

Hans Orlemans & Omer Van den Bergh (1992)

**“Interoceptieve fobieën”**

In *Handboek voor gedragstherapie*<sup>1</sup>. Chapitre C.15.5 – 62 p.

Alpen aan den Rijn : Bohn, Stafleu en van Loghum

***Phobies intéroceptives et phobies de maladies***

Préface et traduction du néerlandais par Jacques Van Rillaer

Paris : P.U.F., 128 p.

L'ouvrage est épuisé et n'est plus en vente.

Les P.U.F. ont permis sa diffusion sur le site non commercial de J. Van Rillaer

Les pages indiquées ici sont celles de l'ouvrage imprimé

---

<sup>1</sup> Manuel paru sous forme de feuillets mobiles, publiés entre 1978 et 1992, totalisant environ 2500 pages.

**Préface (5)**

**INTRODUCTION (17)**

**1. LES PHOBIES INTEROCEPTIVES : DEFINITION ET TYPES (19)**

**2. THEORIE (23)**

1. Les stimuli sensoriels (24)
2. L'attention (24)
  - 2.1. *Influences situationnelles*
  - 2.2. *Différences interindividuelles*
3. Les schémas interprétatifs (26)
  - 3.1. *Influences situationnelles*
  - 3.2. *Différences interindividuelles*
  - 3.3. *Schémas sociaux*
4. La prévisibilité et la contrôlabilité (28)
  - 4.1. *Effets sur l'attention*
  - 4.2. *Effets sur les schémas interprétatifs*
  - 4.3. *Prévisibilité et contrôlabilité de l'apparition de signaux internes*
5. La genèse d'une phobie intéroceptive (34)
6. Théorie et stratégie de traitement (41)

**3. PRATIQUE (47)**

1. Le processus de la thérapie comportementale (48)
  - 1.1. *Le choix de problèmes à traiter*
  - 1.2. *La concrétisation de problèmes*
  - 1.3. *Les mesures*
  - 1.4. *Les analyses fonctionnelles*
  - 1.5. *Les objectifs et le plan du traitement*
  - 1.6. *Le choix de procédures*
  - 1.7. *La mise en œuvre*
2. Le développement de la motivation et de nouvelles convictions (55)
3. Les processus circulaires (58)
4. Trois types de cognitions (62)
5. L'hyperventilation (67)
  - 5.1. *Le « test de provocation »*
  - 5.2. *La régulation de la respiration*
  - 5.3. *Les exercices de respiration*
  - 5.4. *La procédure en cas de panique*
  - 5.5. *Remarques sur les exercices respiratoires*
  - 5.6. *Quelques autres symptômes d'hyperventilation*
6. L'aérophagie (78)
7. Angoisse, comportement d'évitement et agoraphobie (79)
8. Exercices comportementaux et suite des séances (85)
9. Le syndrome de surmenage (88)

**4. VARIANTES DE NOSOPHOBIES (97)**

**ANNEXE 1 : Brochure d'information : la peur des maladies graves (103)**

**ANNEXE 2 : Brochure d'information : l'hyperventilation (115)**

## Préface

Les personnes en bonne santé qui craignent d'être atteintes d'une maladie grave sont généralement victimes d'erreurs d'interprétation de certaines sensations corporelles. Lorsque leur peur est intense et obsédante, en dépit d'examen médicaux répétés et de paroles rassurantes de médecins, on peut parler de « phobie intéroceptive » ou de « phobie de maladie ». En l'absence de traitement psychologique approprié, ce type de phobie a tendance à devenir chronique. Dans certains cas, la phobie s'amplifie et entraîne d'autres troubles, notamment la dépression, l'agoraphobie, la pharmacodépendance, l'alcoolisme.

Un processus, qui occupe une place centrale dans nombre de phobies intéroceptives, est l'hyperventilation (une respiration excessive par rapport à celle nécessaire pour les dépenses énergétiques du moment). Ce fait est largement ignoré dans le grand public, mais également par beaucoup de « psys ». Les auteurs présentent ici des recherches cliniques et expérimentales qui montrent qu'une série de troubles psychologiques — des nosophobies, la spasmophilie, des attaques de panique, des agoraphobies, de l'anxiété généralisée, une surconsommation d'alcool et de tranquillisants — s'expliquent, en partie, par une interprétation dramatisante de phénomènes physiologiques dus à une respiration inadaptée, cette interprétation anxiogène venant ensuite renforcer l'hyperventilation, de sorte que la personne se trouve prise dans un cercle vicieux ou une spirale infernale. Un autre processus important est l'anxiété ou la phobie sociales. Beaucoup de personnes qui éprouvent des réactions corporelles génératrices d'angoisse redoutent que les autres s'aperçoivent de leur « manque de contrôle » et les jugent négativement (« faible », « bizarre », « névrosé » ou « fou »).

6

Jusque dans les années 50, les psychiatres et les psychologues cliniciens ne disposaient guère de traitements réellement efficaces pour les troubles anxieux intenses. Depuis une trentaine d'années, des progrès considérables ont été réalisés dans deux types de traitements : d'une part, des médicaments (benzodiazépines, bêtabloquants, certains antidépresseurs), d'autre part, les psychothérapies comportementales et cognitives. Dans une perspective à long terme, le second type de traitement apparaît généralement préférable au premier. Toutefois, une médication facilite parfois l'apprentissage de nouvelles conduites. Elle peut s'avérer nécessaire si la phobie s'accompagne d'une dépression sévère.

La conception présentée ici s'inscrit dans le cadre de l'approche cognitivo-comportementale. Cette approche s'est largement diffusée chez les psychiatres et les psychologues universitaires des pays anglo-saxons et germaniques. Elle est actuellement encore peu développée dans les pays latins. Quelques informations générales ne sont donc pas inutiles en préface à un ouvrage relativement technique, centré sur un problème précis (pour plus de détails, voir par exemple Cottraux, 1995 ; Van Rillaer, 1995).

Les thérapies comportementales peuvent se définir comme des psychothérapies basées sur des observations systématiques et des recherches expérimentales de la psychologie scientifique. Les phobies ont été leur premier thème de recherche et leur principale indication de traitement. Dans l'état actuel des connaissances, ces thérapies apparaissent comme le traitement par excellence des troubles anxieux. Le taux de réussite est élevé, tandis que la durée des traitements est relativement brève (Barlow, 1993 ; André & Sauteraud, 1996).

7

Les premières tentatives d'une psychothérapie fondée sur la psychologie scientifique ont été réalisées par Mary Jones, en 1924, à l'Université Columbia. Cette psychologue s'est basée sur des recherches de John Watson, montrant que des phobies peuvent résulter d'expériences de peur et

qu'elles n'impliquent pas nécessairement une explication en termes de conflits intrapsychiques inconscients. Jones a testé plusieurs méthodes pour traiter des phobies. Deux lui sont apparues particulièrement efficaces : le « déconditionnement » par habituation progressive et l'imitation de « modèles ». A titre d'exemple, rappelons comment Jones a traité Peter, un garçon de trois ans, qui avait très peur des lapins et qui redoutait, dans une moindre mesure, les rats, les souris et les grenouilles.

L'enfant a été installé sur une chaise haute. Pendant qu'il recevait ses aliments préférés ou jouait agréablement, un lapin était amené dans une cage grillagée à l'autre bout de la pièce. Durant les premières séances, Peter a présenté des signes de peur, mais il s'est habitué petit à petit au stimulus anxiogène. Après quelques jours, la cage a pu être rapprochée sans déclencher de fortes réactions. Jones a utilisé conjointement le pouvoir thérapeutique de l'imitation : elle a invité trois garçons de l'âge de Peter, qui n'avaient pas peur des lapins, à jouer devant lui avec l'animal phobogène.

Le degré de tolérance de Peter a augmenté selon une progression en dents de scie, lentement mais sûrement. Après une quarantaine de séances, la réaction de peur a disparu au profit de conduites nouvelles, tout à fait positives : l'enfant a accepté l'animal dans son parc, a joué avec lui et s'est mis à le caresser affectueusement. Aucun « symptôme de substitution » n'a été observé dans les semaines qui ont suivi. Au contraire, Jones a constaté un « effet boule de neige positif » : après que Peter eut appris à rester calme en présence d'un lapin, sa crainte des rats, des souris et des grenouilles a également disparu, sans « training » spécifique.

8

Il a fallu attendre un quart de siècle pour que se développent de façon cohérente des psychothérapies dérivées des principes formulés par Watson et Jones. Un des principaux pionniers est Joseph Wolpe, un psychiatre sud-africain. Durant les années 50, il a réalisé des expériences avec des chats : il provoquait des réactions de panique et des phobies, puis testait différents procédés pour les faire disparaître. Sur la base de ses recherches et de la théorie de l'apprentissage de l'époque, il a publié en 1954 une conception des phobies chez l'être humain. Selon lui, les phobies sont souvent des réactions conditionnées par des situations traumatisantes. Son traitement, la « désensibilisation systématique », consiste à faire apprendre un comportement qui permet de neutraliser l'anxiété (par exemple la diminution rapide du tonus musculaire) et d'aider la personne à affronter, par étapes, des situations anxiogènes.

On peut citer Jones et Wolpe comme des pionniers de l'approche comportementale en psychothérapie. Toutefois, l'étude de l'histoire de ce courant montre que, contrairement aux autres types de psychothérapie, il n'est pas l'œuvre d'un Père-fondateur. Il est né dans différents pays (Etats-Unis, Afrique du Sud, Angleterre) à une même époque.

L'expression « behavior therapy » a été employée pour la première fois en 1953, par Lindsley, Skinner et Solomon, pour désigner l'utilisation de principes de l'apprentissage opérant avec des patients psychotiques. Arnold Lazarus a employé la même expression en 1958 en parlant de la nécessité d'ajouter, aux techniques psychothérapeutiques alors en usage, des procédures dérivées de la psychologie expérimentale, en particulier la désensibilisation systématique de Wolpe. C'est Eysenck qui a été le principal promoteur du terme « behavior therapy ». En 1959, il a publié un article dans lequel il désigne, par cette expression, l'utilisation de la théorie moderne de l'apprentissage pour expliquer et traiter des troubles psychologiques. L'année suivante, il a édité le premier livre dont le titre contient cette expression : *Behaviour therapy and the neuroses*.

9

Au cours des années 60, les publications sur cette approche, recensées dans les *Psychological Abstracts*, ont pris une allure exponentielle. La première recension paraît en 1961. Le nombre s'élève à 14 en 1965, à 132 en 1969, à 613 en 1972. Cette année-là, le nombre dépasse pour la

première fois celui des recensions de publications psychanalytiques (N = 583) (Hoon & Lindsley, 1974). Les pratiques et les conceptualisations se sont alors considérablement diversifiées.

Dans les années 60, s'est développé un courant de « thérapie cognitive ». Il est l'œuvre de praticiens de la psychanalyse, préoccupés de scientificité et d'efficacité. Les pionniers sont le psychologue new-yorkais Albert Ellis et le psychiatre Aaron Beck (université de Pennsylvanie). Ils ont développé les thèses suivantes : les troubles « névrotiques » résultent de modes de pensée dysfonctionnels (croyances infantiles, généralisations abusives, idéalizations, etc.) ; tout être humain peut prendre conscience de ses modes de pensée « névrotisants » et peut apprendre à les modifier ; dans la plupart des thérapies, il importe davantage de mettre en évidence des structures de perception et de pensée (« mémoire sémantique ») que de procéder à la remémoration détaillée d'une foule d'événements du passé (« mémoire épisodique »). Les « cognitivistes » ont élaboré des stratégies permettant de déconstruire activement des croyances et des schèmes cognitifs néfastes, et de les remplacer par d'autres, choisis de façon réfléchie.

La différence majeure entre les thérapeutes typiquement « comportementalistes » et « cognitivistes » réside dans l'importance relative accordée aux aspects et aux déterminants du comportement. Les premiers insistent particulièrement sur l'apprentissage par le patient d'une

10

meilleure analyse des contingences environnementales des conduites, sur l'expérimentation concrète de nouvelles actions et sur la modification active d'éléments du cadre de vie. Une procédure typique est l'« exposition », utilisée dans le traitement de divers troubles anxieux : après avoir acquis des stratégies de régulation de l'activation émotionnelle, le patient est invité à des confrontations graduées avec des situations phobogènes, il « s'expose » progressivement à ce qu'il redoute. Les cognitivistes, eux, procèdent avant tout à une analyse méticuleuse des modes de pensée et à des exercices de restructuration cognitive. Cependant, chez les praticiens de la thérapie comportementale, à commencer par Wolpe, les comportements « cognitifs » (visualisations mentales, auto-verbalisations, etc.) ont toujours été un objet d'investigation et un moyen de thérapie. Chez les thérapeutes « cognitifs », depuis Ellis et Beck, l'action et les « expérimentations comportementales » ont été reconnues nécessaires pour infirmer certaines croyances dysfonctionnelles et opérer des changements cognitifs solides (voir par exemple Blackburn & Cottraux, 1988 ; Mirabel-Sarron & Rivière, 1993 ; Salkovskis, 1991). Ellis (1993) a même fini par appeler son approche la « thérapie comportementale rationnelle émotive ».

L'usage de l'expression « cognitivo-comportemental » traduit la volonté d'intégrer les résultats des approches comportementales et cognitives. Utilisée depuis le début des années 70, elle a l'avantage d'indiquer la distance prise par rapport au behaviorisme primitif. Elle a l'inconvénient de laisser le non-spécialiste croire à une absence d'intérêt pour la dimension affective. Elle a été adoptée notamment en France, un pays où l'usage de la raison est traditionnellement valorisé (le fondement des connaissances solides est, selon Descartes, le « je pense » ; pour les empiristes anglais, c'est l'expérience sensible). Dans d'autres régions, les Pays-Bas par exemple, l'expression « thérapie comportementale » est utilisée sans plus. Le mot « comportement » est alors entendu au sens large et désigne toute activité signifiante qui présente trois dimensions : cognitive (perception, interprétation, etc.), affective (sensation de plaisir, de souffrance, d'indifférence) et motrice (expression corporelle, action). Pour rendre

11

compte de la pratique effective des comportementalistes d'aujourd'hui, l'expression « thérapie bio-cognitivo-affectivo-praxique » serait plus adéquate, mais elle est trop longue. L'expression « psychologie scientifique appliquée » pourrait satisfaire le spécialiste, mais le mot « science » est souvent mal compris dans le public : tantôt il fait croire naïvement que l'expert possède la « vérité »,

tantôt il suscite des résistances chez ceux qui croient, à tort, que démarche scientifique et respect de la personne sont incompatibles.

La thérapie cognitivo-comportementale est une forme de psychologie expérimentale appliquée. Elle évolue parallèlement aux progrès des recherches fondamentales de la psychologie scientifique. Réciproquement, elle contribue elle-même, par ses observations et ses questions, à susciter des recherches et de nouvelles théorisations. Les impératifs qui demeurent, à travers les métamorphoses des théories et des pratiques, tiennent en deux mots : scientificité et humanisme.

Le praticien est évidemment confronté à une réalité très complexe. Il ne peut travailler à l'instar du chercheur, qui examine des variables rigoureusement définies et contrôlées. Il fait inévitablement des extrapolations et des interprétations qui laissent une large place à la subjectivité. Toutefois, il peut s'appuyer sur un corpus d'expériences rigoureuses, une base qui évolue et qui devient de plus en plus solide à mesure que les années passent. D'autre part, au cours de ses thérapies, le praticien cognitivo-comportemental adopte une attitude de chercheur scientifique : il considère ses interprétations comme des hypothèses, plutôt que comme des vérités, il propose au patient d'effectuer des observations systématiques pour confirmer ou réfuter ses hypothèses, il change d'hypothèses quand les faits les contredisent clairement. Par ailleurs, il vérifie de façon méthodique les effets de ses interventions. Il se remet en question quand ces effets sont médiocres. Il cherche inlassablement à améliorer ses procédures. Enfin, sachant que ses

12

propres comportements sont fonction de multiples variables et que certaines sont difficilement accessibles, il s'efforce de les observer de façon objective et de les modifier si c'est souhaitable. Il analyse par exemple les renforcements réciproques qui opèrent de façon subtile dans toute psychothérapie (Rosenfarb, 1992).

Les comportementalistes savent que des approches intuitives, littéraires ou philosophiques font parfois mieux « comprendre » des êtres de chair et de sang. Toutefois, ils estiment que les faits et les relations mis en évidence au terme de recherches expérimentales fournissent *in fine* des modèles mieux vérifiés et plus efficaces. Leurs modèles sont comme des cartes géographiques : celles-ci ne sont ni le paysage réel, ni sa représentation esthétique ; elles sont des formalisations qui présentent les voies à emprunter pour atteindre des objectifs.

Deux autres caractéristiques de l'approche cognitivo-comportementale sont la conception de la thérapie comme un travail réalisé en commun et le souci de transparence. Le thérapeute agit en quelque sorte comme un pédagogue respectueux de l'apprenant, soucieux de le faire accéder rapidement à davantage d'autonomie. Pas question d'imposer ses vues, de manipuler, de séduire, de jouer au sorcier ou au sphinx. Le thérapeute évite l'établissement d'une relation caractérisée par l'affection ou l'amour. Il vise à instaurer une ambiance de travail, sereine et sympathique. Le patient est invité à dire tout ce qu'il souhaite, mais son intérêt est de ne pas s'enliser dans un bavardage répétitif sur le passé ou sur des incidents mineurs. S'il veut se libérer réellement d'habitudes « névrotiques » ou d'assuétudes, il doit accomplir un travail soutenu et méthodique.

Le thérapeute explicite en toute clarté ses objectifs, ses méthodes, ses contrats, ses critères d'évaluation, ses résultats. Le texte d'Orlemans et Van den Bergh illustre bien ces particularités. L'utilisation de brochures destinées au patient (cf. les annexes 1 et 2) procède de ce principe.

13

La psychologie, tout comme d'autres sciences, donne du pouvoir. La majorité des praticiens de l'approche cognitivo-comportementale ont été très préoccupés de la responsabilité qu'entraînent le savoir et le pouvoir. Ils ont largement développé la réflexion sur l'éthique des interventions psychologiques, le contrôle des individus par d'autres, les moyens de « contre-contrôler » des pouvoirs visibles et des conditionnements cachés, l'importance de changer les environnements

physiques et sociaux. Dans la plupart des grands traités de thérapie ou de modification comportementales, se trouve un chapitre qui aborde ces questions de façon détaillée.

Au départ, dans les années 60, les comportementalistes se sont appliqués à résoudre des problèmes clairement circonscrits, tels que des phobies ou des assuétudes. Dès la décennie suivante, leur objectif est devenu de faciliter l'apprentissage par le patient de stratégies utilisables dans une large variété de situations. Ils ont cherché à favoriser le développement de la gestion de soi (*cf.* Van Rillaer, 1992).

Le présent ouvrage est la traduction d'un chapitre, remanié, du principal manuel de thérapie comportementale en langue néerlandaise, *Handboek voor gedragstherapie*. Ce manuel a paru sous forme de feuillets mobiles entre 1978 et 1992 chez Bohn, Stafleu et Van Loghum (Alpen aan den Rijn, Pays-Bas). Il totalise environ 2500 pages, regroupées en quatre volumes, qui portent sur l'essentiel des thèmes actuels de la thérapie comportementale.

Le texte qui suit est le fruit de la collaboration de deux comportementalistes de premier plan. L'un est avant tout un praticien, bien informé de l'évolution des théories psychologiques ; l'autre est surtout un chercheur, mais qui assure aussi une consultation clinique.

14

Hans Orlemans est docteur en psychologie de l'Université de Leuven (Belgique). Il est un des principaux pionniers de la thérapie comportementale aux Pays-Bas. Il a largement contribué au développement de cette discipline et à sa remarquable vitalité dans ce pays. Il a publié en 1971 une « Introduction à la thérapie comportementale » qui, en 1995, était à sa cinquième édition (remaniée). Il a été le rédacteur en chef du manuel de thérapie comportementale susmentionné. Il n'a jamais cessé d'être un praticien. De 1972 à 1988, il a été directeur de la clinique « Overwaal », la première clinique de thérapie comportementale aux Pays-Bas (située à Lent, près de Nimègue). Dans cette clinique, la thérapie comportementale est pratiquée de façon intensive, principalement avec des personnes qui souffrent de graves troubles obsessionnels-compulsifs ou d'états de stress post-traumatique.

Omer Van den Bergh est docteur en psychologie de l'Université de Leuven. Il est actuellement professeur de psychologie de la santé dans cette université. Il a perfectionné sa formation de chercheur au Centre de recherche en psychophysiologie dirigé par Peter Lang, à l'Université de Floride. Il a mené de nombreux travaux expérimentaux sur l'apprentissage, les relations entre les cognitions et les émotions, ainsi que sur la psychophysiologie de la respiration. Il a publié une partie de ses recherches dans les revues *Behaviour Research and Therapy*, *Health Psychology*, *Psychosomatic Medicine*.

Le traducteur, Jacques Van Rillaer, est docteur en psychologie. Après une formation et une pratique de psychanalyste freudien, il s'est formé aux thérapies comportementales et cognitives. Il est actuellement professeur de psychologie à l'Université de Louvain-la-Neuve (Belgique) et aux Facultés universitaires Saint-Louis (Bruxelles).

15

L'Association de thérapie comportementale des Pays-Bas a été créée en 1966, la même année que se fondait aux Etats-Unis l'*Association for Advancement of Behavior Therapy*. Sa direction a été localisée pendant une dizaine d'années à l'Université d'Amsterdam, puis elle s'est établie à Utrecht, dans ses propres locaux. Aujourd'hui cette Association compte environ 2000 membres, tous psychiatres, psychologues ou pédagogues universitaires. Ces praticiens sont actifs dans les domaines les plus variés, depuis les services de pédiatrie jusqu'aux cliniques gériatriques, en passant par la consultation conjugale ou le développement des habiletés sociales chez les plus démunis.

Dans la partie néerlandophone de la Belgique, une Association de thérapie comportementale a été créée en 1973. Elle compte aujourd'hui environ 400 membres. Elle travaille en étroite collaboration avec l'Association néerlandaise. Elle a des relations avec l'Association belge francophone, l'« Association pour l'Étude, la Modification et la Thérapie du Comportement » (A.E.M.T.C.). Rappelons que l'Association française a été créée en 1971 et que son premier président a été le professeur Pierre Pichot. Elle s'est d'abord appelée « Association Française de Thérapie Comportementale », puis « Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive ».

Le présent ouvrage est destiné principalement aux thérapeutes cognitivo-comportementaux, mais il peut être lu avec profit par des soignants d'autres orientations, en particulier les médecins généralistes. Afin de le rendre compréhensible pour le non-spécialiste, le traducteur a précisé en note la signification de quelques termes techniques.

Le texte se limite à la conceptualisation du problème des phobies intéroceptives et aux procédures concrètes de leur traitement. Plusieurs centaines d'études bien contrôlées ont été réalisées sur l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale pour le traitement des troubles anxieux. Un nombre important d'entre elles a été publié dans des revues de thérapie comportementale (*Behaviour Research and Therapy, Behavior Therapy, Behavioural Psychotherapy, Cognitive Therapy and Research, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, etc.), mais aussi dans les revues les plus prestigieuses de psychiatrie et de psychologie scientifiques (*American Journal of Psychiatry, Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of Abnormal Psychology, Journal of Consulting and Clinical Psychology, L'Encéphale, Psychological Bulletin*, etc.).

## Publications citées

- André C. & Sauteraud A. (1996) Les thérapies comportementales et cognitives des troubles anxieux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 6: 109-115.
- Barlow D. (1993) *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford, 534 p.
- Blackburn I. & Cottraux J. (1988) *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris: Masson, 202 p.
- Cottraux J. (1995) *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Masson, 313 p.
- Ellis A. (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational-emotive-behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16: 257-258.
- Hoon P.W. & Lindsley O.R. (1974) A comparison of behavior and traditional therapy publication activity. *American Psychologist*, 29: 694-697.
- Mirabel-Sarron C. & Rivière B. (1993) *Précis de thérapie cognitive*. Paris: Dunod, 168 p.
- Rosenfarb (1992) A behavior analytic interpretation of the therapeutic relationship. *The Psychological Record*, 42: 341-54.
- Salkovskis P.M. (1991) The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19: 6-19.
- Van Rillaer J. (1992) *La gestion de soi*. Liège: Mardaga, 368 p.
- Van Rillaer J. (1995) *Les thérapies comportementales*. Bernet-Danilo (collection Essentialis), 64 p.
- Wolpe J. (1954) L'inhibition réciproque, principale base des effets en psychothérapie. Texte remanié réédité in H. Eysenck (1960) *Behaviour therapy and the neuroses*. London: Pergamon. Trad.: *Conditionnement et névroses*. Paris: Gauthier-Villars, 1962, p. 67-97.

Jacques Van Rillaer

Notre étude porte sur l'angoisse que provoquent des sensations physiques, interprétées erronément comme des symptômes d'états corporels anormaux ou de maladies graves. Presque tout le monde connaît cette angoisse, du moins sous sa forme bénigne et passagère. Lorsque ce type d'angoisse s'intensifie, se prolonge et perturbe de plus en plus, il entre dans le cadre des phobies. Un continuum de réactions anxieuses, qui va d'une inquiétude relativement normale jusqu'à des troubles graves, apparaît dans une large proportion de la population qui consulte le médecin généraliste. Un certain nombre de ces personnes, qui ne sont pas ou pas assez aidées par leur médecin, aboutissent chez un psychothérapeute. Elles constituent un groupe relativement important de la pratique psychothérapeutique.

L'exposé comporte deux volets : une partie théorique et une partie pratique ; une analyse basée sur la théorie de l'apprentissage et la présentation d'un traitement cognitivo-comportemental. La première partie examine principalement des processus cognitifs qui jouent un rôle dans la prise de conscience des sensations corporelles, leur interprétation et leur élaboration ; la seconde, traite de la motivation au changement, des explications à fournir au patient et de la technique de l'« exposition »<sup>2</sup>.

## 1. Les phobies intéroceptives :

### définition et types

Le thème des phobies intéroceptives, envisagé du point de vue de la pratique, a déjà été présenté dans une publication antérieure (Orlemans & Ten Doesschate, 1976). Depuis lors il est devenu courant d'utiliser l'expression *phobie de la maladie* (ou *nosophobie*), parfois davantage spécifiée comme *cardiophobie*, *cancérophobie* et ainsi de suite. Cette dénomination ne couvre cependant pas l'ensemble du champ de ces phobies. Des peurs non fondées, telles que celle de s'évanouir ou de devenir fou, ne se rattachent pas à une maladie, mais proviennent également d'interprétations fautives de sensations corporelles.

Marks (1970) distingue les phobies « externes » et « internes » : les phobies déclenchées par des stimuli externes, situés en dehors de l'organisme, et les phobies déclenchées par des stimuli intéroceptifs ou intérieurs à l'organisme. Des exemples de phobie externe sont les formes graves de la peur d'être contaminé par des substances, telles que l'essence ou la térébenthine, perçues abusivement comme dangereuses pour la vie ; un exemple de phobie interne ou *intéroceptive* est la nosophobie, la peur irréaliste provoquée par certaines sensations corporelles.

Dans les pages qui suivent — comme dans nos consultations — nous utilisons régulièrement le terme « phobie de la maladie », quoique nous préférons l'expression « phobies intéroceptives ».

---

<sup>2</sup> L'*exposition* (en anglais « exposure » ou « flooding ») est une technique classique de modification et de thérapie comportementales. Elle consiste en confrontations actives et relativement longues (souvent plus d'une heure) avec des stimuli anxiogènes, de manière à provoquer une diminution ou une « extinction » des réactions de peur déclenchées par ces stimuli (N.d.T.).

Il est important de distinguer des types de phobies intéroceptives qui requièrent des formes spécifiques de traitement, à savoir les phobies qui s'accompagnent ou non d'un sentiment *aigu* de menace immédiate et les phobies qui présentent ou non un aspect *obsessionnel*.

La représentation personnelle qu'une personne se fait de la maladie détermine dans une large mesure sa manière d'y réagir (Meyer, Leventhal & Gutman, 1985). Cette « théorie de la maladie » peut varier en fonction de multiples aspects : la nature de la maladie (cancer, altération cardiaque, congestion cérébrale...) ; les symptômes (couleur des selles, douleur irradiante, vertiges...) ; la cause (hérédité, tabagisme...) ; le déroulement (aigu : « chaque moment peut être fatal » ou évolutif : « tôt ou tard mon état va se dégrader ») et le traitement (médicaments, chirurgie, absence de remède).

Du point de vue phénoménologique, on observe une grande différence selon que les patients éprouvent la peur d'une maladie *aiguë* ou d'une maladie *chronique*. La peur d'un infarctus provoque facilement des dramatisations qui entraînent des crises de panique et des comportements d'évitement extrêmes. L'angoisse provoquée par des maladies plus insidieuses — par exemple la cancérophobie — peut être très intense, mais elle est nettement moins perturbante que l'angoisse provoquée par des réactions aiguës. Bien souvent la cancérophobie présente également des traits d'un délire isolé, une angoisse obsédante quasi impossible à influencer. Dans le même contexte, on peut citer la *dysmorphophobie*, la peur inadéquate, non d'un trouble aigu du fonctionnement corporel, mais d'une déviance — la plupart du temps ténue ou à peine perceptible — quant à la forme extérieure du corps.

Il y a d'autre part, comme nous l'avons déjà signalé, des phobies qui présentent un caractère aigu et qui ne sont pas relatives à une maladie, par exemple la peur de s'évanouir ou d'étouffer. Certaines, comme la peur de s'évanouir, ne se rapportent pas à une menace pour la vie. Notons enfin *la peur non fondée de devenir fou*. Elle est très souvent en rapport avec des états de dépersonnalisation qui, eux, peuvent résulter de l'hyperventilation.

21

Nous allons nous centrer sur les phobies de maladies aiguës, appréhendées comme une menace pour la vie, et sur les phobies d'états corporels pénibles tels que l'évanouissement. Nous envisagerons brièvement d'autres types de phobies intéroceptives dans le chapitre 4.

Les phobies intéroceptives peuvent être mises en rapport avec différentes catégories de la nosologie psychiatrique.

Ce qu'on appelle le *trouble somatomorphe* présente diverses caractéristiques qui se trouvent également dans les phobies intéroceptives (vertiges, nausées, problèmes de déglutition, perturbation de la vision, etc.). L'aspect phobique y apparaît moins à l'avant-plan, tandis que la conviction d'être atteint d'une maladie (non « objectivable ») est davantage marqué. Il s'agit plutôt d'une *obsession de la maladie* que d'une phobie de la maladie.

La catégorie de l'*hypocondrie* est plus proche de celle de la phobie intéroceptive (cf. Warwick & Salkovskis, 1990). Dans les deux cas, il s'agit d'une préoccupation caractérisée du fonctionnement corporel, qui provient de la peur d'être atteint d'une maladie grave.

Nous n'utiliserons pas ici ces classifications psychiatriques parce que, s'inscrivant dans une perspective purement descriptive, elles distinguent des syndromes qui, selon une approche explicative, peuvent s'avérer être de même nature. Dans l'optique du traitement comportemental, une approche explicative, centrée sur des processus, apparaît plus féconde. Ce choix n'implique pas la négation de l'utilité des classifications psychiatriques. Des descriptions athéoriques sont en

effet souhaitables, par exemple pour recueillir des données statistiques afin de mener des enquêtes destinées à des compagnies d'assurances ou pour délimiter *a priori* des populations à étudier.

23

## 2. Théorie

Les processus d'apprentissage classiques (pavloviens) et opérants se rapportent respectivement à la prévisibilité et à la contrôlabilité d'événements, qui se produisent dans l'environnement interne et externe de l'individu (Mineka & Henderson, 1985). Lorsqu'un individu éprouve dans son organisme des phénomènes inattendus, inconnus ou troublants, il cherche des moyens de prédiction et de contrôle. Ses possibilités de « recherche » varient depuis une perception ayant un sens immédiat (par exemple « je fais un infarctus ») — à l'instar de la perception d'une chaise, qui se produit directement et sans processus cognitifs verbalisables —, jusqu'à des investigations réfléchies, qui font usage d'encyclopédies médicales et de consultations chez des médecins spécialistes. Cette recherche est liée à sa théorie de la maladie, une théorie qui peut fournir des réponses à des questions telles que « qu'est-ce que j'ai ? », « quels autres symptômes devrai-je avoir ? », « comment se fait-il que j'éprouve ces sensations ? », « comment cela va-t-il évoluer ? », « que puis-je faire ? ». Pennebaker (1982) a bien montré, en se situant dans une perspective cognitive, que différents processus psychologiques modulent la signification des symptômes. Nous évoquons ici brièvement quelques-uns de ces processus.

24

### 1. Les stimuli sensoriels

Il est évident que des caractéristiques des stimuli sensoriels déterminent dans une large mesure les processus perceptifs. Cioffi (1991) utilise le terme de *surdétermination* pour désigner la présence de multiples sources d'information concernant un symptôme. La personne qui a mal au genou après être tombée dispose de suffisamment d'indices contextuels pour attribuer cette douleur à une chute et pour la percevoir comme une sensation locale, pénible, consécutive à une lésion interne ou externe. Il en va autrement dans le cas de symptômes qui sont (a) relativement nouveaux, (b) ambigus ou diffus et (c) liés irrégulièrement ou confusément à des variables contextuelles. Ce type de symptômes *sous-déterminés* laisse en effet davantage de place à l'influence de l'attention et de schémas interprétatifs (cf. infra). Le déroulement temporel joue également un rôle. De brusques symptômes dans la région du cœur suscitent d'autres significations que des symptômes d'étourdissement qui se présentent de manière vague et continue. Par ailleurs, certains stimuli intéroceptifs, tels qu'une douleur cardiaque ou une sensation d'étouffement, induisent de façon inconditionnelle des interprétations chargées d'angoisse (Ley, 1989).

25

## 2. L'attention

### 2.1. Influences situationnelles

Selon les modèles basés sur la métaphore du « réservoir », il y a une quantité déterminée d'attention à répartir. Lorsque l'attention est faiblement sollicitée par des stimulations externes, elle peut se centrer massivement sur des signaux internes. Une observation clinique allant dans le

sens de cette conception est le fait que les personnes qui souffrent de nosophobies perçoivent davantage de stimuli intéroceptifs tout juste avant de s'endormir, c'est-à-dire à un moment où la stimulation externe est minimale. Cette conception rend également compte du fait que les personnes célibataires, vivant seules, sans travail ou employées à des travaux monotones et ennuyeux, émettent davantage de plaintes que les personnes qui ne présentent pas ces caractéristiques (Pennebaker, 1982).

## **2.2. Différences interindividuelles**

Les individus diffèrent quant au degré d'attention qu'ils accordent aux signaux et états internes. Divers concepts théoriques font référence, de façon explicite ou implicite, à cette dimension. Par exemple : *self-consciousness* (Buss, 1980), *self-awareness* (Duval & Wicklund, 1972) et *self-focused attention* (Carver & Scheier, 1981).

La distinction faite par Miller (1987) entre *moniteurs* (« monitors ») et *esquiveurs* (« blunters ») concerne l'attention que chacun porte à des stimuli en relation avec l'anxiété. Les « moniteurs » sont des individus très préoccupés par les signaux de danger potentiel, tandis que les « esquiveurs » se détournent de ce type de stimuli.

Le concept d'« affectivité négative » de Watson et Pennebaker (1989) est en rapport avec cette question : les personnes qui obtiennent des scores élevés à cette dimension obtiennent également des scores élevés à des échelles qui évaluent les plaintes concernant la santé et la maladie. Des recherches montrent que ce fait peut s'expliquer par une plus grande attention aux sensations corporelles. Il ne faut toutefois pas en déduire que les personnes en question

26

perçoivent de façon plus précise les signaux internes ; elles ont plutôt tendance à surestimer des réactions physiologiques telles que les battements du cœur (Pennebaker, 1982). D'autre part, cette attention constante tend à produire une augmentation de l'activation physiologique (« arousal ») et une diminution du seuil de perception de certains processus physiologiques tels que l'hyperventilation, ce qui provoque toute une série de sensations corporelles.

## **3. Les schémas interprétatifs**

Toute perception est signifiante, de sorte qu'on ne peut pas distinguer, au niveau phénoménologique, les stimuli et leur signification. Il est néanmoins intéressant, du point de vue théorique, de distinguer des processus qui concernent d'une part l'orientation de l'attention et, d'autre part, son objet ou sa signification. On peut également faire ici une distinction entre les déterminants situationnels et les influences de caractéristiques personnelles.

### **3.1. Influences situationnelles**

Des événements ou des récits qui se rapportent à des stimuli peuvent avoir un effet d'amorçage (« priming-effect ») sur l'appréhension de la signification de ces stimuli. Rappelons que l'amorçage — qui a été largement étudié par des spécialistes de la psychologie de la perception et de la mémoire — est le processus par lequel une structure de significations (en réseau) est activée dans la mémoire et facilite, dès lors, la perception et l'évocation d'informations du même ordre (cf. pour des applications cliniques : Bower, 1986). On a tendance à percevoir plus facilement des pulsations cardiaques comme le prodrome d'un infarctus si un proche ou un ami en

27

est décédé récemment. Le récit d'une jeune femme victime d'une tumeur cérébrale peut faire qu'une femme de même âge « sélectionne » dans une série de vagues symptômes d'hyperventilation, non pas les paresthésies dans les doigts, mais avant tout les vertiges, et qu'elle appréhende ceux-ci comme le signe d'une tumeur cérébrale. Le lecteur peut trouver chez Pennebaker (1982) différents exemples de manipulations expérimentales de schémas d'interprétation et de leurs effets sur la perception de symptômes.

### **3.2. Différences interindividuelles**

La tendance à traduire des sensations en termes relatifs à des maladies varie d'un individu à l'autre. C'est encore Pennebaker (1982) qui a esquissé le portrait de la personne portée à présenter beaucoup de symptômes. La personne type est de sexe féminin, elle a vécu dans une famille conflictuelle, elle est anxieuse, elle a une faible estime d'elle-même et se plaint dans l'introspection. D'autres traits ont été notés, mais nous ne disposons pas encore d'une explication satisfaisante du développement de ce type de personne. La notion d'*affectivité négative* s'avère ici pertinente. Les personnes auxquelles elle s'applique présentent une forte vigilance, accompagnée d'anxiété et de doutes. De ce fait, elles interprètent plus facilement leurs sensations dans un sens négatif ou inquiétant (Costa & McCrae, 1985). Les particularités individuelles dans l'interprétation de symptômes corporels, comme signes d'un danger menaçant, ont également été bien étudiées dans le cadre du trouble panique (cf. Ehlers & Margraf, 1989 ; pour une revue de la littérature, McNally, 1994).

28

### **3.3. Schémas sociaux**

La perception des signaux corporels est également influencée par des schémas véhiculés dans la société d'appartenance. Ceci a été clairement démontré pour la perception de modifications internes pendant les émotions (Rimé, Philippot & Cisamolo, 1990 ; Philippot, 1992), au cours de maladies et durant la période des règles (Ruble, 1972).

Des femmes auxquelles on a fait croire, grâce à de soi-disant résultats d'un test physiologique, qu'elles étaient sur le point d'avoir leurs règles ont signalé davantage de symptômes prémenstruels que des femmes auxquelles on a fait croire qu'elles avaient encore plusieurs jours de répit. Il apparaît également que le compte rendu des sensations provoquées par les règles quelques jours après qu'elles ont eu lieu diffère systématiquement des sensations effectives et se trouve déformé en fonction de ce que la femme pense être les sensations typiques (McFarland, Ross & De Courville, 1989). Il importe enfin de noter l'influence du « lay referral network » (Freidson, 1960) : le réseau social auquel appartient un individu influence son identification des maladies, son interprétation des symptômes, sa formulation d'un pronostic, etc. Par exemple : « Jean a aussi ressenti une douleur diffuse du côté gauche et quelques jours plus tard il faisait un infarctus. Tu ferais bien de consulter un médecin. »

## **4. La prévisibilité et la contrôlabilité**

La prévisibilité et la contrôlabilité sont des notions qui, dans des situations concrètes, ne se distinguent pas toujours aisément. Elles peuvent se référer à différents aspects d'un même

événement. Le fait d'identifier des signaux internes comme une maladie fournit la possibilité de faire des prédictions, puisqu'une maladie renvoie à un ensemble cohérent de symptômes avec une étiologie déterminée, un pronostic et un traitement. La possibilité d'une thérapie peut fournir

29

conjointement un sentiment de contrôle. Des observations cliniques montrent par exemple que l'angoisse des personnes souffrant de nosophobie se trouve souvent (temporairement) réduite quand les symptômes redoutés s'expliquent, à un moment donné, par une grippe ou une autre maladie. Ces symptômes deviennent alors prévisibles et contrôlables.

L'angoisse peut être ressentie lorsque certaines sensations internes ne peuvent être « expliquées » en termes de symptômes de maladies définies. Il faut préciser qu'une telle explication n'a d'effet que si la personne la fournit elle-même ou tout au moins la fait sienne. Lorsqu'un médecin utilise l'étiquette « surmenage » pour expliquer un ensemble de plaintes somatiques, le patient peut ne pas se sentir soulagé si, dans sa théorie personnelle de la maladie, le surmenage n'est pas lié aux symptômes physiques qu'il ressent. Dans ce cas, l'angoisse va se maintenir si le médecin (ou le psychothérapeute) ne réussit pas à faire accepter sa théorie par le patient, s'il consacre trop peu de temps à ses explications, si sa relation avec le patient laisse à désirer, s'il est incapable de bien montrer la relation entre les symptômes physiques et le surmenage ou encore si la thérapie est inefficace. L'absence de prévisibilité et de contrôlabilité constitue le terrain propice au développement d'une angoisse pathologique. En effet, dans un tel cas, la personne va essayer de pouvoir prédire des événements et les contrôler à l'aide d'une attention sélective et de schémas interprétatifs. Examinons quelques exemples de ce processus.

#### ***4.1. Effets sur l'attention***

Une façon courante de chercher à avoir davantage de contrôle sur le fonctionnement corporel consiste à augmenter l'attention qu'on lui porte. Un peu à l'image d'un agent de police, la personne observe et juge toute sensation corporelle qui apparaît. Si les symptômes non expliqués se prolongent, cette façon de faire risque de devenir une tendance habituelle.

30

Une tendance habituelle de ce type peut être considérée comme un automatisme dans l'orientation de l'attention, une hypervigilance plus ou moins chronique pour tout ce qui est en rapport avec des soucis particuliers.

Une série de tests cognitifs ont montré la présence d'un biais attentionnel dans différents troubles anxieux et de l'humeur (Williams, Watts, MacLeod, & Matthews, sous presse ; Williams, Matthews, & MacLeod, 1996). Un des tests utilisés est la tâche de Stroop. Les sujets reçoivent une liste de mots (par exemple à connotation neutre ou émotionnelle) et sont invités à énoncer le plus rapidement possible la couleur dans laquelle chaque mot est imprimé. On constate que les mots qui ont une signification émotionnelle sont énoncés plus lentement que les mots neutres. Des personnes, dont on avait établi indépendamment de ce test qu'elles étaient préoccupées par leur santé, ont prononcé plus lentement, que des personnes d'un groupe contrôle, les mots évoquant une menace physique (Mathews & MacLeod, 1985 ; Mogg, Mathews and Weinman, 1989).

#### ***4.2. Effets sur les schémas interprétatifs***

Il est vraisemblable que l'orientation anxieuse de l'attention n'est pas simplement le sous-produit d'un trouble, mais qu'elle joue un rôle important dans son maintien ou dans son aggravation.

La polarisation anxieuse sur des sensations corporelles peut réactiver des schémas interprétatifs à tonalité négative qui, à leur tour, dirigent l'attention vers l'apparition possible d'autres signaux corporels. Ces schémas orientent également l'attention vers des messages externes connexes, tels que des récits, des informations provenant des médias et des publications médicales. Le

31

mécanisme du biais de confirmation (la recherche de données qui confirment et la négligence de celles qui infirment) enclenche alors un processus de rétroaction positive. La personne instaure ainsi un cercle vicieux.

Plusieurs auteurs ont développé la thèse qu'un cercle vicieux de ce type joue un rôle déterminant dans divers troubles caractérisés par une préoccupation pour le fonctionnement corporel. Par exemple Clark (1986) a élaboré un modèle circulaire pour le trouble panique (*cf.* figure 1), un modèle qui a exercé une influence considérable sur la recherche et sur la pratique de la thérapie cognitivo-comportementale. Un modèle analogue a été développé pour l'hypocondrie, par Warwick et Salkovskis (1990), et pour la somatisation, par Sharpe et Bass (1992). Dans tous ces schémas, des agents stressants et des caractéristiques personnelles constituent le point de départ de sensations corporelles. Celles-ci donnent lieu à une série de processus cognitifs, tels que des anticipations et des interprétations dramatisantes. A leur tour, ces processus cognitifs sont la source de tensions qui provoquent de nouvelles sensations corporelles.

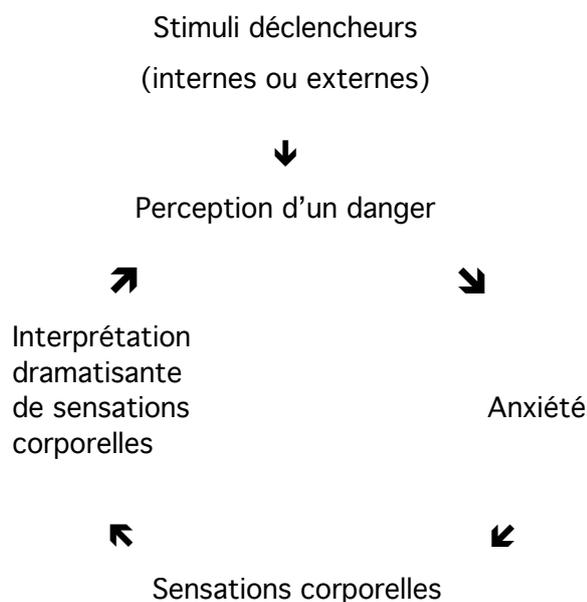


Fig. 1. *Modèle de Clark (1986)*

32

Il y a des divergences de conception sur la nature de ces processus et surtout sur la manière de les modifier. Selon certains, ces processus se déroulent très rapidement, mais ils peuvent néanmoins être appréhendés par introspection et modifiés par des contre-évidences logiques. Selon d'autres chercheurs et cliniciens, ces automatismes sont qualitativement différents de la pensée consciente et ne peuvent se modifier par l'argumentation et le recours à des évidences.

Les thérapeutes typiquement cognitivistes et comportementalistes ont des conceptions différentes sur ce point (*cf. infra*).

### **4.3. Prévisibilité et contrôlabilité de l'apparition de signaux internes**

La personne qui a trouvé une explication à ses sensations internes essaie de prévoir, à l'aide de repères spatiaux et temporels, où et quand des symptômes vont se produire. A cet effet, différents types de prédicteurs sont utilisés, selon le genre de symptômes, leur déroulement temporel et les circonstances dans lesquelles la personne les a éprouvés la première fois. Lorsque nous envisagerons plus loin différentes formes de phobies intéroceptives, nous indiquerons chaque fois des éléments qui rendent probable l'utilisation de certains indices (« cues »). Nous nous en tenons ici à l'énumération de différentes catégories.

#### **4.3.1. Prévisibilité**

Certaines personnes essaient de faire usage de *prédicteurs externes* de leurs symptômes. Ainsi des endroits déterminés, tels que les supermarchés, les salles de cinéma ou les rues très fréquentées peuvent devenir des prédicteurs. Il importe de noter que le recours à ce type de prédicteurs déclenche des processus — par exemple l'hyperventilation — qui viennent confirmer

33

les prédictions. Il n'est pas toujours facile de dire si des endroits de ce genre ont le statut de stimuli conditionnés (« les supermarchés me rendent nauséeux ») ou de « facilitateurs » (Holland, 1992) (« si je me sens mal dans le supermarché et que je m'évanouis, tout le monde va me voir »).

D'autres personnes recherchent des prédicteurs du dysfonctionnement corporel précisément dans des signaux corporels. Elles cherchent des *prédicteurs internes*, des prodromes de symptômes angoissants. Elles contrôlent la tension artérielle, vérifient régulièrement le rythme cardiaque, prennent leur température ou tâtent diverses parties du corps à la recherche d'éventuelles grosseurs. Cette disposition anxieuse leur fait découvrir plus facilement, parfois à tort, des anomalies dans le corps. Il est même possible que cette disposition provoque des anomalies. Pareille façon de procéder confirme ou renforce la conviction d'être déjà atteint d'une maladie grave ou d'en percevoir les premiers signes.

On peut se demander ce qui arrive quand on ne parvient pas à trouver des prédicteurs fiables dans le milieu interne ou dans le milieu externe. Des symptômes physiques peuvent alors se produire à tout moment et certains apparaissent incontrôlables. Théoriquement une telle situation conduit à un état d'anxiété généralisée.

#### **4.3.2. Contrôlabilité**

Lorsqu'on parvient à prédire des signaux internes grâce à certains indices, on essaie d'exercer un contrôle sur ces indices.

Les personnes qui utilisent des *prédicteurs externes* vont évidemment éviter les endroits où se produisent les symptômes. Lorsqu'elles se trouvent dans de tels lieux, leur angoisse diminue grâce à la présence d'un accompagnateur et l'anticipation de l'aide sur laquelle elles croient pouvoir

compter. Les accompagnateurs constituent des signaux de sécurité (« safety-signals »). Un médicament ou un sac en plastique<sup>3</sup> peuvent avoir la même fonction.

34

Les personnes qui recourent à des *prédicteurs internes* peuvent éviter des activités qui provoquent des réactions corporelles, par exemple les efforts physiques ou les mouvements giratoires. D'autres moyens de contrôle sont l'utilisation de sédatifs qui diminuent les signaux internes, la consultation chez le médecin, la lecture d'ouvrages médicaux ou bien l'évitement de toute information médicale qui puisse favoriser ou susciter la perception de signaux physiques. Ici aussi se produit facilement un conditionnement aux signaux de sécurité : on reste immobile, on fait faire des bilans de santé, etc.

## 5. La genèse d'une phobie intéroceptive

Les phobies intéroceptives sont toujours en rapport avec des sensations corporelles éprouvées ou anticipées, qui sont interprétées de façon erronée. Ces sensations peuvent être produites par des mécanismes physiologiques ou être l'objet d'une attention particulière de par des processus psychologiques. Dans le second cas, il s'agit de sensations réelles sur lesquelles, pour l'une ou l'autre raison, l'attention se polarise ; elles sont perçues comme nouvelles et requièrent dès lors une nouvelle interprétation. Les phobies intéroceptives peuvent ainsi se développer selon diverses modalités, que l'on ne peut pas toujours distinguer avec précision.

35

Le mécanisme *physiologique* prépondérant est sans doute l'*hyperventilation*. Les processus physiologiques et les symptômes qu'ils génèrent ont déjà été bien décrits ailleurs (Lum, 1976 ; Gardner, 1996 ; Grossman & Wientjes, 1989). Rappelons seulement qu'une respiration excessive par rapport aux dépenses musculaires provoque une alcalose et une série de sensations inhabituelles, en particulier :

- l'impression, tout à fait paradoxale, de manquer d'air ou d'étouffer
- une sensation de tête vide, d'étourdissement, de vertige ou de nausée
- une accélération du rythme cardiaque et des extrasystoles
- une augmentation de la transpiration et parfois une sensation de froid aux extrémités des membres
- des paresthésies dans les mains et parfois dans les pieds : picotements, raideurs, douleurs, crampes ; dans les cas extrêmes : de la tétanie et des convulsions<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Les personnes qui souffrent d'hyperventilation et de crises de panique peuvent diminuer leur orage physiologique en respirant, durant la crise, dans un petit sac placé sur le nez et la bouche. Ce procédé permet de réinspirer une partie du gaz carbonique expulsé et dès lors, après quelques minutes, de régulariser le taux de ce gaz dans les poumons et le sang. D'autres procédures, plus pratiques et moins gênantes du point de vue social, sont également efficaces. Cf. p. 74-76. et Van Rillaer (1992). (N.d.T.).

<sup>4</sup> L'importance de l'hyperventilation dans la genèse ou l'aggravation de différents troubles psychologiques — en particulier les troubles anxieux (Clark, 1986 ; Ley, 1989 ; Salkovskis & Clark, 1990) — est une information qui a été relativement bien diffusée chez les médecins et les psychologues du monde anglo-

Le rôle prépondérant de l'hyperventilation dans plusieurs troubles, en particulier le trouble panique, a été récemment remis en question par des chercheurs qui ont réalisé des mesures ambulatoires transcutanées de la pression partielle du gaz carbonique (P CO<sub>2</sub>). Ces chercheurs ont

36

montré que des patients peuvent présenter des symptômes semblables à ceux provoqués par l'hyperventilation sans qu'on puisse mettre en évidence au même moment une diminution significative de P CO<sub>2</sub>. Par ailleurs, chez certaines personnes se produit une diminution de P CO<sub>2</sub> sans qu'elles se plaignent des symptômes en question (Hibbert & Pillsbury, 1989 ; Garssen, Buikhuisen & Van Dijck, 1996 ; Hornsveld *et al.*, 1996).

Il est fort probable que des processus d'apprentissage accompagnent l'hyperventilation, de sorte que ses symptômes puissent se trouver dissociés d'elle. Une série de symptômes ne sont pas provoqués seulement par une diminution de la pression partielle du gaz carbonique, mais peuvent l'être également par des réflexes nerveux (vasoconstriction des vaisseaux sanguins cérébraux, accélération cardiaque, impression de suffoquer, etc.). Lorsque de tels réflexes sont conditionnés selon le mode pavlovien, des idées et des images peuvent acquérir la fonction de stimuli conditionnés qui déclenchent, comme réaction conditionnée, un symptôme corporel. Eclairons ce processus par un exemple. Lorsqu'on a fait plusieurs fois l'expérience de mordre dans un citron, on acquiert une représentation précise qui peut déclencher une réaction salivaire semblable à celle que provoque un citron réel. Un mécanisme du même type peut se mettre en place lorsque, suite à une hyperventilation, des symptômes tels que des vertiges sont apparus plusieurs fois, par exemple dans un supermarché. Il résulte de l'association de ces stimuli avec un endroit déterminé qu'une personne peut, en se rendant dans un supermarché, avoir des anticipations de symptômes et des représentations qui les provoquent effectivement, comme dans le cas de la réaction salivaire. De cette façon, après un certain temps, le processus de l'hyperventilation n'est plus nécessaire pour encore produire des symptômes. Par ailleurs, la relation entre l'hyperventilation et les symptômes peut s'inverser : la personne ressent d'abord des

37

symptômes qui, ensuite, enclenchent l'hyperventilation. Les processus d'apprentissage peuvent également exercer une influence via des mécanismes d'attention et de mémoire, ou via le conditionnement de sensations d'angoisse (Wolpe & Rowan, 1988).

L'hypothèse que le conditionnement pavlovien peut jouer un rôle dans la dissociation entre la physiologie et les symptômes a été confirmée récemment par une série de recherches de Van den Berg *et al.* (Van den Bergh, Stegen & Van de Woestijne, 1995 ; 1997).

L'inhalation d'air enrichi de 7,4 % de dioxyde de carbone provoque des symptômes très semblables à ceux d'une hyperventilation, quand bien même ces deux processus sont, du point de vue physiologique, en quelque sorte opposés<sup>5</sup>. Quelques inhalations de 7,4 % de CO<sub>2</sub> et d'une odeur « inoffensive » suffisent pour que, par la suite, cette odeur déclenche, à elle seule, des réactions analogues à celles que provoque le CO<sub>2</sub>. De plus, suite à un conditionnement de ce type,

---

saxon (l'article de David Clark « A cognitive approach to panic » (1986) occupe la deuxième place parmi les articles de psychologie les plus cités entre 1985 et 1990), mais très peu dans le monde latin.

Dans les pays de langue française, le terme « spasmophilie » est couramment utilisé pour désigner une hyperexcitabilité neuromusculaire et la tendance à éprouver des spasmes ; les symptômes sont souvent attribués à une insuffisance de calcium ou de magnésium. En fait, les symptômes désignés par le terme spasmophilie sont fréquemment provoqués par l'hyperventilation.

Pour plus de détails, voir *infra*, p. 67-78 et l'annexe 2 (brochure d'information sur l'hyperventilation), ou encore Cottraux (1992), Van Rillaer (1992) (N.d.T.).

<sup>5</sup> L'inhalation de CO<sub>2</sub> est régulièrement utilisée en laboratoire pour provoquer des réactions de panique. Voir par exemple Woods *et al.*, 1988.

la fréquence de la respiration en présence de l'odeur augmente, sans toutefois aboutir à une hyperventilation caractérisée. Le fait d'être informé de la relation entre l'odeur et la modification physiologique de la respiration ne suffit pas à expliquer le conditionnement de sensations. En effet, le conditionnement des sensations et de la respiration n'a été observé que dans le cas d'odeur jugées aversives et non dans le cas d'odeurs jugées agréables, alors que les sujets connaissaient, dans les deux cas, la relation en question. Il s'agit peut-être ici de processus fondamentaux de l'apprentissage affectif, qui sont relativement indépendants des cognitions conscientes. Des recherches ultérieures ont montré qu'au moment où les sujets étaient interrogés, les sensations conditionnées étaient basées sur l'activation (automatique) d'informations mnémoniques relatives à des expériences d'acquisition et non sur des réponses physiologiques conditionnées.

38

L'intérêt de ces résultats se trouve renforcé par le fait que des contenus mentaux peuvent également devenir des stimuli conditionnés. Lorsqu'on demande à des sujets de s'imaginer qu'ils sont enfermés dans un ascenseur ou dans un sauna et qu'on leur fait respirer à ce moment-là une quantité de CO<sub>2</sub> provoquant des troubles, ils peuvent par la suite ressentir des troubles comparables du seul fait de se représenter ces scènes. Ici encore, l'effet se produit pour des images « négatives » et non pour des images neutres (par exemple s'imaginer chez soi, en train de lire tranquillement un livre), et indépendamment de la connaissance que peuvent avoir les sujets concernant le processus de conditionnement (Stegen, Van den Bergh, & Van de Woestijne, 1996 ; Stegen *et al.*, sous presse).

Ces recherches permettent de comprendre que les symptômes d'hyperventilation peuvent correspondre largement à ceux du trouble panique et de l'agoraphobie, même quand l'hyperventilation n'est pas objectivement observable. Les implications de cette conception sont fort importantes. Ainsi, on peut dire que la régulation de la respiration ne fera pas automatiquement disparaître les symptômes, mais qu'elle peut au contraire les provoquer si cet exercice s'accompagne d'une augmentation de l'attention anxieuse au corps propre.

L'*aérophagie* (déglutition d'air) est un deuxième mécanisme qui peut générer une phobie intéroceptive. On n'a pas encore bien compris comment ce mécanisme s'enclenche. Parfois il résulte de l'hyperventilation, un processus qui entraîne la sécheresse de la bouche et de la gorge, et dès lors beaucoup de déglutitions. Le fait d'avaler en ayant la bouche et la gorge sèches peut fatiguer les muscles de la déglutition, ce qui provoque une sensation de nœud dans la gorge, que l'on a tendance à éliminer par des déglutitions. Ce problème peut acquérir une autonomie fonctionnelle, de sorte qu'il finit par apparaître indépendant de l'hyperventilation, qui avait d'abord suscité les déglutitions.

39

Suite à l'aérophagie, de l'air est introduit dans l'estomac et y reste bloqué. Il en résulte un gonflement progressif de l'estomac, qui peut faire pression sur le diaphragme. Ceci peut provoquer une sensation quelque peu douloureuse et modifier la position du cœur, entraînant une arythmie cardiaque. On comprend aisément les effets que peuvent alors produire des étiquetages erronés et particulièrement anxigènes.

La nosophobie peut également commencer par des *symptômes physiques de nature fonctionnelle*, provoqués le plus souvent par le surmenage. Ces symptômes résultent de problèmes émotionnels qui existent souvent depuis des années et qu'on peut qualifier de « stress ». Parfois les effets se limitent à un ou à quelques symptômes, par exemple une douleur à la poitrine. Dans d'autres cas, toute une série de symptômes de surmenage sont apparus. On peut alors parler de « syndrome de surmenage ». Ce syndrome — parfois appelé « syndrome d'hyperesthésie émotionnelle » — se trouve le plus souvent décrit dans la littérature relative au stress. Une

interprétation erronée de symptômes fonctionnels de ce genre peut engendrer une nosophobie, qui devient par la suite une nouvelle source de surmenage.

Un facteur *psychologique* de nosophobie, bien connu, sont des *informations sémantiques* telles que, par exemple, une émission télévisée sur l'infarctus du myocarde, l'annonce du décès d'un jeune membre de la famille ou un cours de médecine pour étudiants (le dernier exemple est souvent appelé la « maladie de l'étudiant en médecine »). Dans ce cas, se produit une

40

augmentation de l'attention à des sensations corporelles, peut-être depuis toujours présentes, mais qui, suite à une diminution du seuil de perception, deviennent davantage conscientes. Il est évident que de telles informations peuvent ranimer des schémas interprétatifs par lesquels des sensations corporelles peuvent être décodées comme les symptômes d'une maladie grave. De l'*angoisse* ou des *tensions* peuvent alors se produire qui, à leur tour, génèrent aussi des sensations corporelles.

La nosophobie peut également débuter par de l'*angoisse* qui, au départ, n'a aucun rapport avec une maladie grave. Un exemple. Un homme d'affaires de 45 ans, grand fumeur, faisant peu d'exercice physique, échappe de peu à un accident de voiture par collision frontale. L'intense réaction d'angoisse entraîne une légère hyperventilation qu'il ne remarque pas, mais qui provoque une demi-heure plus tard une série de symptômes parmi lesquels une sensation de vertige, une augmentation de la transpiration et une sensation d'oppression dans la poitrine. Cet homme pense brusquement qu'il fait partie du groupe d'individus menacés de faire un infarctus. Il s'arrête au bord de la route. Des témoins l'assistent et appellent une ambulance. Il est ausculté par un cardiologue et est fortement soulagé d'apprendre qu'il ne souffre d'aucune anomalie cardiaque. Le médecin lui explique qu'un infarctus aurait provoqué des douleurs bien plus spécifiques, qui auraient diffusé vers le bras gauche. Trois jours plus tard, il se réveille en pleine nuit, transpirant et angoissé ; il sent une douleur au niveau du sternum. En s'observant soigneusement, il constate une légère « diffusion de la douleur vers le bras gauche ». Il se met à paniquer. Le médecin appelé au milieu de la nuit parvient à le rassurer, lui déclare que ce dont il souffre n'est en aucun cas une maladie cardiaque. Toutefois, à partir de ce moment, le « silence du corps » est rompu. Le sujet se préoccupe de son corps ; de vagues idées sur les erreurs médicales lui reviennent ; il songe au style de vie malsain qu'il mène ; il est pris dans un cercle vicieux et se met à hyperventiler

41

légèrement. Il multiplie les visites chez le médecin généraliste, qui lui prescrit du valium. Il s'abstient de toute activité physique intense. Il évite de conduire la voiture s'il n'est pas accompagné. Il réclame un nouvel examen du cœur, puis un second diagnostic chez un autre spécialiste. Il se met en colère lorsqu'on lui parle de consulter un psychologue.

On constate une fois de plus que dans la pratique clinique les facteurs physiologiques et psychologiques sont inextricablement mêlés. Du fait d'avoir frôlé l'accident, le sujet a éprouvé des réactions d'*angoisse* ; il s'est mis à *hyperventiler*, il s'est souvenu d'*informations* concernant des groupes à risques ; il a interprété les symptômes de l'hyperventilation comme une crise cardiaque et, à partir de ce moment, il a centré son *attention* sur toute sensation se produisant dans la poitrine. Toute une série de processus physiologiques et psychologiques sont ici en interaction. Un exemple plus simple est celui d'une femme qui avait soigné son mari au cours de la phase terminale d'un cancer de l'estomac. Lorsqu'elle éprouva des douleurs gastriques, elle développa une cancérophobie opiniâtre. En fait, tous ses symptômes apparurent comme une conséquence de l'aérophagie.

## 6. Théorie et stratégie de traitement

On peut distinguer trois aspects importants dans les phobies intéroceptives : des sensations corporelles produites ou mises au centre de l'attention, des interprétations de ces sensations,

l'angoisse qui en résulte. Nous avons déjà examiné les deux premiers aspects. Nous envisageons ici le troisième, en même temps que nous évoquons le principe essentiel de la thérapie.

42

Les expériences angoissantes sont codées dans la mémoire. Selon les théories sur les représentations en jeu dans les émotions, cette structure d'informations mnémoniques comporte des codes de différents niveaux (*cf.* Van den Bergh & Eelen, 1984). Ainsi Lang (1985), dans sa théorie bio-informationnelle, distingue trois types de codes : des codes perceptifs (« une douleur irradiante dans la poitrine, du côté gauche »), codes pour la signification de certains stimuli (par exemple « un infarctus est mortel ») et des codes pour les réactions. Ces derniers peuvent concerner aussi bien des réactions végétatives (respiration, réaction du cœur, etc.), que des réactions motrices (impulsions à fuir) ou verbales (crier pour recevoir de l'aide). Sans entrer dans le détail de cette théorie, nous voulons signaler trois de ses énoncés essentiels.

1° Les codes sont liés associativement les uns aux autres avec une intensité déterminée. Plus de tels liens associatifs sont forts — le nombre d'expériences ayant sans doute ici un rôle important —, plus facilement l'entièreté de la structure s'active à partir de la stimulation de quelques éléments. Dans le cas d'une nosophobie caractérisée, l'angoisse peut se déclencher immédiatement suite à la lecture d'un article de journal, une douleur spasmodique dans le tronc (due à un maintien défectueux) ou un épuisement passager qui provoque davantage de signaux internes que d'habitude. Il est plausible que la force associative augmente à chaque expérience angoissante.

2° D'après Lang, les codes de *réactions* sont plus fondamentaux que les deux autres. Une émotion est d'abord une *tendance à l'action*, concomitante avec une activité neurovégétative et une activité motrice qui s'organisent en vue d'une conduite, par exemple la fuite ou l'évitement. L'essence du traitement consiste dès lors à modifier, dans la structure des représentations, ce code fondamental de réactions.

43

3° Les processus d'activation sont considérés comme *automatiques* et non comme des processus cognitifs réalisés de façon contrôlée. Autrement dit, ces processus cognitifs sont peut-être davantage d'ordre « associatif » que logique. Ils se produisent très rapidement, ils sont difficilement accessibles par introspection, sont relativement contraignants (parfois irrationnels) et ne peuvent être modifiés de façon intentionnelle. Les idées et verbalisations conscientes ne reflètent que *partiellement* cette structure sous-jacente. Toutes les informations de la structure cognitive ne peuvent pas être traduites de façon consciente et verbale. Il peut en résulter une discordance entre la pensée consciente et la structure cognitive sous-jacente. Lorsqu'une personne est invitée à penser en opposition avec sa structure cognitive sous-jacente, elle peut essayer d'adhérer à cette nouvelle pensée sans que la structure cognitive change pour autant. Dans ce cas, la personne éprouve une contradiction entre ce qu'elle veut logiquement croire et ce qu'elle ressent. Elle est alors tentée de dire : « Je le sais bien, mais je le sens autrement. »

Cette théorie comporte des implications directes pour le traitement. Le problème n'est pas de modifier les verbalisations conscientes, mais bien la structure cognitive sous-jacente. Pour autant que les codes de *réactions* constituent une partie essentielle de cette structure, apprendre à *agir* autrement apporte généralement des modifications plus fondamentales qu'apprendre à parler autrement. Le changement de cognitions conscientes ne se réalise vraiment que lorsqu'on modifie la structure cognitive sous-jacente que ces cognitions reflètent.

Il importe de s'interroger ici sur la fonction des explications que l'on donne au patient et sur la portée du changement de cognitions conscientes. Ces questions sont au centre de la tension qui existe entre les thérapeutes radicalement « cognitivistes » et « comportementalistes ». Les premiers insistent sur la modification du biais de l'attention et des interprétations dramatisantes de signaux corporels. Ils mettent en œuvre des techniques « cognitives » tels que le détournement

de l'attention portée au corps ou l'apprentissage de la focalisation de l'attention sur des stimuli externes (Boureau, 1986), la formulation d'interprétations mieux adaptées aux symptômes et la mise à l'épreuve (par l'action) des convictions dramatisantes. Les comportementalistes fournissent également des informations sur les processus en jeu, mais ils font un usage plus intensif de techniques d'« exposition » et de méthodes qui contrent l'évitement. Nous ne développons pas ces différences de points de vue<sup>6</sup>. Nous signalons seulement que, selon notre expérience, les pratiques concrètes se ressemblent et qu'elles permettent peut-être les mêmes changements de processus. Nous pensons que toute modification est fondamentalement une modification cognitive — un changement dans les structures de représentations évoquées plus haut —, mais que, de façon générale, une modification de modes d'action est une voie plus efficace pour modifier ces structures, que l'usage des mots et la « prise de conscience de cognitions inadaptées ». En effet, changer des émotions, c'est changer des tendances à agir.

Dès lors, quel est l'intérêt d'expliquer au patient les processus en jeu dans ses difficultés ? Des explications adéquates peuvent apporter le sentiment de pouvoir prédire et contrôler, de sorte que diminuent l'angoisse et donc les sensations somatiques. Certes ceci ne suffit pas, en général, pour dissiper toute l'angoisse (« on ne peut jamais dire qu'un jour ou l'autre un drame ne va pas se produire »). Ensuite, des explications claires et acceptables constituent une sorte d'incitation (« prompting ») aux comportements souhaitables pour la thérapie. D'autre part, ces explications peuvent contribuer à réduire (en partie) les comportements de contrôle et d'évitement. En effet,

45

les diverses activités cognitives du patient, telles que l'hypervigilance et l'interprétation anxieuse de la signification des symptômes, sont en quelque sorte des tentatives de parvenir à prévoir et contrôler les symptômes. Dans la mesure où les explications permettent d'abandonner ces activités, on favorise une forme d'« exposition » au risque ressenti. La mise à l'épreuve par l'action des interprétations dramatisantes constitue également une forme d'« exposition ». L'abandon des réactions défensives à l'égard des symptômes fait place à une autre attitude, grâce à laquelle les modes fondamentaux de réaction se modifient dans la structure associative. Les explications « alternatives » des sensations corporelles favorisent l'apprentissage de comportements d'affrontement adéquats. Ceci conduit à ce que l'on peut appeler, en langage technique, une « procédure de réévaluation » : la modification de la représentation interne du complexe stimulus-réponse.

Fournir des explications au patient permet d'atteindre des objectifs thérapeutiques pour autant que la structure associative des souvenirs, relatifs aux signaux intéroceptifs, ne soit pas déjà solidement affirmée. C'est généralement le cas si la personne n'a pas subi beaucoup d'expériences angoissantes. La nouvelle structure cognitive fournie permet alors de réorganiser les éléments d'information disponibles. De ce fait, le patient se sent tranquilisé, quoique généralement avec une certaine réserve ; il voudra tester, de l'une ou l'autre façon, les explications proposées. D'habitude on ne « croit » vraiment une explication que quand des informations vécues correspondent aux explications verbales. C'est là un fait d'observation courant. Les explications n'ont donc pas seulement pour fonction d'offrir une nouvelle structure cognitive, mais encore de motiver le patient à en tester des implications comportementales. Si la mise à l'épreuve confirme les explications, une nouvelle structure cognitive se constitue, une structure qui comporte des codes de *réactions comportementales* grâce auxquelles le patient acquiert une façon nouvelle et plus adéquate de contrôler ses symptômes.

46

---

<sup>6</sup> Pour plus de détails, voir par exemple M. Agathon & J. Van Rillaer (1996) L'approche comportementale. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 6: 137-141 (N.d.T.).

On peut s'attendre à ce que les explications n'apportent qu'un faible soulagement si la structure informationnelle se caractérise par des liens étroits entre les éléments. Ceci est en général le cas quand des expériences angoissantes avec des signaux intéroceptifs se sont déjà souvent produites. Dans ces conditions, la personne est éventuellement disposée à croire le thérapeute — tout ce que dit ce dernier lui paraît logique —, mais elle « sait » ou « sent », à un niveau plus « profond », que les choses se passent autrement. En dépit des explications, ses tendances à réagir par la fuite ou l'évitement continuent à être activées de façon automatique et compulsive ; elle répète jusqu'à nouvel ordre des comportements d'évitement tels que la recherche de réassurance et la demande de nouveaux examens médicaux. La modification de cognitions devra ici se faire essentiellement via des expériences correctives, grâce à l'« exposition » et des exercices comportementaux dirigés activement par le thérapeute. Nous verrons plus loin comment y parvenir concrètement.

47

### 3. Pratique

Il n'est pas facile de présenter de façon fidèle le déroulement d'une thérapie comportementale de nosophobies. Un thérapeute expérimenté passe en revue toute une série de registres, en particulier au cours de la première séance. Il se montre actif et directif : il concrétise, explique, dirige ; il organise un test de provocation <sup>7</sup> et d'autres exercices, il stimule les habiletés personnelles par des tâches à effectuer en dehors des consultations.

Dans les descriptions qui suivent, ce sont les cas graves de nosophobies accompagnées d'attaques de panique qui constituent la principale référence. Nous commençons par des considérations générales, articulées en fonction du déroulement d'une thérapie comportementale. Ensuite nous envisageons différents éléments du traitement, des éléments qui, dans la pratique clinique, doivent être continuellement intégrés. Notre exposé mentionne une série de règles destinées à faire évoluer la situation le plus rapidement possible. Chaque succès, aussi minime soit-il, constitue par excellence le moyen d'inspirer confiance au patient et d'établir avec lui une bonne relation de travail. Lorsque le thérapeute peut être associé à une meilleure gestion du problème et à une diminution de l'angoisse, il devient une source importante de sécurité et le support d'une relation de travail féconde.

48

#### 1. Le processus de la thérapie comportementale

##### *1.1. Le choix de problèmes à traiter*

Les personnes souffrant d'une nosophobie intense sont la plupart du temps obnubilées par des angoisses qui se transforment régulièrement en attaques de panique. Dans ce cas, il n'est pas opportun de commencer la thérapie par une longue anamnèse et un inventaire méthodique de tous les problèmes. En général le patient ne souhaite à ce moment-là qu'une seule chose : recevoir de l'aide pour se débarrasser d'angoisses continues.

Dans des cas de ce genre, le choix du premier problème à traiter peut s'effectuer très rapidement. Des modules d'apprentissage et les procédures de traitement qui y correspondent sont opérationnels. Parfois le thérapeute peut s'engager, déjà après quelques minutes d'entretien, dans la phase d'application du processus de la thérapie comportementale. En effet, si l'on aborde

---

<sup>7</sup> Le « test de provocation » est en l'occurrence un exercice d'hyperventilation destiné à faire prendre conscience de la production d'une série de symptômes suite à une respiration excessive par rapport aux besoins de l'organisme. Cf. p. 67-70 (N.d.T.).

adéquatement les crises de panique, elles diminuent de façon spectaculaire et l'angoisse devient relativement supportable, de sorte que le patient se trouve en mesure d'envisager d'autres problèmes. Le thérapeute travaille dès lors à deux niveaux : en ce qui concerne le traitement de la nosophobie, il se trouve dans la phase de traitement ; parallèlement, il entame les nouvelles investigations qui caractérisent le premier stade du processus d'une thérapie. Dans les séances suivantes, le temps passé à traiter la nosophobie va diminuer, tandis que les informations recueillies par l'exploration diagnostique vont devenir déterminantes pour poursuivre la thérapie et la clôturer, ou pour aborder d'autres problèmes.

49

Une question importante, dans cette phase, est l'*acceptation* du choix du problème à traiter par le patient. Les personnes qui ont peur du sang, d'une injection, de petits animaux, de réceptions ou de réunions demandent un traitement de leur angoisse. Par contre, celles qui souffrent de la phobie d'une maladie cherchent une aide médicale pour des symptômes *physiques*, qui leur apparaissent comme la source évidente de leur angoisse ; elles se défendent de souffrir d'une « phobie ». Leur théorie de la maladie est de nature purement médicale. La plupart du temps ces patients ont déjà vainement tenté, depuis des mois, de trouver une solution en consultant des médecins. Ils ont plus ou moins perdu l'espoir d'une solution et, en général, ils ne sont guère motivés à entreprendre une psychothérapie. Quand ils consultent, ils déclarent d'emblée que leurs symptômes sont vrais, qu'ils ne sont pas fous et qu'ils ne sont en rien des simulateurs, quoi qu'on puisse en penser. Pourquoi continuent-ils à consulter ? Parce qu'ils sont envoyés, parce que le médecin généraliste les envoie.

### ***1.2. La concrétisation de problèmes***

Quel que soit le rythme auquel le thérapeute passe à la phase de traitement, il doit formuler la problématique choisie dans des termes auxquels le patient puisse souscrire. De quoi le patient a-t-il peur ? Que ressent-il dans son corps ? Que dit le médecin ? Le thérapeute va poser de nombreuses questions à visée diagnostique, relatives aux éléments de la théorie de la maladie, que le patient a élaborée. Il essaiera sans tarder de voir si l'hyperventilation entre en ligne de compte. Le patient est-il sujet à des vertiges, a-t-il les mains moites et l'impression de manquer d'air ? Le thérapeute peut citer ici des exemples d'une liste de symptômes de l'hyperventilation. S'il soupçonne que l'hyperventilation joue un rôle important, il peut commencer par expliquer ce dont il est question et réaliser un test de provocation (*cf.* p. 67-70).

50

Nous avons déjà précisé que nous nous centrons ici sur des phobies intéroceptives de type aigu. C'est pourquoi, dans les descriptions qui suivent, nous prendrons comme exemple un patient dont les plaintes principales sont une douleur dans la poitrine et la peur de l'infarctus. On peut transposer sans difficulté cette illustration à d'autres, par exemple le cas d'une personne qui a continuellement peur d'étouffer à cause d'une espèce de nœud dans la gorge ou qui interprète ses vertiges comme le signe d'une maladie cérébrale. Le thérapeute doit évidemment identifier les symptômes avec le plus de précision possible.

La peur de s'évanouir requiert une attention particulière. Il ne s'agit pas là d'une nosophobie, mais de la peur d'un état aigu. Du point de vue de l'analyse fonctionnelle, ce type de problème est souvent bien différent d'une nosophobie, en particulier parce que l'anxiété sociale y joue en général un rôle important (*cf.* p. 97).

### 1.3. Les mesures

La plupart des personnes qui souffrent d'une nosophobie éprouvent de l'angoisse de façon chronique. Elles ressassent continuellement des anticipations de dangers ou de catastrophes. Il est dès lors contre-indiqué de demander au patient de noter la fréquence, les circonstances et les intensités de ses angoisses en vue d'établir une « ligne de base »<sup>8</sup>. Une seconde raison de ne pas proposer ce type d'observation est qu'il renforce l'attention à des sensations corporelles, une attitude néfaste que le patient doit précisément modifier. La « ligne de base » standard de ce

51

type de patient a l'allure d'une angoisse continue avec des ondulations. L'angoisse s'intensifie quand apparaissent les symptômes physiques et elle peut déboucher sur des crises de panique. La panique est la forme extrême de l'angoisse, c'est l'angoisse de mourir sur place ou de devenir fou. Lorsque les circonstances le justifient, une procédure d'évaluation plus précise peut être envisagée, mais seulement lorsque les attaques de panique ont fortement diminué ou ont disparu, et que le niveau général de l'angoisse a baissé. Nous insistons sur l'expression « lorsque les circonstances le justifient », car il n'est pas question de vouloir mesurer par principe.

### 1.4. Les analyses fonctionnelles

Un comportementaliste expérimenté réalise, de façon continue et presque automatique, des analyses fonctionnelles. Il communique au patient des versions simplifiées de la théorie. La présentation de telles versions, comme nous en verrons des exemples plus loin, comporte le risque, en particulier chez le thérapeute débutant, d'affadir la théorie. Cette pratique peut se retourner contre le thérapeute quand le traitement stagne. La connaissance de la théorie est de première importance pour dépister les facteurs de stagnation.

Nous avons déjà mentionné les trois éléments d'une nosophobie : à la faveur de divers processus, l'attention se porte sur des sensations corporelles, lesquelles sont ensuite interprétées erronément, ce qui génère en fin de compte une angoisse intense. Dans les textes « classiques » de thérapie comportementale, on insiste sur le processus de l'attribution causale et sur les réactions d'anxiété comprises selon le « modèle des deux facteurs » de Mowrer. Ces dernières années, la théorie du conditionnement classique a connu de nouveaux développements, les processus du traitement de l'information venant jouer un rôle essentiel. Nous avons évoqué des recherches

52

concernant ce type de processus dans le chapitre 2. Nous avons envisagé les émotions et l'angoisse pages 41 et 46. Des résultats solides de la tradition de Mowrer seront présentés dans la description du comportement d'évitement (p. 79-85) ; des acquis du groupe de Lang apparaîtront dans notre insistance continue sur la modification de la *tendance à l'action*. L'accomplissement d'expériences comportementales peut jouer en l'occurrence un rôle déterminant.

---

<sup>8</sup> La *ligne de base* (« baseline ») est l'évaluation quantitative des réactions-problèmes avant toute intervention destinée à les modifier. Divers paramètres peuvent être utilisés : fréquence, temps de latence, durée, degré d'inconfort ou de tension, etc. (N.d.T.).

### **1.5. Les objectifs et le plan de traitement**

Le premier objectif a déjà été défini implicitement page 48 : il importe que les crises de panique disparaissent rapidement, si possible dans les deux semaines, et que le niveau de l'angoisse diminue, si possible au même rythme, de sorte que l'horizon du patient s'élargisse et que le patient puisse envisager d'autres problèmes. Ensuite, lorsque les étapes du processus thérapeutique doivent à nouveau être parcourues, de nouveaux objectifs peuvent être formulés.

Les autres objectifs visent l'acceptation par le patient des procédures d'*exposition* et son engagement dans des « expérimentations comportementales ». Une condition sine qua non du traitement est que le patient reconnaisse qu'il souffre d'une phobie de maladie. Le plan de traitement découle de ces objectifs : extinction de l'angoisse et réévaluation du complexe de stimuli inconditionnés, grâce notamment à l'accomplissement d'expériences comportementales.

53

### **1.6. Le choix de procédures**

La mise en œuvre concrète du plan — c'est-à-dire les procédures — est décrite dans les paragraphes qui suivent. Il importe de rappeler ici le contenu des pages 43 à 46 relatives au rapport entre les activités cognitives inconscientes, automatiques, et les activités cognitives conscientes, directement accessibles. Des informations et des indications motivantes sont fournies au patient à chacune des séquences du processus et sont accompagnées, autant que possible, par des expériences comportementales. Dans la mesure où les explications et les conseils ont peu d'effet, l'accent principal se déplace sur les *procédures d'exposition*.

Dans les paragraphes 2 à 7, nous décrivons les principales procédures ainsi que les explications destinées au patient. Nous faisons d'abord quelques remarques pratiques sur la façon de donner des explications.

Fournir de bonnes explications au patient nécessite des habiletés didactiques. Les explications doivent être adaptées au niveau du patient. Elles ne peuvent être une démonstration aride, elles doivent comporter des éléments dynamisants, motivants. Soit dit en passant, la formation des thérapeutes comportementalistes devrait faire une place plus large à ce type d'habiletés. De façon générale, cette formation est restée trop limitée aux fondements théoriques et aux procédures qui en découlent.

Il est conseillé de faire usage de schémas écrits, que le patient peut emporter. Actuellement on trouve souvent des tableaux blancs et des marqueurs dans le bureau des comportementalistes. Le thérapeute et le patient s'asseyent tantôt à la table de travail, tantôt dans des fauteuils. A la table, ils peuvent examiner ensemble un schéma réalisé par le thérapeute ; dans le fauteuil, ils peuvent faire un exercice d'hyperventilation ou de relaxation.

Les explications orales devraient rester succinctes. Le patient reçoit une brochure informative (*cf.* p. 86), qu'il lit chez lui et qui est l'objet d'un échange de vues à la séance suivante. Il nous semble préférable de donner trois explications concises accompagnées de la lecture d'une brochure, plutôt que de faire subir un long exposé. On ne peut oublier que, surtout pendant la première consultation, le patient est encore très angoissé et qu'il ne peut donc assimiler beaucoup d'informations.

54

Les explications à fournir en cas de phobie intéroceptive portent grosso modo sur deux thèmes principaux : la théorie que le patient a élaborée au sujet de la maladie et la logique du traitement. La succession paraît évidente : le patient devrait être préparé à accepter une autre théorie de la maladie avant de bénéficier du traitement qui en découle. En pratique, il peut s'avérer avantageux

d'effectuer le cheminement inverse. Nous avons souvent constaté qu'il suffit de réaliser un seul test de provocation dans le premier quart d'heure de traitement pour remettre en question la théorie de la maladie du patient. Dans ce cas, c'est *en agissant* que le patient commence à comprendre, quasi sans explications théoriques, que ses symptômes sont le produit de l'hyperventilation et non d'un dysfonctionnement qui mène à l'infarctus. L'explication un peu plus longue, qui fait suite à cette expérience, apparaît alors plus pertinente et plus convaincante. Le thérapeute a intérêt à utiliser ici des versions popularisées de la théorie.

S'il est nécessaire d'examiner avec précision la théorie de la maladie du patient, le thérapeute peut s'inspirer des éléments évoqués plus haut. Il peut alors faire preuve de compréhension pour cette théorie et ensuite proposer des explications alternatives. Quoi qu'il en soit, le patient doit être pris au sérieux et doit avoir l'impression que le thérapeute est compétent dans le domaine en question.

### ***1.7. La mise en œuvre***

En général, la réalisation concrète d'une thérapie comportementale n'apparaît pas comme le déroulement linéaire de stades prédéterminés. Dans le cas d'une grave phobie de maladie, le cheminement est particulièrement sinueux, surtout pendant les deux premières consultations. Il importe évidemment que le thérapeute sache bien ce qu'il fait et pourquoi il passe d'un stade à

55

l'autre. Dans la mesure du possible, le thérapeute doit pouvoir disposer de davantage de temps que les trois quarts d'heure programmés dans beaucoup d'institutions psychothérapeutiques. Le mieux est sans doute de planifier deux séances consécutives. Par ailleurs, il est important de revoir le patient deux ou trois jours après la première consultation ou au moins de s'entendre par téléphone, afin de vérifier s'il a bien compris les exercices à faire chez lui et s'il les effectue correctement. Avec ce type de patient, le premier coup en vaut deux. S'il vit avec un partenaire, il est souvent opportun d'inviter celui-ci à l'accompagner lors de la deuxième séance.

## **2. Le développement de la motivation et de nouvelles convictions**

Beaucoup de patients souffrant d'une nosophobie intense ne sont pas disposés à passer du médecin spécialiste au psychothérapeute. En effet ils estiment être ni insensés ni simulateurs.

La formulation du problème comme une phobie est une question qui s'aborde à de multiples reprises, surtout au cours de la première séance. Il est généralement peu utile de se lancer dans de longues discussions sur le sujet. Sans doute le thérapeute doit-il se montrer compréhensif, mais il doit tenter de convaincre le patient de s'engager rapidement dans la thérapie et de ne discuter de sa signification que dans un deuxième temps. Pratiquement, il s'agit ici d'inviter à une première expérience comportementale. Concernant ce problème, nous avons bien souvent le genre de dialogue qui suit :

56

T (Thérapeute) : Je propose que nous nous mettions d'emblée au travail et que nous fassions le bilan à la fin des prochaines séances. Vous avez déjà consulté tellement de médecins sans obtenir un changement que cela vaut la peine d'essayer à présent une démarche tout à fait différente. Par ailleurs, n'oubliez pas que votre médecin n'est pas un insensé qui vous envoie chez moi alors que votre place serait à la polyclinique. J'ai déjà reçu bon nombre de personnes qui présentaient votre problème.

P (Patient) : Et vous les avez aidées ?

T : Oui, dans la plupart des cas. Mais cela n'a pas beaucoup de sens de vouloir maintenant prédire si vous allez ou non être aidé. Mettons-nous plutôt directement au travail.

Il importe également d'aborder le problème de la *simulation*. Au début du trouble, l'entourage a souvent réagi avec sollicitude aux plaintes et aux angoisses du patient, mais quand les examens médicaux se sont avérés une fois de plus négatifs, la sollicitude a souvent fait place à la critique (éventuellement indirecte). Le médecin ne dit-il pas qu'il n'y a pas de maladie ? Cette situation peut inciter le patient à étaler de façon démonstrative ses symptômes et ses angoisses, de sorte qu'un effet de spirale se développe.

T : Supposez que je puisse, après une ou deux semaines, vous aider à diminuer ou éliminer vos symptômes. Que diraient alors vos proches ?

P : Oh, je le sais parfaitement. Ils diraient : « Alors, tu vois bien que tu n'avais rien ? » ... Mais je souffre !

T : Bien sûr que vous souffrez. Vos symptômes physiques sont réels. Mais il s'agit d'un processus différent de celui que vous pensez. Si vous êtes d'accord, nous pourrions en parler avec votre partenaire à la prochaine séance.

Le problème de l'étalage des symptômes peut se mettre en travers d'une amélioration rapide et peut amener le patient — dans l'éventualité où le thérapeute ne prend pas les plaintes au sérieux — à amplifier les symptômes et à s'y « cramponner ». Le thérapeute peut aborder explicitement cette question.

57

T : Voyez-vous, vos proches vous considèrent comme un simulateur parce qu'ils ne comprennent pas ce qui se passe. Vous risquez dès lors de vouloir les convaincre de vos souffrances en répétant une fois de plus que vous dites la vérité et que ce que vous vivez est grave. De cette façon vous aboutissez dans un cercle vicieux.

Une autre question importante concerne la *certitude* de l'absence d'un dysfonctionnement physique. Face à ce problème, le psychothérapeute non médecin se trouve parfois dans une position un peu plus avantageuse que le psychothérapeute médecin. Le premier peut se référer aux examens médicaux déjà effectués, tandis que le second a tendance à encore observer les symptômes. Quoi qu'il en soit, l'un comme l'autre doivent travailler avec des convictions « morales » plutôt qu'avec des certitudes scientifiques. Il est contre-indiqué d'évoquer à ce stade la précarité du savoir scientifique, en disant par exemple : « Bien sûr, vous pourriez être atteint d'une maladie grave. Les médecins ne sont pas infaillibles. Nous n'avons pas des certitudes ici-bas. » Au contraire, un cardiologue, en présence d'une cardiophobie, fait bien d'affirmer fermement sa conviction en déclarant : « Quel que soit votre trouble, il ne s'agit pas d'un trouble cardiaque !

T : Sommes-nous sûrs que vous n'avez pas de maladie de cœur ? Oui, nous partons de là. Vous avez été examiné à plusieurs reprises et cela n'a pas de sens de douter de la valeur de ces examens. Mettons-nous au travail et voyons si vos symptômes diminuent. Ce serait la meilleure preuve.

P : Peut-être mon cœur n'est-il pas déficient maintenant, mais j'ai tellement peur que cela puisse changer à n'importe quel moment. On peut tout de même subir un infarctus à cause du stress et des tensions. Eh bien, moi je vis depuis des mois dans l'angoisse et la tension.

T : Oui, j'entends souvent dire ce que vous dites par des personnes qui souffrent comme vous. Il est évidemment malsain de vivre constamment sous tension. Je voudrais faire deux remarques à ce sujet. D'abord nous devons diminuer le plus rapidement possible l'angoisse et la tension. Ensuite le stress ne provoque pas automatiquement un infarctus, sinon trois quarts de la population présenteraient une maladie cardiaque. Mettons-nous plutôt à l'ouvrage.

58

Après quelques séances, on constate parfois que le patient vit de façon très problématique la finitude de l'existence et la certitude de devoir mourir un jour. Concernant ce dernier point, on peut évidemment parler de certitude absolue, mais aussi d'un autre problème que celui qui est traité ici. Il ne s'agit plus alors d'une phobie, mais de l'acceptation de la finitude de l'existence.

### 3. Les Processus circulaires

La plupart des patients ne se doutent pas le moins du monde de la façon dont ils contribuent eux-mêmes à l'amplification de leur angoisse. Aussi avons-nous constaté l'importance cruciale, pour la plupart des patients, de bien expliquer l'effet de spirale du processus nosophobique. Dans ce qui suit, nous présentons des fragments de séances. Il est bien évident qu'ils décrivent seulement de façon *schématique* ce qui *pourrait* se dire. Un bon pédagogue sait comment il doit développer ce genre de propos et discerne l'opportunité de choisir entre des explications et des questions. De toute façon, le thérapeute devra être très attentif aux réactions verbales et non verbales du patient, de manière à voir si celui-ci comprend les explications et s'il fait le lien avec ce qu'il éprouve. Des questions très précises et pertinentes ne provoquent pas seulement chez le patient un *Aha-Erlebnis*<sup>9</sup>, elles renforcent aussi la confiance dans la thérapie. Rappelons encore que, dans cette version simplifiée, nous laissons entre parenthèses les processus inconscients du traitement de l'information.

59

En donnant ces explications, nous utilisons toujours des schémas dont il est question dans les propos qui suivent.

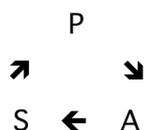
T : Vous avez de temps en temps mal à la poitrine. Là précisément, au milieu. Vous avez parfois l'impression que la douleur irradie vers le bras gauche. Je symbolise cela par la lettre S de *symptôme*.

Dès que nous éprouvons ce genre de choses, nous nous interrogeons sur la cause. Vous sentez par exemple une douleur dans la cheville et vous pensez : « Ah oui, hier je me suis foulé la cheville. »

Le même genre de processus se produit quand vous avez mal à la poitrine. Vous avez peut-être pensé d'abord que cela allait passer, mais l'idée a vite surgi que ce pourrait être le premier signe d'un infarctus. Vous avez eu brusquement très peur, vous avez peut-être même connu un moment de panique ; vous avez appelé immédiatement le médecin, qui a pu vous rassurer.

Après le symptôme, apparaît donc la pensée. Je l'indique ici par la lettre P.

Penser qu'on commence un infarctus provoque une angoisse — ce que je symbolise par A — et l'angoisse s'accompagne habituellement de symptômes physiques (S). Ainsi le cercle se referme.

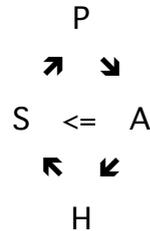


Si le patient souffre d'hyperventilation en plus d'une nosophobie — ce qui est très souvent le cas —, nous ne passons pas de « A » à « S », mais à « H » (hyperventilation). Les propos sont alors du genre des suivants :

---

<sup>9</sup> Expression utilisée par Köhler pour désigner la compréhension soudaine de relations ou la brusque découverte d'une solution à un problème après de multiples tâtonnements (N.d.T.).

T : Celui qui croit qu'il commence un infarctus devient angoissé (A) et celui qui est angoissé se met souvent à respirer plus vite et plus profondément. Une respiration rapide et profonde s'appelle une *hyperventilation* (H). L'hyperventilation peut produire des symptômes corporels (S), en soi inoffensifs, mais cependant très perturbants. Ainsi le cercle se referme.



Vous voyez comment des symptômes physiques peuvent découler d'une manière de penser malencontreuse. Notez bien comment un processus circulaire se met en place. La façon de penser entretient des symptômes et les symptômes provoquent des pensées angoissantes. Mieux vaudrait même parler d'une spirale. On se trouve comme aspiré. Les symptômes resurgissent de plus en plus souvent, les pensées deviennent davantage obsédantes et l'angoisse se transforme régulièrement en panique.

Les processus circulaires complexes sont figurés ici, de manière abstraite et simplifiée, sous forme d'un réseau comprenant quatre maillons. Il s'agit d'un schéma fort utile pour le patient, même si le thérapeute sait que la situation peut être beaucoup plus compliquée.

Par la suite, nous repassons ce processus en revue, nous arrêtant plus ou moins longuement sur chacun des chaînons.

On peut élaborer plusieurs scénarios à partir de ce canevas. A titre d'illustration, citons-en trois, laissant ici entre parenthèses la question de la manière de motiver le patient.

61

1. Quand l'hyperventilation joue un rôle important, nous effectuons — comme nous l'avons déjà dit — un test de provocation dès la première séance. La procédure utilisée est alors la suivante : quelques explications sur l'hyperventilation ; le test de provocation et la régulation de la respiration (*cf.* p. 67-71) ; des explications sur le processus circulaire en commençant par « H » (y a-t-il de l'aérophagie ?) ; puis vers « S » en tant que produit (partiel) de « H » ; ensuite vers « P » et « A », et à nouveau vers « S » si des troubles fonctionnels sont en jeu (*cf.* p. 79-85).

S'il est question d'aérophagie depuis le début — le patient signalant qu'il éprouve une sensation de ballonnement —, le même scénario peut être utilisé, mais en commençant par expliquer le processus de l'aérophagie, plutôt que d'effectuer le test de provocation.

2. Si l'hyperventilation n'intervient pas ou fort peu, on peut commencer par expliquer le processus circulaire évoqué plus haut et inciter le patient à réfléchir aux divers points de départ possibles de ses symptômes. Les explications concernant l'hyperventilation et le test de provocation sont données un peu plus tard que dans le premier scénario.

3. Il arrive aussi que le patient déclare sans hésiter que la cause de ses préoccupations nosophobiques est à chercher dans des problèmes existant depuis longtemps. Dans ce cas, on peut commencer par des explications relatives aux symptômes fonctionnels, qui font parfois partie d'un syndrome de surmenage, et on poursuit par le cycle vers « P », « A » et « H ».

Dans les paragraphes suivants, nous donnons des informations sur chacun des chaînons. Le thérapeute décide s'il en fait usage et à quel moment. Habituellement nous mettons l'accent d'abord sur « P » et sur « H », puis sur « A » et « S ».

62

#### 4. Trois types de cognitions

Après avoir expliqué l'effet de spirale et le rôle des cognitions (« P ») dans le schéma, les trois activités cognitives déjà mentionnées sont explicitées et le patient est invité à les découvrir chez lui-même.

T : Le processus commence donc par des symptômes comme vous en avez, notamment cette douleur dans la poitrine. Vous vous mettez alors à penser. Vous collez sur ce symptôme l'étiquette « infarctus ». Du coup vous éprouvez de l'angoisse et la spirale s'enclenche. Si vous aviez utilisé l'étiquette « douleur due à une tension », vous auriez réagi tout autrement. L'erreur dans la façon de penser consiste donc en premier lieu en une erreur d'*étiquetage*.

Vous direz peut-être que vous ne ressentez pas toujours cette douleur, mais que vous n'en avez pas moins peur. C'est exact. Mais sans y faire explicitement attention, vous vivez dans l'attente anxieuse que cette douleur ne resurgisse et ceci provoque évidemment de l'angoisse. En *anticipant* les symptômes — c'est-à-dire en vous orientant vers eux — vous en devenez vous-même l'agent.

Autre point : vous examinez sans cesse si vous sentez quelque chose dans la poitrine. Cette *attention* constante vous cause également beaucoup d'ennuis parce que vous remarquez maintenant une série de phénomènes qui se produisaient depuis longtemps, mais auxquels vous ne prêtiez guère attention. Si vous étiquetez ces sensations de façon erronée, votre angoisse augmente. Vous voyez ainsi comment des processus cognitifs — étiqueter, anticiper, faire attention — génèrent de l'angoisse.

Ces derniers mois, votre angoisse (A) a été constamment présente, tantôt de façon intense, tantôt à l'arrière-plan. Vous avez dit que vous étiez parfois en état de panique. Que se passe-t-il alors ?

P : Eh bien je ne tiens plus le coup. J'ai tout de suite besoin d'aide. Parfois je crie. Je téléphone à mon amie et je la supplie de venir immédiatement ou bien je téléphone au médecin, mais celui-là ne se déplace plus.

63

T : Quelle est la fréquence de vos crises de panique ?

P : Je ne peux le dire de façon précise.

T : Vous ne pouvez peut-être pas donner un nombre précis, mais vous pouvez dire si la crise survient plutôt dix fois par jour ou une fois par mois.

Le patient parvient alors à préciser qu'il subit une attaque de panique environ x fois par semaine. Le thérapeute doit faire prendre conscience par le patient de cette « ligne de base », car l'évaluation des progrès pourra se faire à partir d'elle. C'est un fait d'expérience que, dans la plupart des cas, le nombre des crises de panique va sensiblement se réduire et que les fluctuations de l'angoisse vont rapidement diminuer. Ce sont là les premiers succès de la thérapie, qui donnent de l'espoir au patient et le motivent à continuer.

Remarquons que la théorie transparait relativement peu dans ces explications. Par exemple on n'y aborde pas la question du besoin de prévoir et de contrôler, qui se trouve à la base de l'« étiquetage ». Les activités citées — étiquetage, anticipation, attention — sont en réalité

intimement liées, mais elles sont ici présentées comme des processus distincts. Le thérapeute les présente comme des concepts clés et demande au patient de les utiliser pour interpréter ses expériences personnelles.

- L'*étiquetage* est un terme du langage courant, utilisé pour désigner toute une série de schémas décrits dans la partie théorique.

Chez une patiente qui avait bien compris le processus de l'« étiquetage », la phobie d'étouffer réapparut neuf mois après la fin de la thérapie. L'analyse du contexte de la rechute révéla que sa relation de couple était devenue plus « étouffante » que jamais (elle n'avait pas entrepris la thérapie conjugale décidée à la fin du traitement de sa phobie). L'événement déclenchant avait été la mort accidentelle d'un jeune voisin. Cette femme était en conflit avec sa mère depuis l'enfance et vivait dans un cercle d'amis fort préoccupés de médecines parallèles et de réactions corporelles.

64

Le thérapeute ne proposa pas à ce moment-là une nouvelle thérapie de la phobie : le traitement antérieur avait déjà permis de réduire sensiblement les conflits avec la mère ; mieux valait que la patiente réfléchisse à l'opportunité de s'engager dans une thérapie conjugale. Six mois plus tard, elle divorçait et, un an plus tard, elle se remariait. Le hasard d'une rencontre, cinq ans après la rechute, nous apprit que la phobie avait complètement disparu depuis la séparation conjugale. Nous voyons ainsi que le terme « étiquetage » permet au patient de comprendre bien des choses.

Logiquement un « étiquetage erroné » apparaît comme le déterminant essentiel du problème, mais — comme nous l'avons déjà remarqué à plusieurs reprises — la logique ne fournit pas d'emblée le facteur crucial à utiliser en thérapie. Le thérapeute donne toutefois ses explications comme si c'était le cas et il s'arrange pour que des procédures d'exposition soient employées en temps utile.

- L'*attention* portée à des sensations corporelles est une source importante d'angoisse. Le patient reconnaît volontiers qu'il s'observe trop. Le thérapeute se trompe rarement lorsqu'il suppose que l'angoisse est particulièrement intense durant la période qui précède l'endormissement.

P : Oui, c'est un moment très pénible. Quand je suis au lit, je n'ose parfois plus bouger et je remarque toutes sortes de réactions dans mon corps qui m'angoissent. Il m'est arrivé dernièrement que je n'ose même pas me lever pour prendre le petit sac en plastique.

T : C'est bien compréhensible. A des moments où votre attention n'est plus occupée par toutes sortes d'activités, vous pouvez vous centrer sur tout ce qui se passe dans votre corps. Vous sentez brusquement les battements cardiaques, qui normalement passent inaperçus, et vous risquez de mal étiqueter ce phénomène naturel.

65

Concernant le dernier point cité, nous avons souvent conseillé avec succès de faire quelque chose qui demande peu d'efforts, qui n'empêche pas de dormir, mais qui réoriente cependant l'attention. Par exemple, faire des mots croisés faciles ou lire une publication populaire.

T : Vous remarquerez alors que votre pensée se porte à plusieurs reprises sur les sensations corporelles. Essayez cependant de vous recentrer chaque fois, de façon paisible, sur votre occupation. Viendra un moment où vous serez à ce point impliqué dans votre activité que vous constaterez tout à coup que, depuis deux ou trois minutes, vous n'avez plus rien observé dans votre corps. C'est une jolie démonstration du fait que vous ne souffrez pas d'une altération cardiaque, mais d'une attention trop inquiète.

Il est important de favoriser la réorientation de l'attention également pendant les exercices comportementaux. Pour ce point, nous renvoyons aux pages 79 à 85.

T : En définitive vous agissez comme une sorte d'agent de police constamment occupé à surveiller s'il n'y a rien à signaler dans la poitrine. La moindre douleur ou tension, le plus petit tremblement sont remarqués et apparaissent menaçants. Vous vous dites alors : « ça y est, ça recommence ». Ce qui est alors regrettable, c'est que vous ressentez à certains moments des phénomènes qui se produisaient déjà de temps en temps, mais auxquels vous n'accordiez autrefois guère d'attention. C'est cela qui est malheureux. Vous pensez découvrir quelque chose de nouveau et de fort dangereux, alors qu'il s'agit de phénomènes banals.

Si le patient ne parvient pas à réorienter son attention, nous effectuons, après quelques séances, une petite expérience. Nous demandons au patient de poser la main sur le bureau, la paume à plat, et d'observer très attentivement toutes les sensations qui s'y produisent. Assez souvent les personnes ressentent, après deux ou trois minutes, diverses sensations telles que des picotements ou une légère impression de brûlure.

66

Pour montrer qu'une attention excessive peut s'avérer fort perturbante, nous utilisons parfois un exemple relatif à la modification de la prise de conscience d'attitudes corporelles. La personne qui descend un escalier à toute allure et qui, à chaque marche, fait expressément attention à chacun de ses mouvements, peut constater qu'elle descend moins facilement que d'habitude. Une attention excessive ou inadéquate peut avoir un effet très perturbant.

- Le terme *anticipation* désigne une activité à l'origine de beaucoup de préoccupations néfastes. Pour certains patients, il s'agit d'un mot nouveau ou inhabituel, qu'ils adoptent et utilisent assez facilement. On peut essayer de le raccrocher à des idées familières telles que : « Ce qui nous fait souffrir le plus souvent, c'est la crainte de souffrances que nous n'aurons pas à endurer. »

T : En fait presque tout le monde imagine régulièrement des événements à venir. Nous savons par expérience que cela provoque des affects et des émotions. Chez vous, le problème n'est pas que vous faites des anticipations, mais que vous ne voyez pas comment les arrêter et qu'elles vous empoisonnent l'existence. Il en va de même pour l'étiquetage et l'attention. Chacun se demande, à un moment ou l'autre, si cette douleur signifie quelque chose de grave. Quand on a une telle idée on devient momentanément plus attentif. Chez vous ces façons de penser sont devenues des habitudes tenaces. Ne soyez pas étonné qu'elles semblent bien enracinées : c'est le cas de beaucoup d'habitudes. Depuis des mois, vous avez subi un endoctrinement du genre : « Ce que je ressens est très dangereux, je peux à tout moment faire un infarctus. »

On se trouve ici à un moment privilégié pour rectifier un schéma populaire et pour relativiser le rôle de la pensée consciente.

67

T : Vous me direz peut-être : « C'est facile à dire, mais comment se délivrer de ces façons de penser perturbantes ? » Pour l'instant, je voudrais seulement souligner qu'en règle générale la meilleure voie n'est pas : « D'abord penser autrement et puis le reste va suivre. » D'habitude, il convient de faire l'inverse. Si nous parvenons à agir autrement, nous allons éprouver d'autres affects et nous allons penser autrement. C'est pourquoi je proposerai dans un instant quelques exercices qui sont déjà l'occasion d'agir autrement.

Il est important que le patient reconnaisse, dans sa façon de penser, les processus d'étiquetage, d'anticipation et de polarisation de l'attention. Ces termes deviennent, au cours des entretiens, des concepts clés. Ils se prêtent par ailleurs à un usage humoristique dans le genre : « Ah, votre boîte d'étiquettes dangereuses est sans doute encore joliment remplie ! »

## 5. L'hyperventilation

L'hyperventilation est une respiration trop rapide et/ou trop profonde par rapport aux besoins physiologiques du moment. Elle entraîne un processus biologique compliqué, qui se manifeste par un ensemble de sensations physiques gênantes, quoique sans danger réel. On peut considérer que l'élément central de ce processus se résume à une élimination trop rapide du gaz carbonique, entraînant une dérégulation de plusieurs mécanismes physiologiques. Il n'est pas difficile d'expliquer au patient la relation entre l'angoisse et l'hyperventilation.

### 5.1. Le « test de provocation »

Si le patient fait de l'hyperventilation, même faiblement, il peut s'avérer opportun de commencer la thérapie par un « test de provocation ». Il s'agit alors de le faire respirer de façon rapide et profonde pendant une à deux minutes. Si le patient se présente comme quelqu'un qui fait

68

facilement des attaques de panique et apparaît manifestement anxieux, nous commençons souvent, déjà après quelques minutes, par ce test. Dans ce cas, nous introduisons par cet exercice les explications mentionnées au paragraphe précédent, de sorte que le patient *expérimente* concrètement sur lui-même qu'une respiration trop rapide et trop profonde provoque des sensations corporelles et qu'il peut les faire disparaître rapidement s'il régule mieux la respiration. L'effet de spirale devient alors évident pour le patient :

hyperventilation → symptômes physiques → étiquetage erroné → augmentation de l'angoisse → accélération de la respiration → augmentation des sensations corporelles, etc.

A ce stade, les explications données au patient doivent être simples et limitées. Le patient n'est pas dans les conditions requises pour assister à une conférence. Comme dans bien d'autres cas, une information concise, que l'on répète et qu'on peut affiner par la suite, est préférable à un long discours.

T : Voyez-vous, beaucoup de problèmes résultent d'une respiration inadéquate. Cela s'appelle l'« hyperventilation ». Vous en avez peut-être déjà entendu parler. Les personnes qui hyperventilent éprouvent généralement des vertiges, ainsi que toute une série de symptômes physiques très gênants tels que des picotements dans les doigts, l'impression de manquer d'air, des mains moites, de la tachycardie, la bouche sèche, une vision floue ou trouble, etc.

J'ai le sentiment qu'il vous arrive également d'hyperventiler, surtout quand vous êtes anxieux. Pour cette raison, je voudrais faire avec vous un petit exercice. Nous allons volontairement respirer trop vite et trop profondément, et ensuite nous allons respirer lentement. Vous allez ainsi avoir l'occasion d'observer dans votre corps l'apparition de certaines sensations et ensuite leur disparition.

69

Les patients réagissent très différemment à cette proposition. Certains sont à ce point anxieux qu'ils la refusent catégoriquement. C'est tout un art de convaincre ces derniers de collaborer.

Citons le cas d'un étudiant qui fit une attaque de panique dès qu'on lui demanda d'effectuer un test de provocation. Le thérapeute lui demanda de respirer lentement et lui donna en même temps des explications :

T : Remarquez que la simple idée d'hyperventiler volontairement provoque déjà l'angoisse. Comprenez bien que vous ne devez pas faire ici des choses que vous ne voulez pas, mais je suis convaincu que cet exercice nous mettrait sur la bonne voie. Vous pouvez sûrement respirer, ne fût-ce qu'une fois, vite et profondément. Comme ceci... (le thérapeute montre comment faire).

Le thérapeute doit évaluer l'intérêt de poursuivre ou non cet exercice. Dans le cas du patient que nous venons de citer, nous nous sommes contentés de quelques inspirations et expirations profondes, séparées chaque fois par une courte pause. Il n'est pas question de provoquer inutilement de l'angoisse ou de considérer la réussite de ce test comme une affaire d'honneur. Avec cet étudiant, nous avons assez rapidement commencé des exercices de respiration et nous sommes ensuite allés nous exercer à l'extérieur (cf. § 7).

Dans la majorité des cas, le patient est disposé à accomplir l'exercice. Le thérapeute montre d'abord comment respirer vite et profondément, puis il invite le patient à faire la même chose pendant deux minutes. Il tient le chronomètre à l'œil ; il encourage le patient à continuer l'exercice et le corrige si c'est nécessaire (« c'est bien, un peu plus profondément ou un peu plus vite ») ; il l'interroge à plusieurs reprises sur les symptômes physiques qu'il ressent, en précisant de ne répondre que par « oui » ou par « non » et en l'incitant à continuer à hyperventiler. Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de poursuivre pendant deux minutes. Trente ou quarante secondes suffisent si des symptômes sont apparus et si le patient ressent de l'angoisse.

70

T : O.K., 20 secondes ont passé ; vous éprouvez déjà un étourdissement ? (le patient acquiesce d'un signe de la tête).

T : Parfait, continuez. Encore un peu plus vite. Bien. Vous éprouvez déjà d'autres réactions ? (le patient acquiesce d'un signe de la tête). Des picotements dans les doigts ? (le patient confirme).

T : O.K., arrêtons ici et regardez bien ce que je fais. Je mets les mains sur le ventre et je commence à expirer lentement. Comptez trois secondes pendant que vous inspirez et six pendant que vous expirez.

## ***5.2. La régulation de la respiration***

Le thérapeute inspire tranquillement, puis expire en comptant lentement à voix haute : « vingt et un, vingt-deux... vingt-six ». Il inspire à nouveau et compte encore. Le thérapeute demande au patient de faire la même chose : mettre les mains sur le ventre, inspirer calmement et expirer en comptant à voix haute, sans interruption, de 21 à 26. Le patient *entend* s'il expire pendant six secondes et il *voit* si les mains sur le ventre se lèvent et s'abaissent en fonction des mouvements respiratoires. Ces comportements facilitent la *concentration*. Le thérapeute observe attentivement. Il corrige calmement, quoique tout de suite si c'est souhaitable, par exemple si le patient inspire rapidement pendant qu'il compte ou s'il compte trop vite. Au bout d'un moment, le thérapeute demande si les symptômes ont disparu. Parfois ceux-ci disparaissent rapidement, parfois le patient est encore un peu étourdi et l'exercice doit se poursuivre.

On peut ensuite s'engager dans différentes directions. Si le patient fait l'expérience d'un « Aha-Erlebnis », parce qu'il constate que les symptômes qui l'ont angoissé sont comparables à ceux que suscite le « test de provocation », il est judicieux de se centrer immédiatement sur cette découverte. Dès ce moment, la phobie de la maladie va se démanteler, car l'étiquetage des symptômes prend une nouvelle tournure : « Ce que je ressens est désagréable, mais pas dangereux ; ce n'est qu'en effet de l'hyperventilation. Je dois apprendre à respirer autrement. » Dans les services d'urgence, on peut souvent obtenir ce résultat, du moins lorsque la nosophobie est encore au stade initial.

71

Il y a souvent un chevauchement entre les deux types de symptômes, mais certaines sensations ne sont pas produites à l'occasion du test de provocation. Il est dès lors important d'expliquer que le test de provocation ne va pas faire éprouver tous les symptômes, même si ceux-ci sont en fait

le résultat de l'hyperventilation. Il y a en effet une grande différence entre la situation dans le bureau de consultation et les situations de la vie « réelle ». Il y a généralement moins d'angoisse en présence du thérapeute. De plus, la durée de l'hyperventilation est différente dans ces situations. En explicitant ces différences — éventuellement déjà avant le test —, on peut prévenir le scepticisme qui apparaît quand les symptômes de l'hyperventilation ne peuvent pas être fidèlement reproduits. Il est alors essentiel d'expliquer qu'une bonne régulation de la respiration va permettre de faire disparaître progressivement les symptômes. Même lorsque les symptômes qui alimentent la nosophobie ne sont pas l'effet de l'hyperventilation (par exemple une douleur au sternum), le patient pourra, dans la plupart des cas, accepter l'idée que l'hyperventilation contribue à intensifier les crises de panique. Pour le reste, les problèmes du patient peuvent être abordés de la même façon que ceux des personnes qui souffrent d'une nosophobie sans hyperventilation (*cf.* § 9, le syndrome de surmenage).

Certains thérapeutes répètent le test de provocation au cours de plusieurs séances ou demandent de faire cet exercice à la maison. Nous nous contentons généralement d'une seule démonstration. La provocation de l'hyperventilation est un exercice désagréable qui ne doit pas être répété sans raison impérieuse.

72

### ***5.3. Les exercices de respiration***

Lorsque les symptômes éprouvés dans la vie quotidienne correspondent à ceux produits par une hyperventilation, il convient d'inciter le patient à faire l'exercice de respiration ralentie présenté ci-dessus, plusieurs fois par jour, chaque fois pendant trois à cinq minutes. En effet, des recherches faites auprès de personnes qui souffrent d'angoisse ont montré que la pression partielle de gaz carbonique est moindre chez elles que chez d'autres. Or ceci augmente la probabilité d'hyperventiler (Bass & Gardner, 1985). Des exercices respiratoires réguliers peuvent contrer ce mécanisme.

Dans une série de cas, on peut envisager un entraînement à la respiration ventrale, ce qui a également l'effet d'éliminer moins rapidement le CO<sub>2</sub>.

Après avoir répété les explications concernant l'hyperventilation, le thérapeute s'exprime par exemple comme suit :

T : Vous avez contracté l'habitude d'hyperventiler et, de ce fait, vous éliminez trop de gaz carbonique. Pour ne pas expulser trop vite le CO<sub>2</sub>, il faut respirer lentement. De cette façon, l'équilibre se rétablit et les troubles disparaissent. Vous voyez ainsi comment vous pouvez vous-même produire des symptômes et comment vous pouvez les éliminer. Il est donc très important que vous vous exerciez à respirer lentement. J'ai constaté que vous relevez les épaules en inspirant, comme ceci (le thérapeute montre comment le patient fait) et que vos mains ne bougent pas assez pendant la respiration, comme ceci (le thérapeute fait la démonstration).

Le thérapeute montre comment respirer au niveau abdominal. Il peut le faire de différentes façons. Il peut notamment se contenter de quelques suggestions de style télégraphique, suivies d'une démonstration sur un film vidéo.

73

- Le thérapeute et le patient sont l'un en face de l'autre. Le thérapeute met une main sur sa propre poitrine et l'autre main sur le ventre. Il montre comment, au cours de la respiration, la main sur le ventre monte et descend, tandis que l'autre ne bouge presque pas. Il explique que seul l'air contenu dans la partie inférieure des poumons est expiré, autrement dit : que les poumons ne sont jamais complètement « vidés », que la respiration ventrale prend d'ordinaire plus de temps et que

celle-ci s'effectue plus lentement puisque l'air doit effectuer un trajet plus long. Le thérapeute invite ensuite le patient à essayer par lui-même.

- Le thérapeute met les mains sur les hanches et invite le patient à en faire autant, de façon à bien se rendre compte que tout le milieu du corps se dilate au cours de l'inspiration. Certains patients réussissent rapidement à effectuer une respiration ventrale. Si ce n'est pas le cas, l'exercice suivant peut être utile.

- Le patient se couche sur le dos, les bras relevés au-dessus de la tête et posés sur le sol. Ainsi il ne peut plus respirer qu'au niveau ventral. Si le partenaire est présent, celui-ci peut poser la main sur le ventre du patient, de manière à mettre en évidence que cette fois-ci la main monte et descend. Il va de soi que ces exercices doivent être pratiqués avec beaucoup de tact, surtout si le patient et le thérapeute sont de sexe différent.

Le patient reçoit la brochure sur l'hyperventilation (*cf.* annexe 2). Il est invité à s'exercer à respirer en comptant trois secondes pour l'inspiration et six pour l'expiration, les mains posées sur le ventre. Cet exercice est à effectuer à domicile chaque jour, au moins deux ou trois fois cinq minutes. On peut penser que ce genre d'exercices ne relève pas spécifiquement de la psychothérapie. Ces exercices sont toutefois très simples et, dans la pratique, ils apportent presque toujours des améliorations. Sur ce point, un physiothérapeute n'est souvent pas plus compétent qu'un psychologue et le yoga semble ne pas être assez spécifique.

74

#### ***5.4. Procédure en cas de panique***

Après le test de provocation, certains thérapeutes font respirer le patient dans un petit sac en plastique. En principe nous n'adoptons pas cette procédure, car nous croyons préférable que le patient fasse d'emblée l'expérience de la possibilité d'éliminer les conséquences de l'hyperventilation sans recourir à un artifice.

Si le thérapeute opte pour ce procédé, il explique comment utiliser un petit sac en plastique ou un morceau de tuyau d'arrosage. Le patient a parfois déjà été informé de cette possibilité par un médecin. Dans ce cas, il est opportun de lui demander de faire une démonstration, car souvent le patient s'y prend mal. Certains patients placent le sac — généralement de petit format — contre la bouche, de la même façon que pour gonfler un sac. Ils commencent alors à respirer profondément dans le sac et constatent rapidement qu'ils suffoquent. En effet ils en viennent à manquer rapidement d'oxygène. Cet effet peut être évité si l'on découpe un coin du petit sac de sorte que de l'oxygène puisse être absorbé. Respirer à travers un morceau de tuyau d'arrosage d'environ un demi-mètre de long est généralement plus simple et plus efficace, parce que l'orifice du tuyau peut être bien tenu en bouche, empêchant ainsi une arrivée d'air en dehors du tuyau. On peut éventuellement maintenir le nez bien fermé pendant l'exercice. Les deux procédés permettent de ré-inspirer une partie du gaz carbonique éliminé de façon excessive, de sorte que les effets de l'hyperventilation disparaissent.

T : Faites les exercices de respiration à des moments où vous êtes relativement calme. Ne les faites pas si vous êtes en état de panique. Si vous êtes très angoissé(e) ou en état de panique, vous pouvez utiliser le petit sac ou le tuyau. Actuellement vous n'êtes sans doute pas encore capable de bien réguler votre respiration. Je vous propose donc d'avoir cette procédure anti-panique sous la main, mais de n'en faire usage que si l'angoisse vous empêche d'arriver à respirer plus lentement. Par ailleurs, il est déjà très important que vous ayez compris ce qu'est l'hyperventilation et quelles sont ses conséquences. Bien souvent cette prise de conscience suffit pour réduire une part de l'angoisse.

75

Le thérapeute répète une fois de plus que, de toute façon, l'essentiel est de ne pas éliminer trop rapidement le gaz carbonique (respirer lentement) ou de le ré-inspirer, grâce à un morceau de tuyau par exemple. Le thérapeute facilite la vie du patient s'il peut lui donner un morceau de tuyau ou un petit sac en plastique immédiatement après l'exercice.

T : Quand vous avez bien compris le principe, vous pouvez vous exercer de différentes façons. Ainsi par exemple vous pouvez expirer lentement en adoptant une expiration sifflante ou en éliminant l'air par cinq ou six petites expulsions (« pu, pu... »). Vous voulez bien essayer ?

Il importe d'observer soigneusement si le patient n'inspire pas durant les expirations lentes. Bien souvent le patient expire si fort qu'il doit à nouveau inspirer après deux ou trois secondes. Ce fait indique une respiration dysfonctionnelle.

T : La respiration lente et sifflante peut être faite sans bruit. Regardez bien (le thérapeute montre comment faire). Vous pouvez faire cela même en présence d'autres personnes, en regardant autour de vous et sans que les autres le remarquent. Comme ceci (le thérapeute montre comment procéder).

Il y a encore d'autres moyens de ré-inspirer du gaz carbonique, par exemple en formant avec les mains une sorte de récipient qu'on applique sur le nez et la bouche. Certains patients peuvent en l'occurrence se montrer bien inventifs. Ainsi, au cours d'une réunion, quelqu'un a utilisé une feuille de papier pour en faire un cornet qu'il a placé sur la bouche en donnant l'impression de jouer.

76

### ***5.5. Remarque sur les exercices respiratoires***

Comme nous l'avons mentionné dans la partie théorique, des symptômes d'hyperventilation peuvent, suite à des processus de conditionnement, devenir indépendants des processus physiologiques qui les ont d'abord produits. Ils sont alors maintenus par des processus psychologiques (« psychomaintenance »). On constate, en particulier chez les patients qui souffrent depuis longtemps de ces troubles, que des symptômes peuvent apparaître en quelques secondes, dès qu'on les évoque et sans que des modifications de la respiration puissent être mis en évidence. Ce processus peut être provoqué simplement par une intensification de l'attention portée au corps.

Dans de tels cas, il est souvent contre-indiqué de se polariser sur la respiration. Certains patients peuvent éprouver davantage de problèmes lorsqu'ils s'efforcent, de façon crispée, d'éliminer leurs symptômes par des exercices respiratoires. Les instructions reçues les incitent à adopter des comportements que l'on peut considérer comme des réactions de contrôle et d'évitement ; leur attention reste centrée sur les signaux internes et alimente les symptômes ; leur manière rigide de modifier consciemment la respiration induit une tendance à soupirer et provoque d'autres dérégulations. La respiration finit par devenir obsédante et par entretenir une tension constante. Dans ces conditions, des exercices respiratoires peuvent, paradoxalement, provoquer des réactions de panique. Après quelques expériences pénibles, le patient perd toute confiance et interrompt le traitement.

Il est important que les exercices respiratoires soient techniquement corrects, tout en étant réalisés dans un état de décontraction mentale. Ceci signifie que le patient est incité à adopter une attitude d'« exposition » à l'égard de ses symptômes et durant les exercices : il tolère les symptômes, il n'exige pas qu'ils disparaissent immédiatement.

77

Dans certains cas, mieux vaut ne pas insister sur la respiration et tenter de parvenir à des moments où les symptômes disparaissent grâce à des activités à la fois apaisantes et captivantes.

## ***5.6. Quelques autres symptômes d'hyperventilation***

Dans les pages précédentes, nous avons mentionné quelques symptômes de l'hyperventilation, tels que des étourdissements, l'impression de manquer d'air, des picotements dans les doigts, les mains moites. Le plus souvent il suffit de citer ces phénomènes, puisque les autres symptômes éventuels vont disparaître dès que la personne aura acquis une meilleure technique respiratoire. Toutefois, il est parfois nécessaire de discuter d'autres phénomènes, ne fût-ce que pour convaincre le patient que l'hyperventilation peut engendrer une grande variété de symptômes. Une liste de manifestations de l'hyperventilation peut alors rendre de bons services.

Un effet peu fréquent de l'hyperventilation est le raidissement des muscles des mains entraînant une contracture des doigts. Bien plus souvent le patient redoute de devenir fou. D'après notre expérience, certaines manifestations de l'hyperventilation, telles que des changements perceptifs, qui induisent un sentiment de dépersonnalisation, peuvent provoquer — lorsqu'ils sont mal étiquetés — l'angoisse de perdre la raison. Nous ne développons pas cette question, mais nous soulignons cependant son importance.

Les patients ne rendent pas facilement compte des phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation. Ils les évoquent en utilisant des métaphores.

P : J'ai brusquement le sentiment de ne plus être présent... Je prends fortement conscience de moi-même et cela me fait très peur.

78

T : Ce sont des phénomènes bien connus. Ils se produisent assez souvent au cours de la puberté et apparaissent plus tard en cas d'épuisement. En général ils ne durent que quelques secondes, mais ils provoquent de l'angoisse chez beaucoup de personnes. On ne peut pas les contrer directement. Ils disparaissent spontanément, le plus souvent très vite. On peut parfois s'aider en se distrayant, par exemple en prenant un livre ou en regardant dehors.

De longues périodes de dépersonnalisation apparaissent chez des personnes psychotiques. Vous ne pouvez toutefois pas affirmer la relation inverse en disant que les phénomènes de dépersonnalisation sont le signe du début d'un état psychotique. Ce serait un étiquetage erroné. N'accordez pas trop d'importance à ces phénomènes. Ils sont relativement bénins et disparaissent d'eux-mêmes.

Dans la plupart des cas, une courte intervention de ce style suffit et le patient ne revient plus sur le sujet.

## **6. L'aérophagie**

L'aérophagie est la déglutition d'air qui pénètre ensuite dans l'œsophage et l'estomac. On ne peut dire, avec la même assurance que dans le cas de l'hyperventilation, que l'aérophagie peut être provoquée par l'angoisse. L'aérophagie apparaît souvent comme un phénomène secondaire à l'hyperventilation (qui provoque la sécheresse de la bouche et un nœud dans la gorge) et qui acquiert par la suite une autonomie fonctionnelle. Ce phénomène peut sans doute être aussi provoqué par certaines façons de manger.

Nous interrogeons pratiquement toujours le patient sur l'impression de ballonnement de l'estomac, sur les éructations et les flatulences. Si le patient souffre de ces phénomènes, mais non d'hyperventilation, nous nous concentrons sur l'aérophagie dès la première séance. Nous donnons des explications tout en reconnaissant que nous ne savons pas exactement comment il faudrait modifier la façon de déglutir. Nous proposons de prendre du méthylpolysiloxane.

79

T : Ce phénomène, voyez-vous, est sans gravité. Je vais demander à votre médecin s'il veut bien vous prescrire du polysilane. Il s'agit d'une gelée dont le goût n'est pas désagréable et dont vous prenez une cuillère une heure avant chaque repas, pendant quinze jours. Ce produit élimine la couche de mousse, de sorte que l'air accumulé se trouve libéré et que le malaise disparaît. Ce médicament n'a par ailleurs aucun effet secondaire.

Si les symptômes disparaissent ainsi, nous pouvons être assurés que vous souffrez d'aérophagie. Vous pouvez alors consommer le polysilane sous forme de cachets quand vous éprouvez une impression de ballonnement.

Nous ne connaissons pas d'exercice permettant d'éliminer l'habitude d'avaler de l'air. Nous avons toutefois observé que l'aérophagie a tendance, avec le temps, à diminuer ou à disparaître. Peut-être les exercices de respiration destinés à contrôler l'hyperventilation influencent-ils la déglutition de l'air.

Lorsque l'aérophagie constitue la seule source de malaises corporels, le traitement par le médecin généraliste apparaît, en règle générale, le plus approprié.

## 7. Angoisse, comportement d'évitement et agoraphobie

L'élément « A » du schéma, que nous examinons maintenant, concerne l'ensemble de la nosophobie (*cf.* la conception de Lang présentée p. 42). Le schéma, qui comporte quatre éléments clés, apparaît d'une grande utilité pratique, mais il ne correspond pas à la théorie de Lang.

80

L'hyperventilation, l'aérophagie et les symptômes physiques de surmenage génèrent tous des stimuli intéroceptifs. Du point de vue théorique, ils ne se distinguent guère en ce qui concerne le pouvoir d'activer la structure d'informations. L'angoisse peut être considérée comme un ensemble de signaux intéroceptifs, de processus cognitifs (tels que l'attention et l'interprétation), d'activations de réactions, etc. Elle englobe donc tous les éléments du schéma.

Dans le présent paragraphe, nous nous limitons aux codes des réactions de la représentation, à savoir les réactions autonomes, motrices et verbales, auxquelles s'appliquent les procédures classiques de la thérapie comportementale (l'exposition, la prévention de la réponse et le contre-conditionnement).

On peut facilement comprendre que la personne souffrant de nosophobie adopte des *comportements d'évitement* : elle refuse de rester seule, elle ne fait pas d'effort physique intense ; elle ne sort pas seule (parce que cela tournerait mal »), elle consomme de l'alcool ou des benzodiazépines pour endiguer l'angoisse.

Un moyen idéal pour réaliser la confrontation avec des stimuli anxiogènes est la « prévention de la réponse » (*response prevention*). La manipulation de symptômes physiques n'est pas facile à réaliser, mis à part le cas de l'hyperventilation. Parallèlement au renoncement aux conduites d'évitement (qui sont une composante essentielle de la tendance à l'action de l'émotion), il importe d'apprendre de nouveaux modes d'action qui soient incompatibles avec les tendances à l'action habituelles. Cet apprentissage peut se réaliser à l'aide de visualisations mentales, mais nous préférons commencer, dans le cas d'une nosophobie, par des expositions *in vivo*.

On peut contrer l'évitement de *l'effort physique* en invitant le patient à pratiquer une série d'exercices de gymnastique intenses, par exemple un bon nombre de flexions des jambes. Le thérapeute ne doit pas hésiter à faire les exercices en même temps que le patient et à expliciter ensuite ce qu'il ressent : être hors d'haleine, sentir les battements cardiaques, transpirer, etc.

81

T : Ce que vous ressentez maintenant est sans danger. C'est même très utile. Vous avez dépensé une bonne quantité d'énergie. Pour ce faire, vous avez eu besoin de combustible. En l'occurrence, il s'agit de sucre, qui se trouve transporté grâce au sang. C'est pour cette raison que votre cœur bat si vite. Le cœur est une pompe qui fait circuler maintenant le sang plus vite. Sentez bien votre cœur et rendez-vous compte qu'il fonctionne comme il faut.

Le patient est invité à monter et descendre quelques fois les escaliers chez lui, à des moments où il ressent de l'angoisse.

Dans beaucoup de cas de nosophobies, il est question, à différents degrés, d'agoraphobie. Le patient a peur de faire une crise cardiaque ou de s'évanouir dans la rue et de ne pas être secouru.

L'agoraphobie est très souvent associée à l'hyperventilation. L'anxiété qui apparaît dans la rue, au cinéma ou dans les supermarchés, suscite en général une hyperventilation et enclenche dès lors l'effet de spirale décrit plus haut.

Le thérapeute ne doit pas hésiter à sortir avec le patient pour faire les premières expériences d'*exposition in vivo*. Le cas, cité plus haut, de l'étudiant qui n'osait pas faire le test de provocation, illustre une façon de travailler qui, moyennant des ajustements, peut s'utiliser avec d'autres personnes. Ce jeune homme était extrêmement angoissé lorsqu'il se trouvait dans la rue et ne sortait plus sans accompagnement (il avait été amené en voiture par son père). Immédiatement après l'interruption du test de provocation, le thérapeute est allé dans la rue avec lui. Ayant été informé préalablement du caractère extrême de la peur, le thérapeute lui avait réservé toute une matinée. Il avait émis l'hypothèse que le début du traitement pourrait s'avérer décisif pour la suite

82

des opérations. Pour la sortie dans la rue, il a choisi des chemins de campagne paisibles. Il a expliqué comment réguler la respiration et réorienter l'attention. Le patient a été invité à adopter une expiration lente, sifflante, audible par le thérapeute. Lorsqu'il croisait un passant, il avait pour consigne de continuer à marcher sans faire de bruit. Le thérapeute lui a montré comment rester naturel tout en adoptant une expiration sifflante. Il lui a fait faire des exercices et a corrigé sa manière de les effectuer. Il l'a encouragé à faire une série d'observations dans l'environnement, par exemple bien regarder les différents types de jardinets devant les maisons.

L'objectif d'un tel exercice est d'apprendre à renoncer aux impulsions qui caractérisent l'agoraphobie, à savoir la fuite vers la maison, le contrôle rigide des réactions corporelles, la recherche des possibilités d'être secouru dès qu'une menace apparaît.

Environ dix minutes après le début de cette expérience, le patient est devenu plus calme, il suivait relativement bien les consignes et répondait par un signe de tête aux questions du thérapeute sur l'environnement. La présence du thérapeute constituant un signal de sécurité, le patient a été invité à circuler en prenant petit à petit distance par rapport au thérapeute. Finalement il a pu marcher sans plus voir le thérapeute. On peut évidemment, selon les circonstances, imaginer un grand nombre de variantes de cette procédure.

Le patient est invité à répéter ce genre d'exercice en l'absence du thérapeute. Rappelons que cette forme d'exposition *in vivo*, au cours de laquelle le patient renonce à exercer un contrôle crispé, permet de réduire ou de faire disparaître rapidement l'agoraphobie.

83

Il est très important d'identifier les éventuels *renforceurs secondaires* du comportement d'évitement. L'agent renforçant primaire est toujours de type « négatif », à savoir une réduction

de tension (-S-) <sup>10</sup>. Par exemple, l'évitement de la rue prévient l'apparition de la peur de faire une crise cardiaque hors de chez soi. Des renforçateurs secondaires viennent éventuellement s'y ajouter. C'est notamment le cas lorsque l'attention octroyée par l'entourage constitue un renforcement positif de l'agoraphobie (+S+). La situation est plus compliquée quand l'évitement de la rue permet en même temps de réduire une tension sans rapport avec la nosophobie en tant que telle, par exemple une tension provenant d'une forme de phobie sociale, la peur d'être interpellé en rue et de ne pas pouvoir répondre. Dans ce cas, l'évitement de la rue constitue un renforçateur primaire pour deux phobies différentes. De telles combinaisons de contrôles du comportement apparaissent souvent dans la pratique clinique. Il est important d'y être très attentif.

Le patient C. D., grâce à sa cardiophobie, recevait, bien plus que par le passé, une attention bienveillante de la part de sa femme et de ses enfants (+S+). Sans plus devoir travailler, il recevait chaque mois son salaire, ce qu'il trouvait particulièrement agréable, car son travail lui apparaissait très pénible (+S+). Les symptômes nosophobiques lui permettaient d'éviter toutes sortes de tensions au travail. Il bénéficiait ainsi de deux types de renforcements positifs et de deux types de renforcements négatifs. Les renforcements négatifs concernaient l'évitement des situations jugées dangereuses pour la santé et l'évitement des tensions liées au travail. Deux sources différentes de tensions se trouvaient ainsi réduites par le même comportement d'évitement. Avant le

84

développement de la nosophobie, le patient ne pouvait se permettre de ne pas circuler en rue. Après la mise en place de la nosophobie, ce comportement avait une apparence acceptable. A partir de ce moment, deux types de tensions se trouvaient réduites.

Le patient J. K. éprouvait la peur de s'évanouir en rue et était très préoccupé des réactions qu'auraient les passants s'il gisait par terre, sans connaissance. L'évitement de la rue permettait également de réduire sa peur des jugements négatifs.

Chez une même personne, trois problèmes peuvent se trouver imbriqués : la peur de l'infarctus, la peur de tensions sur le lieu du travail et la peur de jugements négatifs suite à une faiblesse physique. Rester chez soi permet d'éviter les deux premiers problèmes ; se plaindre et dramatiser permet d'éviter le troisième. Une amélioration rapide du problème que le patient a mis en avant (la phobie de la maladie) se trouve plus ou moins entravée par la présence des deux autres. En effet, cette amélioration pourrait signifier que la personne devrait reprendre son travail et que l'entourage avait raison de dire « vous voyez bien que tout cela n'était qu'une façon de se rendre important ».

Dans certains cas, la réponse conditionnelle d'évitement est maintenue principalement par un *renforcement positif*. Il ne s'agit plus alors d'un comportement d'évitement, mais d'un comportement de *manipulation*, par lequel la personne cherche à contrôler son environnement.

Citons le cas d'une femme qui s'est laissée hospitaliser pour traiter une grave nosophobie. Elle ne sortait plus de chez elle, elle faisait fréquemment des crises de panique et exigeait à chaque fois que son mari rentre à la maison. Elle se déclarait devenue incapable de s'occuper de ses enfants. En un mot, depuis plusieurs mois était apparue une situation insupportable, qu'un traitement ambulatoire n'avait pas pu changer. Peu de temps après l'hospitalisation, le problème

---

<sup>10</sup> Suite aux publications d'Aad Burger (université d'Amsterdam), les comportementalistes néerlandais et belges néerlandophones ont pris l'habitude, pour leurs analyses fonctionnelles, de distinguer quatre types de conséquences de comportements opérants et de les noter comme suit : **+S+** désigne l'apparition ou l'augmentation de stimulation appétitive suite au comportement (*renforçateur positif*); **-S-** désigne la réduction ou l'empêchement de stimulation aversive suite au comportement (*renforçateur négatif*); **+S-** désigne l'apparition ou l'augmentation de stimulation aversive suite au comportement (*punition positive*); **-S+** désigne la réduction ou l'absence de stimulation appétitive suite au comportement (*punition négative*) (N.d.T.).

des angoisses a évolué favorablement : les attaques de panique ont disparu, la patiente est allée en ville, d'abord avec d'autres patientes, puis seule. Une observation plus poussée de ses comportements a alors permis une nouvelle hypothèse. La conduite d'évitement, en rapport avec sa cardiophobie (qui était intense et sans doute réelle), est apparue fortement contrôlée par un renforçateur positif : son mari l'assistait dans quantité d'activités ; il était très souvent à la maison. De temps à autre, le mari se fâchait violemment sur sa femme (+S-), mais ce comportement traduisait, lui aussi, le contrôle qu'elle exerçait. Ces colères n'empêchaient nullement le mari de rester très lié à sa femme. Suite au traitement, la peur de la maladie s'est progressivement éteinte. A partir de ce moment, le refus de sortir de la maison n'était plus un comportement d'évitement (-S-), mais une conduite de manipulation, contrôlée par un renforçateur positif (+S+). La femme parlait encore de sa peur de l'infarctus pour justifier l'évitement des sorties, mais c'était une manière de « manipuler » son mari. On peut dire que sa peur avait pris une tournure « inauthentique ».

## 8. Exercices comportementaux et suite des séances

Il est conseillé de faire revenir le patient rapidement après le premier entretien — par exemple deux jours plus tard — du moins s'il souffre d'une nosophobie intense associée à de l'hyperventilation et des attaques de panique. En effet, le patient a reçu beaucoup d'informations — quand bien même elles étaient concises — et il a été invité à effectuer des exercices précis, qu'il n'a peut-être pas bien compris. Il est important de rectifier le plus tôt possible sa façon de procéder car, pour ce type de patient, des progrès rapides sont hautement souhaitables.

86

Une tâche importante consiste à lire des *brochures* relatives à la nosophobie et à l'hyperventilation (*cf.* annexes 1 et 2). Les explications données peuvent ainsi être revues et approfondies. Le patient est invité à indiquer, dans la marge du texte, des points d'interrogation pour tout élément qu'il ne comprend pas, des points d'exclamation pour les informations qu'il juge importantes, des tirets pour les notions avec lesquelles il est en désaccord. A la séance suivante, le thérapeute commence par demander au patient s'il a lu la brochure et quelles sont les questions en suspens. Nous avons constaté que la plupart des patients lisent plusieurs fois la brochure, qu'ils ont l'impression qu'elle a été écrite spécialement pour eux et que chaque relecture leur permet de nouvelles découvertes.

Lorsque le patient doit effectuer des *exercices*, par exemple des activités physiques ou des exercices respiratoires, il importe de bien préciser la fréquence, le moment et le lieu. Certains patients, qui vivent dans un espace réduit et qui ne sont pas habitués à se retirer dans une pièce, n'osent pas effectuer ce genre d'exercice en présence de membres de la famille, parce qu'ils craignent de paraître ridicules. L'entraînement à l'affirmation de soi (assertivité) étant inopportun à ce stade, le thérapeute doit envisager avec le patient les conditions concrètes dans lesquelles il peut effectuer tranquillement ses exercices.

La seconde consultation est l'occasion de poser quelques questions concernant l'éventuel *partenaire* et d'envisager la possibilité de le faire accompagner à la séance suivante. Le thérapeute n'essaie pas d'impliquer le partenaire comme co-thérapeute, mais plutôt comme une sorte de co-patient (encore que cela ne soit pas dit de cette façon). En effet, les partenaires sont étroitement — et de diverses façons — concernés par le problème. Ils partagent la peur du patient pour l'infarctus. Ils peuvent renforcer cette peur en accordant de l'attention au patient et en lui

87

apportant de l'aide pour ses conduites d'évitement. Sans doute peuvent-ils à un stade ultérieur se fâcher, notamment après que le médecin a déclaré l'absence d'une maladie réelle. En se fâchant, les partenaires provoquent une augmentation des symptômes. Finalement, ils ne savent plus que

faire et se replient. En un mot, leur implication dans le trouble est inévitable et peut rendre nécessaire une participation à la thérapie. Le fait que le thérapeute puisse à cette occasion découvrir des problèmes relationnels d'une nature foncièrement différente ne peut entraîner une mise entre parenthèses des plaintes nosophobiques. Si le patient le souhaite, on pourra revenir à ces autres problèmes par la suite. Au stade présent, il suffit généralement d'une ou deux séances avec le couple pour impliquer le partenaire dans la thérapie.

Beaucoup de patients utilisent l'*alcool* et/ou des *médicaments* pour réduire leurs tensions. Un médecin généraliste a souvent depuis longtemps prescrit des tranquillisants dont le patient ne peut plus maintenant se passer. Ce comportement d'évitement doit lui aussi être supprimé grâce à l'application d'une série de règles valables pour le traitement des différents types de phobies. Après un entretien avec le médecin, qui donne généralement son accord aux propositions du psychothérapeute, nous présentons sans tarder une procédure destinée à diminuer la consommation de médicaments. Un procédé important pour la période durant laquelle le patient pourrait s'abstenir totalement de médicaments, mais n'ose pas s'en passer, est de garder sur soi un ou deux comprimés comme « signal de sécurité ». Si la personne s'angoisse au point de ne plus pouvoir exercer un contrôle sur elle-même, elle peut consommer une pilule de secours. Dans ce cas, le processus d'élimination du médicament peut inclure des moments durant lesquels le patient renonce à emporter des comprimés. Le thérapeute doit suivre cette évolution de près et y consacrer beaucoup d'attention.

88

Dans les séances suivantes, le thérapeute doit *vérifier* convenablement si le patient a bien compris une série d'informations. Il ne doit pas hésiter à poser des questions en vue de s'en assurer.

T : « Vous êtes-vous bien exercé à faire vos exercices de respiration ? O.K. Répétons-les encore une fois. Sans doute le mieux est-il de me montrer comment vous avez fait les exercices. » Ou encore : « si un ami vous demandait ce qu'est l'hyperventilation, qu'est-ce que vous répondriez ? » (le patient donne une réponse incomplète ou incorrecte) ; « Voyez-vous, l'important n'est pas de pouvoir expliquer parfaitement à votre ami ce dont il s'agit, mais de bien comprendre qu'il est question ici d'air expiré et de gaz carbonique. Si vous expirez trop rapidement, vous éprouvez des sensations qui vous inquiètent. Il faut expirer lentement (éliminer lentement le CO<sub>2</sub>) ou bien, dans les cas graves, respirer au travers d'un morceau de tuyau d'arrosage (ce qui permet de ré-inspirer une partie du CO<sub>2</sub> éliminé en trop grande quantité). »

La deuxième séance se déroule généralement plus calmement que la première, du moins si le patient a constaté une diminution du niveau de l'angoisse ou de la fréquence des attaques de panique. Après avoir examiné comment ont été faits les exercices comportementaux, d'autres petits exercices sont introduits. Le patient est incité à aller de l'avant. Souvent on peut déjà commencer à traiter le syndrome de surmenage, dont il sera question au prochain paragraphe. Habituellement on introduit, au cours de cette séance ou de la suivante, des exercices de relaxation qui se terminent par des exercices respiratoires.

89

## 9. Le syndrome de surmenage

Dans le schéma mentionné plus haut, l'élément « S » désignait des symptômes physiques : phénomènes provoqués par l'hyperventilation ou l'aérophagie, troubles fonctionnels tels que céphalées chroniques, maux d'estomac, transpiration, moiteur des mains, tremblements, dorsalgies, troubles intestinaux, tachycardie, douleurs à la poitrine, etc.

Les troubles fonctionnels sont le plus souvent l'effet du surmenage ou de problèmes émotionnels qui durent depuis des années et qui peuvent se résumer par le terme *stress*. Dans

certains cas, l'effet se limite à un ou deux troubles fonctionnels, dans d'autres, tout un ensemble de symptômes apparaît et l'on peut parler alors de « syndrome de surmenage ». Ce thème ne peut être abordé ici en détail, mais il doit cependant être évoqué, car une interprétation erronée de troubles fonctionnels peut être le point de départ d'une nosophobie, qui peut devenir à son tour une nouvelle source de surmenage.

Un bon nombre de personnes souffrant de nosophobies de ce type aboutissent chez un psychothérapeute, tandis qu'une proportion élevée d'autres nosophobies peut s'améliorer grâce aux conseils de médecins généralistes. Il est d'ailleurs souhaitable que les médecins puissent entretenir de bons contacts avec des psychologues et des psychiatres, notamment pour les cas de nosophobies. Une consultation d'ordre psychologique se justifie dès que l'hyperventilation entre en jeu et que des informations tranquilisantes ne permettent pas de résoudre le problème. L'expérience clinique montre que, même dans des cas de nosophobies relativement simples, plusieurs séances sont nécessaires pour donner des explications satisfaisantes et faire des exercices. Un médecin peut mieux utiliser ce temps en s'occupant de maladies somatiques complexes qui relèvent spécifiquement de sa compétence.

Le thérapeute peut examiner de différentes façons si la source de la nosophobie se trouve en partie ou essentiellement dans des troubles fonctionnels. Il peut voir, en fonction de ce que dit le patient ou la personne qui l'a envoyé, si des facteurs de stress agissent depuis longtemps. Il peut déduire à partir de la nature des symptômes et du test de provocation, si les manifestations physiques sont en partie ou avant tout la conséquence de l'hyperventilation ou de l'aérophagie.

90

L'hypothèse formulée doit être discutée soigneusement avec le patient. Celui-ci doit en effet comprendre et accepter que sa peur de la maladie n'est pas justifiée par la réalité physique et que des problèmes psychiques sont à la base de ses symptômes fonctionnels.

Lorsque la personne qui souffre de nosophobie a admis que le surmenage est à la source de sa phobie, il importe de rechercher quels en sont les déterminants majeurs. Ce faisant le thérapeute peut rencontrer un comportement de résistance, comme on en observe chez d'autres personnes surmenées qui demandent de l'aide, mais qui ne souffrent pas de nosophobie. Celles-ci refusent souvent de reconnaître une relation entre les symptômes de surmenage et les autres problèmes émotionnels. Elles cherchent la cause de leurs souffrances avant tout en dehors d'elles-mêmes, dans le travail ou ailleurs.

La structure du problème peut se formuler de la façon suivante :

Stress (par exemple des formes d'anxiété sociale ou de phobie de l'échec) → troubles fonctionnels (faisant ou non partie du syndrome de surmenage) → nosophobie.

La phobie de la maladie est le problème terminal de ce processus et en même temps celui qui amène la personne à consulter. Le patient méconnaît le caractère fonctionnel de ses souffrances. Pour lui, il s'agit de symptômes d'un grave état de danger de l'organisme. Lorsque le patient accepte de reconnaître la nature fonctionnelle des troubles physiques, la voie s'ouvre pour explorer l'histoire de ses expériences passées. Il peut opposer des résistances si les facteurs de surmenage doivent être recherchés d'abord dans ses problèmes psychologiques plutôt que dans l'environnement.

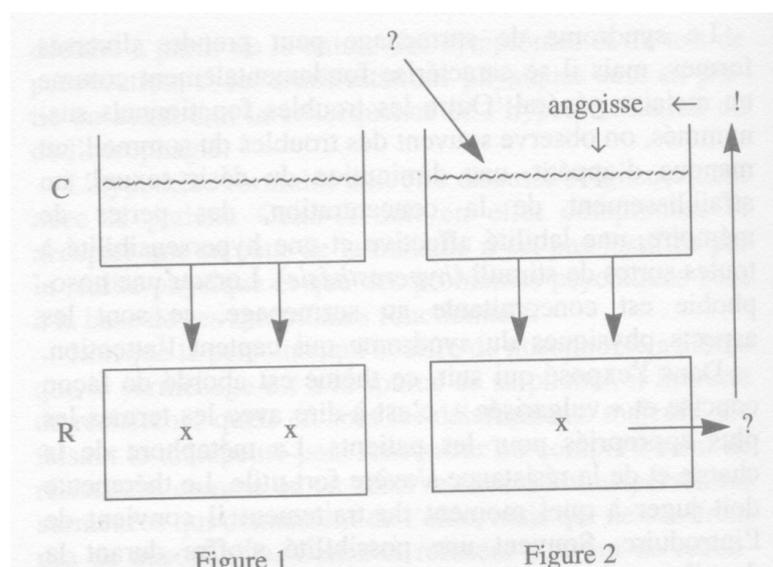
91

Le syndrome de surmenage peut prendre diverses formes, mais il se caractérise fondamentalement comme un malaise général. Outre les troubles fonctionnels susnommés, on observe souvent des troubles du sommeil, un manque d'appétit, une diminution du désir sexuel, un affaiblissement de la concentration, des pertes de mémoire, une labilité affective et une hypersensibilité à toutes sortes de stimuli (*hyperesthésie*). Lorsqu'une nosophobie est concomitante au surmenage, ce sont les aspects physiques du syndrome qui captent l'attention.

Dans l'exposé qui suit, ce thème est abordé de façon concise et «vulgarisée», c'est-à-dire avec les termes les plus appropriés pour les patients. La métaphore de la charge et de la résistance s'avère fort utile. Le thérapeute doit juger à quel moment du traitement il convient de l'introduire. Souvent une possibilité s'offre durant la deuxième séance, du moins si le patient a compris que l'étiquetage de son problème est peut-être erroné. En principe ce thème doit être abordé de façon soigneuse, mais cependant sans trop attendre, car son explication contribue à une meilleure compréhension des symptômes redoutés.

T : Pour vous expliquer ce dont il s'agit, le mieux est peut-être d'utiliser un dessin (fig. 1). Ce rectangle représente votre organisme et la cuve qui se trouve au-dessus symbolise la charge qu'il supporte (C). Chaque individu doit porter une charge : il fait des études, il est responsable d'une famille, il doit aller travailler, etc. Comparez cela à une cuve remplie d'eau. Lorsque la cuve se remplit davantage — par exemple lorsque vous entrez dans la période des examens —, vous allez compenser, serrer les dents. Lorsque la charge augmente encore, à un point tel que vous vous sentez dépassé, vous décompensez. Autrement dit, votre résistance (R) n'est plus suffisante et des problèmes deviennent apparents. Nous indiquons cela par ces petites croix. C'est aux points faibles de votre système de résistance que vous allez commencer à percevoir le surmenage. Chez vous, c'est la douleur dans la poitrine...

92



Le thérapeute doit évoquer ici la situation du patient de la façon la plus concrète possible. Il dessine la figure 1 en donnant des explications, puis il évoque la nosophobie.

T : Vous n'aviez pas réalisé que la douleur dans la poitrine est un signal de surmenage. Lorsque vous vous êtes demandé quelle pourrait être la cause de cette douleur (cf. le « ? » de la figure 2), vous avez pensé, brusquement ou petit à petit, que ce pourrait être le signe avant-coureur d'un infarctus (cf. le « ! »). Vous avez eu très peur et vous avez ainsi contribué vous-même à une forte augmentation de la charge. Dès lors, la douleur est apparue plus souvent ou plus intensément. Vous retrouvez ainsi l'effet de spirale dont nous avons déjà parlé.

A l'avenir, il est important de faire deux choses : vous devez apprendre à cesser de « remplir votre cuve » en croyant sans cesse que vous allez subir un infarctus ; nous devons chercher ensemble les éléments qui ont surchargé votre « cuve ». Je connais des personnes qui ont vécu stressé pendant de longues années parce qu'elles redoutaient le jugement des autres

ou parce qu'elles étaient tellement minutieuses dans tout ce qu'elles faisaient qu'elles ont fini par ne plus tenir le coup.

93

Le thérapeute peut formuler de cette manière des hypothèses concernant la «charge» qui pèse sur le patient. Très souvent le patient confirme cette conception, parfois d'abord de façon non verbale.

Ensuite la thérapie peut poursuivre deux objectifs. En ce qui concerne la nosophobie, on entre dans la phase de résolution ; concernant les autres problèmes, on se trouve encore au stade de l'inventaire des problèmes et du choix de ceux qu'on va traiter. Cette dualité se manifeste au cours des séances par le fait que le thérapeute consacre du temps à chacun des thèmes, mais que, progressivement, il en consacre moins à la nosophobie.

Nous sommes d'avis qu'il est peu utile, voire même inutile, de faire un inventaire soigneux des troubles fonctionnels et de leurs antécédents. Nous avons en effet constaté que lorsque des troubles fonctionnels sont apparus, ils peuvent très facilement surgir de façon autonome. Le mieux est d'en informer le patient et de ne pas l'engager à noter et analyser le moindre malaise. On peut lui expliquer, à titre d'exemple, pourquoi certaines personnes éprouvent ce type de symptômes au début des vacances : à ce moment, le processus d'activation émotionnelle n'est pas encore adapté à la période de repos. De toute façon, l'expérience clinique a montré que la nosophobie peut avoir entièrement disparu alors que des troubles fonctionnels peuvent encore apparaître et diminuer seulement de façon progressive. Lorsque ces troubles réapparaissent, il est important que le patient les interprète comme un signal de surmenage. Le patient dispose à présent d'une espèce d'indicateur de stress ou de «tensiomètre» et il peut rechercher pourquoi il est à ce point tendu.

## Extraits du rapport d'une prise en charge

A titre d'illustration, voyons des extraits de la thérapie d'un homme de 46 ans, directeur financier dans une moyenne entreprise.

94

Le patient a été envoyé par le médecin du travail. Il se présente avec les plaintes suivantes : difficulté de concentration, apathie, tensions, fatigue, troubles du sommeil, beaucoup de ruminations mentales. Il souffre également de céphalées. Les symptômes de surmenage sont apparus depuis six mois. Le patient est sujet à des céphalées depuis l'école primaire, mais celles-ci ont manifestement augmenté en fréquence et en intensité depuis trois ans et surtout les six derniers mois. D'autre part, il souffre depuis seize années de migraines.

Ces symptômes l'empêchent de bien faire son travail et ont provoqué une aversion pour le travail. Depuis six mois il est en congé de maladie. Il y a six mois il a essayé de reprendre le travail à mi-temps, mais il n'a pas pu s'y maintenir.

- Extrait de la phase diagnostique : *Choix des problèmes à traiter*

On a commencé par les problèmes «terminaux», malgré le fait qu'ils n'étaient pas les plus importants. Il y avait trois raisons de procéder ainsi. Ces problèmes apparaissaient omniprésents : le patient ne parvenait pas à parler d'autre chose que des symptômes de surmenage et de tristesse. D'autre part, le surmenage constituait un obstacle majeur à l'auto-observation. Dès lors, il apparaissait que le meilleur point de départ consistait à travailler la question du surmenage et à en découvrir les facteurs. Enfin cette démarche correspondait précisément aux attentes du patient (approche « centrée-sur-le-patient »)

L'examen des causes du surmenage a été facilité par la diminution des symptômes. Il est alors devenu clair que la peur d'être jugé avait largement contribué à l'hyperactivité et finalement au syndrome de surmenage.

95

- Extrait de la phase de traitement : *Le syndrome de surmenage*

Le thérapeute a commencé par donner des explications concernant le syndrome de surmenage, les symptômes, la signification du rapport entre la charge et la résistance. A ces explications, il a articulé des exercices et des règles visant à diminuer la charge et à favoriser la détente.

Il s'est avéré difficile de dissuader le patient de reprendre le travail à plein temps le plus rapidement possible. Le thérapeute a constamment attiré l'attention du patient sur le danger de vouloir résoudre avec acharnement le problème de la tension excessive. Il a expliqué que plus on tend de façon crispée vers ce but, plus on se maintient dans un état de surmenage et on demeure incapable de reprendre pleinement le travail.

Le patient a éprouvé une difficulté considérable à suivre cette proposition. Ce constat a largement contribué à lui faire comprendre que l'angoisse de l'échec et la peur d'être jugé constituaient les sources de sa dérive. Il a fallu lui rappeler sans cesse cette explication jusqu'à ce qu'elle ne soit plus simplement une construction rationnelle, mais qu'elle agisse comme une *Aha-Erlebnis*. De cette façon le patient a pu se focaliser davantage sur le problème de la peur de l'évaluation et de l'échec.

97

## 4. Variantes de nosophobies

Un cas fréquent de nosophobie est la *peur de s'évanouir*. Le traitement n'est pas foncièrement différent parce que, même s'il n'est guère ici question de la menace d'une mort imminente, la personne perçoit l'évanouissement comme un événement redoutable et peut, comme dans d'autres cas de nosophobie, faire une crise de panique. En interrogeant la personne, on constate en général qu'elle n'a jamais réellement perdu connaissance. Quand on lui demande ce qui se passerait si elle s'évanouissait dans la rue, on voit qu'elle attache beaucoup d'importance aux spectateurs et au jugement négatif qu'ils pourraient émettre. Dans ce cas, la problématique est souvent rapidement reformulée dans le sens d'une angoisse d'être jugé négativement par les autres.

A titre d'illustration, voyons des extraits d'un plan de traitement.

### Résumé d'un plan de traitement

*Objectif* : se libérer de réactions phobiques aux jugements (estimés) négatifs.

*Moyens* :

A. Apprendre des conduites de confrontation, grâce à :

1. la sélection de situations
2. la recherche de comportements d'ajustement (*coping*) convenant au patient
3. des exercices de jeux de rôle effectués par visualisation mentale, *in vivo* ou par imitation (*modeling*).

98

B. Éventuellement prendre comme point de départ la composante physiologique, grâce à :

1. l'apprentissage de la relaxation
2. des exercices respiratoires.

## Procédures

### A. Apprentissage de comportements de confrontation

1. Sélection de situations. — La patiente recherche des situations dans lesquelles le stimulus conditionné peut apparaître. Elle les note et les range en fonction de l'intensité de l'angoisse qui s'y rattache. Cette recherche continuera tout au long des prochaines séances. La procédure de traitement peut débuter dès qu'une situation est bien concrétisée. Dans la mesure du possible, le thérapeute regroupe des situations.

2. Recherche de comportements d'ajustement. — Le thérapeute énonce le stimulus essentiel<sup>11</sup> : « Vous vous trouvez dans un magasin, vous étouffez, vous vous demandez si les gens le voient et ce qu'ils pensent... Que pensez-vous qu'ils pensent ? » Explicitiez les anticipations anxieuses.

Le thérapeute ramène ces idées au niveau de la réalité et demande : « Que feriez-vous si ces gens *disaient* ce qu'ils pensent ? Cherchez deux possibilités de réagir. » Ensuite le thérapeute demande de choisir le meilleur des deux moyens et d'accomplir celui-ci en imagination.

99

La patiente suit ces propositions et déclare : « Je suis gênée par l'hyperventilation. » Le thérapeute demande ce qui va alors se passer. La patiente répond : « Les gens pensent : *elle veut se faire remarquer*. » Le thérapeute : « Que feriez-vous si des gens vous disaient ou disaient entre eux que vous vous faites remarquer ? Cherchez deux façons de réagir, etc. Le cycle se termine lorsque la patiente a trouvé une manière de réagir grâce à laquelle elle ne se sent plus dépendante des autres (*coping*).

Après la séance, la patiente peut écouter plusieurs fois l'enregistrement sur cassette<sup>12</sup> et faire des annotations en vue de nouvelles situations.

3. Exercices. — La procédure précédente constitue déjà une forme d'exercice. On peut rendre celui-ci plus explicite grâce à un jeu de rôle. Il importe toutefois de noter que beaucoup de stimuli conditionnés ne se rencontrent pas dans la vie quotidienne. Grâce au jeu de rôle, le thérapeute peut mettre en scène un large éventail de réactions de spectateurs et il peut, à cette occasion, attirer l'attention de la patiente sur ses cognitions dysfonctionnelles.

B. (Ne sera pas ici explicité). Bien expliquer à la patiente le caractère circulaire de la réponse émotionnelle conditionnée. Lui apprendre à mieux gérer les dérégulations végétatives. Ne commencer les exercices respiratoires que lorsque la procédure « A » est bien engagée, sinon ces exercices peuvent revêtir une fonction d'évitement (« j'apprends à dissimuler mon malaise de sorte que les autres ne le remarquent pas »).

100

Un autre groupe important de nosophobies sont les phobies de maladies chroniques telles que le *cancer* et le *sida*. En principe celles-ci ne sont pas d'une nature différente des phobies envisagées

---

<sup>11</sup> Un « stimulus essentiel » est un stimulus qui provoque de façon spécifique la réaction problématique. Un stimulus « secondaire » ou « annexe » contribue de façon limitée à l'apparition de la réaction ou de certains de ses aspects (N.d.T.).

<sup>12</sup> Les comportementalistes hollandais font fréquemment usage d'enregistrements audio ou vidéo. Ainsi il est courant que le thérapeute fasse, à chaque séance, un double enregistrement de l'entretien. A l'issue de la consultation, le client reçoit une cassette qu'il peut écouter tranquillement chez lui et à laquelle il peut réagir. Le thérapeute conserve une copie qui lui permet de réentendre une séance en entier ou en partie (N.d.T.).

plus haut, c'est-à-dire des phobies qui s'accompagnent d'angoisses et de crises de panique. Il y a toutefois quelques différences qui tiennent à la topographie spécifique des symptômes. D'une part, il s'agit le plus souvent de symptômes qui apparaissent moins comme des événements ponctuels que de façon chronique et latente (par exemple la fatigue, une sensation sourde plus ou moins continue dans la tête, une gêne lancinante dans certains muscles). D'autre part, les symptômes apparaissent moins liés à des processus physiologiques, comme l'hyperventilation, que l'on peut facilement influencer. Parfois il s'agit de symptômes qui sont apparus dans ce contexte, mais qui sont devenus autonomes au cours du temps ; parfois il s'agit de symptômes qui sont maintenus principalement par des composantes cognitives (la focalisation de l'attention, des anticipations).

Selon notre expérience, les symptômes et la théorie de la maladie sont, chez la plupart de ces personnes, moins facilement influençables que chez celles qui souffrent d'hyperventilation et de panique (chez ces dernières, les symptômes et la théorie de la maladie peuvent assez facilement être modifiées grâce au test de provocation et des exercices). Dans les cas de phobies du *sida* et du *cancer*, l'accent doit être porté davantage sur la stratégie de l'«exposition». Après que les examens médicaux ont exclu la réalité de ces maladies, on apprend au patient à affronter l'expérience de ces symptômes sans chercher (mentalement ou autrement) à y échapper le plus rapidement possible. Autrement dit, l'objectif est d'apprendre au patient à éprouver des symptômes sans activer une tendance à l'action destinée à contrôler ou à éviter. Beaucoup de personnes comprennent cette stratégie comme une « attitude d'abandon » laisser surgir et durer les symptômes sans s'y opposer de façon crispée. Dans certains cas, une forme de relaxation rapide facilite la mise en place de cette disposition. Au début, cette sorte d'acceptation des

101

symptômes se réalise difficilement et parfois ne réussit pas du tout. Il est opportun d'expliquer au patient que cet apprentissage est comparable à celui d'autres habiletés, telles que par exemple la conduite automobile : au début l'apprentissage réclame beaucoup d'attention et d'efforts, et s'accompagne de beaucoup d'erreurs. La pratique répétée permet cependant une réalisation plus facile et de plus en plus de résultats.

Une autre variante est la *dysmorphophobie*, la peur d'une dysmorphie corporelle souvent minime ou à peine perceptible. Cette phobie a souvent l'aspect d'une croyance délirante isolée. Nous renvoyons à Thomas (1984) pour son traitement.

Orlemans, Hans & Van den Bergh, Omer (1997) *Phobies intéroceptives et phobies de maladies*.  
Traduction et préface de J. Van Rillaer. Paris : PUF, Coll. Nodules, 128 p.

Pages 103 à 113

## ***Annexe 1.***

### ***Brochure d'information sur la peur de maladies graves***

Vous avez constaté des symptômes qui vous inquiètent beaucoup. Votre médecin vous a assuré qu'en réalité il n'y a pas de danger : vous n'êtes pas malade. Cependant, vous continuez à éprouver des symptômes. On peut dès lors comprendre que vous soyez préoccupé(e). En fin de compte vous n'êtes pas réellement malade, vous souffrez d'une phobie de la maladie.

La présente brochure explique comment ce type de phobie peut apparaître et comment s'en libérer.

### ***Qu'est-ce que la phobie de la maladie ?***

La personne qui souffre d'une phobie de la maladie a tendance à croire, dès qu'elle constate un symptôme, qu'elle est atteinte d'une maladie grave. Si vous pensez cela, vous devenez plus tendu(e) et anxieux(se), et de ce fait vous ressentez davantage de symptômes.

Vous souffrez sans aucun doute de troubles, mais pas d'une maladie grave. Vous pensez néanmoins que vos symptômes sont le signe d'une maladie.

Quelques exemples :

- Vous avez mal à la poitrine et vous croyez être au bord de l'infarctus ;
- Vous avez souvent mal à la tête et vous craignez d'avoir une tumeur cérébrale ;
- Vous avez mal au ventre et vous avez peur d'avoir le cancer.

### ***L'angoisse et les tentatives de rassurer***

Vous avez consulté votre médecin. Après vous avoir examiné(e), il vous a rassuré(e) : l'examen n'a pas livré d'anomalies, il n'y a aucune indication de maladie sérieuse. Cependant, après quelque temps, vous avez à nouveau éprouvé des malaises ou des douleurs. Vous avez alors craint qu'il y ait malgré tout un dysfonctionnement et que le médecin se soit trompé. Vous êtes peut-être allé à nouveau en consultation. Le médecin vous a assuré une fois de plus que vous ne deviez pas vous inquiéter. Suite à cette conversation, vous avez été à nouveau un peu tranquilisé(e), jusqu'au moment où des symptômes sont réapparus. Les choses ont ainsi continué : vous éprouvez des symptômes, vous avez peur et vous pensez que vous couvez une maladie.

### ***Autres angoisses***

Les personnes qui souffrent d'une phobie de la maladie vivent continuellement dans l'angoisse d'une maladie dont elles ne souffrent pas en réalité. Cette peur s'accompagne parfois d'autres peurs, comme l'agoraphobie, la peur de rester seul(e) ou la peur de faire un effort physique. Ces problèmes sont engendrés non par une véritable maladie, mais par l'angoisse. Certaines personnes sont rapidement angoissées, elles réagissent intensément à des situations inquiétantes ou angoissantes.

## ***L'entourage***

Des membres de la famille ou des amis disent peut-être que vous n'êtes pas réellement malade et que vous cherchez en fait à attirer l'attention. Ceci vous irrite ou vous désole parce que vous souffrez réellement.

Certaines réflexions peuvent renforcer votre angoisse, par exemple quand on vous dit : « Moi j'irais encore une fois voir un médecin. On ne sait jamais. »

## ***Les causes de vos symptômes***

Il est souvent difficile de connaître l'origine exacte des symptômes qui ont alimenté une phobie de la maladie. Si vous courez à toute allure, vous comprenez la cause d'un point de côté. Si vous êtes fiévreux(se), que vous avez mal à la tête et que vous tousez, vous songez à la grippe. Tout cela semble évident. Par contre, vous êtes moins sûr(e) de la cause de douleurs dans la poitrine ou dans le ventre, d'étourdissements, d'oppressions, d'un nœud dans la gorge, d'une grande fatigue et d'autres troubles de ce genre.

Vos symptômes peuvent avoir de multiples causes. Souvent on peut les attribuer à des tensions ou à du stress. Des tensions peuvent vous amener, sans que vous en preniez conscience, à contracter vos muscles. A la longue vous allez ressentir des douleurs.

Vos symptômes peuvent également trouver leur source dans une respiration inadaptée. L'hyperventilation produit toute une série de symptômes, par exemple une sensation d'oppression, une transpiration plus forte, de la tachycardie, l'impression d'être sur le point de s'évanouir. Ces phénomènes peuvent vous rendre très anxieux(se), du moins si vous n'en comprenez pas le mécanisme. L'hyperventilation produit des phénomènes inquiétants, mais qui ne sont pas réellement dangereux.

De cette manière, par suite d'angoisses et de tensions durables, vous pouvez développer des symptômes corporels.

## ***Les causes de stress***

Il y a beaucoup de situations qui peuvent engendrer des tensions. Exemples.

- Quelqu'un peut, au fil des années, devenir de plus en plus méticuleux et dès lors éprouver de plus en plus de tensions à vouloir tout bien faire et à craindre de commettre des erreurs.

- La personne fort timide éprouve du stress dès qu'elle doit dire ou faire quelque chose en présence d'autres. Elle pense toujours qu'on va la trouver « bête ».

- De multiples événements peuvent provoquer du stress : un examen, un nouvel emploi, une longue maladie ou la mort d'un être cher.

Bien souvent le problème est que la personne est peu consciente des tensions qu'elle subit, mais qu'elle l'est tout à fait des symptômes physiques qui en découlent.

## ***Des habitudes de pensée***

Les phobies de la maladie sont alimentées par trois habitudes de pensée qui peuvent avoir des conséquences néfastes.

Supposez que vous ayez mal à la poitrine, que ceci soit la conséquence de tensions et que vous ne compreniez pas le lien de cause à effet. Vous commencez par penser que ce trouble va passer, mais lorsqu'il réapparaît vous pensez anxieusement : « Est-ce que j'aurais quelque chose au

cœur ? » Vous êtes d'autant plus facilement pris(e) de peur qu'un proche a fait récemment un infarctus ou que vous avez assisté à une émission télévisée sur les maladies cardio-vasculaires.

Vous collez alors une étiquette erronée sur votre douleur. Au lieu de l'étiqueter « douleur de tension », vous utilisez l'appellation « infarctus ». Ce processus s'appelle l'**étiquetage erroné**.

Vous pouvez également, alors que vous ne ressentez pas de symptômes, être en état d'attente à l'égard de leur réapparition. Vous n'éprouvez pas de douleur, mais vous pensez : « Est-ce que cela va revenir ? Pourvu que ça ne réapparaisse pas. » A ce moment vous n'avez pas de symptômes, mais vous appréhendez de façon tendue leur retour éventuel. Vous pouvez alors vous attendre à ce qu'ils réapparaissent. Ce processus s'appelle l'**anticipation**.

Finalement les personnes qui souffrent d'une phobie de la maladie deviennent extrêmement attentives à tout ce qu'elles ressentent. Elles portent trop d'**attention** à leur corps. Elles remarquent les moindres douleurs ou tensions. Rien ne leur échappe. Ce faisant, elles produisent le résultat inverse de ce qu'elles souhaitent : plus elles s'observent, plus elles éprouvent des sensations. Elles remarquent alors des phénomènes qui existaient déjà, mais auxquels elles n'avaient jamais accordé d'attention parce qu'ils ne les troublaient pas.

Nous proposons de réunir sous l'expression « penser erronément » ces trois habitudes mentales :

étiqueter de façon fautive,  
anticiper des troubles et  
être hyperattentif aux sensations corporelles.

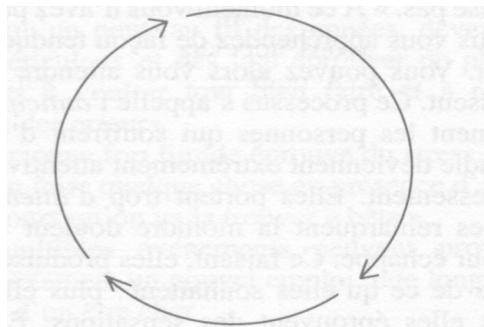
### ***Un cercle vicieux***

A cause de ces habitudes de pensée, les symptômes et l'angoisse se renforcent mutuellement. Un cercle vicieux s'installe ; il se développe comme suit :

1. L'angoisse et les tensions engendrent des symptômes physiques.
2. Vous collez une étiquette erronée sur vos symptômes.
3. Ces idées « inadéquates » suscitent à leur tour de l'angoisse...

Donc : angoisse ⇒ symptômes ⇒ pensée erronée ⇒ angoisse.  
On peut représenter cet enchaînement sous forme d'un cercle :

Angoisse et tensions



Idées « erronées »

Symptômes physiques

Le schéma circulaire indique bien qu'une personne souffrant d'une phobie de la maladie « tourne en rond » et contribue elle-même, sans s'en rendre compte, à la production et au maintien de symptômes physiques.

### ***Exemple 1***

Stress ⇒ douleur dans la poitrine ⇒ étiquetage erroné (« c'est peut-être bien un infarctus ») ⇒ anxiété ⇒ augmentation de la douleur dans la poitrine ⇒ conviction d'être atteint d'une maladie cardiaque ⇒ redoublement de l'angoisse, etc.

### ***Exemple 2***

Pas de symptômes ⇒ anticipation (« oh, pourvu que la douleur ne réapparaisse pas ») ⇒ angoisse et tension ⇒ douleur dans la poitrine, etc.

(Dans ce cas, la douleur est provoquée par les anticipations anxieuses de la personne elle-même).

### ***Vous ne parvenez pas à modifier la situation***

Vous comprenez à présent comment une phobie de la maladie apparaît et se renforce. Le problème est de rompre le cercle vicieux maintenu par des habitudes de pensée que nous avons appelées « penser erronément ».

Si vous parvenez à modifier cet enchaînement, la phobie de la maladie disparaît. Ce n'est pas facile : la pensée erronée est devenue une habitude bien enracinée ; des habitudes de ce type ne se modifient hélas pas rapidement.

### ***La déconstruction d'une habitude***

Les habitudes se développent progressivement et s'ancrent de plus en plus. Des habitudes comme celles dont vous souffrez ne peuvent s'éliminer comme par enchantement. Vous allez devoir faire des exercices. Chaque fois que des symptômes apparaissent, vous pouvez contrer vos anciennes habitudes de pensée, vous pouvez y apposer une autre étiquette et vous dire : « Ce que je ressens est désagréable, mais ce n'est pas dangereux. »

Si vous connaissez la cause de vos symptômes — par exemple tel agent stressant —, formulez-la clairement pour vous-même. Essayez de vous rendre compte si vous avez été tendu(e) ou si vous avez travaillé de façon trop méticuleuse.

Vous pouvez également vous exercer à adopter délibérément des conduites qui provoquent des symptômes. Le thérapeute peut vous y aider : vous pouvez respirer très vite et très profondément de manière à hyperventiler, ou vous pouvez faire un effort important de façon à éprouver une accélération cardiaque intense. Comprenez bien que si vous pouvez provoquer vous-même les symptômes, ils ne peuvent pas être la manifestation d'une maladie cachée.

Vous pouvez souvent constater que vous anticipez les symptômes. Lorsque vous vous en rendez compte, rappelez-vous que cette attente anxieuse contribue à l'apparition des symptômes.

Essayez de ne pas être sans cesse centré(e) sur votre corps. Vous vous observez trop, sans que vous vous en rendiez compte. En particulier lorsque vous êtes seul(e) et que vous n'avez rien à faire, il est important de chercher à vous occuper autrement. Veillez à avoir une activité ou essayez de penser à un thème qui vous passionne. Si des pensées relatives au corps apparaissent

à ce moment-là, essayez de revenir à votre occupation. Recommencez patiemment l'opération, même si vous devez vous y reprendre vingt ou trente fois de suite. Au bout d'un moment, vous allez voir que vous êtes réellement intéressé(e) par autre chose que votre corps et que vous n'avez pas éprouvé de symptômes physiques.

### ***Ne pas demander de l'attention***

Lorsque vous parlez de vos symptômes à d'autres personnes, elles y accordent de l'attention. De ce fait, les symptômes vont souvent renforcer vos craintes. Pour vous, la chose la plus difficile à faire est peut-être de ne pas se plaindre. C'est cependant ce qu'il faudrait apprendre. Pour cette raison, le thérapeute va parfois inviter votre partenaire à vous accompagner à la consultation. Demandez à votre partenaire de lire la présente brochure. Convenez entre vous de ne plus accorder de l'importance à vos symptômes. Cette recommandation semble pénible à suivre, mais elle constitue la meilleure attitude.

Attention. Ne confondez pas votre préoccupation pour les ***symptômes physiques*** et celle pour la ***phobie de la maladie***. Il est bien sûr souhaitable que vous puissiez parler sereinement de votre phobie de la maladie et des facteurs psychologiques de cette phobie.

### ***La réapparition des peurs***

Comme nous l'avons déjà dit, le démantèlement d'une habitude est un travail long et difficile, qui ne va pas sans mal. Essayez cependant de tenir bon.

L'évolution du déconditionnement d'une habitude se présente souvent de la façon suivante. On remporte des victoires après quelques semaines. En l'occurrence, on n'éprouve plus la peur de la maladie. On pense que ce n'est plus qu'un souvenir... et brusquement les idées et les angoisses resurgissent. En fin de compte, on se demande si le médecin ne s'est pas trompé. En effet les difficultés n'ont pas entièrement disparu...

De telles rechutes sont courantes. Elles peuvent s'observer même après plusieurs mois. Telle est l'évolution classique de la déconstruction d'une habitude résistante.

### ***... et des symptômes***

Parfois les symptômes disparaissent très vite. Dans ce cas, l'angoisse aussi disparaît rapidement. Si vous ne ressentez plus de malaises, vous allez vous convaincre que vous ne couvez pas une maladie grave. Vous comprendrez alors que les symptômes résultaient essentiellement de votre façon de penser.

Des symptômes peuvent se maintenir. Vous savez maintenant qu'ils ne sont pas, en tout cas, la conséquence d'une maladie grave. Ils proviennent par exemple de l'hyperventilation ou d'une hypertonie musculaire.

Si vous êtes sujet(te) à l'hyperventilation, le thérapeute peut vous apprendre comment réagir. Il est important que vous sachiez que l'hyperventilation provoque des perturbations qui peuvent paraître graves, mais qui ne le sont pas réellement. Ces symptômes vont disparaître quand vous aurez appris à mieux réguler votre respiration.

Si vous avez l'habitude de trop contracter vos muscles (provoquant ainsi une fatigue ou des douleurs inquiétantes), vous avez tout intérêt à faire des exercices de relaxation. Le thérapeute peut vous apprendre comment les effectuer.

Si vos troubles proviennent de l'angoisse et des tensions, ils vont se maintenir, même lorsque la phobie de la maladie aura disparu. Dans ce cas, il est important que vous recherchiez les sources

de votre angoisse et de vos tensions. Nous avons déjà cité quelques exemples : être trop méticuleux ou très timide, subir des événements stressants, vivre dans un contexte familial conflictuel, etc. Les troubles ne peuvent alors disparaître que pour autant que vous puissiez modifier des habitudes directement liées à ces facteurs. Pour ce faire, vous pouvez vous adresser à un psychiatre ou à un psychologue comportementalistes.

### ***En résumé***

La phobie de la maladie est produite par un mode de pensée dont vous pouvez vous débarrasser. Le problème est de rompre un cercle vicieux. Si vous y parvenez, ces symptômes physiques disparaissent plus ou moins rapidement. Pour atteindre cet objectif, vous devez parfois aussi désapprendre des habitudes corporelles, comme l'hyperventilation ou la contraction excessive de muscles. Finalement des angoisses et des tensions peuvent encore subsister, du fait qu'elles sont provoquées par d'autres éléments que la phobie de la maladie. Vous pouvez essayer de mettre en évidence les sources de ces angoisses et tensions, et vous pouvez ensuite apprendre à mieux gérer vos émotions.

Orlemans, Hans & Van den Bergh, Omer (1997) *Phobies intéroceptives et phobies de maladies*. Traduction et préface de J. Van Rillaer. Paris : PUF, Coll. Nodules, 128 p.

Pages 115 à 122

## ***Annexe 2. Brochure d'information sur l'hyperventilation***

***Hyperventiler signifie respirer trop vite ou trop profondément. Ce comportement peut causer des phénomènes inquiétants. Il peut provoquer l'impression d'être atteint d'un trouble grave, alors que ce n'est nullement le cas.***

La respiration est un phénomène naturel qui se produit sans qu'on en prenne conscience. C'est une activité qui va de soi. Respirer trop vite ou trop profondément se fait également souvent de façon inconsciente. Pour modifier ce type de respiration, il importe de comprendre ce qui se passe lorsqu'on respire. Quand on est convenablement informé de ces processus, on ne craint plus d'hyperventiler. On peut alors, lentement mais sûrement, apprendre à respirer d'une façon plus adéquate. On peut ainsi faire disparaître les troubles.

Dans la présente brochure, vous trouverez une explication de l'origine de vos symptômes et une manière de procéder pour en venir à bout. Lisez le texte plusieurs fois, posément. Mettez des points d'interrogation en face des phrases que vous ne comprenez pas bien. Votre thérapeute vous fournira volontiers davantage d'explications.

### ***Pourquoi respirons-nous ?***

Grâce à la respiration nous captons de l'oxygène. Cet oxygène pénètre d'abord dans les poumons et parvient ensuite, grâce au sang, à tous les muscles. L'oxygène est nécessaire pour la combustion des aliments qui fournissent l'énergie. Sans énergie, nous ne pouvons rien faire. La combustion libère du gaz carbonique qui, via le sang, arrive aux poumons. Ensuite ce gaz est expiré. Chaque fois que nous respirons, nous absorbons de l'oxygène et nous expulsons du gaz carbonique. C'est un processus nécessaire pour disposer d'énergie, donc pour pouvoir courir, travailler, faire du sport, etc. L'énergie est nécessaire même pour manger, boire ou dormir.

### ***Respirer rapidement***

A certains moments vous avez besoin de beaucoup d'énergie. Par exemple, si une voiture fonce vers vous, vous réagissez violemment. Vos muscles se tendent et vous bondissez pour échapper au danger. Lorsque la voiture s'éloigne, vous êtes encore haletant, vous respirez plus rapidement que d'habitude. Cela va de soi. C'est une bonne réaction de votre organisme. Vous aviez besoin d'énergie pour vous sauver. Et pour disposer de ce surplus d'énergie vous deviez respirer rapidement.

Il y a évidemment quantité d'autres situations stressantes. Il y a notamment des situations qui vous mettent mal à l'aise ou qui suscitent de l'angoisse. Par exemple, lorsque vous devez parler devant un groupe ou lorsque vous êtes dans des lieux bondés, comme certains magasins. Vous pouvez aussi éprouver de l'angoisse à cause de certaines sensations corporelles, telles que la douleur ou l'impression d'étouffement.

## ***L'insuffisance de gaz carbonique***

Dans toutes les circonstances où vous éprouvez de l'angoisse ou de fortes tensions, vous respirez plus rapidement. Il arrive souvent que vous respiriez plus vite que nécessaire, parce qu'en fait vous n'êtes pas réellement en danger. Vous absorbez alors plus d'oxygène que vous n'en pouvez consommer et vous expirez trop de gaz carbonique. Dans ce cas, la concentration de gaz carbonique qui se trouve dans le sang devient trop faible. Cette situation n'est pas dangereuse, mais elle provoque une série de phénomènes désagréables. Ces phénomènes peuvent être les suivants :

- Impression d'étouffer ou de manquer d'air
- Mal à la tête
- Sensation de vertige
- Nausée
- Rideau noir devant les yeux
- Sentiment d'être sur le point de s'évanouir
- Accélération du rythme cardiaque
- Douleur à la poitrine
- Picotements aux extrémités des membres
- Raideurs musculaires
- Peur de mourir
- Sécheresse de la bouche

## ***L'angoisse provoquée par ces phénomènes***

Il n'est pas étonnant que vous preniez peur en éprouvant ces sensations désagréables. Tout se passe comme si la situation était dangereuse. L'angoisse vous fait respirer encore plus vite ou plus profondément. Dans ce cas, les phénomènes s'accroissent. Le cercle vicieux se referme.

Quand vous avez connu une telle expérience, vous risquez de développer une peur des sensations corporelles. Vous allez alors devenir hyperattentif. Dès que certaines sensations apparaissent, vous pensez qu'une crise va se produire. Du fait que vous la redoutez, vous allez respirer plus vite ou plus profondément. Et alors vous faites effectivement une crise. Ainsi vous voyez que l'angoisse peut provoquer l'hyperventilation et peut l'alimenter.

## ***Autres causes***

L'hyperventilation peut également résulter d'une tension prolongée, provoquée par la situation dans laquelle vous vivez. Il peut s'agir par exemple de tensions provoquées par le travail, par des relations familiales ou par des problèmes tels que le chômage. L'hyperventilation est alors la conséquence du stress.

Parfois un problème d'hyperventilation peut trouver son origine dans un effort physique intense ou dans la consommation de substances stimulantes, telles que le café.

## ***Comment puis-je en sortir ?***

Vous avez vu que les phénomènes inquiétants se produisent suite à un déficit de gaz carbonique. Pour vous en débarrasser, vous devez rétablir l'équilibre du gaz carbonique dans le sang. Vous pouvez y parvenir en respirant de façon lente et superficielle. Dans ce cas, vous éliminez moins de

gaz carbonique. Vous pouvez aussi essayer de garder le plus longtemps possible l'air avant de l'expirer.

Tout ceci, malheureusement, est plus facile à dire qu'à faire. Lorsque vous êtes pris de panique (même en l'absence de danger réel), vous ne pouvez suivre efficacement le conseil « respirer lentement et superficiellement ». Pour cette raison, vous pouvez commencer par recourir à un procédé d'urgence : le sac en plastique.

### ***Le sac en plastique : un procédé d'urgence***

Lorsque vous sentez qu'une crise va se produire, vous prenez un sac en plastique. Ce sac doit être du type de ceux qu'on utilise pour surgeler des aliments. Il ne doit pas être trop grand. Vous mettez l'ouverture devant le nez et la bouche. Le sac ne doit pas être maintenu de façon hermétique. Respirez ensuite dans le sac. Dans l'air expiré, il y a beaucoup de gaz carbonique. Celui-ci reste dans le sac. Lorsque vous inspirez, vous reprenez du gaz carbonique. La concentration du gaz carbonique dans le sang augmente et les symptômes disparaissent. Continuez pendant une à deux minutes. Ce procédé donne quasi toujours des résultats. Notez toutefois que l'utilisation du sac en plastique est à déconseiller pour les enfants.

Il y a encore d'autres stratégies qui fonctionnent bien. Par exemple : expirer dans un morceau de *tuyau d'arrosage*, long d'environ 50 cm. Ou encore : *lire à haute voix* un texte en essayant de prononcer le plus de mots possibles en une inspiration. Lorsque vous êtes en public, vous pouvez placer l'avant-bras contre le visage ou encore former avec vos mains une cuvette qui recouvre le nez. De cette façon, vous récupérez une partie du gaz carbonique que vous aviez expiré. L'effet est comparable à celui du sac en plastique, quoique moins prononcé. *L'activité physique*, par exemple des flexions des jambes, peut également couper une crise.

### ***La meilleure solution : apprendre à mieux respirer***

Le sac en plastique n'est qu'une mesure d'urgence. La gymnastique respiratoire est de loin préférable parce qu'elle contribue à résoudre le problème de façon effective.

### ***Exercices destinés à respirer plus calmement***

Asseyez-vous sur une chaise. Essayez de respirer uniquement par le ventre. (La respiration abdominale est généralement moins profonde que la respiration thoracique). Placez les mains sur le ventre, en dessous des côtes. Ainsi vous sentez bien ce qui se passe. Le ventre monte et descend à chaque respiration. La cage thoracique doit à peine bouger. Cette façon de procéder est importante surtout si vous ne maîtrisez pas encore bien les exercices.

Lorsque vous parvenez à bien respirer par le ventre, vous allez contrôler votre rythme. A chaque respiration, prenez trois secondes pour inspirer et six pour expirer. Comptez mentalement :

Inspirez - 2 - 3	Expirez - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Inspirez - 2 - 3	Expirez - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
Inspirez.....	Expirez.....

L'expiration lente est souvent l'opération la plus difficile. Vous pouvez dès lors expirer un petit peu d'air à chaque chiffre. Quand vous pratiquez la respiration ventrale, faites toujours 3 à 5 exercices consécutifs. Donc 3 à 5 respirations conscientes. Effectuez cet exercice au moins trois fois par jour. Le faire plus souvent c'est encore mieux. Essayez de faire l'exercice dans différentes positions : couché, assis, debout. Lorsque vous vous êtes familiarisé avec cette procédure, essayez

la respiration ventrale durant toutes sortes d'activités : quand vous lisez, quand vous faites la vaisselle, etc.

### ***Améliorer l'attitude corporelle***

Pour bien respirer, la façon de se tenir est également importante. Si vous êtes tassé, le dos arrondi, la respiration ventrale s'avère difficile. Si c'est le cas, redressez-vous convenablement, les pieds bien à plat sur le sol. Vous sentirez alors que vous respirez plus calmement. Marchez toujours en vous tenant bien droit. Allongez-vous : cela aussi facilite la respiration ventrale.

### ***Rappelez-vous quand vous éprouvez des symptômes***

L'hyperventilation se produit souvent lorsqu'on redoute une situation ou des sensations. Elle peut également apparaître lorsqu'on demeure plus ou moins longtemps dans une situation stressante. Elle apparaît parfois après un effort physique intense. Essayez d'y réfléchir. Comment se produit-elle chez vous? Quand souffrez-vous d'hyperventilation? Lorsque vous parvenez à bien répondre à ces questions, vous savez dans quelles situations vous devez spécialement faire attention à votre respiration.

### ***Comment arrêter une crise***

Que faire si, malgré tout, vous faites une crise d'angoisse? Essayez de l'arrêter grâce à l'exercice de respiration ventrale. Si vous parvenez à respirer calmement par le ventre, la crise s'arrêtera. Si vous ne parvenez pas à respirer calmement, vous pouvez utiliser un sac en plastique. De cette façon la crise s'arrête sûrement. Veillez à pouvoir toujours disposer d'un petit sac.

Essayez d'éviter la panique. Il n'y a pas de véritable danger. Vous pouvez arrêter la crise par vous-même.

### ***Conclusion***

Cette brochure vous fournit une série d'indications permettant de vous libérer par vous-même de l'hyperventilation. Il est probable que vous y parveniez, mais seulement avec le temps. Le médecin ou le psychothérapeute qui vous a donné cette brochure est sans doute disposé à vous aider si vous le souhaitez. Demandez-lui sans hésiter davantage d'explications ou une aide plus concrète.

## Bibliographie

- Bass C., & Gardner, W.N. (1985) Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation. *British Medical Journal*, 290: 1387-90.
- Boureau F. (1986) *Contrôler votre douleur*. Paris: Payot.
- Bower G. (1986) Prime time in cognitive psychology. In P. Eelen & O. Fontaine (Eds) *Behavior therapy: Beyond the conditioning framework*. Leuven: University Press/ NJ: Lawrence Erlbaum Associates, p. 22-47.
- Burger A. (1980 ; 1994<sup>3</sup>) *Functie-analyse van neurotisch gedrag*. Amsterdam: van Rossen.
- Buss A. (1980) *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Carver C. & Scheier M. (1981) *Attention and self-regulation*. New York: Springer.
- Cioffi D. (1991) Beyond attentional strategies: A cognitive perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109 (1): 25-41.
- Clark D.M. (1986) A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4): 461-70.
- Costa P.T. & McCrae R. R. (1985) Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40: 19-28.
- Cottraux J. (1992) Panique et agoraphobie. In R. Ladouceur, O. Fontaine & J. Cottraux (Eds) Paris: Masson, p. 19-25.
- Duval S. & Wicklund R. (1972) *A theory of self-awareness*. New York: Academic Press.
- Freidson E. (1960) Patient control and medical practice. *American Journal of Sociology*, 65: 374-82.
- Gardner W. N. (1996) The pathophysiology of hyperventilation. *Chest*, 109: 516-34.
- Garssen B., Buikhuisen M., & van Dijck R.(1996) Hyperventilation and panic attacks. *American Journal of Psychiatry*, 153: 513-518.
- Grossman P. & Wientjes C.J.E. (1989) Respiratory disorders: Asthma and hyperventilation syndrome. In G. Turpin (Ed.) *Handbook of Clinical Psychophysiology* (p. 519-54). London: Wiley.
- Hibbert G.A., & Pillsbury D. (1989) Hyperventilation: is it a cause of panic attacks? *British Journal of Psychiatry*, 155: 805-9.
- Holland P.C. (1984) Differential effects of reinforcement of an inhibitory feature after serial and simultaneous feature negative discrimination training. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 10: 461-75.
- Holland P.C. (1992) Occasion setting in pavlovian conditioning. *The Psychology of Learning and Motivation*, 28: 69-125.
- Hornsveld H.K., Garssen B., Fiedeldij Dop M.J.C., Van Spiegel P.I. & De Haes J.C.J.M. (1996) Double-blind placebo-controlled study of the hyperventilation provocation test and the validity of the hyperventilation syndrome. *The Lancet*, 348: 154-58.
- Lang P. J. (1985) The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds) *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: N.J.: Erlbaum.
- Ley R. (1985) Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (5): 549-54.
- Lum L.C. (1976) The syndrome of habitual chronic hyperventilation. In O.W. Hill (Ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 3 (p. 196-230). London: Butterworths.
- Marks I.M. (1970) The classification of phobic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 116: 377-86.

- Mathews A.M., & MacLeod C. (1985) Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy*, 23: 563-69.
- McFarland C., Ross M. & DeCourville N. (1989) Women's theories of menstruation and biases in recall of menstrual symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3): 522-31.
- McNally R.J. (1994) *Panic disorder: A critical analysis*. N.Y.: Guilford.
- Meyer D., Leventhal H. & Guttman M. (1985) Common-sense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4: 115-35.
- Miller S. (1987) Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 345-53.
- Mineka S. & Henderson R.W. (1985) Controllability and predictability in acquired motivation. *Annual Review of Psychology*, vol. 36. Palo Alto: Annual Reviews Inc.
- Mogg K., Mathews A.M. & Weinman J. (1989) Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 27: 317-23.
- Orlemans J.W.G. & Ten Doesschate R. (1976) Hartziektefobie: Een gedragstherapeutisch model. In: *Huisarts en Wetenschap*, 19: 323-32.
- Pennebaker J.W. (1982) *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Philippot P. (1992) *Peripheral differentiation of emotion in bodily sensations, physiological changes, and social schemata*. Thèse de doctorat non publiée. Université catholique de Louvain. Louvain-la-Neuve (Belgique).
- Rimé B., Philippot P. & Cisamolo D. (1990) Social schemata of peripheral changes in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59: 38-49.
- Ruble D.N. (1972) Premenstrual symptoms: A reinterpretation. *Science*, 197: 291-92.
- Salkovskis P. & Clark D. M. (1990) Affective responses to hyperventilation: A test of the cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1): 51-61.
- Sharpe M. & Bass C. (1992) Pathological mechanisms in somatization. *International Review of Psychiatry*, 4: 81-97.
- Stegen K., Neujens A., Crombez G., Hermans D., Van de Woestijne K.P. & Van den Bergh O. (sous presse) Negative affect, respiratory reactivity and somatic complaints in a CO<sub>2</sub> inhalation paradigm. *Biological Psychology*.
- Stegen K., Van den Bergh O., & Van de Woestijne K.P. (1996) Fearful and neutral mental images as conditioned stimuli in a respiratory learning paradigm with 5.5 % CO<sub>2</sub> enriched air as unconditioned stimulus. Poster presented at the 3rd Annual Meeting of the International Society for the Advancement of Respiratory Psychophysiology (ISARP). Nijmegen, The Netherlands.
- Thomas C.S. (1984) Dymorphophobia. A question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 144: 513-16.
- Van den Bergh O. & Eelen P. (1984) Unconscious processing and emotions. In M. Reda & M.J. Mahoney (Eds.) *Cognitive Psychotherapies. Recent developments in theory, research and practice*. Cambridge, Mass.: Ballinger, p. 173-209.
- Van den Bergh O., Kempynck P.J., Van de Woestijne K.P., Baeyens F. & Eelen P. (1995) Respiratory learning and somatic complaints: A conditioning approach using CO<sub>2</sub>-enriched air inhalation. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 517-27.
- Van den Bergh O., Stegen K. & Van de Woestijne K.P. (1996) Learning to have psychosomatic complaints: Conditioning of respiratory behavior and complaints in psychosomatic patients. *Psychosomatic Medicine* (sous presse).
- Van den Bergh O., Stegen K., & Van de Woestijne K.P. (sous presse) Memory based symptom reporting in a respiratory learning paradigm using odors as conditioned stimuli and CO<sub>2</sub>-enriched air as unconditioned stimulus. *Health Psychology*.

- Van Rillaer J. (1992) *La gestion de soi*. Liège: Mardaga.
- Warwick H. & Salkovskis P.M. (1990) Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (2): 105-17.
- Watson D. & Pennebaker J.W. (1989) Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2): 234-54.
- Williams J.M.G., Mathews A., & MacLeod C. (1996) The emotional Stroop task and psychopathology, *Psychological Bulletin*, 120 (1): 3-24.
- Williams J.M.G., Watts F.N., MacLeod C., & Matthews A. (sous presse) *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). Chichester, England: Wiley.
- Wolpe J. & Rowan V.C. (1988) Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 26: 441-50.
- Woods S.W., Charney D.S., Goodman W.K., et al. (1988) Carbon-dioxide-induced anxiety: Behavioral, physiological, and biochemical effects of carbon-dioxide in patients with panic disorders and healthy subjects. *Archives of General Psychiatry*, 45: 43-52.

## Quatrième de couverture

Les personnes en bonne santé, qui ont peur d'être atteintes d'une maladie grave, sont généralement victimes d'interprétations erronées de sensations corporelles. Lorsque leur peur est intense et persistante, en dépit d'examen médicaux répétés, on peut parler de « phobie intéroceptive » ou de « phobie de maladie ». Ce trouble peut entraîner d'autres, tels que la dépression, l'agoraphobie ou la pharmacodépendance.

Les auteurs présentent une explication des phobies intéroceptives, qui s'appuie sur la pratique clinique et sur des études expérimentales de processus cognitifs, affectifs et physiologiques. La thérapie proposée est d'orientation cognitivo-comportementale. Elle comprend notamment l'analyse fonctionnelle des troubles, des exercices de régulation de la respiration, l'apprentissage de restructurations cognitives actives et des confrontations graduées avec des situations anxiogènes.

*Hans Orlemans, docteur en psychologie, est l'un des principaux pionniers de la thérapie comportementale aux Pays-Bas. De 1972 à 1988, il a été directeur d'Overwaal, la première clinique de thérapie comportementale aux Pays-Bas, spécialisée dans le traitement des troubles anxieux.*

*Omer Van den Bergh, docteur en psychologie, est professeur de psychologie de la santé à l'Université de Leuven (Belgique). Il a été chercheur au Centre de psychophysiology de l'Université de Floride. Il a réalisé de nombreux travaux expérimentaux sur l'apprentissage, la respiration, les relations entre les cognitions et les émotions.*

*Jacques Van Rillaer, qui a traduit et préfacé l'ouvrage, est docteur en psychologie. Après avoir pratiqué la psychanalyse freudienne, il s'est orienté vers la pratique des thérapies comportementales et cognitives. Il est professeur à l'Université de Louvain-la-Neuve (Belgique) et aux Facultés universitaires Saint-Louis (Bruxelles).*