent, lors de l'utilisation de ce toxique, une sensation de calme, de détente, une réduction des tensions et de l'anxiété. Des épisodes anxieux paroxystiques, lors de l'utilisation de cannabis, ont cependant été rapportés sans que l'imputabilité du produit puisse être affirmée de façon certaine. Souvent, d'autres produits sont utilisés en association, comme l'ecstasy, connus pour déclencher eux-mêmes des attaques de panique. Les crises peuvent survenir lors de la première utilisation ou au cours de la majoration de la consommation. Parfois, aucun changement dans la consommation n'est retrouvé. Ces effets psychologiques paradoxaux demeurent d'étiologie indéterminée et différents éléments (nature du produit, facteurs psycho-comportementaux, dysfonctionnement des systèmes neurobiologiques) pourraient être impliqués dans ce type de réaction. L'arrêt de la consommation est donc souvent nécessaire. Il est, dans ce cas, indispensable de pointer avec le patient le lien entre le cannabis et les attaques de panique pour l'y inciter.

Troubles anxieux et maladies organiques

L'anxiété et les pathologies organiques posent un certain nombre de problèmes diagnostiques, notamment et en premier lieu, en termes de diagnostic différentiel entre un trouble anxieux qui peut prendre de nombreux masques organiques et une authentique maladie somatique.

C'est principalement avec les attaques de panique, le trouble panique et l'anxiété généralisée que réside la difficulté.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE TROUBLE PANIQUE ET PATHOLOGIES ORGANIQUES

Les principales pathologies incriminées sont :

- les affections cardiovasculaires : troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire, hypertension artérielle, prolapsus de la valve mitrale, infarctus du myocarde ;
- les affections endocriniennes : hyper- et hypothyroïdie, hypoglycémie, etc. ;
- les affections respiratoires : asthme ;
- les affections neurologiques : épilepsie temporale, etc.

Dans un contexte de crise aiguë on éliminera 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.

COMORBIDITÉ ENTRE PATHOLOGIES ANXIEUSES ET MALADIES

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.

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

En complément de la description clinique des troubles anxieux précédents, nous exposons ici leurs principaux diagnostics dans les tableaux issus du DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* (Texte révisé, Masson, Paris, 2003).

Tableau 2.5. — *Critères diagnostiques de trouble anxété 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 6 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)
- 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 anxété 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 2.6. — *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 2.7. — *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.

Tableau 2.7. (suite)— *Critères diagnostiques de l'agoraphobie selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

- 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 anxieux de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

Tableau 2.8. — *Critères diagnostiques du trouble panique sans agoraphobie selon le DSM-IV-TR.*

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

- A. A 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)
- 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, tel 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 anxieux de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

Tableau 2.9. — *Critères diagnostiques du trouble panique avec agoraphobie selon le DSM-IV-TR.***■ Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie**

- A. A 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, tel 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 anxieux de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

Tableau 2.10. — *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.

Tableau 2.10. (suite)— *Critères diagnostiques de la phobie spécifique selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

<p>F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.</p> <p>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 anxieux 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.</p> <p><i>Spécifier le type :</i></p> <p>Type animal</p> <p>Type environnement naturel (p. ex., hauteurs, tonnerre, eau)</p> <p>Type sang-injection-accident</p> <p>Type situationnel (p. ex., avions, ascenseurs, endroits clos)</p> <p>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)</p>

Tableau 2.11. — *Critères diagnostiques du trouble phobie sociale selon le DSM-IV-TR.*

<p>■ Critères diagnostiques du F40.1 [300.23] Phobie sociale</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur. N.-B. : Chez l'enfant, ce caractère peut être absent.</p> <p>D. Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.</p> <p>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.</p>

Tableau 2.11. (suite)— *Critères diagnostiques du trouble phobie sociale selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

- 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 2.12. — *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. A 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.

Tableau 2.12. (suite)— *Critères diagnostiques du trouble obsessionnel compulsif selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

- 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'Axe 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 2.13. — *Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le DSM-IV-TR.*

■ **Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation**

- 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 trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
 - (1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
 - (2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)
- 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.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Spécifier si :

Aigu : si la perturbation persiste moins de 6 mois

Chronique : si la perturbation persiste 6 mois ou plus

►

Tableau 2.13. (suite) — *Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

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.

F43.20 [309.0] avec humeur dépressive

F43.28 [309.24] avec anxiété

F43.22 [309.28] avec à la fois anxiété et humeur dépressive

F43.24 [309.3] avec perturbation des conduites

F43.25 [309.4] avec perturbation à la fois des émotions et des conduites

F43.29 [309.9] non spécifié

Tableau 2.14. — *Critères diagnostiques du trouble état de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR.*

■ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble état de stress post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (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
- (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. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (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
- (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 reconstitutions 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

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 :

►

Tableau 2.14. (suite)— *Critères diagnostiques du trouble état de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR.*

suite ▶	<div><div>(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme</div><div>(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme</div><div>(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme</div><div>(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités</div><div>(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres</div><div>(6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)</div><div>(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)</div><div>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 :<div><div>(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu</div><div>(2) irritabilité ou accès de colère</div><div>(3) difficultés de concentration</div><div>(4) hypervigilance</div><div>(5) réaction de sursaut exagérée</div></div></div><div>E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.</div><div>F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.</div><div>Spécifier si :<div><div>Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.</div><div>Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.</div></div><div>Spécifier si :<div><div>Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.</div></div></div></div></div>
---------	--

Tableau 2.15. — *Critères diagnostiques du trouble état de stress aigu selon le DSM-IV-TR.*

<div>■ Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble état de stress aigu</div> <div>A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :<div><div>(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</div><div>(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</div></div></div>	▶
--	---

Tableau 2.15. (suite)— *Critères diagnostiques du trouble état de stress aigu selon le DSM-IV-TR.*

suite ►

- 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 neuro-végétative (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.

Tableau 2.16. — *Critères diagnostiques du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques selon le DSM-IV-TR.*

■ Critères diagnostiques du F13.3x [292.0] Sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

- A. Arrêt (ou réduction) d'une utilisation de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques qui a été massive et prolongée.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développant de quelques heures à quelques jours après le Critère A :
 - (1) hyperactivité neurovégétative (p. ex., transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100)

►

Tableau 2.16. — Critères diagnostiques du sevrage aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques selon le DSM-IV-TR.

suite ►

<div><div>(2) augmentation du tremblement des mains</div><div>(3) insomnie</div><div>(4) nausées ou vomissements</div><div>(5) hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives</div><div>(6) agitation psychomotrice</div><div>(7) anxiété</div><div>(8) crises convulsives de type grand mal</div></div> <div>C. Les symptômes du Critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants.</div> <div>D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.</div> <div><div>Spécifier si :</div><div>Avec perturbations des perceptions</div></div>
--

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.

3

Principes de la prise en charge des troubles anxieux



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

Principes de la prise en charge

La prise en charge des troubles anxieux implique de considérer une part non négligeable de subjectivité. Chaque patient a une perception et une représentation de son problème ainsi que des demandes différentes. La prise en charge dépend en partie des attentes du patient, du modèle explicatif et de la représentation par le patient de sa maladie. Le choix du traitement est influencé par de nombreux paramètres, émanant du patient et du médecin ou du thérapeute, mais aussi de l'entourage et de la société.

La prise en charge repose sur une alliance thérapeutique à un moment donné de l'évolution du trouble. Le traitement est adapté à chaque cas, associant différentes composantes que sont l'information, les prescriptions et le suivi psychothérapique.

Différents intervenants sont impliqués dans la prise en charge des troubles anxieux. On peut schématiquement distinguer la prise en charge en milieu non spécialisé (le médecin généraliste mais aussi des médecins spécialistes et d'autres intervenants) et la prise en charge spécialisée (psychiatres et psychologues).

Prise en charge en milieu non spécialisé

Les médecins généralistes sont en « première ligne » surtout pour les troubles panique et l'anxiété généralisée 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. Mais toutes les spécialités sans exception sont intéressées, que ce soit dans le cadre de la médecine d'urgence ou face à une demande plus spécialisée d'un problème évoluant de façon chronique. Le médecin généraliste doit aussi prendre en charge des patients présentant des troubles anxieux plus complexes comme les TOC ou les phobies, compte tenu du nombre de plus en plus important de personnes qui consultent pour ce motif.

Prise en charge en milieu spécialisé

Le psychiatre doit faire face à un nombre considérable de patients en demande qu'il ne peut prendre en charge en raison de l'insuffisance du nombre de praticiens et de structures pouvant recevoir ces personnes. Il faut aussi tenir compte de l'organisation particulière du soin psychiatrique public en France et de la sectorisation. Un patient doit, en fonction de son lieu géographique d'habitation, s'orienter vers les structures qui lui sont rattachées. Le secteur public a longtemps privilégié les lits d'hospitalisation au détriment des consultations et des thérapies ambulatoires. Le patient anxieux a souvent du mal à trouver le soin le plus adapté à son cas. Il existe une volonté de développer le soin ambulatoire à travers les consultations médico-psychologiques. L'offre de soin pour le patient anxieux est surtout le fait de la psychiatrie libérale, ce qui n'est pas sans poser des problèmes d'accessibilité aux soins pour certains patients. Il est clair qu'il est nécessaire de fixer des priorités dans les soins psychiatriques et que certains troubles peuvent apparaître plus graves néanmoins la prise en charge des troubles anxieux est insuffisamment développée.

Compte tenu de l'évolution souvent longue dans le temps des troubles anxieux et de la complexité de leur prise en charge, différents intervenants sont fréquemment amenés à collaborer en réseau. Chacun en fonction de sa mission et de ses compétences s'implique dans l'information, l'accompagnement et le soutien psychologique, les traitements médicamenteux ou les psychothérapies.

Information du patient

L'information du patient est un temps primordial de la prise en charge afin d'établir à la fois un climat de confiance et un authentique contrat thérapeutique. Beaucoup de patients ont une représentation médicale de leur trouble, d'où une surconsommation de soins, de consultations médicales

spécialisées et d'examen complémentaires. Il n'est pas toujours simple de faire accepter le fait qu'aucune pathologie organique n'est en cause et qu'il existe une participation psychologique aux symptômes. L'information permet de reconnaître l'origine psychologique du problème, et aussi d'aborder les possibilités thérapeutiques et les bénéfices qui peuvent en être obtenus.

Schématiquement, ce premier temps d'information permet :

- d'informer le patient sur son trouble, de légitimer la souffrance et de le placer au centre de son changement en lui expliquant bien le principe de la thérapie et son but qui est davantage d'aider à faire face que de faire disparaître totalement l'anxiété ;

- de le guider dans le repérage de ses symptômes anxieux et d'en comprendre les mécanismes psychologiques et physiologiques.

La prise en charge des patients présentant un trouble anxieux requiert beaucoup de temps et présente parfois des difficultés dans la pratique du généraliste et du spécialiste non psychiatre. Le thérapeute peut s'inspirer de fiches adaptées aux différents troubles anxieux. Il pourra également s'aider afin d'informer et de guider le patient en lui donnant des conseils concrets par des ouvrages de type *self-help* (guide pour s'aider par soi-même).

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 changements 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'auto-thérapie (bibliothérapie) (Sorby *et al.*, 1991, White 1995). 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 étape et mettre en place des techniques spécifiques sous formes 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 une infirmière ou une psychologue s'avèrent supérieurs à un suivi habituel du médecin généraliste.

suite ►

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, 2003). 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).

Psychothérapies des troubles anxieux

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 ont donné lieu à davantage d'études de validation. Les thérapies psychanalytiques ou d'inspiration psychanalytique sont pratiquées par de nombreux psychiatres en France, mais sont plus ou moins évaluables de façon standardisée. 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.

Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

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 a 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 différen-

tes 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 aigu des troubles anxieux (Cottraux *et al.*, 1993).

L'approche cognitivo-comportementale (d'après le rapport Inserm)

Les thérapies cognitivo-comportementales se sont appuyées tout d'abord sur les théories de l'apprentissage. Elles ont ensuite pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, et en particulier le modèle du traitement de l'information.

L'étape préalable est l'analyse des relations entre les « comportements problèmes », les pensées, les émotions et l'environnement social et physique. Le thérapeute adapte ensuite au patient les différentes techniques relatives aux théories de cette approche.

La relation thérapeutique se fonde sur « l'ici et maintenant », la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une démarche thérapeutique établie en commun.

Deux principes sont appliqués pour favoriser la réussite de cette démarche : la segmentation de la difficulté, en classant les étapes à affronter, et la valorisation des comportements positifs du patient par le thérapeute.

Les TCC se pratiquent sur une base de 10 à 25 séances dont la durée varie selon les troubles de 45 minutes à 3 heures.

De nombreuses techniques de TCC ont été adaptées à l'adolescent et à l'enfant, selon l'âge et avec le soutien de manuels spécifiques.

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 (voir partie relaxation);

- 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.

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 toute technique de TCC doivent être clairement au préalable expliqués au patient. La thérapeutique 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 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, plusieurs stations, puis 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.

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 centrées sur les inquiétudes sont mis en évidence et leur utilité discutée (« à quoi sert réellement de s'inquiéter ? »).

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 3.1).

Tableau 3.1. — *Caractéristiques des éléments non verbaux.*

<i>Éléments non verbaux</i>	<i>Passif</i>	<i>Affirmé</i>	<i>Agressif</i>
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

THERAPIE COGNITIVE DES SCHÉMAS PRÉCOCES

Cette technique thérapeutique mise au point par Young est directement issue des thérapies cognitives de Beck. Young reconnaît l'efficacité des méthodes cognitives et comportementales mais ne les juge pas suffisantes pour modifier les modes de comportement ancrés depuis l'enfance. Sa thérapie centrée sur les schémas combine donc des techniques cognitives et comportementales, des techniques psychanalytiques et des techniques existentielles humanistes.

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.).

La thérapie se décompose 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 le questionnaire relatif aux schémas. Ceci lui permet déjà de mettre un nom sur ce qui le fait souffrir et de rendre clair ce qui n'était encore qu'une vague intuition. L'identification des schémas améliore également la relation thérapeutique (Hahusseau, 2001). L'anamnèse et un retour sur le passé peuvent aider le patient à reconnaître l'activation d'un schéma.

• Deuxième étape

Elle consiste à faire comprendre au patient qu'un schéma se forme pendant l'enfance. D'après Young et Klosko (1990, 1999), il est nécessaire de se remémorer, de revivre son enfance pour comprendre et atténuer sa souffrance, car les mécanismes de défense empêchent la personne de ressentir l'activation d'un schéma de façon objective. Ces deux auteurs demandent à plusieurs reprises à leurs patients de fermer les yeux et de laisser les images mentales se former. Cet exercice sert à clarifier le ressenti émotionnel de la personne lorsqu'elle était enfant, en ressentant la souffrance et les émotions associées à son schéma. D'après ces auteurs, cette technique permet au patient de retrouver l'enfant en lui.

• Troisième étape

Elle consiste à tester la validité du schéma, en se basant sur les faits concrets, en rationalisant. Il est fréquent qu'une personne possède plusieurs schémas activés. Dans le cadre de la psychothérapie, un seul schéma est activé à la fois. Il est souvent préférable de commencer par celui qui a le plus d'impact sur la vie du patient. Pour mettre à l'épreuve la validité de son schéma, des stratégies thérapeutiques comme la restructuration cognitive peuvent être mises en œuvre. Afin de le faire douter de la validité de son schéma, il est demandé au patient d'écrire tous les arguments pour et contre le postulat généré par ce schéma. Il est fortement conseillé au patient de conserver cette liste et de la consulter tous les jours.

• Quatrième étape

Le thérapeute demande au patient d'écrire à la (aux) personne(s) qui a (ont) contribué à la formation du schéma problématique. Le patient est amené à exprimer par lettre ce qu'enfant il a réellement ressenti afin d'extérioriser des émotions réprimées, telles que la colère ou la tristesse engendrées par le comportement de la personne ayant contribué à l'activation du schéma. Le but de cet exercice n'est pas pour le patient de régler

ses comptes avec la personne concernée (la lettre est rarement portée à la connaissance de cette personne), mais de se retrouver en racontant son vécu émotionnel.

- **Cinquième étape**

Elle consiste à aider le patient à analyser dans le détail la façon dont le schéma hyperactif agit sur sa vie. Le patient essaye de bien cerner les répercussions de l'activation de son schéma sur son vécu : habitudes auto-destructrices, comportements néfastes, etc. Il peut procéder en dressant une liste des comportements qui viennent renforcer l'activation du schéma.

- **Sixième étape**

Elle consiste à changer les modes de comportements pathologiques. Le patient choisit deux ou trois comportements contribuant à accroître l'activation du schéma considéré et essaye de trouver des stratégies pour les modifier. Une fois que la personne a décidé des moyens à utiliser pour changer chacun de ses comportements, elle doit les mettre en pratique. Ce changement des modes de comportement est une étape particulièrement difficile. Il est fondamental d'aider la personne à opter pour des actions réalistes, car il est particulièrement important que ces premières expériences de changement aboutissent à quelque chose de positif. Si la personne se donne des objectifs inatteignables, ceux-ci conduiront probablement à un échec risquant de venir renforcer davantage l'activation du schéma. Il est donc recommandé au patient de modifier ses comportements de façon graduelle. Le renforcement positif de ses efforts est un élément très important dans son processus de changement.

- **Septième étape**

Elle consiste à aider le patient à maintenir les efforts mis en œuvre pour changer les comportements problématiques afin d'atteindre et de modifier le schéma. Cette étape peut être très longue, lourde en efforts et amener à des périodes de découragement. Les efforts réalisés par la personne ne sont pas à première vue toujours payants et des pensées automatiques négatives associées au schéma peuvent être à nouveau déclenchées par certains événements. Il s'agit alors d'aider le patient à questionner le bien fondé de ses pensées, à en tester la validité et à les remplacer par des pensées rationnelles. Pour éviter un découragement, il est souvent nécessaire de lui rappeler que, bien que le changement soit un processus très long, « il est possible de modifier un schéma quand on y met le temps et les efforts nécessaires » (Young et Klosko, 1995).

RELAXATION

• Principe de la relaxation

La réponse de relaxation décrite par Herbert Benson en 1974 correspond à un état marqué par une diminution de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire et de la tension artérielle associée à une sensation de détente et de bien-être. Cet état physiologique s'oppose aux manifestations constatées lors de la réponse au stress et dans les états de tension et d'anxiété. Différentes techniques dont certaines sont très anciennes (yoga, zen) utilisant parfois les mêmes outils peuvent conduire à une réponse de relaxation. Les principales techniques proposées aujourd'hui dans le champ médical et psychologique sont : le contrôle respiratoire, le *biofeedback*, la relaxation musculaire progressive, le training autogène, l'hypnose, la sophrologie, la méditation... Seules certaines ont fait l'objet de validation dans les troubles anxieux. Ces méthodes diffèrent par la façon d'induire l'état de relaxation. Certaines, comme la méthode de relaxation musculaire ou le *biofeedback*, sont à point de départ physiologique. D'autres techniques sont à point de départ psychologique comme dans le training autogène de Schultz qui utilise la suggestion mais aussi la sophrologie et l'hypnose. Les techniques aboutissent toutes à un état de relaxation plus ou moins profond. 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. Les techniques de relaxation sont très utilisées dans les états de tension physique et d'anxiété mais ont fait assez peu l'objet de validation systématique dans les troubles anxieux. Le rapport de l'Anaes sur la prise en charge du TAG souligne qu'une technique de relaxation bien apprise, comme le *coping*, peut être utilisée à chaque expérience d'anxiété pour en réduire au moins les signes somatiques. Ces techniques sont peu coûteuses et facilement réalisables par des professionnels formés. Les principales étudiées dans les troubles anxieux sont les relaxations musculaires, par la méditation et par le *biofeedback*. Trois exercices sont proposés dans le chapitre 6 : relaxation musculaire progressive, relaxation par la centration sur la respiration, relaxation par la visualisation (voir p. 191).

• La relaxation musculaire

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. La technique décrite par Jacobson est assez longue, les

séances durent de 30 à 60 minutes et sont proposées plusieurs fois par semaines, ce qui amène un total d'une cinquantaine de séances. 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 (voir module p. 124) (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. Par exemple, on propose trois étapes : seize groupes musculaires, puis huit groupes musculaires et enfin quatre groupes musculaires. Il est également possible d'utiliser un signal par une phrase ou un mot comme « mon bras est détendu », dite soit par le thérapeute ou que le patient se dit en lui-même. Des techniques de respiration ou de visualisation peuvent également compléter la technique de relaxation musculaire afin d'aboutir plus rapidement à la relaxation générale ;

- 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.

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).

• La relaxation par la méditation

La méditation est considérée par certains auteurs comme une forme de relaxation thérapeutique. Elle peut être définie par une pratique attentionnelle conduisant à un état modifié de conscience née il y a trois mille ans dans l'Inde ancienne. Elle est présente dans de nombreuses pratiques rituelles et religieuses. Ces techniques de méditation utilisent soit la contemplation, soit la concentration (se focaliser sur un mot, un son, une

phrase, un stimulus visuel) ou la visualisation. Cette dernière est notre capacité à se représenter un objet, une personne ou une situation plus ou moins complexe. Cette représentation s'accompagne, en fonction du contenu, d'une sensation agréable ou désagréable qui peut générer une émotion. Les techniques d'imageries sont souvent associées à des techniques de relaxation profonde utilisant un niveau modifié de conscience. Il est possible de distinguer les techniques de visualisation (*guided imagery*) où l'on impose une image précise à l'esprit des techniques d'imagerie où on laisse des représentations qui s'imposent au sujet émergé. Deux types de méditations sont décrits : la méditation concentrative (méditation transcendantale) et la méditation de pleine conscience (*Mindfulness*) (Barrows et Jacobs, 2002).

La méditation transcendantale (MT) introduite dans les années soixante consiste à fixer son attention sur un objet et de le maintenir. Dans la MT, on cherche à faire l'expérience d'un état de détente et de silence intérieur par une désactivation des pensées et des émotions qui accompagnent l'état de veille. La méditation entraîne une réponse de relaxation et produit un état modifié de conscience qui facilite un mode de pensée métacognitif et certains exercices cognitifs et comportementaux. Les données des études montrent que chez les patients présentant des troubles anxieux, les techniques de méditation entraînent une réduction de l'anxiété comparable aux autres techniques de relaxation sans pouvoir conclure à leur efficacité. Il est nécessaire de bien définir les limites de la méditation dans le cadre de pratiques en psychothérapie (Krisanaprakornkit, 2006).

La *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), en français thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, vise à la prise de conscience et favorise la construction d'une nouvelle attitude à l'égard de ses pensées et émotions. Les pensées sont alors vues comme des événements mentaux, indépendamment de leur contenu et de leur charge émotionnelle. Chez des patients présentant une anxiété généralisée ou un trouble panique, avec ou sans agoraphobie, un programme de *mindfulness* pratiqué en groupe réduit l'anxiété et les paniques (Kabat Zin, 1992). Très peu d'études sont encore disponibles empêchant de recommander ces techniques de façon systématique. Leurs données montrent que chez les patients présentant des troubles anxieux, les techniques de méditation entraînent une réduction de l'anxiété comparable aux autres techniques de relaxation. Il est nécessaire de bien définir les limites de la méditation dans le cadre de pratiques religieuses et spirituelles, et de psychothérapie. Certains programmes débarassés de la part spirituelle pourraient être applicables aux patients psychiatriques et élargir le domaine d'application des TCC.

• Le *biofeedback*

Les techniques de *biofeedback* consistent en un autocontrôle de ses propres manifestations physiologiques (tension musculaire, respiration, tension artérielle, fréquence cardiaque, etc.) à partir de la visualisation d'un signal traduisant l'activité de ces paramètres. La technique nécessite un appareillage complexe permettant le recueil du paramètre physiologique étudié à partir d'un capteur (EMG, ECG...). Un logiciel transforme le signal et un écran permet de visualiser souvent sous forme de courbe l'intensité du signal en fonction du temps.

Très peu d'études contrôlées ont été réalisées dans les troubles anxieux. Rice *et al.* (1993) utilisant le *biofeedback* couplé à l'électromyographie frontale montrent une efficacité supérieure à des patients en liste d'attente.

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 (VFC) 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. La régulation du rythme cardiaque par le système nerveux autonome est influencée par la respiration. L'inspiration inhibe temporairement l'influence du parasympathique et produit une accélération du rythme cardiaque et au contraire l'expiration stimule le système nerveux parasympathique et induit un ralentissement du cœur. Ces oscillations rythmiques produites par la respiration sont appelées l'arythmie respiratoire sinusale (ASR) ou parfois cohérence cardiaque. L'arythmie sinusale respiratoire est principalement sous l'influence du parasympathique et représente un bon reflet de son activité sur la variabilité de la fréquence cardiaque.

L'évaluation de la VFC à partir d'un ECG montre une diminution significative chez les patients coronariens et hypertendus. Des données récentes indiquent également que, chez des patients présentant une symptomatologie anxieuse (le trouble panique a été particulièrement étudié) ou soumis à un stress, la VFC est également diminuée témoignant d'une baisse du tonus vagal. En conséquence, la variabilité de la fréquence cardiaque offre donc un bon indicateur de la capacité à réguler l'émotion anxieuse (Appelhans et Luecken, 2006, Thayer et Lane, 2000).

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). L'intérêt de cette technique de *biofeedback* par la VFC est aujourd'hui rendu possible grâce aux progrès technologiques tant

au niveau de capteurs ECG ultrasensibles que du logiciel de transformation du signal sous forme d'une image en trois dimensions. Des études contrôlées dans les troubles anxieux sont nécessaires pour valider cette technique prometteuse.

LES MODULES INTÉGRÉS DE TCC

Ces techniques cognitives et comportementales de base sont généralement associées entre elles sous forme de modules de mieux en mieux structurés. Par exemple, au cours d'un exercice d'exposition à une situation redoutée (prendre un transport en commun), il est possible d'aborder la thérapie cognitive pour les symptômes ressentis et utiliser les techniques de contrôle respiratoire et de relaxation abrégée pour faire passer la crise rapidement. Les modules durent généralement 8 à 20 séances hebdomadaires d'environ deux heures et sont pratiqués en individuel mais aussi parfois en groupe. Ils ont fait la preuve de leur efficacité au cours de nombreuses études (Barlow, 1996). Les résultats montrent des effets satisfaisants dans 60 à 80 % des cas et qui semblent se maintenir sur la durée.

Les programmes de TCC assistés par ordinateur

Ces programmes ont été proposés dans certains pays (Royaume-Uni) pour pallier à l'insuffisance de thérapeutes et pour faciliter l'accès aux TCC. Ils ne sont pas disponibles en France et leur place n'est pas complètement définie. Au Royaume-Uni, le programme *Beating The Blues* a été testé chez des patients présentant des troubles anxieux, des troubles anxio-dépressifs et des troubles dépressifs vus par le médecin généraliste. Schématiquement, après une introduction de 15 minutes sous forme de vidéo, 8 séances sont proposées d'environ 50 minutes et des tâches prescrites entre les séances. Dans le protocole de l'étude, le patient est assisté par une infirmière afin de s'assurer des progrès et des difficultés rencontrées à chaque étape du programme. La durée du contact a été évaluée à 10 minutes à chaque séance (5 minutes au début et à la fin) (McCrone *et al.*, 2004). L'utilisation du support informatique ne paraît pas un obstacle, et il n'a pas été noté un taux plus élevé d'arrêt en cours de traitement qu'avec une TCC classique (environ 20 %). Globalement l'efficacité de ces programmes se retrouve sur la réduction des symptômes anxieux, l'amélioration du fonctionnement social et professionnel et un bon rapport coût/efficacité. Des études préliminaires ont également montré une efficacité de ces programmes de TCC assistés par ordinateur dans différents troubles anxieux : TOC (Greist *et al.*, 2002), PTSD (Lange *et al.*, 2003), phobie sociale (Przeworski *et al.*, 2004). Mais c'est dans le trouble panique que le plus d'études ont été proposées et que pour l'instant l'intérêt semble le plus évident (Kenardy *et al.*, 2003, Calbring *et al.*, 2005). Les résultats d'études contrôlées montrent une efficacité supérieure à un groupe de patients en liste d'attente et sont comparables à une TCC classique de même durée (10 semaines) (Calbring *et al.*, 2005).

ÉVALUATION DES TCC DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Les conclusions du rapport de l'Inserm concernant les psychothérapies sont les suivantes : les thérapies cognitivo-comportementales ont été largement étudiées dans les troubles anxieux. Leur efficacité est la mieux établie en association ou non au traitement médicamenteux dans le trouble panique et dans le trouble anxieux généralisé. Elles sont également efficaces dans l'état de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels compulsifs, dans les phobies sociales et diverses phobies spécifiques.

Différentes techniques de TCC ont été testées dans les troubles anxieux de l'enfant (Cartwright-Matton *et al.*, 2004 ; Soler et Weatherall, 2006). Une présomption d'efficacité peut être évoquée pour plusieurs types de troubles anxieux (anxiété de séparation, hyperanxiété, trouble obsessionnel compulsif, phobie scolaire et peurs). Une étude montre que la participation des parents comme « co-thérapeutes » conforte l'efficacité de ces thérapies cognitivo-comportementales.

Il existe différentes techniques qui sont indiquées seules ou en association selon le trouble anxieux considéré (voir encadré).

Récapitulatif des indications des thérapies cognitives et comportementales dans les troubles anxieux et phobiques

- Trouble panique et agoraphobie
 - Relaxation et contrôle respiratoire
 - Exposition graduée
 - Restructuration cognitive
- Phobie sociale
 - Thérapie cognitive
 - Exposition
 - Affirmation de soi
- Trouble anxiété généralisée
 - Relaxation
 - Thérapie cognitive
 - Gestion du stress
- Trouble obsessionnel compulsif
 - Exposition avec prévention de la réponse
 - Restructuration cognitive
- Syndrome de stress post-traumatique
 - Exposition
 - Restructuration cognitive
 - EMDR

Psychothérapies psychodynamiques brèves

Les recommandations internationales sur les troubles anxieux basées sur les méta-analyses retiennent comme traitement de première intention les traitements pharmacologiques et les TCC. Les approches psychanalyti-

ques sont réservées aux formes résistantes ou associés à des troubles de personnalité ou des stress psychosociaux durables. Celle de l'anxiété ne vise pas à la réduction rapide des symptômes. Elle n'est pas évaluable sur les mêmes critères que les TCC et les médicaments, et ne peut pas être recommandée en première intention dans une optique de soin à un large public. L'intérêt des psychothérapies 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.

Une psychothérapie psychodynamique brève centrée sur le trouble panique a été proposée (Milrod *et al.*, 1997). 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 ainsi 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 transfert¹. 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 séance(s) 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.

Médicaments de l'anxiété

Longtemps considérée par les médecins comme le seul traitement efficace de l'anxiété, la prescription médicamenteuse est aujourd'hui à résilier dans l'ensemble des mesures de soin. 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 traitements, les anxiolytiques et les antidépresseurs, sont proposées.

Anxiolytiques

La plus ancienne, cette classe reste très prescrite en pratique. Les benzodiazépines y sont essentiellement concernées. S'il existe quelques anxiolytiques non benzodiazépiniques, ces dernières années, aucun nouveau produit

1. 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.

pouvant remplacer les benzodiazépines en offrant une meilleure efficacité, une tolérance supérieure et en limitant les risques d'abus n'est apparu. 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 maniabilité lors de l'arrêt en atténuant les manifestations de sevrage.

INDICATIONS

Chaque classe d'anxiolytiques a un libellé différent, ce qui n'est pas sans poser problème (voir encadré).

Libellés des anxiolytiques utilisés en pratique

Benzodiazépines (Lexomil®, Lysanxia®, Temesta®, Xanax®, etc.) :

- anxiété réactionnelle, notamment les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et l'anxiété post-traumatique
- traitement d'appoint de l'anxiété au cours des névroses (notamment hystérie, hypocondrie, phobie)
- anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse
- anxiété généralisée
- crise d'angoisse (attaque de panique)
- prévention et traitement du delirium tremens
- sevrage alcoolique

Le trouble panique n'est pas une indication.

Buspar® :

- anxiété réactionnelle, notamment les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et l'anxiété post-traumatique
- traitement d'appoint de l'anxiété au cours des névroses (notamment hystérie, hypocondrie, phobie)
- anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse
- anxiété généralisée

Atarax® :

- médecine générale : manifestations mineures de l'anxiété
- neuropsychiatrie : anxiété mineure

Stresam® :

- manifestations psychosomatiques de l'anxiété telles que dystonies neurovégétatives, notamment à expression cardiovasculaire.

Il faut distinguer l'anxiété aiguë d'états anxieux chroniques qui correspondent à des conditions de prescription différentes. Dans le traitement de la crise aiguë d'angoisse (attaque de panique), seules les benzodiazépines sont indiquées. Dans le traitement préventif des attaques de panique, aucun anxiolytique ne possède l'indication. Pour les états anxieux, les benzodiazépines et la buspirone ont les mêmes indications, incluant l'anxiété généralisée et l'anxiété associée aux troubles de l'adaptation et aux pathologies psychiatriques et somatiques. Pour les autres produits, les indica-

tions ne correspondent à aucune entité clinique. Elles ont été réactualisées sur la base des études les plus récentes. Le RCP (Résumé des caractéristiques du produit) des benzodiazépines est « Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes ». Les benzodiazépines ne représentent plus une indication du traitement de l’anxiété généralisée et sont réservées au traitement de durée contrôlée de l’anxiété symptomatique.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Les avantages et inconvénients des principales classes d’anxiolytiques sont exposés dans le tableau 3.2.

Tableau 3.2. — *Avantages et inconvénients des principales classes d’anxiolytiques (fiche de transparence. Agence du médicament, octobre 1996).*

	<i>Pour</i>	<i>Contre</i>
Benzodiazépines	<ul style="list-style-type: none">– Action immédiate– Efficacité ressentie par un grand nombre de patients– Sédation recherchée	<ul style="list-style-type: none">– Risque de sédation– Troubles mnésiques– Risque de dépendance en quelques semaines (ou mois)
Carbamates et autres (méprobamates)	<ul style="list-style-type: none">– Action immédiate– Efficacité ressentie par un grand nombre de patients– Sédation recherchée	<ul style="list-style-type: none">– Risque élevé de dépendance– Sédation– Potentiel léthal élevé en cas de surdosage volontaire– Induction enzymatique
Antihistaminique (Atarax®)	<ul style="list-style-type: none">– Pas de dépendance– Sédation recherchée	<ul style="list-style-type: none">– Sédation– Efficacité moins documentée
Agonistes 5 HT1A (Buspar®)	<ul style="list-style-type: none">– Pas de dépendance– Pas de troubles mnésiques– Pas de sédation– Pas d’interaction avec l’alcool	<ul style="list-style-type: none">– Délai d’action de plusieurs jours parfois nécessaire– Efficacité moins constante

RÈGLES DE PRESCRIPTION

La prescription des anxiolytiques doit être aujourd’hui abordée en tenant compte à la fois des indications mais aussi du problème de leur consommation importante constatée en France. Plusieurs études ont montré

que 25 à 30 % des adultes en population générale utilisaient des anxiolytiques ou des hypnotiques, occasionnellement ou régulièrement sur une année. Le taux de consommateurs chroniques variait entre 5 et 7 % de la population totale. Les quantités de médicaments anxiolytiques distribués sont 2 à 3 fois plus importantes en France que dans la plupart des pays industrialisés (Pélissolo *et al.*, 1996).

Cette situation a conduit, en 1993, le gouvernement à proposer des règles de prescriptions pour les anxiolytiques à partir des références médicales opposables (RMO) afin de réduire leur prescription. L'initiation d'un traitement est liée à un certain nombre de précautions qui sont principalement de ne pas associer plusieurs produits de la classe, de débiter à une posologie faible et de réévaluer rapidement l'effet (voir encadré). Ces recommandations doivent favoriser les prescriptions courtes et éviter l'utilisation chronique des produits.

Prescription des hypnotiques et des anxiolytiques (RMO, édition 1997)

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soigneuse de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée. Elle doit être régulièrement réévaluée et tenir compte des indications de l'AMM¹, de la fiche de transparence et de l'arrêté du 7 octobre 1991. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

Dans le cadre de cette prescription :

- il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépines ou autres) ;
- il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques ;
- il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques et/ou des hypnotiques sans tenir compte des durées de prescription maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et sans réévaluation régulière. Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder :
 - 4 à 12 semaines pour les anxiolytiques,
 - 2 à 4 semaines pour les hypnotiques (2 semaines pour le triazolam) ;
- il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique ou un hypnotique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace.

QUELLE EST LA DURÉE IDÉALE D'UN TRAITEMENT ANXIOLYTIQUE ?

Il s'agit d'un problème majeur non résolu pour l'ensemble des troubles anxieux. Plusieurs études, faisant état de l'efficacité prolongée de six mois ou plus de différentes molécules, ne doivent pas constituer un encourage-

1. Autorisation de mise sur le marché.

ment à une prescription prolongée. L'évolution des symptômes, la demande du patient, la toxicité des molécules, la comorbidité et l'efficacité des psychothérapies doivent conduire à moduler au mieux la durée du traitement pour chaque cas. En se basant sur les références médicales opposables, un traitement anxiolytique ne doit pas être prescrit plus de 12 semaines sans être réévalué. Si l'état du patient le justifie, une nouvelle prescription est alors possible, la durée totale demeurant à l'appréciation du médecin.

COMMENT ARRÊTER DANS LES MEILLEURES CONDITIONS UN TRAITEMENT ANXIOLYTIQUE ?

L'arrêt des benzodiazépines et des carbamates peut s'accompagner de manifestations de sevrage à prévenir par une réduction progressive de la posologie (Nuss, 1999).

Le risque de sevrage, difficile à prévoir, est néanmoins lié à la dose et à la durée de prescription. Le risque de syndrome de sevrage aux benzodiazépines est évalué à 10 % pour une prescription comprise entre trois mois et un an, et au-delà d'un an, il serait de 25 à 50 %. Le syndrome de sevrage est plus précoce avec les benzodiazépines à demi-vie courte et certains auteurs préconisent le passage à une molécule à demi-vie intermédiaire ou longue avant de réduire les doses. Chez les polytoxicomanes, notamment à l'alcool, les signes de sevrage sont plus précoces et plus marqués.

Il faut distinguer les manifestations de sevrage légères et modérées, fréquentes et prises en charge en ambulatoire, des manifestations graves (crises comitiales, épisodes psychotiques) qui, bien que rares, constituent une urgence nécessitant l'hospitalisation en milieu spécialisé.

Pour l'arrêt, il est proposé de réduire la dose de 50 % rapidement sur quelques jours, les 25 % suivants plus lentement et les 25 % restants lentement. Il n'existe pas de schéma thérapeutique absolu et celui-ci qui ne permet pas d'éviter les manifestations de sevrage permet de prévenir la survenue d'événements graves comme les convulsions ou les accès psychotiques. L'hospitalisation peut être nécessaire mais le plus souvent le sevrage est réalisé en ambulatoire. Aucun traitement n'est utile en pratique, les techniques de relaxation et la psychothérapie peuvent être un précieux adjuvant. Dans tous les cas, l'arrêt des anxiolytiques nécessite un accompagnement et un soutien psychologique importants de la part du médecin.

ASPECTS PARTICULIERS DE LA PRESCRIPTION

Certaines précautions sont à prendre selon l'âge et le terrain.

• Chez l'enfant

Les traitements anxiolytiques sont mal codifiés. L'enfant apparaît plus vulnérable vis-à-vis d'effets secondaires graves comme les effets paradoxaux. Même s'il n'existe pas de données longitudinales, on peut légitime-

mement penser qu'une utilisation précoce des anxiolytiques favorise l'abus, la dépendance voire les conduites addictives ultérieures. Il apparaît donc que chez l'enfant et chez l'adolescent, ces médicaments sont à éviter et à réserver aux formes graves perturbant le développement et l'adaptation. Il convient de privilégier d'autres formes de prise en charge.

Les traitements médicamenteux dans les troubles anxieux de l'enfant doivent être exclusivement réservés aux formes très invalidantes. Le TOC est aujourd'hui la seule indication de trouble anxieux retenue par l'AMM. Il faut rappeler que le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste (pédopsychiatre, psychiatre, neuropsychiatre, neuropédiatre). Il est important de ne pas se précipiter sur la prescription, malgré parfois une pression forte et une demande d'aide urgente des parents. La médiatisation de ce trouble et de son traitement médicamenteux ne doit pas faire oublier que le traitement de l'anxiété de l'enfant est avant tout psychologique et éducatif et que les médicaments sont réservés exclusivement aux formes graves ou ne pouvant bénéficier d'autres mesures.

En revanche leur prescription peut s'avérer dans certains cas utile et il n'y a pas de raison de les proscrire totalement lorsque qu'ils sont justifiés.

La sertraline (Zoloft®) possède l'AMM. La posologie optimale sera atteinte progressivement par paliers, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance. Les recommandations de prescription sont les suivantes :

- enfant de moins de 40 kg : commencer le traitement par une gélule de 25 mg par jour pendant une semaine. À l'issue de cette première semaine de traitement, la posologie pourra être augmentée à 50 mg par jour. Elle pourra l'être à nouveau par la suite si nécessaire, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance, par paliers de 25 mg, espacés d'une à deux semaines au minimum, jusqu'à un maximum de 200 mg/j ;

- enfant de 40 kg et plus : commencer le traitement par une gélule de 50 mg par jour pendant une semaine. La posologie pourra être augmentée ensuite si nécessaire, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance, par paliers de 50 mg, espacés d'une à deux semaines au minimum, jusqu'à un maximum de 200 mg/j.

Chez l'enfant, il est recommandé d'être particulièrement attentif à la survenue de troubles du comportement (nervosité, agitation, agressivité), notamment lors de l'augmentation de la posologie.

D'autres médicaments sont à l'étude et d'autres troubles anxieux pourraient également bénéficier de ces traitements.

• Chez le sujet âgé

Il est un consommateur important de benzodiazépines. Comme avec tout produit, les précautions sont à prendre en compte en fonction du terrain (hépatique, rénal, respiratoire). En ce sens, les posologies sont à

réduire de moitié. Le sujet âgé est plus sensible aux effets paradoxaux comme aux autres effets secondaires, notamment mnésiques. Le risque de chute due à la sédation est une réalité fréquente.

- **Chez les femmes enceintes**

Le problème du traitement de la femme enceinte est difficile. Il est la règle d'arrêter tout psychotrope pendant toute la durée de la grossesse. La pratique montre que cela n'est pas toujours facile et que bon nombre de femmes enceintes prennent des anxiolytiques durant leur grossesse. Le risque tératogène des benzodiazépines n'a pas été prouvé. La prise de benzodiazépines pendant la grossesse expose à deux risques pour le nouveau-né : le syndrome du « bébé mou » (avec hypotonie musculaire, hypothermie, détresse respiratoire et difficultés de succion qui généralement régressent en quelques jours) et le syndrome de sevrage (hyperexcitabilité, trémulation, crises convulsives).

- **Chez les sujets présentant des conduites addictives à d'autres produits**

Il est préférable d'être prudent dans la prescription des anxiolytiques. Tout ceci est à nuancer selon le contexte. Les consommateurs de substances utilisent souvent des anxiolytiques à visée thérapeutique. Ceux-ci peuvent potentialiser l'effet des opiacés et de la méthadone et, bien que rares, on observe aussi des conduites addictives avec les anxiolytiques. S'il est illusoire d'espérer supprimer dans tous les cas l'utilisation d'anxiolytiques, la prise en charge des manifestations anxieuses par d'autres produits et par des traitements non médicamenteux devrait aider à réduire la consommation chez ces patients à risque.

COPRESCRIPTION

Malgré les indications et les recommandations encadrant les anxiolytiques, la monothérapie est peu fréquente. L'évolution chronique et la résistance de certaines formes d'anxiété conduisent souvent à l'association de psychotropes entre eux. Plusieurs situations sont à distinguer.

- **Association de deux benzodiazépines**

Le praticien est amené à associer un deuxième produit de la classe en cas d'insuffisance d'efficacité alors que le produit est prescrit à dose faible. Il est recommandé d'augmenter la posologie d'un même médicament, ce qui aura le même effet, plutôt que d'associer un autre qui multiplie les prescriptions et n'apparaît pas logique.

• Association d'un anxiolytique à un hypnotique

La justification de cette association repose essentiellement sur des considérations de cinétique. La cinétique rapide des benzodiazépines hypnotiques permet une induction accélérée du sommeil qui ne serait possible avec les anxiolytiques qu'au prix d'effets résiduels dans la journée.

• Association de deux anxiolytiques de différentes classes

L'association d'anxiolytiques de classes différentes, par exemple benzodiazépine associée à hydroxyzine ou buspirone, n'a jamais été évaluée de façon systématique et n'apparaît pas licite en dehors de formes graves et résistantes.

• Coprescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique

La recommandation d'associer systématiquement dans les premiers 15 jours d'un traitement antidépresseur un anxiolytique est injustifiée. La monothérapie est préférable autant pour la prescription d'un antidépresseur que pour un anxiolytique. Cette coprescription reste cependant licite dans les formes où l'anxiété conduit à une gêne marquée ou lorsque le suivi et l'accompagnement sont insuffisants pour contrôler les symptômes.

*Antidépresseurs dans l'anxiété***INDICATIONS**

Des études scientifiques accumulées ont montré l'intérêt des antidépresseurs dans la prévention, la prise en charge sur le terme de certains troubles anxieux comme les TOC, l'anxiété généralisée, la prévention des attaques de panique et les phobies sociales (tableau 3.3). 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.

RÈGLES DE PRESCRIPTION

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

– pour les tricycliques : effets anticholinergiques (risque de confusion mentale, glaucome, rétention urinaire), effets adréno-lytiques (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 (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 fera en deux semaines au moins. La période de décroissance dépend de la dose, de la durée du traitement et du patient lui-même. Il sera conseillé à celui-ci de ne pas interrompre par lui-même le traitement.

Tableau 3.3. — *L’AMM et la posologie recommandés (VIDAL 2006) des différents traitements antidépresseurs pour chaque trouble anxieux.*

	<i>Trouble panique (en mg/j)</i>	<i>TAG (en mg/j)</i>	<i>Phobie sociale (en mg/j)</i>	<i>TOC (en mg/j)</i>	<i>PTSD (en mg/j)</i>
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	

SPÉCIFICITÉS DES MODALITÉS DE PRESCRIPTIONS DES ANTIDÉPRESSEURS
DANS LES TROUBLES ANXIEUX (TOC, TP, PS, TAG, ESPT) SELON L'AFSSAPS

Dans la plupart de ces troubles anxieux, différents traitements ont fait la preuve de leur efficacité : les psychothérapies, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les antidépresseurs et l'association de ces deux modalités thérapeutiques. Ce chapitre n'aborde que l'aspect médicamenteux de leur prise en charge. Les aspects psycho-éducatifs et les informations à donner au patient sur les troubles et les traitements sont essentiels. Il est recommandé d'informer le patient sur les effets spécifiques des antidépresseurs dans les troubles anxieux.

• **Trouble obsessionnel compulsif (TOC)**

Les antidépresseurs sont plus efficaces sur les pensées obsédantes que sur les compulsions. Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : clomipramine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline. Les ISRS sont recommandés en première intention (Grade A).

La clomipramine est recommandée en seconde intention, pour des raisons de tolérance (Grade A).

Par rapport aux troubles dépressifs, les posologies efficaces dans le traitement du TOC peuvent être plus élevées. Le délai d'action des antidépresseurs est également plus long (de l'ordre de 4 à 8 semaines). De même, le temps de traitement nécessaire à l'obtention de la réponse thérapeutique maximale est plus long (10 à 12 semaines). Ainsi, le traitement doit être continué au moins trois mois avant de pouvoir conclure à une inefficacité. Sa durée doit être suffisamment prolongée, souvent supérieure à un an. Elle sera d'autant plus longue que le trouble est chronique et qu'il existe des rechutes à l'arrêt du traitement. La comorbidité avec un épisode dépressif majeur et l'existence d'un trouble de la personnalité sont des facteurs de risque de non-réponse au traitement antidépresseur dans le TOC.

• **Trouble panique (TP)**

L'objectif du traitement est la disparition des attaques de panique, de l'anxiété anticipatoire et de l'évitement phobique, si celui-ci est associé, et la prévention de nouvelles attaques de panique. Les antidépresseurs sont sans effet thérapeutique sur la crise elle-même, une fois déclenchée. Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : clomipramine, citalopram, escitalopram et paroxétine. Les ISRS sont recommandés en première intention (Grade A). La clomipramine est recommandée en deuxième intention, pour des raisons de tolérance (Grade A). Les posologies de ces antidépresseurs sont généralement identiques à celles qui le sont dans le traitement de la dépression. Toutefois, l'instauration des posologies sera plus progressive (débuter à 50 % voire 25 % de la dose efficace), de façon à éviter une aggravation de la symptomatologie anxieuse

en début de traitement. La réponse clinique complète est attendue après 6 à 8 semaines de traitement, comme dans les épisodes dépressifs. Le traitement est poursuivi plusieurs semaines après la disparition des attaques de panique. Il est d'au moins 6 mois, parfois compris entre 12 et 18 mois, et sera diminué très progressivement (Grade C).

- **Phobie sociale ou trouble anxiété sociale (PS)**

Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : paroxétine, escitalopram et venlafaxine. La prescription doit être limitée aux formes généralisées avec retentissement important sur le fonctionnement et l'adaptation, et associée à des mesures psychothérapeutiques de type cognitivo-comportemental. L'amélioration symptomatique débute après 3 à 4 semaines de traitement. La réponse complète nécessite un traitement de 8 à 12 semaines. Une réévaluation du traitement est recommandée 1 à 2 semaines après la première consultation puis toutes les 4 semaines (Accord professionnel). Le traitement doit être poursuivi au moins 6 à 12 mois après la rémission symptomatique (Accord professionnel). Il existe un risque de rechute à l'arrêt du traitement, qui peut justifier un traitement à plus long terme. Cependant, ce traitement prolongé n'a pas fait l'objet d'évaluations systématiques.

- **Trouble anxieux généralisé (TAG)**

L'information et l'éducation du patient, en particulier à propos des règles hygiéno-diététiques (arrêt de l'alcool, diminution de la consommation de café et de tabac, pratique régulière d'un exercice physique) sont envisagées en première intention (Accord professionnel). Les antidépresseurs ont une action préférentielle sur la symptomatologie psychique de l'anxiété. Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : paroxétine, venlafaxine et escitalopram. Le délai d'action des antidépresseurs est de 1 à 3 semaines. La réponse complète est obtenue après plusieurs semaines de traitement. La durée du traitement doit être d'au moins 6 mois (Accord professionnel).

- **État de stress post-traumatique (ESPT)**

Le seul antidépresseur indiqué dans l'ESPT est la paroxétine dont l'utilisation prolongée nécessite une réévaluation régulière.

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 traitement ont montré leur efficacité dans les troubles anxieux : les médicaments anxiolytiques et 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.

Les traitements psychothérapeutiques apparaissent bien plus qu'un simple adjuvant dans cette indication et indispensables à la fois pour un meilleur usage des psychotropes et pour réduire le coût humain et médico-social important associé à la pathologie anxieuse.

Pour beaucoup de patients anxieux vus en médecine générale, la psychothérapie dite de soutien est la règle. Dans les cas plus difficiles, le patient est orienté vers le psychiatre ou le psychothérapeute. Les thérapies cognitives et comportementales ont fait la preuve de leur efficacité dans les troubles anxieux et sont aujourd'hui bien codifiées. Les deux principales techniques sont la thérapie cognitive et l'exposition. D'autres modalités thérapeutiques sont parfois associées selon les cas et les demandes spécifiques des patients.

4

Thérapie de l'anxiété généralisée, de l'attaque de panique, du trouble panique et de l'agoraphobie



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

S. ZWEIG

Prise en charge de l'anxiété généralisée

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'Anaes.

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 six mois au moins. Quelles que soient les modalités de traitement, une évaluation est recommandée une à deux semaines après la première consultation puis toutes les six semaines. ►

suite ►

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 buspirone (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 1/2 dose des benzodiazépines est recommandée. Leur usage dans ce groupe d'âges 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 buspirone 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).

Traiter

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 donc 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. D'autres molécules sont actuellement en cours d'évaluation. Le traitement médicamenteux est prescrit pour une durée assez longue, au moins six mois, pour éviter les rechutes assez fréquentes qui surviennent au cours de l'évolution du trouble anxiété généralisé (Anaes, 2001).

Selon les études, environ 70 % des patients répondent au traitement, 40 % présentent une rémission complète, et des signes d'anxiété persistent chez 30 % d'entre eux. À l'arrêt, la moitié des patients rechutent. Ceci pose le problème de la durée du traitement et aucun consensus n'existe. Plusieurs études faisant état de l'efficacité prolongée de six mois ou plus de différentes molécules ne doivent pas encourager une prescription prolongée systématique.

Dans certains cas, l'association à un anxiolytique benzodiazépinique ou autre est nécessaire pour soulager une anxiété massive et résistante. L'hydroxyzine (Atarax[®]) peut être une bonne alternative dans le sens où il a montré une efficacité sur les symptômes d'anxiété généralisée et où les risques de sevrage et de dépendance sont réduits par rapport aux benzodiazépines (Anaes). 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.

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.

Les deux principales psychothérapies proposées dans l'anxiété généralisée sont d'inspiration psychanalytiques et cognitives et comportementales. Ces dernières bien mieux validées sont à proposer en première intention. L'intérêt des thérapies psychanalytiques n'est pas à exclure mais s'applique en fait à un nombre limité de patients.

Fiche patient : l'anxiété généralisée¹*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 sera 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 six 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).

Les thérapies cognitives et comportementales de l'anxiété généralisée associent la thérapie cognitive, l'exposition aux pensées anxiogènes et la relaxation. La relaxation musculaire est la technique de relaxation qui a surtout été évaluée (voir module chap. 6).

1. D'après l'AFTA (Association française des troubles anxieux). Cette fiche est téléchargeable en intégralité sur le site Internet : www.afta-anxiete.org.

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'erreur 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 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 comme 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.

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 ?

Patient : Vous n'avez pas vu encore hier 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 ?

Patient : 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-dessous, 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.

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 arrivé. Nous allons reprendre exactement les termes que vous avez utilisés : "Je l'appelais et je tombais sur la messagerie. J'ai laissé au moins 4 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 écoute-t-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 ?



suite ►

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 en panne qui attend la dépanneuse, puis un accrochage, voir 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.

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

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 (voir le contrôle respiratoire);
- 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 guide de prise en charge des patients. Le recours au spécialiste se fait dans les formes résistantes associées à d'autres troubles (comorbidités) 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 agoraphobie¹

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

1. D'après l'AFTA (Association française des troubles anxieux), téléchargeable en intégralité sur le site Internet : www.afta-anxiete.org.

suite ►

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 catastrophe 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 catastrophe (« je vais mourir ou devenir fou ») qu'ils ont le plus grand mal à contrôler.

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 un 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 de 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 paniques 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 (2 consultations) ;
- l'apprentissage de la maîtrise des attaques de panique par les techniques de contrôle respiratoire associée plus ou moins à de la relaxation (3 à 5 consultations) ;
- la thérapie cognitive (2 à 5 consultations) ;
- l'exposition (5 à 8 consultations).

Au total dans les formes non compliquées le programme s'étend sur 2 à 20 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 psychothérapiques, 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 (voir chap. 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. »

Pascale, 26 ans, présente depuis quatre 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.

suite ►

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 sur 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 résulterait 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.

Françoise est âgée de 30 ans et, depuis plus de cinq 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 ?

Patiente : J'ai peur de m'évanouir.

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

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

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

Patiente : 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 ?

Patiente : 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-elle 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. 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 ?

suite ►

<p><i>Patient</i> : Oui, c'est vrai.</p> <p><i>Thérapeute</i> : 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 ?</p> <p><i>Patient</i> : Je ne sais pas, 30 % ?</p> <p><i>Thérapeute</i> : Cela veut dire qu'une fois sur trois vous risquez de faire ce problème.</p> <p><i>Patient</i> : C'est peut être un peu fort...</p> <p><i>Thérapeute</i> : Savez-vous combien de personnes présentent des migraines et des céphalées ?</p> <p><i>Patient</i> : Beaucoup, certainement.</p> <p><i>Thérapeute</i> : Pensez-vous qu'une personne sur trois, parmi ces personnes, soit hospitalisée pour une hémorragie méningée ?</p> <p><i>Patient</i> : Non, c'est certainement exagéré.</p> <p><i>Thérapeute</i> : Pouvez-vous essayer de noter des pensées alternatives ?</p>

<i>Je ressens des maux de tête</i>	<i>Et alors</i>	<i>Conséquences</i>
	C'est embêtant, mais cela finit toujours par passer. Beaucoup de personnes ont ce type de problème.	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 mouriez 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 ?

<i>Pensées</i>	<i>Dédramatisation : « et alors ? »</i>
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 6 séances hebdomadaires d'environ 45 minutes. Le patient doit s'entraîner à raison de 10 minutes 2 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 (voir module chap.6).

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

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, c'est l'impression d'étouffer, d'attendre que vous me disiez de respirer et de devoir me retenir.

Thérapeute : Mais physiquement qu'avez-vous ressenti ?

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 m'a 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 ressenti 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 ressenti. 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 une 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 : une minute);
- fixer un point pendant une minute et ensuite fixer un mur blanc;
- faire une épreuve de déclenchement et évaluer sur la fiche d'auto-évaluation.

• **Évaluation par le patient**

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

<i>Épreuve de déclenchement</i>	<i>Noter les sensations ressenties lors de l'épreuve</i>	<i>Évaluer l'intensité de 0 à 8</i>
Respirer à travers un stylo	<ul style="list-style-type: none">– 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.

• Hiérarchisation 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 environ à cinq kilomètres en suivant, 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.

Lecture des mots anxiogènes :

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

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 une 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 vêtement 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 vêtement, 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 ?

suite ►

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 l'anxiété généralisée et 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 anxieux généralisé et 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 l'anxiété généralisée, la thérapie cognitive centrée sur le souci est bien validée complétée d'exposition aux pensées et de techniques de relaxation. 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.

5

Trouble de l'adaptation et gestion du stress



Le stress, c'est la vie.

H. SELYE

Qu'est ce que le stress ?

Ce mot anglais sans équivalent en français 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. Aujourd'hui terme courant, il désigne un mal-être psychologique et physique dont la cause directe se trouve dans des pressions extérieures aussi diverses que des conflits, une rupture ou des problèmes de santé. S'il peut être stimulant (stress d'une épreuve), il est généralement perçu comme une source de mal-être (stress au travail, pression de la société moderne).

Toute situation à des degrés variables est potentiellement stressante et il est utile d'être précis dans son emploi et de bien distinguer les stressseurs des réactions au stress.

Schématiquement, différents niveaux de stressseurs sont à distinguer :

- les tracasseries de l'environnement (multiplicité des tâches, rythme accéléré, condition de vie, relations, etc.);
- les événements de vie positifs ou négatifs (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.).

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 quatre-vingt, 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.

Le modèle de Selye considère le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme indépendante à la fois de celui-ci et des stressors. Or, il est clair que différents stressors 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 variations de réponses 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.

Stephane (fig. 5.1.) 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 (Stephoe, 1991).

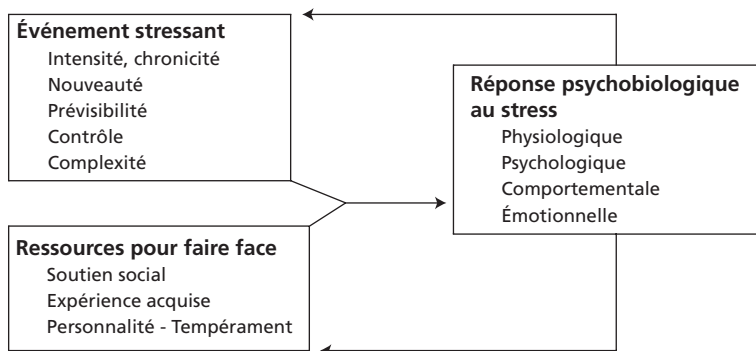


FIG. 5.1. — *Modèle général de la réaction au stress (Stephoe, 1991).*

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'information 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 (voir 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 intérioriser 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 2 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 vingt ans, ne retrouvent plus de lien entre le type A et les maladies coronariennes. Une récente étude de suivi onze 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 socioéconomique 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 se 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.

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 5.2 :

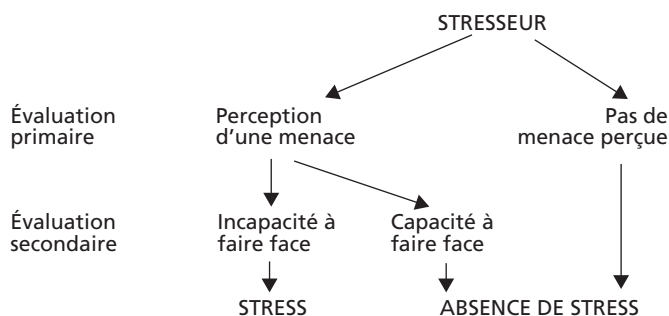


FIG. 5.2. — La double évaluation (Lazarus et Folkman, 1984).

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 pro-

blème 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 stresser.

Plusieurs formes de remédiation du stress sont identifiées :

- la résolution de problème. 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, 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* de Folkman et Lazarus ont été traduites et validées en français (Graziani *et al.*, 1998). Elles 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 basant sur les recherches actuelles, certaines stratégies plus fonctionnelles que d’autres seraient bénéfiques à court ou long terme pour la santé (tableau 5.1).

Les stratégies peuvent se distinguer en « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles » :

Tableau 5.1. — *Stratégies de coping dites « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles ».*

<i>Stratégies « fonctionnelles »</i>	<i>Stratégies « dysfonctionnelles »</i>
<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.

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. 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. Il s'agit d'un domaine complexe et plusieurs hypothèses sont avancées. 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. 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.

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. 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.

Conséquences négatives du stress sur la santé

La réaction au stress est une fonction adaptative normale de l'organisme. Elle s'exprime sous différents registres (physiologique, psychologique, comportemental et émotionnel). Les conséquences du stress peuvent aboutir à des maladies somatiques et à des symptômes ou des troubles psychiques très différents dans leur expression et leur intensité (Dautzer, 1998). Au-delà de ces différences dans les tableaux cliniques, le sujet reste souvent préoccupé par l'événement et ne parvient pas à s'en détacher.

Un niveau de gêne important correspond à un état pathologique appelé trouble de l'adaptation avec anxiété. Les données scientifiques actuelles permettent de mieux comprendre, à partir des mécanismes physiologiques et psychologiques de la réponse au stress, ses effets sur la santé et les moyens de les prévenir et les traiter.

Trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA)

Mme 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 trois 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. « 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 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. ▶

suite ►

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.

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 six 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 trois mois avant l'apparition des signes) est en cours, ou disparu depuis moins de six 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.

COMMENT REPÉRER 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 5.2). Ces événements sont rencontrés dans notre vie de façon assez habituelle.

Tableau 5.2. — Principaux événements de vie stressants.

<i>Vie de couple</i>	Mise en ménage, mariage, conflit, liaison extraconjugale, séparation, divorce, naissance d'un enfant, etc.
<i>Famille</i>	Décès, maladie, perte d'autonomie d'un parent. Enfant : échec scolaire, difficulté avec un enfant, maladie, départ d'un enfant de la maison, etc.
<i>Autres événements relationnels</i>	Difficultés avec des membres de la famille, des amis, des voisins, un patron, etc.
<i>Travail et études</i>	Problèmes au travail ou à l'école, chômage, retraite, mutation, promotion, réussite ou échec à un examen ou un concours, etc.
<i>Conditions de vie</i>	Changement de domicile, achat d'une maison, déplacement à l'étranger, etc.
<i>Étapes de la vie</i>	Puberté, grossesse, ménopause/andropause, etc.
<i>Maladies et accidents</i>	Maladie, intervention chirurgicale, accident, etc.
<i>Divers</i>	Problèmes judiciaires, vol et cambriolage, escroquerie, harcèlement, difficultés financières, surendettement, etc.

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. À partir de l'entretien, le patient évoque de lui-même la survenue d'un événement de vie particulier. Le médecin peut également le guider dans cette recherche. Les échelles utilisées par le passé pour quantifier l'impact des événements stressants précédant la survenue du problème ne sont pas très utiles en pratique.

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 le 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 quatre 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).

Conséquences somatiques du stress

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 avait fait 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 dernière. Il a été hospitalisé et a été mis en évidence une sténose serrée de l'IVA qui a été stentée avec de bons résultats angiographiques. Une nouvelle épreuve d'effort vient d'être réalisée et 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 deux ans, on nous avait fait une belle proposition. Mais maintenant, c'est autre chose. Alors, il s'énervait 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 10 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. »

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.

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 faites 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).

PATHOLOGIES ORGANIQUES

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 gastroduodénal 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 gastro-duodénal, 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.

Anxiété associée à un problème organique

Elle est surtout la réalité de la médecine générale et des spécialités médicales non psychiatriques. Le problème posé est variable selon les différents temps de la prise en charge.

L'anxiété réactionnelle face à un problème médical se situe dans le cas le plus fréquent de la pratique du soin et de l'accompagnement psychologique de la maladie organique. Une anxiété réactionnelle dépassant un seuil et entraînant une souffrance et un handicap correspond à un trouble de l'adaptation avec anxiété qui nécessite une prise en charge. À toutes les étapes de la maladie, le trouble de l'adaptation peut survenir; certains temps sont particulièrement sensibles comme l'annonce du diagnostic, l'attente d'examen complémentaires, la rechute, les traitements lourds, et bien sûr les moments les plus délicats tels que la confrontation au handicap par le patient, et à sa propre mort.

TRAITER

Les médicaments actuels anxiolytiques et antidépresseurs non tricycliques peuvent être prescrits lors de la coexistence d'un trouble anxieux et d'une pathologie organique. Les règles d'usage impliquent de réduire les doses en cas d'insuffisance hépatique, de prendre en compte l'effet dépressif respiratoire des benzodiazépines en contrôlant la posologie. En cas de pathologie cardiovasculaire ou neurologique, les antidépresseurs tricycliques ne sont qu'exceptionnellement prescrits en raison des effets secondaires et des contre-indications. En outre, il existe d'autres traitements efficaces et bien plus sûrs.

ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Dans de nombreuses situations, il est souvent plus juste de parler d'accompagnement psychologique.

Dans tous les cas et pour tous les intervenants, les techniques psychoéducatives de gestion du stress peuvent être proposées au patient. L'écoute, l'empathie, l'accompagnement et l'aide psychologique sont à la portée de tous les soignants. L'intervenant non psychiatre doit systématiquement prendre en compte l'anxiété tout en sachant qu'il s'agit souvent d'une première étape de la prise en charge, que l'anxiété ne peut être supprimée au cours de cette phase et que le patient peut refuser l'aide et l'accompagnement psychologique d'un tiers. Par exemple, beaucoup perçoivent encore mal d'être orientés vers un psychiatre (« je ne suis pas fou, je n'ai pas de problème par ailleurs »), percevant la maladie comme une source de détresse dont ils ne sont pas responsables. En outre, ils ne voient pas le bénéfice d'un recours à un psychiatre.

Dans le trouble de l'adaptation avec anxiété, certains services hospitaliers ont de plus en plus recours à des unités de psychiatrie de liaison qui permettent au sujet, mais également aux familles, de mieux faire face à la maladie.

Le stress est un concept à multiples facettes qui permet de mieux comprendre les mécanismes d'adaptation physiologiques et psychologiques de l'humain à son environnement. Les recherches sur le stress permettent d'éclairer aussi sur les émotions humaines et la santé physique et psychique. Malgré des avancées considérables dans la compréhension de la neurophysiologie, aucune molécule « anti-stress » à visée préventive ou curative n'a été scientifiquement validée. Il serait tentant de vouloir tout expliquer par une modélisation scientifique mais ce serait également nier la complexité de l'humain et l'implication du psychisme à côté de facteurs biologiques. Certaines façons de faire face à la maladie évitant le déni et réduisant l'anxiété auraient par exemple un effet favorable sur son évolution et sur le bien-être des malades. La compréhension des modes de *coping* doit permettre de modifier les stratégies qui paraissent inadéquates

et de mettre en application d'autres plus adaptées. C'est l'objectif de l'approche cognitive de la gestion du stress qui a été proposée (Monat et Lazarus, 1991) consistant à :

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

Des techniques permettent au sujet de prendre conscience de ses stratégies adaptatives et d'en proposer d'autres plus adaptées. Elles seront détaillées dans le chapitre sur la gestion du stress.

Gestion du stress

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.

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...), la restructuration cognitive, la résolution de problème, 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

Les recommandations récentes sur les troubles anxieux soulignent l'intérêt de proposer aux patients systématiquement des mesures éducatives et psychothérapeutiques destinées à mieux faire face aux stress de l'environnement. L'anxiété généralisée et le troubles 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 seule 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, diabète, 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 récives (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 défenses 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 ;

Gestion du stress et récédives 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 récédive 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 quatre mois avec un suivi sur cinq ans.

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

– 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.

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 (Kees *et al.*, 2006).

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 médicosociaux, 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) (voir chap. 6).

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

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 étape :

- 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, 2003).

L'alliance thérapeutique avec le patient commence dans la définition de ses attentes et de ses objectifs. Mettre l'individu au centre du changement. Il convient de le motiver et de l'encourager tout en l'aidant à formuler son problème. Il doit passer d'une plainte ou d'un malaise diffus à préciser l'expression (quel type de symptômes) et les liens avec les facteurs de stress.

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 (fig. 5.3).

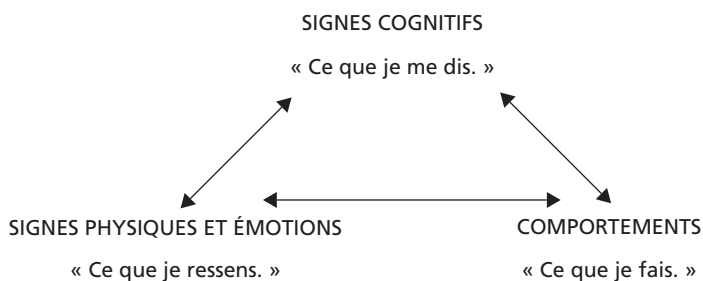


FIG. 5.3. — La spirale du stress et de l'anxiété.

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 stressleur. 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 aidera le patient à s'auto-évaluer et à prendre conscience de ses propres réactions au stress. L'utilisation de tableau à colonnes peut aider le patient (tableau 5.3).

Il existe deux niveaux d'évaluation :

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

Tableau 5.3. — Exemple de tableau à fournir au patient pour l'auto-évaluation.

<i>Situations stressantes</i>	<i>Ce que je ressens</i>	<i>Ce que je me dis</i>	<i>Ce que je fais</i>

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.

• **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. 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 basé 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. Celui-ci peut être lu puis peu à peu le thérapeute maîtrise le texte (voir Chap.6). Un travail sur la voix, le ton et la gestion des sensations du patient est nécessaire et peut s'effectuer lors de stages ou de séminaires de formation.

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.

Les techniques de contrôle respiratoire peuvent être combinées aux techniques de relaxation, de même qu'à des techniques d'automassage du visage permettant d'induire plus facilement l'état de relaxation. D'autres techniques corporelles plus sophistiquées, comme le *biofeedback* ou la cohérence cardiaque, conduisent à développer par un apprentissage régulier un contrôle des réponses physiologiques (tachycardie).

• 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 5.4).

Tableau 5.4. — Exemple de tableau à colonnes pour le recueil des données.

<i>Situation stressante</i>	<i>Pensée automatique</i>	<i>Émotion</i>	<i>Pensée rationnelle</i>	<i>Résultats</i>
Décrire l'événement précis produisant l'émotion déplaisante	Écrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion	Spécifier : triste agressif(ve) anxieux(se)	Écrire la pensée rationnelle produite pour répondre à la pensée automatique	Réévaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique.
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 négati-

ves, 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 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 résolution de réduction de la 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 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

Stress au travail

Alors que les conditions et l'espérance de vie ont fait un bond considérable, l'homme du XXI^e siècle paraît plus vulnérable au stress et à l'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. Comme le souligne la sociologue Nicole Aubert, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale se développe le règne du culte de la performance : « Il s'agit de l'emporter sur les autres, mais aussi de l'emporter sur soi-même en étant performant dans tous les domaines : familial, privé, sportif, professionnel. » Le dépassement de soi constitue une quête de l'absolu de soi-même dans une société en manque de repères (Aubert, 1997). L'excellence est rendue nécessaire par la mondialisation et la concurrence, témoins d'une société qui repose sur des valeurs et une manière d'être basées sur l'action, la conquête et la performance. L'urgence du temps, amplifiée par les technologies de l'information, impose une réactivité maximale, de répondre sur le champ et de faire le maximum de choses possible. On pourrait rajouter un dernier facteur autour du progrès social (intolérance de plus en plus grande à accepter les fatalités de la vie, les injustices, quête désespérée du bonheur), une menace qui représente une sorte d'envers de la médaille : précarisation, menace sur l'emploi, incertitudes de l'avenir et perte, pour de plus en plus de catégories, d'une identité par le travail.

Contexte actuel

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 (Cooper *et al.* 2001) sont :

- l'augmentation du nombre d'emploi 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 féminins ;
- l'insécurité de l'emploi ;
- la perte d'autorité et de reconnaissance de certaines professions (policiers, personnel soignant, enseignant...).

Ce stress perçu élevé a des conséquences psychologiques et économiques importantes comme l'indiquent deux rapports du Bureau international du travail (BIT, 1993) et de la Commission européenne (CE, 2000) :

- le premier publie, en 1993, un rapport qui met en garde sur les dangers du stress qui coûteraient à l'industrie américaine 200 milliards de dollars par an à cause de l'absentéisme, de la perte de productivité, des indemnités de l'assurance santé et des frais médicaux directs. Il distingue de nombreuses causes de stress inhérentes au travail lui-même et à l'organisation. Certaines professions sont pointées comme particulièrement stressantes : travailleurs manuels exposés au bruit, aux cadences imposées par la machine et aux vibrations, policiers, infirmières, employés des postes, enseignants, chauffeurs d'autobus et employés exposés au travail sur écran ;

- le second montre qu'à l'origine du stress, on trouve une inadéquation entre l'homme et son travail, des conflits entre ses rôles au travail et en dehors du travail, et le fait qu'il ne possède pas un degré normal de maîtrise de son travail et de sa vie.

En 2002, la loi de modernisation sociale engage les entreprises à prévenir les risques pour la santé liés au travail et légifère sur le harcèlement moral. La directive cadre 89/391/CEE définit que « l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs de tous les aspects liés au travail ».

En cette nouvelle période de ralentissement économique et de « déferlante » des restructurations, le stress au travail est au cœur des préoccupations des médecins du travail qui sont confrontés à la fois au mal-être croissant des salariés et à des difficultés pour apporter une aide concrète et mobiliser tous les acteurs de l'entreprise.

Le stress au travail peut être dû à une multitude de facteurs (voir encadré).

Modèles du stress au travail

Dès les années quatre-vingt, à partir du modèle interactionnel du stress se sont développés des modèles prenant en compte différentes dimensions de la réponse au stress inhérente au monde du travail.

Exemples courants de facteurs de stress au travail (CE, 2000)

- Charge de travail excessive ou insuffisante
- Temps insuffisant pour achever son travail
- Absence de description précise du poste ou de l'organisation
- Manque de reconnaissance ou de récompense pour un travail bien fait
- Aucune possibilité d'exprimer ses doléances
- Nombreuses responsabilités mais peu de pouvoir décisionnel
- Supérieurs, collègues ou subordonnés peu coopératifs, apportant peu de soutien
- Insécurité de l'emploi
- Racisme
- Violences
- Conditions de travail difficiles
- Sous-utilisation de ses aptitudes

MODÈLE DE KARASEK ET THEORELL (1990) « DEMANDE – CONTRÔLE »

Ces deux auteurs proposent un modèle bidirectionnel du stress au travail qui est basé sur deux facteurs :

– le degré de maîtrise (contrôle) de l'individu sur son travail ou le degré de liberté dans les décisions. Cette latitude de décision associe la possibilité d'utiliser ses compétences au travail (possibilité d'apprentissage continu, de développer des compétences nouvelles requises par le travail, par la variété des *tâches*, répétitivité et créativité requises par le travail) et la possibilité de prise de décision (liberté de prise de décision, choix d'organisation de travail, possibilité de s'exprimer concernant son travail) ;

– les demandes psychologiques issues du travail (travail excessif, demandes contradictoires, temps insuffisant pour exécuter le travail, rythme de travail rapide et charge élevée).

La combinaison entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle conduit à une détresse psychologique et à une augmentation du risque pour la santé (Karasek et Theorell, 1996).

Quatre types de travail sont définis selon les combinaisons de ces deux facteurs et de leurs répercussions sur le bien-être des employés :

– travail monotone. Il s'agit de postes passifs à faible charge de travail et aux possibilités de contrôle réduites. Si l'opérateur est confronté à un problème, il doit faire appel à un supérieur afin de le résoudre. À la longue, une baisse de motivation et de satisfaction professionnelle peut apparaître ainsi qu'une augmentation de l'absentéisme ;

– travail éreintant. Il s'agit de poste à forte charge de travail et peu de possibilité de contrôle. Ces postes sont définis comme très stressants ;

– travail facile. Il s'agit de postes à faible charge de travail et où l'opérateur dispose de nombreuses possibilités de contrôle ;

– travail exigeant et dynamique. Il s'agit de postes très actifs, à forte charge de travail engendrant beaucoup de tensions, tout en laissant de grandes possibilités de contrôle. L'employé jouit d'une grande autonomie et prend seul des décisions importantes. Il peut exploiter ses connaissances et ses compétences.

Ainsi les risques pour l'individu sont d'autant plus élevés qu'il dispose d'un faible degré de contrôle et que les exigences de la tâche sont importantes.

Le modèle a été par la suite enrichi d'une troisième dimension : le support social. Celui-ci recouvre le soutien socioéconomique et technique de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Cette dimension intervient comme variable modératrice : une situation combinant des exigences psychologiques élevées et une faible latitude de décision est mieux vécue si l'employé se sent soutenu par son entourage professionnel. À l'inverse, une situation combinant exigences psychologiques élevées, latitude de décision et support social faibles est synonyme de travail sous tension. Les auteurs, néanmoins, ne précisent pas dans leur formalisation, les modalités d'interaction de cette dimension sur les deux premières.

C'est surtout l'association entre les facteurs psychosociaux au travail et les maladies cardiovasculaires qui a été documentée par de très nombreuses études (Theorell et Karasek, 1996).

MODÈLE DU DÉSÉQUILIBRE EFFORT/RÉCOMPENSE DE SIEGRIST

Il se centre sur le déséquilibre entre les efforts fournis au travail et les récompenses reçues en retour.

Dans ce modèle, deux types d'effort sont identifiés :

– les efforts extrinsèques correspondent à des exigences psychologiques (contraintes de temps, interruptions, responsabilités, heures supplémentaires, charge physique, augmentation de la demande) ;

– les efforts intrinsèques représentent des facettes de la personnalité. Il s'agit d'un ensemble d'attitudes, de comportements, d'émotions, d'attentes vis-à-vis des collègues et des supérieurs (besoin d'approbation et d'estime, compétitivité et hostilité latente, impatience et irritabilité disproportionnées, incapacité à prendre de la distance avec le travail).

Les récompenses peuvent être de trois ordres : les gratifications financières (salaires, primes, etc.), les récompenses socio-émotionnelles (notamment l'estime reçue de la part des collègues et des supérieurs) et le degré de contrôle sur son statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité de l'emploi, etc.).

Le modèle de Siegrist vise à mesurer le degré d'exposition à la tension dans le milieu du travail. Pour cela, il utilise le rapport entre les efforts extrinsèques et la reconnaissance obtenue. Un déséquilibre perçu allant dans le sens d'efforts extrinsèques supérieurs aux récompenses est, d'après

Siegrist, une situation où l'employé est enclin à souffrir de la tension au travail et de ses conséquences sur la santé. L'auteur propose une hypothèse selon laquelle les efforts extrinsèques peuvent modifier l'effet de l'inadéquation efforts extrinsèques-récompenses.

Trois sources de récompenses sont prises en compte : monétaires (rémunération), l'estime et le contrôle sur son statut professionnel, les perspectives de promotion et la sécurité de l'emploi (Niedhammer et Siegrist, 1998).

Une troisième dimension définie comme le surinvestissement concerne des comportements associés à un engagement excessif dans le travail.

Dans ce cas également, des études, dont certaines prospectives, suggèrent que l'association d'efforts élevés (combativité, surinvestissement dans le travail et hostilité) et de faibles récompenses (faibles perspectives de promotion et carrières bloquées) était associée à une augmentation de l'incidence des cardiopathies ischémiques.

Les études réalisées dans le monde du travail retrouvent une association entre un déséquilibre demande-contrôle ou effort-récompense et des plaintes psychique et somatique, voir des problèmes somatiques musculaire ou cardiovasculaire (HTA...).

En fait, ces modèles ont leurs limites dans le sens où ils n'abordent que certaines dimensions du stress professionnel et ne débouchent pas toujours sur des actions concrètes, d'où l'intérêt d'un modèle transactionnel plus complet.

Il manque une dimension essentielle au modèle transactionnel du stress au travail : l'organisation.

Il semble nécessaire de considérer le stress au travail selon un mode multimodal, comprenant à la fois les problèmes d'organisation du travail et les facteurs individuels.

Comment évaluer le stress professionnel ?

ENQUÊTES ET QUESTIONNAIRES

Depuis une dizaine d'années, toutes les études convergent : beaucoup de personnes se sentent stressées au travail. Chez les salariés qui se perçoivent comme stressés, on retrouve généralement plus d'absentéisme, de consommation de psychotropes, de dépression et d'anxiété (Servant *et al.*, 2004 ; Chini, 2001). Cependant, ces travaux souffrent pour nombre d'entre eux de problèmes méthodologiques rendant difficiles une interprétation des résultats et surtout une approche concrète de prévention ou d'action sur le stress dans le cadre du travail.

Par exemple, à la question : « Vous sentez-vous stressé aujourd'hui dans votre travail ? », le taux de réponse positive avoisine les 70 %. Il est clair que toutes les réponses positives ne sont pas superposables à un trou-

ble psychologique et peuvent témoigner d'un malaise très variable. Il ne faut pas systématiquement rejeter ces enquêtes qui donnent « la température » sur la façon dont une population perçoit son bien-être et sa santé et qui peuvent servir d'indicateur. Cependant, l'évaluation du stress au travail mérite de rechercher de nouveaux outils et de nouvelles techniques valides. La synthèse de la première conférence internationale à Copenhague sur « les facteurs psychosociaux dans le travail » conclut que les études épidémiologiques basées sur les modèles de référence (demande/contrôle, effort/récompense, etc.) ne font que conforter les données acquises concernant la corrélation entre les pressions au travail et le mal-être, sans pour cela revenir sur l'intérêt de cette démarche ayant permis d'identifier certains facteurs de stress psychosociaux représentant un risque pour la santé.

Aujourd'hui se dégage l'intérêt d'une évaluation multifactorielle sous forme de diagnostic-action (audit de stress) incluant différents partenaires de l'entreprise et permettant d'agir à la fois sur les facteurs organisationnels et d'adaptation individuelle.

AUDIT DE STRESS

La démarche préalable à toute action doit permettre d'identifier les facteurs de stress et les cofacteurs qui y concourent, d'évaluer les conséquences humaines et économiques et de proposer un plan d'action, souvent en plusieurs étapes.

Le stress au travail implique l'organisation, les relations humaines et le management. L'évaluation du stress au travail doit dépasser l'observation simple de la santé mentale dans une entreprise. Cette démarche nécessite une collaboration entre différents partenaires et une réelle volonté d'évaluer, quitte à devoir procéder par la suite à des changements. C'est une approche à la fois qualitative et quantitative.

L'audit est basé sur :

- des entretiens individuels semi-structurés d'un échantillon représentatif de la cible des salariés concernés ;
- une observation extérieure des conditions générales de travail ;
- un comité de pilotage à l'intérieur de l'entreprise ;
- la passation de questionnaires multidimensionnels prenant en compte les facteurs organisationnels et le contrôle ou la perception de l'individu.

Il s'agit d'une démarche d'évaluation visant à définir un diagnostic, à préciser la demande et les objectifs, et à proposer des actions concrètes évaluable.

Quels remèdes proposer ?

Le rapport du BIT propose, pour combattre le stress, des programmes de gestion personnelle, la nécessité d'améliorer les conditions de travail et d'intervenir sur le milieu par la participation aux décisions, l'autonomie par une organisation moins hiérarchique et l'aménagement du temps de travail. Les recommandations de la CEE (Union Européenne) vont dans le même sens, mettant bien l'accent sur l'importance de prévenir en intervenant sur les organisations et les modes de management (voir encadré).

Recommandations pour la prévention du stress (Commission européenne, 2000)

- Laisser suffisamment de temps pour effectuer le travail de façon satisfaisante
- Donner une description de poste précise
- Récompenser pour le travail bien fait
- Donner un moyen de s'exprimer
- Harmoniser la responsabilité et l'autorité
- Veiller à l'adéquation entre but et valeur de l'entreprise et ceux du salarié
- Favoriser la maîtrise du produit final du travail et la fierté du produit

CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

C'est un domaine complexe vis-à-vis duquel peu d'entreprises sont actuellement prêtes compte tenu de la règle actuelle du marché poussant vers le plus de productivité et de profit. Ces changements organisationnels consisteraient dans l'idéal pour l'entreprise à instaurer une nouvelle éthique au niveau de la reconnaissance et du rôle du salarié et à prendre en compte la dimension psychologique en lien avec les conditions de travail. Ils imposent d'agir sur le management humain, les relations humaines et les organisations, et d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail. Tout ceci a un coût et très peu de managers s'engagent dans cette voie à moins d'y être contraints par la législation ou par la pression sociale. Ces dernières peuvent avoir lieu lors de restructurations ou d'affaires de harcèlement moral médiatisées et entraîner la mise en place des mesures d'accompagnement psychologique. Le problème du stress au travail est cependant de plus en plus évoqué dans une démarche préventive au sein de chaque Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Au sein de ces comités, sont soulevés des points qui touchent l'amélioration des conditions de travail, les problèmes relationnels et hiérarchiques, ou l'accompagnement psychologique des salariés soumis à certaines conditions de travail stressantes.

GESTION DU STRESS DES SALARIÉS

Quelques entreprises, grâce à des médecins du travail persévérants, ont réussi à proposer aux salariés des programmes éducatifs de gestion du stress. Le plus souvent pratiqués en groupe, ces programmes ont pour objectif d'aider le sujet à mettre en application des techniques cognitives et comportementales de résolution de problèmes, d'affirmation de soi, de changement comportemental et de relaxation (Cooper et Cartwright, 1997). Cette approche psycho-éducative aide le salarié à faire face par lui-même au stress et permet la diffusion au sein de l'entreprise d'une culture d'aide et de prise en compte des difficultés psychologiques liées au travail. Les entreprises de grande taille et les organismes du secteur public, en raison d'une longue tradition sociale, sont essentiellement les seuls, pour l'instant, à s'être engagés dans des programmes de gestion du stress. Pour beaucoup d'entreprises, le stress au travail est encore vécu comme une problématique purement individuelle nécessitant une prise en main par le salarié lui-même. Il revient à l'individu de s'interroger ou d'agir pour rechercher une aide extérieure. Pour d'autres entreprises, les actions proposées sont plus proches de stages de motivation ou de *coaching* que d'un authentique accompagnement psychologique dirigé sur le salarié. Les programmes de gestion du stress au sein de l'entreprise en collaboration avec les équipes de médecine du travail méritent d'être diffusés et évalués.

PROGRAMMES DE GESTION DU STRESS EN ENTREPRISE

Ils sont insuffisamment développés et trop peu d'entreprises investissent dans une perspective de moyen ou de long terme à la fois pour la santé et le bien-être des salariés et pour l'équilibre de l'entreprise elle-même.

Il faut distinguer deux niveaux dans la gestion du stress :

- un niveau individuel qui consiste à aider le salarié à faire face aux changements, exigences, voire pressions de l'entreprise et ainsi maintenir un niveau d'adaptation et de performance élevé;
- un niveau d'organisation qui propose d'améliorer les sources de stress inhérentes à la tâche, à l'organisation du travail et au management.

Dans une perspective de promotion de santé et d'éthique, il est clair que les deux approches doivent être appréhendées simultanément. Il est nécessaire que l'entreprise s'implique pour soutenir les équipes de santé au travail, qui restent insuffisantes, et pour proposer une authentique démarche de gestion du stress. Elo *et al.* (1998) ont développé un « questionnaire de stress au travail » qui mesure la perception de l'environnement du travail, la réponse au stress, les besoins de développement d'une aide professionnelle et d'un support individuel.

Les programmes efficaces et validés nécessitent :

- une analyse préalable sous forme d'audit;
- une définition claire et détaillée des objectifs;

- un choix de stratégies et de méthodes ;
- un *feedback* et une analyse ;
- une description des procédures de changement ;
- l'évaluation et de nouvelles analyses.

Il est recommandé de constituer un groupe de travail piloté par un médecin du travail avec différents partenaires (dirigeant, représentant du personnel, ressources humaines, psychologues du travail), un expert ou un cabinet externe. Le but est d'aborder le problème sur un plan qualitatif et pas seulement d'effectuer une évaluation quantitative débouchant sur peu de changements concrets.

Les recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion du stress et de l'anxiété sont les suivantes :

- définir clairement le problème, la population concernée et les objectifs ;
- définir le format (individuel ou groupe, durée des séances et du module, etc.) ;
- rédiger le protocole et utiliser un manuel ou un guide de thérapie ;
- prévoir des documents pour l'information du patient (*self-help*, CD de relaxation, etc.) ;
- prévoir une évaluation de la thérapie ou du programme.

Le rapport du Bureau international du travail (1993)

Le BIT définit ainsi le stress professionnel : dans le monde du travail, il y a stress à chaque fois que la charge de travail qui pèse sur un individu est trop lourde et qu'il n'arrive pas à s'y adapter rapidement.

Le rapport propose, pour combattre le stress, des programmes de gestion personnelle du stress développés par certaines entreprises (relaxation, exercices physiques, régime alimentaire, changement comportemental vis-à-vis du tabac, de l'alcool, gestion des émotions), et informe de la nécessité d'améliorer les conditions de travail et d'intervenir sur le milieu par la participation aux décisions, l'autonomie par une organisation moins hiérarchique et l'aménagement du temps de travail.

Des exemples d'actions menées à travers le monde sont cités, qui procèdent d'une même démarche : identifier les dysfonctionnements, agir pour l'amélioration des conditions de travail, favoriser la communication entre salariés, améliorer le climat social. L'évaluation se fait par la diminution du nombre d'arrêt de travail et l'amélioration de la productivité.

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).

6

Modules et exercices de gestion du stress et de l'anxiété



À raconter ses maux, souvent on les soulage.

P. CORNEILLE

Module de thérapie de groupe de gestion du stress et de l'anxiété

Introduction

Ce module de gestion du stress et de l'anxiété de groupe 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 vise à aider le sujet à surmonter les événements, les contextes stressants ou les épreuves, 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.

Format

Ce programme est proposé sous forme de groupe de 7 à 12 patients.

La durée est de 12 séances d'environ 1 h 30 à 2 heures.

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.

La lecture du *self-help, Soigner le stress et l'anxiété par soi-même* de D. Servant, est recommandée.

Il est demandé au patient de pratiquer les exercices vus au cours de la séance précédente.

Chaque groupe est animé par un ou deux thérapeutes formés aux TCC et à l'animation de groupe.

Déroulement des séances

Toutes les séances sont basées sur le même modèle :

- retour sur les tâches assignées lors de la séance précédente ;
- information sur une technique abordée au cours de la séance ;
- exercice de mise en application concrète de la technique, échanges et discussions ;
- consigne de nouvelles tâches assignées ;
- thèmes abordés au cours du module.

Le déroulement des séances :

1^{re} séance : Présentation et mise au point sur l'anxiété et les traitements ;

2^e séance : Spirale de l'anxiété et contrôle respiratoire ;

3^e séance : Gestion d'une crise d'angoisse et relaxation ;

4^e séance : Pensée et raisonnement de l'anxiété généralisée ;

5^e séance : Principe de l'exposition ;

6^e séance : Rôle des émotions anxieuses ;

7^e séance : Gestion des émotions par la relaxation ;

8^e séance : Gestion du stress au travail ;

9^e séance : Gestion du stress au quotidien et exercice de visualisation ;

10^e séance : Prévenir les effets sur la santé ;

11^e séance : Comprendre son anxiété par sa personnalité ;

12^e séance : Information : Agir par soi-même, changer, aller plus loin ?

1^{re} SÉANCE

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 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 (voir plus loin) et proposition de travailler entre les séances avec le *self-help*, *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même* (Servant, 2003).

2^e SÉANCE

Tour de table : autodiagnostic, pratique du contrôle respiratoire.

Information : le modèle de la spirale cognitivo-émotionnelle de l'anxiété à partir d'un exemple concret.

Exercice : contrôle respiratoire (en se basant sur le module ci-dessous).

Consigne : entraînement quotidien à l'exercice de contrôle respiratoire, repérage des situations qui déclenchent une anxiété et les différents éléments de la réponse anxieuse (physique, psycho-émotionnelle et comportementale).

3^e SÉANCE

Tour de table : auto-évaluation des réponses anxieuses et exercice de contrôle respiratoire.

Information : gestion d'une crise d'angoisse ou d'une attaque de panique.

Exercice : relaxation associant la respiration et la contraction-décontraction musculaire (voir ci-dessous exercice du module de relaxation).

Consigne : poursuivre les exercices de contrôle respiratoire et, pour les participants qui le souhaitent, entraînement à la relaxation musculaire progressive à partir de l'exercice distribué (CD ou Fichier mp3). Repérage des situations anxiogènes.

4^e SÉANCE

Tour de table : exercice de relaxation et discussion autour du repérage des situations anxiogènes et des réponses anxieuses.

Information : pensée et raisonnement de l'anxiété généralisée.

Exercice : identification des pensées automatiques, des biais et des pensées alternatives.

Consignes : travail cognitif sur les pensées automatiques sur le carnet à colonne à partir de situations concrètes de la vie de tous les jours qui seront revues lors de la séance précédente.

5^e SÉANCE

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 et aux pensées.

Exercice : illustration de la hiérarchisation et du déroulement d'une exposition à partir d'exemples.

Consigne : élaborer une hiérarchie par rapport à une situation ou une pensée redoutée.

6^e SÉANCE

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.

Exercice : identification des émotions et de l'intérêt à accepter plutôt que de réprimer.

Consigne : repérage des pensées et des émotions, et tentative de modification dans la vie quotidienne.

7^e SÉANCE

Tour de table : évaluation des changements apportés dans la réaction anxieuse et point sur les acquisitions des techniques.

Information : relaxation par la méditation pour faire face aux émotions.

Exercice : exercice de relaxation centrée sur la respiration (voir module ci-dessous).

Consigne : entraînement régulier aux exercices de relaxation.

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.

8^e SÉANCE

Tour de table : évaluation de la mise en place des techniques de gestion de l'anxiété.

Information : gérer le stress, exemple du stress au travail.

Exercice : brain storming sur les situations stressantes rencontrées au travail à partir d'un cas concret de stress professionnel et principe de la résolution de problème à partir d'un cas.

Consigne : hiérarchie des stress identifiés quelle que soit la source, identification d'un stress professionnel ou des activités de la vie quotidienne.

9^e SÉANCE

Tour de table : analyse des cas identifiés et de la résolution de problème.

Information : gérer le stress, exemple de difficultés personnelle ou familiale.

Exercice : exercice de résolution de problèmes à partir d'un cas concret, exercice de relaxation basée sur la visualisation d'une image agréable, « l'espace de sécurité ».

Consigne : repérage des stress et mise en application des techniques de gestion du stress vu depuis le début.

Poursuite de l'entraînement sur la relaxation.

10^e SÉANCE

Tour de table : évaluation des situations et des techniques mises en place.

Information : la relation entre le stress et l'anxiété, les problèmes de santé incluant les pathologies organiques mais aussi les plaintes fonctionnelles (asthénie, céphalée, lombalgies, palpitations...).

Exercice : remplir le questionnaire des schémas précoces mal adaptés (YSQ-S1 ; Young, 1990, traduit par Cottraux). Exercice court de relaxation incluant ancrage sur la respiration et la visualisation.

Consigne : entraînement à la relaxation et utilisation dans la vie de tous les jours de mini-relaxations pour faire face aux phases anxieuses.

11^e SÉANCE

Information : comprendre son anxiété par sa personnalité.

Exercice : discussion et commentaires à partir des résultats transmis de façon anonyme pour chaque patient. Un descriptif des 15 schémas est joint et discuté avec les patients. Identification de façon anonyme des deux schémas les plus activés et évaluation du degré d'adhésion aux descriptions proposées pour ces deux schémas.

Consigne : repérer, dans la semaine, des situations en lien avec l'activité des deux schémas les plus prégnants. Discussion de ces situations et utilisation des techniques cognitives pour modifier les schémas.

12^e SÉANCE

Information : agir par soi-même, changer, aller plus loin ? Différentes modalités de suivi possible (psychothérapies, médecines complémentaires), l'amélioration des conditions de vie (sommeil, sport, activités, alimentation), les traitements médicamenteux (maintien, sevrage, etc.).

Exercice : abrégé de relaxation (yeux ouverts, basé 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.

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.

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 de par les 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 ?

<i>Domaine</i>	<i>Principaux stress</i>	<i>Le stress qui me semble le plus important</i>	<i>Le stress qui me semble le moins important</i>
Ma vie familiale			
Mon travail			
Ma vie personnelle			

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 sont utiles voire nécessaires 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 auto-questionnaire, d'évaluer le niveau d'anxiété.

ÉCHELLE HAD score ANXIÉTÉ	
<i>Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</i>	
3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais
<i>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</i>	
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
<i>Je me fais du souci</i>	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
<i>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</i>	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais
<i>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</i>	
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent
<i>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</i>	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout
<i>J'éprouve des sensations soudaines de panique</i>	
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 tracas ou de perturbations faisant suite à des problèmes survenus effectivement.

Test : Souffrez-vous d'une anxiété généralisée ?

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
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 ?	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

(D'après le questionnaire MINI¹)

1. 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
2. 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
3. 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

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
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. 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 ?		
TOTAL		

Interprétation des résultats : Si vous avez plus de 8 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 (voir fig. 5.3 p. 175). 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'énerver (taper sur le volant, klaxonner). Certains ressentiront un sentiment d'impuissance qui se traduira par une irritabilité voir une agressivité ou pour d'autre 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 ?

<i>Situations stressantes</i>	<i>Ce que je ressens</i>	<i>Ce que je me dis</i>	<i>Ce que je fais</i>

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 2 temps quand vous inspirez (l'air entre dans vos poumons) et 3 temps lorsque vous expirez (l'air sort de vos poumons).

• 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'anxiété plus durable et profonde.

Nous allons nous exercer à des exercices de relaxation basée 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.

• 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.).

TECHNIQUES COGNITIVES

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 soit 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 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 colonne et de noter les pensées anxieuses et les pensées alternatives que l'on peut proposer (voir tableau 5.4, p. 178).

Afin de prendre conscience de la réaction en chaîne stress-pensée-émotion-comportement :

- identifier les pensées automatiques ;
- examiner rationnellement les pensées anxieuses ;
- proposer d'autres pensées et puis d'autres raisonnements.

LES TECHNIQUES D'EXPOSITION

L'exposition est une technique comportementale basée 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 ci-dessous (fig. 6.1), l'anxiété diminue avec le temps lorsqu'on recommence les expositions.

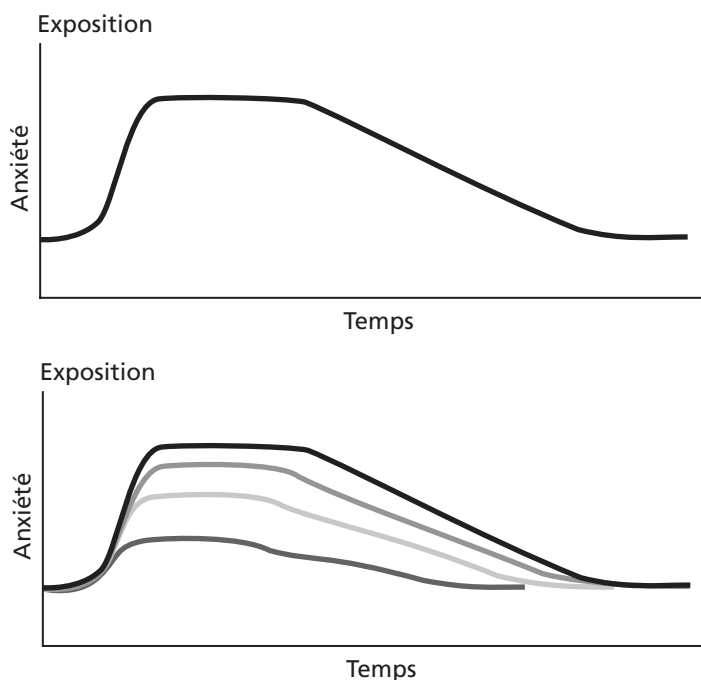


FIG. 6.1. — Évolution du niveau d'anxiété au cours de l'exposition et lors d'expositions répétées.

La marche à suivre dans les techniques d'exposition :

- faites la liste des principaux soucis ou évitement 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 ;
- exposez-vous en y pensant (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.

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 7 étapes :

1. Identifiez clairement le problème ;
2. Formulez des objectifs réalistes et accessibles ;
3. Proposez toutes les solutions possibles ;
4. Prenez une décision : choisissez une solution ;
5. Mettez à exécution la décision ;
6. Évaluez les résultats ;
7. Recommencez et appliquez à de nouveaux problèmes.

• 1^{re} 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 où vous êtes 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.

• **2^e étape : Formulez des objectifs réalistes et accessibles**

Approfondissez le problème, essayez d'en voir les causes et les conséquences et remplacez-le dans son contexte. À partir de cela, définissez un objectif accessible compte tenu du contexte et des possibilités qui peuvent vous être offertes.

• **3^e 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.

• **4^e 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.

• **5^e 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 pas se décourager, anticipez, sachez qu'il y a des choses imprévues et aléatoires dont il faut toujours tenir compte.

• 6^e 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 problème 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).

• 7^e 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 avez réussi à résoudre le problème cible, vous vous rendez 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 ».

Conclusion

Il n'est pas facile de changer son regard sur les choses. Chacun a un tempérament dont on pense qu'il est en partie inné. À partir du tempérament, les expériences de vie, l'éducation, l'apprentissage, les expériences émotionnelles vont forger notre caractère ou notre personnalité. Chaque personne a une personnalité qui lui est propre et qui correspond en fait à un mélange de différents traits. Lorsque certains traits « normaux » sont plus activés, on peut évoquer une personnalité anxieuse. Ces traits sont :

- manque de contrôle émotionnel ;
- dépendance ;
- sentiment d'abandon ;
- sentiment d'insécurité ;

- sentiment de ne pas être aimé ;
- sentiment de ne pas être comme les autres ;
- manque de confiance en soi, dévalorisation, mauvaise estime de soi ;
- exigences élevées, perfectionnisme ;
- inhibition des émotions.

Nous verrons que toutes les techniques, qu'elles soient dirigées vers les pensées et les croyances, les émotions et les comportements, peuvent nous aider à modifier certains traits anxieux.

Par exemple, le fait d'oser s'exprimer et dire ce que l'on pense et l'on ressent, d'accepter le jugement des autres, de rechercher les contacts et les échanges, d'accepter la confrontation et l'opposition, d'avoir une meilleure estime de soi peut avoir des effets très bénéfiques chez certaines personnes anxieuses.

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 tout 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 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 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.

À LIRE POUR EN SAVOIR PLUS :

Soigner le stress et l'anxiété par soi-même. D. Servant. Odile Jacob. 2003.

Relaxation et méditation. D. Servant. Odile Jacob. 2007.

Exercices de contrôle respiratoire

Rationnel du contrôle respiratoire

L'hyperventilation (respiration rapide et superficielle) est retrouvée chez près de la moitié des patients paniqueurs et chez beaucoup de sujets anxieux. L'hyperventilation a pour conséquence une diminution du CO_2 sanguin entraînant une alcalose respiratoire responsable des symptômes périphériques et centraux. Les symptômes centraux sont : vertiges, étourdissements, sensation de tête vide, sensation de souffle coupé. Les symptômes périphériques sont : tachycardies, sensations d'engourdissement et de picotements des extrémités, mains moites et contractures musculaires. Le contrôle respiratoire a pour but de maîtriser tous ces signes physiologiques et de désamorcer le cercle vicieux de la panique ou de l'anxiété.

Principe

La technique de contrôle respiratoire consiste en l'apprentissage d'une respiration lente et régulière. La durée du cycle est d'environ 5 à 8 séances hebdomadaires d'environ une heure. L'utilisation d'un appareil de *biofeedback* mesurant la variabilité de la fréquence cardiaque est utile. Le principe de la technique consiste à prévenir l'hyperventilation (respiration rapide et/ou profonde) qui, par une diminution du CO_2 sanguin, provoque des symptômes pouvant déclencher, par une interprétation cognitive erronée, une panique.

Pratique

Entraînement au contrôle respiratoire

1. Être dans un endroit confortable et calme
2. Compter « 1 » à l'inspiration et penser « calme » à l'expiration. Compter « 2 » à l'inspiration et penser « calme » à l'expiration, etc.
3. Concentrer son attention sur la respiration et le comptage
4. La fréquence et l'amplitude respiratoires sont normales, faire des inspirations et des expirations régulières, la respiration est fluide
5. Gonfler l'abdomen à l'inspiration sans soulever sa poitrine
6. Compter jusqu'à 10 puis décompter jusqu'à 1

suite ►

7. Pratiquer deux fois par jour, 10 minutes chaque fois, pendant 7 jours
8. Noter les exercices sur la fiche d'entraînement au contrôle respiratoire
9. Au fur et à mesure de l'apprentissage, les exercices de respiration seront pratiqués dans des situations de la vie quotidienne

Consignes pour le patient

1. Remplir la fiche d'auto-évaluation
2. Pratiquer 2 à 3 fois par jour l'exercice de contrôle respiratoire dans un endroit calme
3. Remplir le carnet de suivi

La technique vagale

La méthode est simple. Elle permet de diminuer la fréquence cardiaque et de ralentir le rythme respiratoire. Elle consiste à solliciter le réflexe barosinusal de Valsalva. En d'autres termes, il s'agit simplement de réaliser pendant 3 à 5 secondes une hyperpression abdominale en gonflant le ventre et en le bloquant pendant 6 secondes (à l'image d'un ballon) suivi d'une expiration. Ceci est à répéter une dizaine de fois.

Texte de l'exercice de contrôle respiratoire

Vous vous installez confortablement sur votre chaise et nous allons faire un exercice qui consiste à apprendre à contrôler votre respiration. Dans les états de stress et d'anxiété beaucoup de personnes sans s'en rendre compte respirent plus vite de façon irrégulière en prenant parfois de grandes respirations et dans d'autres cas en respirant de façon très superficielle et rapide par la poitrine. Elles pensent à tort qu'elles vont ainsi mieux respirer et que cela les aidera à réduire l'état de stress et d'anxiété. Contrairement à ce que l'on peut penser, respirer de cette façon n'amène pas plus d'air ou d'oxygène mais au contraire déséquilibre le rapport entre l'oxygène et le gaz carbonique dans le sang. Ce déséquilibre induit une sensation d'anxiété en augmentant la fréquence des battements du cœur et en induisant de petits signes comme des vertiges, une instabilité, des tremblements et des sueurs. C'est la raison pour laquelle, il est important d'apprendre à respirer de façon lente, régulière et profonde plus par le ventre que par la poitrine.

Je vous propose pour faire cet exercice de mettre une main sur votre ventre et une main sur votre poitrine. Vous allez respirer par le nez en inspirant (quand l'air entre) et en expirant (quand l'air sort) de façon lente et régulière. Vous allez gonfler légèrement votre ventre vous sentirez soulever votre main alors que la main sur la poitrine ne bougera pratiquement pas. Respirez ainsi pendant quelques minutes.

Maintenant que vous avez bien pris conscience de votre respiration abdominale, vous pouvez reposer vos mains et retrouver une position habituelle de relaxation assise.

Vous allez maintenant contrôler le rythme de votre respiration en ralentissant un peu le rythme.

►

suite ►

Pour cela je vous propose de compter lentement 2 temps quand vous inspirez, puis faites une pause sur 2 temps, expirer sur 3 ou 4 temps, et faites une nouvelle pause sur 2 temps. Le fait de compter va fixer le tempo de votre respiration et au fur et à mesure vous pouvez ralentir le rythme de votre respiration. Vous allongez l'expiration, ce qui a pour effet de ralentir le cœur. Quand vous maîtriserez l'exercice, vous pourrez ne plus compter et vous imprimerez naturellement votre propre rythme respiratoire.

Vous pouvez en dernier lieu, quand vous expirez vous dire en vous-même une parole relaxante « calme, tranquille » ou penser à une image ou une idée agréable.

Vous allez pendant quelques minutes faire votre exercice de contrôle respiratoire en pensant à respirer lentement, profondément, par la poitrine et en marquant bien le temps de l'expiration.

Conseils :

Faites quotidiennement cet exercice 1 à 2 fois par jour pendant 5 à 10 minutes au début puis un peu plus longtemps quand vous le maîtriserez bien.

Tant que vous ne le maîtrisez pas, répétez les exercices chez vous au calme en dehors de tout stress. Ensuite vous pourrez refaire l'exercice dans la vie de tous les jours, par exemple, durant une pause au bureau, dans un train, si vous êtes en train d'attendre quelqu'un. Enfin vous pourrez utiliser la technique face à des situations de stress lorsque vous vous sentez tendu et anxieux, et dans toutes les situations où vous utiliserez la relaxation pour dominer l'anxiété, elle vous servira comme un ancrage volontaire et accessible pour maîtriser vos émotions.

Exercices de relaxation musculaire progressive

Principe

L'exercice consiste à induire par la contraction une tension suivie de décontraction de différents groupes musculaires de façon successive afin d'aboutir à un état de relaxation généralisé (musculaire et psychique) selon le déroulement suivant :

- centrer l'attention du patient sur le groupe musculaire puis la mise en tension lors du signal du thérapeute ;
- maintenir la contraction pendant 5 secondes ;
- relâcher le groupe musculaire plus longtemps 15 à 30 secondes ;
- se fixer sur la sensation de relaxation du groupe musculaire concerné ;
- passer à un autre groupe musculaire.

Pratique

Les exercices peuvent se faire les yeux ouverts ou fermés. L'exercice complet dure environ 20 à 30 minutes puis les exercices abrégés et de la vie quotidienne sont réduits à 15-10-5 minutes. Il est important de faire les exercices au calme dans un premier temps et seulement lorsque la technique est maîtrisée de se confronter à la vie quotidienne et aux situations de stress. Les exercices doivent être répétés, l'idéal est une séance voir deux par jour. Des CD ou fichier audio et des *self-help* de relaxation sont très utiles au patient pour pouvoir s'entraîner chez lui.

Il est utile de faire une auto-évaluation hebdomadaire du niveau de relaxation chaque semaine.

LA PREMIÈRE PHASE : RELAXATION MUSCULAIRE GÉNÉRALE

Elle consiste à détendre l'ensemble du corps et d'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. On propose trois étapes : seize groupes musculaires, puis huit groupes musculaires et enfin quatre groupes musculaires. Puis le patient prendra conscience des mouvements respiratoires au cours d'une respiration abdominale. La reprise se fait ensuite de façon progressive. L'exercice dure environ 20 à 30 minutes

• Séquences des différents groupes musculaires concernés par la relaxation :

1. Main droite (serrer le poing);
2. Avant-bras droit (flexion du bras);
3. Bras droit (extension du bras);
4. Main gauche (serrer le poing);
5. Avant-bras gauche (flexion du bras);
6. Bras gauche (extension);
7. Front (élever les sourcils);
8. Bas du front (froncer les sourcils);
9. Pommettes et joues (large sourire en pinçant les lèvres);
10. Bas du visage (serrer en pinçant les lèvres);
11. Nuque (flexion de la tête);
12. Haut des épaules (extension de la tête);
13. Épaules (hausser les épaules);
14. Bas du dos (serrer les fesses);
15. Cuisse (flexion des pieds);
16. Jambe (extension des pieds).

• Exercice abrégé 1

1. Membre supérieur droit (serrer le poing et étendre l'avant-bras);
2. Membre supérieur gauche (serrer le poing et étendre l'avant-bras);
3. Visage (fermer fort les yeux, élever les sourcils, serrer les dents, ou juste faire des grimaces);
4. Épaule et cou (élever les épaules et faire des ronds avec les épaules), poitrine, dos et ventre (respirer en gonflant le ventre);
5. Membre inférieur droit (étendre la jambe et le pied);
6. Membre inférieur gauche (étendre la jambe et le pied).

• Exercice abrégé 2

1. Mains et bras droit et gauche (serrer les poings et étendre);
2. Visage, cou et épaule;
3. Poitrine, dos et ventre (respirer en gonflant le ventre);
4. Membres inférieurs (étendre les pieds et les jambes).

• Exercice complet**Texte pour l'apprentissage d'un exercice complet de relaxation musculaire progressive (D. Servant, 2003)**

Vous vous installez confortablement sur une chaise, les pieds bien posés sur le sol sans trop vous appuyer sur le dossier de la chaise, le dos bien droit et les épaules bien détendues. Vous allez fermer les yeux et rester ainsi calmement pendant quelques secondes.

Vous allez serrer le poing droit... fort pendant quelques secondes... puis vous relâchez et vous laissez les muscles de la main et de l'avant-bras se détendre, pendant un temps beaucoup plus long que celui de la contraction. Vous laissez bien les muscles se relâcher et les fibres musculaires se détendre.

Vous allez maintenant, sans serrer le poing, en laissant la main ouverte, contracter le biceps en fléchissant votre avant-bras sur votre bras... relâchez maintenant les muscles en reposant votre main droite sur votre cuisse droite.

Étendez ensuite l'avant-bras droit en mettant le dos de votre main sur votre genou, et contractez le triceps fort, puis relâchez, et laissez bien les muscles se détendre et se relâcher, en reprenant votre position de relaxation, les mains posées sur vos cuisses... Vous ressentez déjà des sensations nouvelles, vous pouvez commencer à percevoir un état de détente et de relaxation, par rapport à tout à l'heure et au côté opposé que vous allez contracter et décontracter à son tour, comme vous venez de le faire.



suite ►

Comme vous venez de le faire du côté droit, vous allez maintenant contracter le membre supérieur gauche. Serrez le poing gauche fort... ouvrez-le poing et décontractez-vous, relâchez-vous et laissez bien les muscles se détendre... vous pouvez retrouver la sensation de détente que vous avez perçue du côté droit... contractez le biceps gauche sans serrer le poing... fort... décontractez et laissez les muscles se détendre pendant quelques secondes... étendez l'avant-bras gauche, laissez les muscles se détendre... vous relâchez et vous reprenez votre position de départ, les mains posées sur vos cuisses. Vous commencez à ressentir l'état de relaxation, de vos poings... de vos avant-bras et de vos bras et, pendant quelques secondes, vous allez bien prendre conscience de l'état de détente musculaire de vos deux membres supérieurs...

Votre attention va maintenant se fixer sur les muscles du visage que vous allez contracter puis relaxer les uns après les autres, comme vous venez de le faire pour le membre supérieur... vous relâchez et vous laissez bien les muscles du front, les tempes, les muscles autour des yeux, se détendre et se relâcher... pour contracter les muscles du front, tout en gardant les yeux fermés, vous allez élever les sourcils... détendez en laissant tomber les sourcils... maintenant, au contraire, froncez les sourcils... puis vous relâchez et vous laissez bien aller les muscles du visage, du front... des tempes... les muscles autour des yeux... les pommettes, les joues... contractez la mâchoire en serrant les dents... puis décontractez... pressez votre langue contre votre palais en maintenant les lèvres serrées... décontractez... mettez les lèvres serrées l'une contre l'autre, comme si vous faisiez la moue... puis laissez les muscles autour de la bouche bien se détendre... mettez la tête en arrière, aussi loin que vous le pouvez, puis détendez... baissez la tête et pressez le menton vers votre poitrine, puis décontractez en reprenant votre position initiale... haussez les épaules jusqu'à vos oreilles, puis laissez tomber les épaules comme dans un soupir... haussez à nouveau les épaules et dessinez avec elles plusieurs petits cercles dans le vide, puis laissez tomber les épaules comme dans un soupir... votre attention se fixe maintenant sur votre respiration... c'est votre respiration habituelle, vous constatez que vous avez des mouvements de la poitrine, ce sont des mouvements volontaires lorsqu'elle se soulève et des mouvements involontaires lorsqu'elle retombe... vous allez bien prendre conscience des mouvements de votre poitrine au cours de deux ou trois respirations... c'est votre respiration habituelle... elle est calme, profonde, régulière et tranquille, et vous allez ainsi continuer à respirer calmement pendant toute la durée de l'exercice.

Vous prenez bien conscience de votre état de relaxation musculaire et de détente des poings, des avant-bras, des bras, des muscles de votre visage, du cou, des épaules et du haut du dos... pendant quelques secondes, vous prenez bien conscience de votre état de relaxation et de détente de la partie supérieure de votre corps...

►

suite ►

Vous allez maintenant contracter les muscles du ventre, poussez au niveau du ventre... décontractez... courbez le bas du dos, à distance du bas de la chaise... décontractez... serrez les fesses et les mollets en pressant les talons sur le sol et en gardant les jambes raides... décontractez... tendez les mollets en pressant les pieds et les orteils en haut... décontractez... tendez les tibias en mettant les pieds et les orteils en bas... décontractez... vous continuez à respirer calmement et régulièrement et vous allez bien prendre conscience de l'état de détente et de relaxation de l'ensemble de votre corps... pendant quelques secondes, vous prenez bien conscience de l'état de relaxation et de détente de l'ensemble de votre corps...

Vous allez maintenant amorcer la reprise qui va vous amener à reprendre contact avec l'extérieur, vous allez faire cette reprise à votre rythme, sans vous presser, vous rouvrirez les yeux lorsque vous le souhaitez... vous pouvez, pour vous aider, bouger doucement les doigts, les pieds, puis l'ensemble du corps... Vous pouvez même vous étirer si vous le souhaitez... et respirer profondément... cette première séance d'apprentissage de la relaxation est maintenant terminée, vous pouvez maintenant vous entraîner tous les jours et refaire cet exercice pendant au moins une semaine.

LA DEUXIÈME PHASE : LA RELAXATION MUSCULAIRE APPLIQUÉE À LA GESTION DE L'ANXIÉTÉ

Le but de cet exercice est de réduire le temps mis pour se relaxer et ainsi d'utiliser la relaxation comme méthode de *coping* face à l'anxiété et aux situations stressantes.

Une fois la relaxation musculaire progressive acquise, on va passer à l'obtention rapide de la relaxation en utilisant d'autres moyens que la contraction-décontraction comme ancrage. Ces exercices vont se faire les yeux ouverts d'abord en position assise puis on pourra les proposer lors de la station debout. Pour faciliter l'obtention rapide d'un état de relaxation on va proposer :

- le balayage corporel. Le patient est invité à passer en revue les différents muscles comme il l'a fait dans la première phase de l'apprentissage mais sans contracter les muscles ;

- l'autosuggestion. Le patient est invité à se remémorer les sensations ressenties lors des exercices précédents. Il peut s'aider en se concentrant sur un groupe musculaire, en imaginant l'état de relaxation, ou en utilisant un mot (calme, détente, relaxé) ou une phrase comme « mon bras est détendu », voir même une image agréable d'un lieu évoquant la détente ;

- la respiration. Des techniques de respiration peuvent également compléter la technique de relaxation musculaire pour aboutir plus rapidement à la relaxation générale.

Exercice Balayage corporel et point de contact position assise (D. Servant, 2007)

Vous allez vous centrer sur votre position de relaxation et vous allez passer en revue les différentes parties de votre corps. Vous vous centrez sur vos mains, leurs positions, les contacts avec votre vêtement et vos membres inférieurs, puis vos avant-bras, vos bras, vous repérez les points d'appui les parties de vos deux membres supérieurs qui sont en contact avec d'autres parties de votre corps et celles qui semblent dans le vide. Vous vous centrez sur votre visage, votre front, les muscles autour des yeux, les pommettes les joues, les muscles autour de la bouche et du bas du visage, vous vous centrez sur la nuque, descendez le long de la nuque, qui s'étire et qui soutient le poids de votre tête, allez ensuite jusqu'aux épaules qui sont tirées légèrement par vos bras qui descendent le long du corps, longez vos bras puis vos avant-bras qui descendent le long de vos cuisses, revenez à vos épaules et descendez le long du dos le haut du dos, identifiez bien les points de contact avec le dossier de la chaise descendez jusqu'au milieu du dos, localisez le point au centre du dos, les omoplates qui sont tirées vers l'extérieur et s'éloignent de la colonne vertébrale. Descendez jusqu'au milieu de votre dos, là ressentez l'appui sur le dossier de la chaise (de l'arrière de votre grill costal). Enfin arrivez jusqu'au bas de votre dos et rejoignez le bassin. Ressentez vos fesses qui appuient sur le siège. Descendez le long des cuisses, dont une partie appuie sur le siège. Continuez ainsi jusqu'à vos genoux. Arrivez jusqu'à vos (jambes) mollets, ressentez-les relâchés. Enfin, allez jusqu'à vos pieds. Là, ressentez vos plantes de pieds qui appuient sur le sol, elles pressent le sol et le marquent d'une empreinte. Ressentez vos talons, la voûte plantaire très accentuée vers les bords intérieurs et qui diminue en allant vers l'extérieur, ressentez vos capitons plantaires, cette partie charnue à l'avant du pied, terminez par vos orteils.

TROISIÈME PHASE : RELAXATION MUSCULAIRE APPLIQUÉE À LA VIE QUOTIDIENNE

Beaucoup d'activités, comme la station debout, nécessitent une tension de certains groupes musculaires, et le but de cet exercice est d'apprendre à éviter les tensions inutiles des muscles qui ne sont pas nécessaires pour une activité particulière. En séance, on invitera le patient à faire l'exercice guidé par le thérapeute puis seul. On commencera à indiquer au patient de se saisir d'un objet, puis écrire, se lever et marcher.

Une fois l'exercice maîtrisé, il pourra être induit en un temps court et le patient sera invité à l'utiliser dans la vie de tous les jours puis dans les situations de stress et d'anxiété.

Vous allez tout d'abord ouvrir les yeux et regarder autour de la pièce sans bouger la tête... levez un bras pendant que vous maintenez le reste du corps relâché, puis levez une jambe... pendant cet exercice, vous examinez attentivement la partie du corps qui entre en tension et relaxez toutes les autres parties qui ne sont pas impliquées dans le mouvement. Si vous avez

des difficultés pour relaxer un groupe musculaire, vous refaites l'exercice. Après avoir pratiqué l'exercice assis sur une chaise, vous pouvez le faire assis sur un bureau ou une table puis, par la suite, réaliser cet exercice en écrivant sur une feuille de papier ou en tenant un téléphone. Ensuite, vous pouvez pratiquer l'exercice debout ou en marchant. La pratique quotidienne de l'exercice est nécessaire avant de passer à l'étape suivante. Ainsi, au fur et à mesure de l'entraînement, vous pourrez vous relaxer en un temps de plus en plus court et utiliser la relaxation musculaire dans les situations de la vie de tous les jours et face à des manifestations anxieuses.

Durée de l'apprentissage du module

Dès que le patient arrive seul à faire l'exercice complet chez lui au calme, on passera à l'exercice abrégé. En quelques semaines d'initiation, le patient peut arriver seul à induire un état de relaxation. Ensuite, il essaiera de s'aider de la relaxation dans la vie courante pour contrôler les situations de stress.

Nombre de séances par exercice :

- exercice de relaxation musculaire progressive complet : 2 à 3 séances ;
- exercice de relaxation musculaire progressive abrégé : 1 à 2 séances ;
- relaxation musculaire appliquée à la gestion de l'anxiété : 2 à 3 séances ;
- relaxation musculaire appliquée à la vie quotidienne : 2 séances.

Durée totale : 8 à 12 séances.

Exercice de relaxation par la méditation

Mindfulness

Ces dernières années des psychologues ont élaboré une méthode fortement inspirée de l'approche de méditation du zen, du bouddhisme et du yoga et adaptée à la population occidentale.

Ils ont rebaptisé ces techniques *Mindfulness* traduites en français par « pleine conscience ». Jon Kabat-Zinn définit la pleine conscience « par le fait de diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire : délibérément, au moment voulu, sans jugement de valeur ».

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. Jon Kabat-Zinn compare cela au fait d'être en pilotage automatique. Par exemple, lorsque nous conduisons nous oublions ce que nous faisons et notre esprit vagabonde. Le but de la *Mindfulness* est donc d'augmenter la conscience de ce que nous sommes en train de faire ici et maintenant au moment pré-

sent. L'approche de cette technique de méditation est donc dirigée vers le changement des pensées et c'est pour cela qu'elle est reliée aux thérapies cognitives et comportementales. Le but est d'aborder un changement cognitif et émotionnel et pas d'atteindre le nirvana comme dans les techniques de méditation. Les auteurs défendent donc qu'ils utilisent la technique à des fins psychologiques dans le cadre d'une véritable méthode de psychothérapie et pas dans un but mystique ou religieux. Des premiers résultats encourageants ont été retrouvés dans la gestion du stress et dans la prévention des rechutes dépressives (Segal *et al.*, 2006).

Des exercices de centration sur le corps ou la respiration sont assez proches d'autres techniques et notamment les exercices d'Hata Yoga (postures, respiration).

C'est par une pratique régulière que le participant peut retrouver un ancrage à utiliser dans la vie quotidienne. Les exercices qui consistent à prendre conscience de geste comme marcher, manger, se laver sont recommandés.

Exercice de relaxation par la centration sur la respiration

PRINCIPE

Le patient est invité à se concentrer sur sa respiration et à centrer toute son attention sur le simple fait de respirer. On fixe l'attention sur les mouvements respiratoires inspiratoire et expiratoire du thorax (la poitrine qui se soulève lors de mouvement volontaire et qui retombe lors de mouvement involontaire) et de l'abdomen (ventre qui se gonfle lorsque votre poitrine se soulève et qui suit le mouvement de votre poitrine lorsque qu'elle retombe). On fixe également l'attention sur le trajet de l'air (qui entre par les narines, traverse les bronches et gonfle les poumons et qui ressort par le nez) et la sensation de l'air plus frais qui entre et un peu plus chaud et humide qui ressort.

Le patient est invité à identifier les pensées et les images parasites mais sans chercher « à tout prix » à les chasser (si des pensées et des images vous viennent à l'esprit, ne cherchez pas à les chasser, ne lutez pas directement contre elles mais laissez les repartir comme elles sont venues).

On recentre à plusieurs reprises au cours de l'exercice sur le fait de se centrer sur sa respiration et de se concentrer sur le moment présent et le fait de respirer, et sur les mouvements et les sensations qui sont associées.

PRATIQUE

Exercice de relaxation par la centration sur la respiration (D. Servant, 2007)

Vous vous installez confortablement dans votre chaise. Vous pouvez garder les yeux ouverts. Si vos yeux veulent se fermer au cours de l'exercice laissez-les se fermer, acceptez aussi s'ils s'ouvrent... si vous sentez des tensions ou une gêne quelconque au cours de l'exercice, n'hésitez pas à changer vos mains de position ou portez vos mains à votre visage si vous en ressentez l'envie... cet exercice va consister à vous centrer sur votre respiration pendant la relaxation... vous prenez bien conscience de votre position de relaxation, vos mains, vos avant-bras, vos bras, votre visage, vos épaules, le dos, les points de contact avec la chaise, les fesses, les cuisses, les mollets, le talon et son point de contact avec le sol, la plante des pieds, puis les orteils qui reposent sur le sol. Vous allez maintenant vous centrer sur votre respiration, vous prenez bien conscience des mouvements de la poitrine et du ventre, le mouvement volontaire de votre poitrine qui se soulève légèrement et de votre ventre qui se gonfle puis le mouvement involontaire de votre poitrine qui retombe et de votre ventre qui suit le mouvement... vous vous centrez sur votre respiration, tranquille, profonde... si des pensées traversent votre esprit vous les laissez repartir comme elles sont venues, vous ne les interprétez pas mais vous les laissez repartir, vous vous centrez sur votre respiration vous prenez bien conscience des mouvements de votre ventre et de votre poitrine et vous prenez bien conscience de votre respiration abdominale... vous centrez votre attention sur l'air qui entre par votre nez, pénètre votre trachée puis à l'intérieur des poumons qui se gonflent légèrement puis entraîne votre ventre qui se gonfle légèrement comme un ballon puis cet air qui ressort par vos narines... vous prenez bien conscience de cet air qui entre quand vous inspirez et qui sort lorsque vous expirez... Vous pouvez noter que lorsque cet air entre dans vos narines vous ressentez une sensation d'air frais puis lorsqu'il ressort il est un peu plus chaud et humide, vous prenez bien conscience de cette sensation d'air frais qui entre par vos narines pénètre dans vos poumons et gonfle votre ventre puis lorsqu'il ressort vous percevez la sensation de cet air un peu plus chaud et humide... vous pouvez maintenant vous centrer pleinement sur votre respiration... si des pensées traversent vos esprits vous les identifiez mais vous ne les jugez pas, vous les laissez repartir comme elles sont venues... si vous entendez des bruits en dehors de la pièce ou à l'extérieur vous ne les interprétez pas, vous ne les jugez pas, vous les laissez là où ils sont. Vous vous centrez de plus en plus sur ce moment présent et sur votre respiration profonde, régulière et lente... vous prenez bien conscience de ce moment de relaxation de votre position et de la sensation qui s'associe aux mouvements de votre poitrine et de votre ventre et au trajet de l'air qui entre et qui sort à chaque respiration... pendant quelques secondes vous allez vous centrer uniquement sur votre respiration et sur ce moment présent de relaxation... Vous allez maintenant ouvrir les yeux quand vous le souhaitez mais continuez, pendant quelques minutes en prenant conscience de l'extérieur qui vous entoure, à vous centrer sur votre respiration... et peu à peu reprendre contact avec votre activité

Les exercices de visualisation

La visualisation consiste très simplement à se concentrer sur des images, des lieux ou des événements et de percevoir l'émotion qui les accompagne. Le principe est assez simple, la pratique plus difficile car elles requièrent des capacités d'attention de concentration sur soi. Certaines personnes sont plus enclines à la rêverie et à l'imagination que d'autres mais, ne vous méprenez pas, ces exercices sont accessibles à tous.

Visualisation d'un paysage paisible de bord de mer (D. Servant, 2007)

Vous vous installez confortablement en prenant bien votre position de relaxation. Vous y allez quand vous le souhaitez... quand vos yeux seront fatigués de fixer ce point que vous fixez... alors vous fermerez les yeux... Vous vous centrez sur votre respiration... les mouvements de votre poitrine et de votre ventre... votre respiration est régulière, profonde et lente... vous allez maintenant passer en revue les différentes parties de votre corps... en vous concentrant sur ces différentes parties et sur la sensation de détente que vous avez ressentie de nombreuses fois lorsque vous vous relaxiez... vous relaxez vos mains... vos avant-bras... vos bras... le visage... la nuque... les épaules... le dos... les bas des reins... les fesses... les cuisses... les mollets... les pieds jusqu'aux orteils... vous vous relaxez pendant quelques secondes... vous allez maintenant imaginer un endroit agréable au bord de la mer que vous allez observer... il s'agit d'une plage bordée de palmiers... une plage déserte loin des tumultes de la ville... vous êtes là à contempler le bord de la plage balayé par le mouvement des vagues... vous pouvez observer le sable doré de la plage... l'écume blanche des vagues qui se détache du bleu intense de la mer... vous observez attentivement le mouvement des vagues... vous observez bien le contraste entre les couleurs du ciel de la mer et du sable... vous fixez cette image qui vous apparaît de plus en plus nette... vous vous imaginez dans cet endroit paradisiaque et vous sentez le vent dans vos cheveux et sur votre visage... vous pouvez aussi voir si vous faites attention les palmiers qui bordent la plage... choisissez un palmier et si vous faites de plus en plus attention comme si vous vous rapprochiez, vous pouvez voir les feuilles qui bougent bercées par le vent... cette image devient de plus en plus présente et vous imaginez bien cet endroit agréable où vous aimeriez être... vous imaginez que vous êtes face à ce paysage dont vous percevez de plus en plus les détails... comme si vous vouliez fixer cette image éternellement en prenant une photo, vous allez enregistrer cette image... pour cela vous allez bien vous fixer sur la sensation de bien-être que vous ressentez dans tout votre corps... vous allez maintenant ouvrir les yeux tout en maintenant dans votre esprit cette image agréable d'une plage au bord de la mer...

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 J.-P. *Les états névrotiques*. Château-du-Loir, 1992, 11-40.
- AGENCE DU MÉDICAMENT — Les anxiolytiques [Fiche de transparence]. Oct. 1996, 175-179.
- 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 H.S. — 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.
- ANDRE C. — La prise en charge non médicamenteuse du stress. *Act Med Int Psychiatrie*, 1997, 14, 29-34.
- APPELHANS B.M., LUECKEN L.J. — Heart rate variability as an Index of regulated Emotional Responding. *Review of General Psychology*, 2006, 10, 3, 229-240.
- ARNTZ A. — Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, n°41, 2003, 633-646.
- ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHIATRIE — *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., Text Revision. American Psychiatric Press, Washington, 2000. Trad. fr. : GUELFY J.-D. *Manuel diagnostique et statistique des Troubles Mentaux*. 4^e éd., Texte révisé. Masson, Paris, 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, 201 (suppl.), 11-16.
- BALLENGER J.C., DAVIDSON J.R.T., LECRUBIER Y., NUTT D. — Consensus statement on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 2000, 61 (suppl. 5), 60-66.
- BARLOW D.H. — *Anxiety and its disorders, the nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press, New York, 1988.
- BARLOW D.H., LEHMAN C.L. — Advance in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 1996, 53, 727-735.
- BARROW K.A. JACOBS B.P. — *Mind-body medicine : An introduction and review of the literature*. Medical Clinics North America, 2002, 86, 11 -31.
- BEARD G.M. — *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia). Its causes, symptoms and sequences*. New York, Wood, 1880.
- BECK A.T., EMERY G. — *Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Perspective*. Basic Book, New York, 1985.
- BECK A.T., FREEMAN A. — *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. The Guilford Press, New-York, 1990.
- BENSON H, BEARD JF, CAROL M. The relaxation response. *Psychiatry*. 1974 Feb, 37(1) :37-46.

- BILJ R.V., 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 J.A., 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, 2213-2223.
- BOND M., PERRY J.-C. — Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry*, 2004, 161, 1665-1671.
- BONNIER P. — *L'anxiété*. Alcan, Paris, 1913.
- BORKOVEC T.D., RUSCIO A.M. — Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*, 2001, 62 (suppl. 11), 37-42.
- BORKOVEC T.D., 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*. Prentice Hall, Perspective Toronto, chap. 7, 151-184.
- BOULENGER J.-P. — L'approche biologique de la pathologie anxieuse. In : BOULENGER J.-P. *L'attaque de panique : un nouveau concept ?* Jean-Pierre Goureau, Château-du-Loir, 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*. PUF, Paris, 1963.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. — *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Masson, 2005.
- BOWLBY J. — *Attachement et perte : la séparation, angoisse et colère*. PUF, Paris, 1978.
- BRISAUD. — De l'anxiété paroxystique. *Semaine Med*, 1890, 410-4.
- BROWN G.W., HARRIS T.O. — *Life events and illness*. Guilford, New York, 1989.
- BROUSSEAU A. *Essai sur la Peur aux Armées, 1914-1918*. Alcan, Paris, 1920.
- 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, 1321-1333.
- CAMPBELL-SILLS L., BARLOW D.H., BROWN T.A. *et al.* — Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Therapy*, 2006, 44, 1251-1263.
- CANNON W.B. — *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Appleton, New York, 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*, 34, (2003), 129-140.
- 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, 436.

- CASPER J.L. — Biographie d'une idée fixe. Trad. de Lalanne. In : PITRES A., REGIS E. *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, 1090-1097.
- CHINI B. — Évaluation quantitative du stress dans une population de salariés des régions Haute et Basse-Normandie. *Arch mal prof*, 2001, 62, 536-545.
- CHOY Y., FYER A.J., LIPSITZ J.D. — Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychol Review*, Clin Psychol Rev. 2007 Apr ; 27(3) :266-86.
- CHROUSOS G., GOLD P. — The concept of stress and stress system disorders. *JAMA*, 1992, 267, 1244-1252.
- CLARK D.M. — A cognitive approach to panic. *Behav Res Therapy*, 1986, 24, 461-470.
- CLAUDE H., LEVY-VALENSI E.A. — *Les états anxieux*. Maloine, Paris, 1938.
- COLLINS K.A., WESTRA H.A., DOZOIS D.J. *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 W.T. — Muscle relaxation therapy for anxiety disorders : It works but How ? *J Anxiety Disord*, 2007 (in press).
- COOPER C.L., CARTWRIGHT S. — An intervention strategy for workplace stress. *J Psychosom Res*, 1997, 43 (1), 7-16.
- COTTRAUX J. — *Les thérapies comportementales et cognitives*. 4^e éd., Masson, Paris, 2004.
- COTTRAUX J., NOTTE I., ALBUISSON E. *et al.* — Cognitive behaviour therapy versus supportive therapy in social phobia : A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, 69, 137-146.
- CROCQ L. — Pourquoi l'appellation « Syndromes psychotraumatiques ». *Neuro Psy*, 2003, numéro spécial, 6-8.
- CULLEN W. — *Les Névroses*. Flammarion, 1909.
- DACOSTA J.M. — 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*. Odile Jacob, Paris, 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), 255-258.
- DUGAS M.J., GAGNON F., LADOUCEUR R. *et al.* — Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Therapy and Research*, 1998, 36, 215-226.
- DUPONT R.L., RICE D.P., MILLER L.S., SHIRAKI S.S., ROWLAND C.R., HARWOOD, H.J. — Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 1996, 2, 167, 172.
- DURHAM R.C., FISCHER P.L., TRELIVING L.R. *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), 506-519.
- ELO A.L., LAPPÄNEN A., SILLANPÄÄ P. — Applicability of survey feedback for an occupational health method in stress management. *Occup. Med.*, 1998, 48, 181-188.
- EY H. — L'anxiété morbide. Étude n° 15. *Études psychiatriques*. Desclée de Brouwer ed., Paris, vol. II, 1950 :379-425.
- FALRET J. — Folie raisonnée ou folie morale. *Ann Méd Psychol*, 1866, 24 :382
- FINCH A.E., LAMBERT M.J., BROWN G.J. — Attacking anxiety : A naturalistic study of a multimedia self-help program. *J Clin Psychol*, 2000, 56, 11-21.
- FISHER P.L., DURHAM R.C. — 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 M.H., 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*. PUF, Paris, 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 édition fr., PUF, Paris, 1985, 15-38.
- FREUD S. (1896) — L'hérédité et l'étiologie des névroses. In : *Névrose, Psychose et perversion*. 5^e éd. fr., PUF, Paris, 1985, 15-38.
- FREUD S. (1916) — *Introduction à la psychanalyse*. Petite bibliothèque, Payot, Paris, 1965.
- FREUD S. (1926) — *Inhibition symptôme et angoisse*. 2^e édition fr. PUF, Paris, 1968, 102.
- FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H. — Association of a specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Medical Association*, 1959, 169, 1286-1295.
- 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 J.M., KENT J.M., SULLIVAN G.M. *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 M.-J., LADOUCEUR R., FREESTON M.-H. — Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 2001, 27, 475-484.
- GOULD R.A., OTTO M.W., POLLACK M.H. *et al.* — Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : A preliminary meta-analysis. *Behav Ther*, 1997, 28, 285-305.
- GRAZIANI P.-L., RUSINEK S., SERVANT D. *et al.* — Validation Française du questionnaire de coping « way of coping check-list revised » (W.C.C.12) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de Thérapie Cognitive et Comportementale*, 1998, 8, 3, 100-112.
- GUELFY J.-D. — L'anxiété d'hier à aujourd'hui. *Nervure*, 1996, IX (n°spécial), 6-13.
- GUELFY J.-D. — Évolution du concept de Trouble Anxieux généralisé. In : T. LEMPÉRIÈRE. *Anxiété généralisée : Prédisposition ou syndrome*. Masson, Acanthe, Paris, 2003.

- HANTOUCHE E. — Anxiété généralisée : Trouble, personnalité ou tempérament. *Neuro-psy*, numéro spécial, juillet 2001, 25-31.
- HAUTECKEETE M., RUSINEK S., SERVANT D. — *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Masson, Paris, 2001, 29-50.
- HEIMBERG R.G., JUSTER H.R. — Cognitive-behavioral treatments : Literature review. In : HEIMBERG R.G., LIEBOWITZ M.R., HOPE D.A., SCHNEIER F.R. *Social Phobia*. Guilford press, New York, 1995, 261-309.
- HOLLISTER L. — Withdrawal reactions from chlordiazepoxide (Librium). *Psychopharmacology*, 1961, 2, 63-68.
- HOLMES T., RAHE R. — The social readjustment rating scale. *J Psychosom. Res*, 1967, 11, 213-218.
- HOUSE J.S., LANDIS K., UMBERSON D. — Social relationship and health. *Science*, 1988, 241, 540-545.
- INSERM — *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Inserm, 4, février 2004.
- JACOBSON E. — *Progressive relaxation*. University of Chicago Press, Chicago, 1938.
- JANET J. — *Les obsessions et la psychasthénie*. Alcan, Paris, 1903.
- JANET P. — *Les névroses*. Flammarion, Paris, 1909.
- JASPERS K. — *Psychopathologie générale*. Alcan, 1913.
- JORM A.F., CHRISTENSEN H., GRIFFITHS K.M. *et al.* — Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Medical Journal of Australia*, 2004, 7 suppl, S29-S46.
- KABAT-ZINN J., MASSIO A.O., KRISTELLER J. *et al.* — Effectiveness of meditation based stress reduction programme in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 1992, 149, 936-43.
- 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 R., THEORELL T. — *Healthy work : Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Book, New York, 1990.
- KENARDY J.A., DOW M.G.T., JOHNSTON D.W., NEWMAN M.G., THOMSON A., TAYLOR C.B. — A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder : An international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol*, 2003, 71(6) :1068-1075.
- KIERKEGAARD S. — *Le concept de l'angoisse*. Gallimard, Paris, 1990.
- KLEIN D.F. — Delineation of two drug-responsive anxiety syndrome. *Psychopharmacology*, 1964, 43, 213-221.
- KLEIN D.F., FINK M. — Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am. J. Psychiatry*, 1962, 119, 432-438.
- KLEIN M. — *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1968.
- KRISANAPRAKORNKIT T., KRISANAPRAKORNKIT W., PIYAVHATKUL N., LAOPAIBOON M. — Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 1.
- KRISHABER M. — *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Masson, Paris, 1873.

- LADOUCEUR R., DUGAS M.-J. — Le trouble d'anxiété généralisée. In : LADOUCEUR R., MARCHAND A., BOISVERT J.-M. *Les Troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*. Masson, Paris, 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, 901-909.
- 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, 371-381.
- LAZARUS R.S. — *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS R.S., FOLKMAN S. — *Stress, Appraisal and Coping*. Springer, New York, 1984.
- LAZARUS R. — *Emotion and adaptation*. Oxford University Press, New York, 1991.
- LEBIGOT F. — Stress et trauma. *Neuro Psy*, numéro spécial, 2003, 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, 224-231.
- LEDoux J.E. — Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci*, 2000, 23, 155-184.
- LEDoux J.E. — Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Curr Opin Neurobiol*, 1992, 2 (2), 191-197.
- LÉGERON P. — Stratégies comportementales et cognitives dans la gestion du stress. *L'Encéphale*, 1993, XIX, 193-202.
- LÉGERON P. — Le concept de stress. In : Conséquences pathologiques du stress et société d'aujourd'hui. *Psychiatrie*, 1997, 201 suppl., 3-6.
- LÉGERON P. — *Le stress au travail*. Odile Jacob, Paris, 2002.
- LEMPERIERE T. — Perspectives historiques. In : BOULENGER J.-P. *L'attaque de panique : un nouveau concept ?* Jean-Pierre Goureau, Château-du-Loir, 1987, 11-38.
- LEPINE J.-P., LELLOUCH J. — Étude épidémiologique des troubles dépressifs et anxieux dans une population générale. *Ann Med Psychol*, 1993, 151, 9, 618-623.
- LEPINE J.P. — The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63 (suppl.) 14, 4-8.
- LEPINE J.-P., GASQUET I., KOVESH 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 M.R., GORMAN J.M., FYER A.J. *et al.* — Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, 729-736.
- LLORCA P.M., 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), 1020-1027.
- LÔO P., LÔO H., GALINOWSKI A. — *Le stress permanent. Réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels*. 3^e éd., Masson, Paris, 2003.
- MARKS I.M. — Agoraphobic syndrome (phobic anxiety state). *Arch. Gen. Psychiatry*, 1970, 23, 538-553.

- MARKS I.M., MATHEWS M. — Brief standart self rating for phobic patients. *Behav. Res. Ther.*, 1979, 17, 263-267.
- MARTIN C. — L'enfant anxieux le reste-t-il à l'âge adulte ? *L'Encéphale* 1998, XXIV, 242-246.
- MARTIN C. — *L'enfant et l'adolescent anxieux*. Masson, Paris, 2003.
- MASLACH C., JACKSON S.E. — The mesurement of experienced burn-out. *J Occup Behav*, 1981, 2, 99-113.
- MASSION A.O., DYCK I.R., SHEA M.T. *et al.* — Personality disorders and time to remission in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59, 434-440.
- MAUREY G. — L'angoisse, l'anxiété et l'analyste. *Études Psychothérapiques*, 1998, 18, 71-84.
- MAVISSAKALIAN M.R., HAMMAN M.S., HAIDAR S.A. *et al.* — DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorders. *Compr. Psychiatry*, 1993, 34, 243-248.
- MCCRATY R., BARRIOS-CHOPLIN B., ROZMAN D., ATKINSON M., WAZTKIN A.D. — 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., SCHARTZ L. — Selective retention of corticosterone by limbic structures in rat brain. *Nature*, 1968, 220, 911-912.
- MCEWEN B.S., MAGARINOS A.M. — Stress and hippocampal plasticity : Implications for the pathophysiology of affective disorders. *Hum Psychopharmacol*, 2001, 16, S7-S19.
- MCEWEN B.S. — Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*, 1998, 338, 171-179.
- MEICHENBAUM D. — *Cognitive-Behavior Modification : An integrative Approach*. New York Plenum, 1977.
- MENDES DE LEON C.F., POWEL L.H., KAPLAN B.H. — Change in coronary-prone behaviors in the recurrent coronary prevention project. *Psychosom Med*, 1991, 53,4, 407-19.
- MILROD B., LEON A.C., BUSCH F. *et al.* — A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder. *Am J Psychiatry*, 2007, 164 : 265-272.
- MÖHLER H., RICHARDS J.G. — Benzodiazepine receptors in the central nervous system. In : *The Benzodiazepines : from molecular biology to clinical practice*. Raven Press, New York, 1983, 93-116.
- MONAT A., LAZARUS R.S. — *Stress and coping. An anthology*. Columbia University Press, New York, 1991.
- MOREL, B.-A. — Du délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch gene Med*, 7, 385-402, 530-551, 700-707, 1866.
- MOWRER O.H. — *Learning theory and behavior*. Wiley, New York, 1960.
- MURPHY L.R. — Stress management in work settings : A critical review of health effects. *Am J Health Promot*, 1996, 11, 2, 112-135.

- MYKLETUN A. *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.
- NIEDHAMMER I., SIEGRIST J. — Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : L'apport du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1998, 46, 398-410.
- NUSS P. — Quand et comment arrêter les anxiolytiques ? *La revue du praticien*, 1999, 49 (5), 36-41.
- OLATUNJI B.O., CISLER J.M., TOLIN D.F. — Quality of life in the anxiety disorders : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2007 (sous presse).
- ONG L., LINDEN W., YOUNG S. — Stress management. What is it ? *J Psychosom Research*, 2004, 56, 133-137.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ — Classification internationale des maladies (CIM-10), Masson, Paris, 2004.
- ÖST L.G. — Applied relaxation : Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther*, 1987, 25, 397-409.
- ÖST L.G., WESTLING B.E. — Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 1995, 33, 145-158.
- ÖST L.G., BREITHOLTZ E. — Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 2000, 38, 777-790.
- PAYKEL E.S. — Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine*, 1978, 8, 245-253.
- PELISSOLO A., BOYER P., LEPIE J.-P., BISSERBE J.-C. — Épidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *L'Encéphale*, 1996, 22, 187-96.
- PELISSOLO A. — Anxiété : Personnalité, style de vie ou maladie. *L'Encéphale*, 1998, XXIV, 247-251.
- PELISSOLO A. — Diagnostic et évaluation de l'anxiété généralisée. In : LEMPÉRIÈRE T. *Le trouble anxiété généralisée*. Acanthe, Masson, Paris, 2002.
- 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 : LEMPERIERE T. *Le trouble Panique*. Acanthe, Masson, Paris, 1998, 3-46.
- PINEL P. — Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine. 6^e éd., 3 vol., Brosson, Paris, 1818.
- PITRES A., RÉGIS E. — L'obsession de la rougeur (éreutophobie). *Arch. Neurol.*, 1897, 3, 1.
- PREZORSKI A., NEWMAN M.G. — Palmtop computer-assisted group therapy for social phobia. *J Clin Psychol*, 2004, 60, 179-188.
- RABKIN J.G., STRUENING E.L. — Life events, stress, and illness. *Science*, 1976, 194, 1013-1020.
- REES K., BENNETT P., WEST R. *et al.* — Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3.
- RICE K.M., BLANCHARD E.B., PURCELL M. — Biofeedback treatments of generalized anxiety disorder : Preliminary results. *Biofeedback Self-Regulation*, 1993, 18, 93-105.
- ROY S., LEGERON P. — La thérapie virtuelle dans les troubles phobiques. *J Thérapie Comp Cogn*, 2003, 13, 101-105.

- ROTTER J.B. — Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 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, 25, 358-363.
- RUSINEK S. — Aspects comportementaux, émotionnels et cognitifs. In : GRAZIANI P., HAUTECKEETE M., RUSINEK S., SERVANT D. *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Acanthe, Masson, 2001.
- SAREEN J., JACOBI F., COX B.J. *et al.* — Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorder with physical conditions. *Arch Intern Med*, 2006, 166(19), 2109-2116.
- SAUTERAUD A. — Soucis normal et pathologique : Ses liens avec le trouble anxieux généralisé. *Confrontations psychiatriques*, 1995, 36, 15-26.
- SCHULTZ J.H. — *Le training autogène*. PUF, Paris, 1958.
- SEGAL Z.-V., TEASDALE J.-D., WILLIAMS M.-G. — *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. De Boeck, Paris, Bruxelles, 2006.
- SELYE H.A. — Syndrome produced by diverse nocuous 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*. Gallimard, Paris, 1956.
- SEMAAN W., HERGUETTA T., BLOCH J. *et al.* — Études transversales de la prévalence du trouble de l'adaptation avec anxiété en médecine générale. *L'Encéphale*, 2001, XXVII, 238-244.
- SERVANT D. — Quel rôle joue l'environnement psychosocial dans l'anxiété ? *L'Encéphale*, 1998, XXIV, 235-41.
- SERVANT D., GRAZIANI P.-L., 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, 569-574.
- SERVANT D., PARQUET P.-J. — Le trouble panique : Un authentique problème de santé publique. *Presse Méd*, 2000, 29 (16), 905-10.
- SERVANT D. — *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même*. Odile Jacob, Paris, 2003.
- SERVANT D., PRADEAU P., SOBASZEK A. — Stress au travail. État des lieux et remèdes possibles. *Act. Med. Int. Psychiatrie*, 2004, 3, 46-49.
- SERVANT D., PARQUET P.-J. — Étude sur le diagnostic et la prise en charge du Trouble Panique en psychiatrie. *Étude PANDA*. *L'Encéphale*, 2000, 26 (2), 33-37.
- SERVANT D. — Information, accompagnement psychologique et nouvelles prises en charge. *La lettre du psychiatre*, 2006, 11, 1, 4-7.
- SHEAR M.K., COOPER A.M., KLERNAN G.L. *et al.* — A psychodynamic model of panic disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150, 859-866.
- SOLER J., WEATHERALL R. — Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 1.
- SORBY N.G., REAVLEY W., HUBER J.W. — *Self-help* programme for anxiety in general practice : Controlled trial of an anxiety management booklet. *Br J Gen Pract*, 1991, 41, 417-20.

- SPIELBERGER C.D. — Anxiety : State-Trait process. In : *Stress and Anxiety : Series in clinical and community psychology* (vol. 1). Hemisphere Publishing Corporation, Washington, 113-43.
- SPITZ R.A. — *The first year of life. A Psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations*. International University Press, New-York, 1965.
- STEIN, M.B., SHERBOURNE C.D., CRASKE M.G. — Quality of Care for Primary Care Patients With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, 2004, 161 : 2230-2237.
- STEPTOE A. — The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic research*, 1991, 35 (6), 633-644.
- THAYER J.F., LANE R.D. — A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *J Affect Disord*, 2000, 61 : 201-16.
- THEORELL T., KARASEK R.A. — 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., TYRER J. — 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.
- WELLS A., CARTER K. — Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 1999 ; 37 : 585-94.
- WHITE J. — « Stress control » large group therapy for generalized anxiety disorder : Two year follow-up. *Behav Cognitive Psychoter*, 1998, 26 : 237-45.
- WITTCHEN H.U., HOYER J. — Generalized anxiety disorder : Nature and course. *J Clin Psychiatry*, 2001, 62 (suppl. 11), 15-21.
- WOLPE J. — *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, Stanford, 1958 .
- YONKERS K.A., WARSHAW M.G., MASSION A.O., KELLER M.B. — Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry*, 1996, 168, 308-13.
- YOUNG J.E. — Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach. *Sarasota : Professional ressource exchange*, 1990, 1994.
- ZIGMOND A.S., SNAITH R.P. — The Hospital Anxiety and Depressive Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983, 67, 361-370.

Les ouvrages pour en savoir plus

Sur le stress

- ANDRÉ C., LÉGERON P., LELORD F. — *Le stress*. Privat, Paris, 1998.
- CUNGI C. — *Savoir gérer son stress*. Retz, Paris, 1998.
- LÉGERON P. — *Le stress au travail*. Odile Jacob, Paris, 2002.
- LÔO P., LÔO H. — *Le stress permanent*. 3^e édition, Masson, Paris, 2003.

Sur les troubles anxieux

- BOUVARD M. — *Les troubles obsessionnels compulsifs*. 2^e édition, Masson, Paris, 2006.
- MARTIN-GUEHL C. — *L'enfant anxieux. Dépistage et soins*. Masson, Paris, 2003.

Sur les psychothérapies

COTTRAUX J. — *Les thérapies cognitives et comportementales*. 4^e édition, Masson, Paris, 2004.

LADOUCEUR R. *et al.* — *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*, Masson, Paris, 1999.

Guides self-help pour le patient

EMERY J.-L. — *Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*. Odile Jacob, Paris, 2000.

SERVANT D. — *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même*. Odile Jacob, Paris, 2003.

SERVANT D. — *Relaxation et méditation*. Odile Jacob, Paris, 2007.

Annexe : informations utiles

Comment se former et se perfectionner ?

Diplôme d'Université sur le stress et l'anxiété :

- clinique et thérapeutique (1 an)
- pratiques en psychothérapie (1 an).

Renseignements et inscriptions : Département de FMC, faculté de médecine Henri-Warembourg, pôle Recherche, 59045 Lille CEDEX.
Tél. : 03 20 62 68 53 ou 03 20 62 68 65.

Sites Internet utiles

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTTC)

www.aftcc.org

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (AFFORTHECC)

www.afforthecc.org

Association troubles anxieux du Québec (ATAQ)

www.ataq.org

Index

A

Accès et offre de soins, 43
Adrénaline, 30
Affections
– cardiovasculaires, 81
– endocriniennes, 81
– neurologiques, 81
– respiratoires, 81
Affirmation de soi, 100
Agoraphobie, 6, 18, 55, 63, 67, 83, 133, 145
Alcoolisme, 79
Amygdale, 31, 34
Analyse fonctionnelle, 50
Angoisse, 1, 4, 10
– de l'enfant, 12
– de séparation, 13
– névrotique, 11
Antidépresseur, 43, 119
– ISRS, 120
– ISRSNA, 120
– tricyclique, 20, 119
Anxiété, 24, 168, 200
Anxiété généralisée, 61
– prise en charge, 125
Anxiété-état, 24
Anxiolytique, 20, 43, 112, 119
Attachement, 12
– sécurisant, 13
Attaque de panique, 21, 63, 80, 83, 133, 135
Audit de stress, 186

B

Benzodiazépine, 20, 112, 118
Biofeedback, 108, 177
Buspirone, 166

C

Cannabis, 80
CIM-10, 22
Citalopram, 120
Clomipramine, 120
Cognitions, 72
– anxieuses, 52
Commission européenne, 182
Comorbidité, 39, 81
Complexe d'Œdipe, 11
Compulsions, 75
Conditionnement
– classique, 15
– opérant, 15
Consultations spécialisées sur
l'anxiété, 45
Contrôle respiratoire, 142, 212
Coping, 159
Cortisol, 30
Coût social, 40

D

Délire émotif, 5
Dépression, 71, 77-78
Désensibilisation systématique, 97
DSM-IV-TR, 22, 69, 81, 83-89, 91
Dysmorphophobie, 73

E

Échelle HAD, 58, 199
Échelles d'évaluation, 58
Émotion, 34, 160, 162
Entraînement aux compétences
sociales, 100
Épidémiologie des troubles anxieux, 36
Éreutophobie, 6
Escitalopram, 120
État de stress aigu, 90

État de stress post-traumatique (ESPT),
57, 75, 89, 122

Étifoquine, 166

Événements stressants de la vie, 39,
154, 164

Exposition, 16, 98

– aux pensées, 132

– en imagination, 145

– *in vivo* avec le thérapeute, 149

– *in vivo* par assignation de tâche, 147

– intéroceptive, 143

– par réalité virtuelle, 99

– techniques d', 206

F

Flash-backs, 77

Fluoxétine, 120

Fluvoxamine, 120

Folie du doute, 6

G

Glucocorticoïde, 30

Groupe, 101

H

Habitude, 16

Hippocampe, 31

Hypnotique, 43, 119

Hystérie, 21

I

Information du patient, 94

Inhibiteur de la recapture de la
sérotonine (ISRS), 21

Inhibition

– anxieuse, 53

– comportementale, 27

Insomnie, 53

Intolérance à l'incertitude, 17

J

Jeu de rôle, 100

M

Maladies organiques, 81

Médicaments de l'anxiété, 112

Méditation, 106, 220

Mindfulness-Based Cognitive Therapy
(MBCT), 107

Mini international neuropsychiatric
interview (MINI), 54

Modèle neurobiologique, 19

Modeling, 100

N

Neurasthénie, 5

Neuroticisme, 26

Névrose, 23

– d'angoisse, 5, 8

– phobique, 9, 11

– traumatique, 7

O

Obsessions, 75

– idéatives, 74

– phobiques, 74

P

Panique, 19, 61

Paroxétine, 120

Pathologies organiques, 167

Personnalité, 24, 157, 210

– dépendante, 26

– évitante, 26

– obsessionnelle-compulsive, 26

Peur des espaces, 6

Phobie, 15

– d'impulsion, 75

– sociale, 56, 70, 86

– – ou trouble anxiété sociale, 122

– spécifique, 68, 85

Psychanalyse, 14

Psychasthénie, 7, 9

Psychosomatique, 167

Psychothérapies psychodynamiques
brèves, 110

Psychotraumatisme, 76

Q

- Qualité de vie, 41
- Questionnaire, 58
- des peurs, 59

R

- Recommandations, 44
- Anaes, 125
- Références médicales opposables (RMO), 115
- Refoulement, 11
- Relaxation, 105, 220
- musculaire progressive, 106, 214
- Renforcement positif, 100
- Résolution de problème, 160, 180, 208

S

- Schémas cognitifs, 16
- Schémas précoces, 29, 102
- Self-help*, 95, 174, 191, 215
- Sertraline, 117, 120
- Sevrage, 116
- Souci, 62, 129-130
- Soutien social, 160
- Stress, 153
- au travail, 181-182, 185
- conséquences négatives sur la santé, 163
- conséquences somatiques, 166
- gestion du, 170, 172-173, 188
- réponse neurophysiologique, 30
- Support social, 156
- Syndrome
- général d'adaptation, 29
- névrotique général, 24

Système

- hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien, 32
- limbique, 30
- nerveux autonome (SNA), 31
- nerveux sympathique (SNS), 31

T

- TCC, 136, 173
- assistés par ordinateur, 109
- les modules intégrés de, 109
- Technique vagale, 213
- Tempérament anxieux, 24, 201
- Thérapie cognitive, 99, 137
- du souci, 129
- et comportementale (TCC), 16, 96
- Thérapie de groupe, 191
- Thérapies psychodynamiques, 112
- Trouble anxieux généralisé (TAG), 17, 58, 61, 122, 125
- Trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA), 163
- Trouble obsessionnel compulsif (TOC), 56, 73, 87, 121
- Trouble panique, 54, 63, 67, 84, 121, 133, 135
- Troubles anxieux, 1, 40, 49, 77, 79, 81
- critères diagnostiques, 81
- psychothérapies des, 96
- Troubles de l'adaptation, 88
- Troubles fonctionnels, 167

V

- Variabilité de la fréquence cardiaque (VFC), 108
- Venlafaxine, 120
- Visualisation, 223