

Phobies et paniques ¹

J. Van Rillaer

Professeur de psychologie à l'université de Louvain

1. Définitions

1.1. La peur

La peur est une réaction affective provoquée par la perception d'un danger, réel ou imaginé. Elle s'accompagne d'une activation des systèmes nerveux, cardio-vasculaire et respiratoire, préparant à une action immédiate. Elle suscite une polarisation de l'attention et une impulsion à fuir, à se battre ou à s'immobiliser. Ce mécanisme, que nous avons en commun avec diverses espèces animales, favorise la survie.

Des analyses statistiques sur les craintes les plus fréquentes dans le monde occidental permettent de ramener une grande partie d'entre elles à trois peurs fondamentales : la peur de l'intégrité physique (des blessures, des maladies, la mort) ; la peur d'être jugé négativement ; la peur de l'anxiété et de ses conséquences (perdre le contrôle de soi, perdre la face)².

1.2. L'angoisse et l'anxiété

Les mots « angoisse » et « anxiété » ont la même racine : le terme latin *angere*, qui signifie « opprimer », « étrangler ». Ils désignent une réaction affective provoquée par l'anticipation d'événements pénibles, qui touchent la personne. Cette réaction est, comme la peur, une réaction défensive, mais elle est plus complexe. Nous l'éprouvons lorsque des événements négatifs nous concernant sont susceptibles de se produire, que nous avons le sentiment de ne pas pouvoir les contrôler, mais que nous allons cependant nous y préparer. L'anxiété est orientée vers l'avenir. Elle s'accompagne de l'activation de circuits cérébraux favorisant la vigilance et la focalisation de l'attention sur toute source de danger. Elle incite moins à fuir qu'à anticiper et à rester sur le qui-vive. Elle peut être déclenchée par des stimuli dont nous ne prenons pas activement conscience, par exemple des indices associés à un traumatisme passé ou à des sensations corporelles.

1.3. Les paniques

Une « attaque de panique » est une peur intense, d'une durée bien délimitée, qui survient brutalement, qui s'accompagne de fortes sensations physiques (palpitations, sensation d'étouffement, transpiration, tremblements, nausée), ainsi que d'un sentiment de danger imminent (perdre le contrôle de soi, devenir fou, mourir). Chacun peut en faire l'expérience s'il se trouve menacé de façon brusque et violente.

¹ Cours donné le 16 novembre 2006 à l'université de Nantes (Diplôme universitaire « Théories et cliniques des psychothérapies »)

² Steven Reiss (1991) Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology review*, 11: 141-153.

On parle de « trouble panique » lorsque des attaques de panique, non justifiées par les circonstances, se répètent, s'accompagnent de la crainte persistante du retour de crises ou provoquent un changement important de conduite. Au moins 2 % de la population souffrent de ce trouble.

1.4. Les phobies

Une phobie est une peur excessive de certaines situations, accompagnée de leur évitement systématique ou d'une intense détresse en cas de confrontation forcée. Plus de 10 % de la population présentent au moins une ou plusieurs phobies gênantes. Dans le *DSM-IV*, on distingue l'agoraphobie, la phobie sociale et la phobie spécifique.

a) **L'agoraphobie** est une peur irraisonnée de situations qu'on pense ne pas pouvoir quitter facilement ou dans lesquelles on croit qu'on ne sera pas rapidement secouru en cas de malaise. Ce concept regroupe la phobie de se trouver hors de chez soi, dans une foule, une file d'attente, un transport en commun, un tunnel, etc.

La majorité des agoraphobies semblent être déterminées par la peur qu'une attaque de panique survienne dans les situations redoutées. Certaines formes sont très invalidantes. Elles peuvent générer notamment un état dépressif et une consommation excessive d'alcool ou d'anxiolytiques.

b) **La phobie sociale** est une peur irraisonnée, intense et persistante de situations sociales. La personne redoute d'être évaluée ou critiquée, ce qui perturbe de façon importante ses relations avec autrui (rougissement, transpiration, etc.) et lui fait éviter des activités sociales (réceptions, exposés en public, etc.).

c) Les autres phobies sont classées comme « **phobies spécifiques** ». Des stimuli particulièrement phobogènes sont, par ordre de fréquence décroissant, le vide perçu d'une hauteur (acrophobie), les serpents, les espaces clos (claustrophobie), les araignées, les blessures et le sang, parler en public, voyager en avion, le soin chez le dentiste.

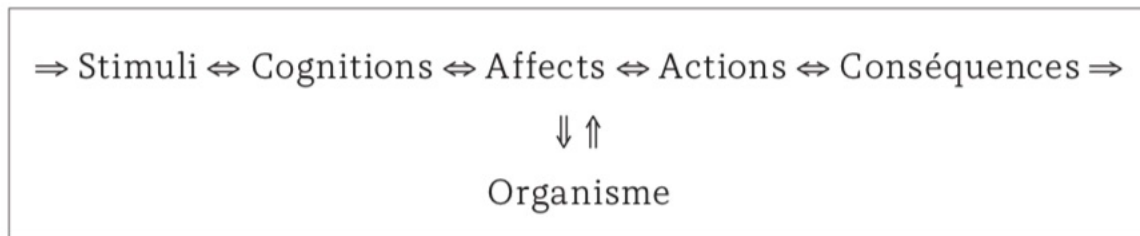
Le fait de souffrir d'une phobie ne peut être interprété a priori comme le symptôme d'une « névrose » ou d'une « personnalité pathologique ». Des accès de panique et des phobies peuvent apparaître chez des adultes dont le passé et la vie actuelle ne présentent pas de troubles particuliers.

2. Psychologie de la peur et des phobies

Dans la perspective de la psychologie scientifique, un trouble psychologique n'est pas interprété comme le « symptôme » d'une entité mentale inobservable (une névrose, un complexe...), mais comme un mode de comportement déterminé par plusieurs facteurs environnementaux, physiologiques et psychologiques (en particulier la manière d'interpréter certains événements

Nous utilisons ici le mot « comportement » au sens large du terme, donc pas comme synonyme d'« action ». Selon cette acception, il désigne toute activité signifiante, directement ou indirectement observable et présente toujours trois éléments : une dimension cognitive, une dimension affective et une composante motrice. Tout comportement prend place dans un environnement. Il est provoqué ou influencé par un ou des stimuli externes. Il est effectué en vue d'effets vécus comme appétitifs (obtenir des satisfactions, échapper à des souffrances). Tout comportement agit sur l'état de l'organisme et, réciproquement, est influencé par celui-ci (notamment le degré de fatigue et d'activation du système nerveux autonome). Pour observer et analyser un comportement, il est donc nécessaire de tenir compte de six variables : ses trois dimensions (cognitions, affects, actions), le ou les stimuli antécédents, la ou les conséquences anticipées, les relations avec l'organisme. Ces variables

sont en interaction ³. Elles forment l'« équation comportementale », que l'on peut schématiser comme suit :



Les troubles anxieux sont toujours plurifactoriels. Selon le type de perturbation, certains facteurs ont plus de poids que d'autres. Ainsi, la variable « organisme » est centrale dans des attaques de panique induites par des troubles vestibulaires. Le contexte environnemental joue un rôle prépondérant dans la phobie des araignées inoffensives : cette peur est plus fréquente en Occident que dans d'autres régions.

2.1. Deux processus fondamentaux

a) Certaines situations — par exemple la menace d'une douleur corporelle — déclenchent automatiquement la peur ou l'angoisse. Lorsqu'un stimulus se trouve associé à une situation angoissante ou douloureuse, il peut devenir un signal de danger et dès lors provoquer lui-même une réaction de peur. Ce processus est appelé « conditionnement classique » ou « pavlovien ». On peut le définir comme le fait qu'un stimulus (S) reçoit une nouvelle signification du fait qu'il est associé à un autre. À la suite de ce changement sémantique, le premier stimulus devient un « stimulus conditionné » (S.C.) et la réaction qu'il provoque une « réaction conditionnée » (R.C.). Si un état pénible survient dans un restaurant, ce lieu peut devenir un S.C. pour une R.C. d'anxiété. La personne aura peur dès qu'elle reviendra dans ce restaurant ou dans des restaurants qui lui ressemblent.

b) Un deuxième processus observable dans bon nombre de troubles est un « apprentissage opérant » (appelé parfois « skinnerien », parce qu'il a été particulièrement bien étudié par Skinner). Tout comportement suivi de conséquences vécues comme « appétitives » tend à être répété dans certaines situations. L'effet anticipé peut être l'apparition de satisfaction, la diminution de souffrance ou l'évitement d'un événement pénible.

Il importe de distinguer deux phases dans les effets de l'échappement et l'évitement phobiques. Dans un premier temps, apparaît une conséquence appétitive : la diminution rapide de la peur, la restauration du sentiment de sécurité. Dans un second temps, des conséquences aversives se produisent : l'absence de vérification concrète de la réalité du danger, la croyance d'avoir échappé à la souffrance ou à la mort grâce à un comportement de fuite ou de sécurisation, le sentiment d'être incapable d'affronter les situations anxiogènes, le renforcement de la phobie.

³ Pour plus d'informations sur la notion de « comportement » et la façon de mener des analyses comportementales, on peut consulter par exemple : J. Van Rillaer, *La gestion de soi* (voir en particulier les chapitres 4 et 5).

2.2. La programmation génétique

Des psychologues (en particulier Seligman, 1971) ont défendu l'hypothèse d'une « préparation biologique des apprentissages » pour expliquer que les phobies des serpents ou des précipices sont plus fréquentes que la phobie des voitures, lesquelles sont cependant plus souvent associées à des accidents. Les situations depuis toujours dangereuses pour la survie de l'espèce provoqueraient plus facilement des phobies par un mécanisme mis lentement en place au cours de l'évolution de l'espèce. Cette hypothèse ne fait pas l'unanimité (pour une revue, voir Davey, 1997). Il est cependant évident que des processus cognitifs et affectifs, préprogrammés, favorisent les réactions de peur et donc des troubles anxieux.

Certaines réactions de peur sont innées. Par exemple les enfants âgés de 8 à 24 mois manifestent de l'anxiété lorsqu'ils sont brusquement séparés de la personne qui prend habituellement soin d'eux. D'autre part, les mécanismes d'apprentissage pavlovien et opérant permettent le développement facile et rapide de réactions de peur et de protection vis-à-vis de tout stimulus perçu comme dangereux.

Un autre processus génétiquement programmé est la généralisation du stimulus, c'est-à-dire la diffusion de la signification d'un stimulus à des stimuli plus ou moins similaires auxquels il n'a pas été directement associé. La personne qui s'est fait agresser dans le garage de son immeuble peut ensuite ressentir de l'anxiété chaque fois qu'elle retourne dans ce garage, mais également dès qu'elle entre dans un parking public. La généralisation de la réaction survient d'autant plus facilement que le degré d'analogie entre la situation initiale et la situation nouvelle est fort.

2.3. Des informations anxiogènes

Chacun sait que des informations visuelles ou verbales peuvent provoquer des réactions de peur. Il s'agit d'un mécanisme qui permet d'éviter des dangers réels, mais qui génère parfois de réels troubles anxieux.

Une source importante de troubles anxieux est l'observation directe de réactions d'autres personnes. Des recherches ont montré une corrélation élevée entre les peurs manifestées par l'enfant et par ses parents, surtout sa mère. Dans un premier temps, une information peut simplement rendre plus attentif à des risques potentiels. Ensuite, l'accroissement de la vigilance fait percevoir des détails qui, autrement, resteraient inaperçus. L'observation et le traitement des informations ultérieures se trouvent alors biaisés et conduisent à une amplification de la perception du danger. La peur a de grands yeux, dit un proverbe russe.

2.4. L'activation orthosympathique

La stimulation du système orthosympathique mobilise les ressources énergétiques de l'organisme et provoque une intensification des réactions affectives. Si l'humeur est gaie, cette stimulation physiologique peut favoriser la joie et le rire. Si la tonalité affective est l'inquiétude, elle peut susciter l'angoisse ou la panique.

L'activation orthosympathique est déclenchée par la consommation de certaines doses de substances stimulantes (caféine, nicotine, vitamines à haute dose, etc.), par l'activité physique intense et par les réactions affectives.

Une excitation importante du système végétatif ne diminue que lentement. Si une nouvelle stimulation se produit pendant la période de décroissance, elle s'additionne à l'excitation résiduelle, quelles que soient les tonalités affectives en jeu (processus du « transfert d'excitation »).

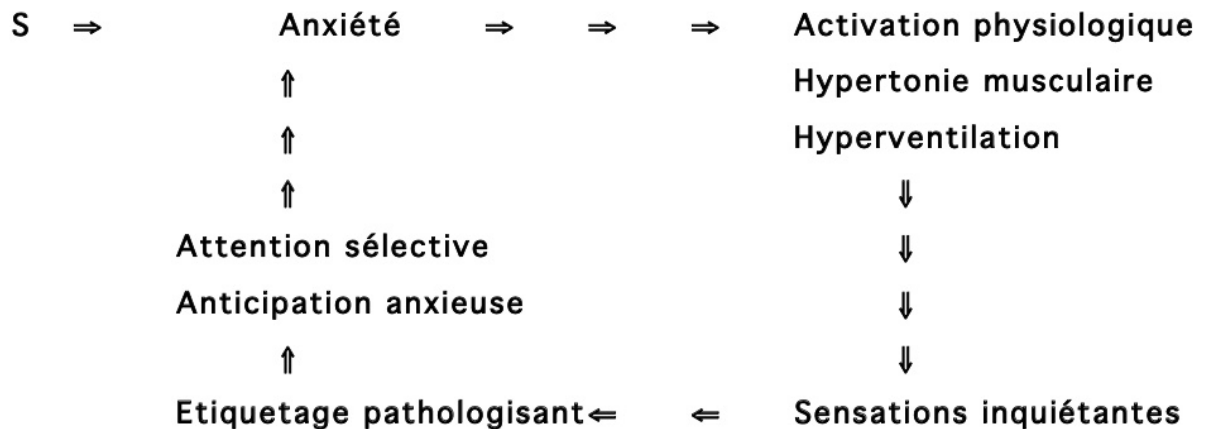
2.5. L'interprétation de sensations corporelles

Des réactions de peur et de panique trouvent leur origine dans des sensations corporelles interprétées de façon dramatisante, quand bien même la personne ne risque aucun dommage réel.

Ces sensations sont souvent celles d'une activation orthosympathique provoquée par une réaction d'alerte, d'anxiété, d'irritation, de colère ou d'excitation sexuelle. Elles ne sont pas nécessairement provoquées par une situation vécue comme stressante. Il peut s'agir d'effets d'une respiration trop rapide et/ou trop profonde par rapport aux dépenses énergétiques (hyperventilation), de palpitations cardiaques dues à de la caféine ou à un effort physique, d'une brusque modification de la tension artérielle, de sensations d'étrangeté générées par une insuffisance de sommeil.

Quand une personne décode de telles sensations comme des signes d'un trouble ou d'un danger, elle éprouve de la peur. Elle devient d'autant plus inquiète qu'elle ne parvient pas à expliquer ces sensations et à les faire cesser. Elle va alors guetter les signes annonciateurs de son désarroi (anticipation anxieuse), elle va « scanner » continuellement ce qui se passe en elle (attention sélective), elle va rester en alerte et provoquer une auto-activation orthosympathique, elle va donner un terme médical ou psychiatrique à ce qu'elle vit (étiquetage pathologisant). Dans ces conditions, elle participe sans le comprendre au retour et à l'intensification des sensations anxiogènes. Elle finit par faire une attaque de panique si elle interprète l'apparition « spontanée » de ces sensations comme le signe d'une catastrophe imminente (perte de contrôle de soi, acte impulsif, évanouissement, folie, infarctus, mort).

Spirale de l'angoisse et de la panique



Les attaques de panique sont le point de départ de nombreux troubles : le trouble panique évidemment, mais aussi l'agoraphobie, des nosophobies, l'hypocondrie, le trouble de dépersonnalisation, des soi-disant « hystéries », l'alcoolisme, la toxicomanie.

2.6. La peur d'idées intrusives

Chez tout individu apparaissent, de temps à autre, des idées intrusives et des impulsions bizarres, choquantes ou angoissantes : donner un coup de couteau, laisser tomber l'enfant qu'on porte, se jeter sous le train qui entre en gare ... Chez la plupart des gens, ces pensées traversent l'esprit sans vraiment perturber et sont rapidement suivies par d'autres, non inquiétantes.

Chez les personnes qui développent des obsessions, ces mêmes idées provoquent de l'angoisse et/ou de la culpabilité, ainsi que la croyance que des catastrophes pourraient se produire. Elles essaient alors d'empêcher, de façon crispée, l'apparition des idées intrusives, ce qui va les renforcer et les transformer en obsessions ! Dès lors, elles évitent une série de stimuli (couteaux, enfant, gares...) et développent des rituels compulsifs (vérifications, lavages, comptages, prières) destinés à neutraliser les obsessions et à empêcher les catastrophes redoutées.

2.7. Le sentiment de manquer de contrôle

On observe que des états de stress post-traumatique sont d'autant plus graves que la personne s'est sentie davantage impuissante face aux événements traumatisants. Plus généralement, la peur et les troubles anxieux augmentent ou diminuent selon qu'on s'estime démuni ou compétent pour exercer un contrôle sur l'environnement et sur soi-même (sur des idées intrusives, des sensations corporelles, des orages émotionnels, des impulsions, des réactions observées par autrui).

2.8. Des bénéfices divers

Un trouble panique ou une phobie peuvent être renforcés parce qu'ils permettent de contrôler des proches ou de détourner l'attention de « stimuli » pénibles (sentiment d'être inutile, détérioration de la relation conjugale, maladie d'un parent).

Des symptômes d'un état de stress post-traumatique sont parfois indéfiniment mis en avant parce qu'ils dispensent désormais de travailler, qu'ils permettent d'obtenir des dédommagements financiers et la sollicitude de l'entourage. L'agoraphobie d'une femme peut être entretenue par un mari jaloux qui trouve avantageux que son épouse soit cloîtrée à la maison, tandis que lui circule où bon lui semble...

Rappelons que les troubles résultent toujours d'un ensemble de variables et qu'une explication n'est pas prouvée parce qu'elle paraît cohérente. Une bonne analyse repose toujours sur des observations concrètes, soigneuses et nombreuses. Mieux vaut la considérer comme une hypothèse de travail que comme la mise au jour de la vérité.

3. Le traitement cognitivo-comportemental

L'approche cognitivo-comportementale se caractérise par le souci de scientificité, bien plus que par un contenu théorique, qui, lui, change en fonction des progrès de la psychologie. Les TCC peuvent se définir comme un ensemble de pratiques fondées sur la psychologie scientifique, destinées à apprendre de nouveaux modes d'action et à mieux gérer des processus cognitifs, physiologiques et affectifs.

Dans le traitement du *trouble panique*, le facteur le plus important est souvent une restructuration cognitive : des sensations corporelles éprouvées comme annonciatrices de catastrophes sont dédramatisées.

Dans le traitement des *phobies*, le facteur le plus décisif est la confrontation prolongée et répétée avec des situations anxiogènes.

Toutefois, le traitement est généralement « multimodal » : le thérapeute invite à agir sur plusieurs variables de l'« équation comportementale ». Bien souvent le thérapeute passe par les étapes qui suivent.

3.1. Programmer des démarches

Pour traiter des troubles importants, il faut évidemment que le patient se sente accueilli, écouté, compris et soutenu affectivement. Par ailleurs, le patient doit être aidé à accomplir une série de démarches : mieux s'informer, observer des situations et des réactions, décoder autrement certains stimuli externes et internes, mieux gérer des processus physiologiques et affectifs, contrôler l'impulsion à fuir des stimuli anxiogènes, renoncer aux « bénéfiques » de ses troubles.

Le mot « programmation » suscite des résistances chez des psys d'autres courants. Malheureusement, on ne parvient pas à briser des « programmes » de réactions fortement automatisées si l'on ne réalise pas de nouveaux apprentissages de façon méthodique, programmée. Telle est la réalité.

3.2. Informer

La première étape d'un traitement efficace de troubles anxieux est une information sur le fonctionnement des comportements (les relations entre stimuli, cognitions, affects, variables physiologiques, actions et effets des conduites), les facteurs intervenant dans les troubles, les stratégies de changement, le degré de danger réel des stimuli redoutés.

La personne affligée d'une phobie des araignées ou des reptiles fait bien de s'informer objectivement sur la réalité des comportements de ces animaux en présence de l'homme. Celle qui a développé une phobie de l'avion a tout intérêt à rencontrer un commandant de bord et à lui poser les questions qui la préoccupent...

3.3. Observer et analyser

Des informations ne suffisent pas à dissiper des troubles anxieux sérieux. Il faut observer des comportements précis, les stimuli et les cognitions qui les induisent, les effets anticipés d'actions, des réactions corporelles (effets de la respiration, de psychostimulants, du tonus musculaire).

Les observations peuvent se faire à partir de comportements effectifs ou de conduites visualisées mentalement.

Il s'agit de découvrir en particulier les stimuli « essentiels » des situations anxiogènes et les processus cognitifs par lesquels ces stimuli reçoivent des significations problématiques. Par exemple dans le cas d'une phobie de voyager en avion, il faut préciser s'il s'agit d'une peur du « vide », d'une phobie sociale (peur de la proximité de personnes inconnues), de la peur de faire une attaque de panique, de la peur d'un accident mortel, etc. Le choix des stratégies découle évidemment des résultats de l'analyse. La réduction de la peur de la proximité d'autrui requiert une vigoureuse remise en question de « musts » (tels que « *je dois toujours me contrôler parfaitement* », « *je dois toujours être apprécié* », etc.) et le développement de compétences sociales (par exemple savoir entretenir une conversation ou y mettre fin poliment). La diminution de la peur de l'accident mortel implique une réflexion sur les raisons d'accepter la mort (pour vivre heureux, il faut accepter qu'un jour nous ne serons plus ; la mort est absence de toute sensation et donc nous ne l'éprouvons pas ; la mort provoquée par la chute d'un avion est infiniment préférable à une lente et dégradante agonie).

3.4. Réguler des processus physiologiques

Pour les phobies du sang et des blessures (environ 3 % de la population), il importe d'*augmenter* le tonus musculaire. La personne qui se sent défaillir peut prévenir la chute de la tension artérielle et la syncope en contractant les muscles (surtout ceux de la partie supérieure du corps) dès les premiers signes de malaise ou de vertige.

Pour quasi toutes les autres phobies et pour les crises de panique, il importe de *diminuer* l'activation physiologique. À cet effet, on peut user de médicaments. Les bêtabloquants peuvent constituer le traitement de choix en cas de prestations stressantes exceptionnelles. Les benzodiazépines posent le problème du développement d'une assuétude.

Les comportementalistes proposent trois moyens pour diminuer l'activation physiologique : le contrôle de la respiration, l'acquisition d'un réflexe de détente musculaire et, si c'est opportun, la réduction de la consommation de psychostimulants (caféine, nicotine, etc.).

Certaines difficultés psychologiques proviennent d'une insuffisance respiratoire, mais le problème réside bien plus souvent dans une respiration excessive par rapport aux dépenses énergétiques. Réduire la respiration dès que l'on sent « monter » l'angoisse est généralement une stratégie cruciale pour traiter le trouble panique, l'agoraphobie et la claustrophobie.

Dans un premier temps, il importe de faire l'expérience d'une hyperventilation volontaire (respirer rapidement et profondément, sans autre activité physique, si possible pendant 3 minutes) afin de bien comprendre les effets psychophysiologiques d'une respiration excessive. On fait suivre immédiatement cette hyperventilation par une respiration lente et superficielle pour se rendre compte que l'on peut ainsi faire disparaître des sensations désagréables ou angoissantes.

La capacité de diminuer en quelques secondes le tonus musculaire facilite considérablement la gestion des émotions. Cette habileté requiert un apprentissage méthodique. La première phase consiste à se relaxer au cours de séances quotidiennes d'environ 20 minutes. Ensuite on s'exerce, par étapes, à se détendre de plus en plus rapidement. Enfin, on essaie de diminuer en quelques secondes son degré de tension, d'abord dans des situations neutres, puis dans des situations de plus en plus stressantes.

3.5. Opérer des restructurations cognitives

La personne qui souffre de troubles anxieux est en conflit avec ses émotions : elle a tout intérêt à envisager la composante affective comme le nerf de l'existence, la source de son dynamisme, qu'il s'agit non d'éliminer, mais d'apprendre à mieux réguler. La personne anxieuse devrait davantage prendre distance à l'égard de ses propres perceptions et interprétations, comprendre que ses troubles affectifs résultent d'un décodage arbitraire de la réalité et d'anticipations mal fondées.

Pour traiter le trouble panique et les phobies qui en résultent, il est essentiel d'effectuer une réattribution causale de certaines sensations corporelles. Au lieu d'interpréter celles-ci comme le signal d'un danger imminent, il s'agit de les décoder comme les sensations qui accompagnent la réaction d'alerte et qui se trouvent amplifiées par l'hyperventilation et l'hypertonie musculaire. En cas de crise d'angoisse, on peut se dire : *« Ce que je ressens est (très) désagréable, mais n'est pas dangereux. C'est seulement l'effet de l'hyperventilation. En freinant l'expiration et en me décontractant, je vais petit à petit diminuer ces sensations »*.

La restructuration cognitive la plus fondamentale consiste à remplacer la croyance d'être incapable de contrôler ses réactions émotionnelles par la conviction de pouvoir les gérer progressivement. Le principal levier de ce changement est la réalisation effective d'une série de confrontations positives avec des situations redoutées.

3.6. Quantifier

Il est essentiel d'apprendre à distinguer des degrés d'intensité d'affects. Pour ce faire, on peut commencer par ranger des situations anxiogènes selon leur impact émotionnel. On utilise ensuite un « tensiomètre imaginaire » permettant de situer une tension (ou une angoisse) entre 0 (totalement « relax ») et 10 ou 100 (« panique »). Le niveau 5 (ou 50) correspond au début d'une tension légèrement désagréable et 7,5 (ou 75) à une tension franchement désagréable mais supportable.

Quantifier selon une échelle graduée s'avère très utile pour analyser et comprendre des réactions. L'observation des variations d'intensité de la peur en fonction de stimuli, de cognitions et de sensations physiologiques facilite la découverte de facteurs importants des troubles.

D'autre part, une telle quantification apparaît quasi indispensable pour réaliser des changements durables de conduites. En effet, beaucoup de réactions façonnées de longue date ne changent que lentement et avec difficulté. La modification de réactions émotionnelles pénibles (angoisse, colère, dépression) commence en général par une diminution de l'intensité des réactions (la personne ne fait plus de crises de panique, mais éprouve encore de fortes anxiétés). C'est seulement ensuite qu'on parvient, progressivement, à réduire la durée et enfin la fréquence de ces réactions. Rester dans la dichotomie « j'ai peur / je n'ai pas peur » entrave les progrès.

3.7. Utiliser des auto-instructions

Pour apprendre à mieux gérer ses émotions, il est essentiel de trouver des auto-instructions personnalisées, que l'on se donne dans les situations stressantes pour faire pièce aux pensées de catastrophes. Ces auto-verbalisations sont à mettre en œuvre dès les premiers signes d'anxiété.

Un bon principe est de commencer, pendant quelques secondes, par réguler les processus physiologiques (« *Je ralentis l'expiration. Je contrôle l'hyperventilation ... Je me décontracte les épaules, le ventre...* »). Ensuite, on dédramatise la situation (« *C'est dur, mais ce n'est pas dramatique... Tu essaies, c'est tout* ») et, enfin, on se concentre sur des tâches à accomplir (« *Quelle est la première étape ?... Stop ! Regarde bien ! Réfléchis ! ... Je reste centré sur la tâche... Une étape à la fois...* »).

3.8. Motiver à affronter

Le thérapeute peut renforcer la motivation en donnant des explications, en rassurant sur le bien-fondé de la méthode, en programmant avec soin la difficulté des confrontations et en aidant la personne à se réjouir de progrès obtenus pas à pas. Il peut la mettre en contact avec des personnes qui ont tiré un profit évident de la procédure.

Par ailleurs, il importe de renoncer aux « bénéfiques » plus ou moins cachés des troubles, en comprenant mieux leurs « coûts » ou en obtenant les satisfactions qu'ils apportent d'une autre manière, non « névrotique ».

3.9. Affronter graduellement

L'élément-clé d'une psychothérapie de phobies réside dans des confrontations effectives avec des stimuli phobogènes, suivant un ordre de difficulté croissant, à chaque fois pendant un temps suffisamment long (une heure ou plus) pour faire l'expérience d'une diminution sensible de l'anxiété.

Ces expérimentations comportementales sont appelées « désensibilisation », « exposition » ou « immersion ». Elles doivent être l'occasion d'une triple restructuration cognitive :

- constater que la peur n'est pas fondée dans la réalité ou que le danger est largement exagéré ;
- éprouver la capacité de diminuer progressivement, par soi-même, une activation physiologique brutale et intense ;
- constater que si l'on résiste à l'impulsion de fuir, la peur et l'impulsion diminuent lentement mais sûrement.

La confrontation avec la situation doit être bien préparée. Elle doit être de difficulté moyenne. Si elle est facile, la personne n'apprend pas à gérer les brusques intensifications de l'activation émotionnelle. Si elle est d'emblée très difficile, la personne risque de fuir et donc de renforcer sa croyance en son incapacité à réguler sa peur et à faire face à ce type de situation.

Dès le début de la confrontation, la personne s'exerce à réguler son activation émotionnelle par des auto-instructions portant sur la respiration et le tonus musculaire. Elle n'essaie pas d'étouffer au plus vite la peur en fuyant ou en se distrayant. Au contraire : elle s'exerce à rester relativement sereine, alors même qu'elle éprouve une tempête émotionnelle. Ainsi elle apprend progressivement à ne plus avoir peur de la peur.

Le patient informe régulièrement le thérapeute de son degré de tension (en fonction du « tensiomètre imaginaire, allant 0 à 10 ou à 100). Dès que l'activation émotionnelle s'intensifie, elle se recentre quelques secondes (ou minutes) sur le contrôle de l'hyperventilation et du tonus musculaire.

Lorsque l'activation émotionnelle a sensiblement diminué, on passe à une situation un peu plus difficile. Dans le cas d'une agoraphobie, on augmente la distance entre la personne et le thérapeute. Dans le cas d'une phobie des araignées, la personne observe d'abord une petite araignée dans un bocal ; ensuite, à l'exemple du thérapeute, elle ouvre le bocal, elle le retourne au-dessus de la main et le secoue pour faire descendre l'araignée sur la main ; elle laisse l'araignée se promener sur la main et le bras ; elle apprend à capturer des araignées de diverses tailles avec un bocal et un carton pour refermer le bocal ⁴.

Si l'expérience s'est déroulée normalement, le patient recommence l'exercice avec une autre personne que le thérapeute (un parent ou un ami en qui il a confiance). Elle fait rapport au thérapeute (au cours d'une consultation ou par téléphone) sur ses difficultés et sur les facteurs de réussite. Lorsque la répétition avec l'aide d'un non-professionnel est satisfaisante, la personne s'exerce seule dans la situation phobogène, si possible une fois par jour, jusqu'à la disparition de la réaction d'alerte (« habituation » ou « extinction »).

Dans les premiers traitements de phobies par TCC, les praticiens suivaient souvent la procédure de Wolpe, qui prescrit de commencer par une phase de confrontation par visualisation mentale. Les recherches ont montré des résultats plus rapides si l'on procède d'emblée à des « expositions » dans la réalité.

Depuis les années 1990, des thérapies utilisant la « réalité virtuelle » sont apparues efficaces. Les premiers essais visaient l'acrophobie. Aujourd'hui des programmes complexes permettent de traiter avec succès même des phobies sociales (Légeron et al., 2003).

⁴ Il s'agit bien évidemment d'araignées non dangereuses. Dans le Nord de la France et dans les pays situés plus au Nord de l'Europe, les araignées ne présentent pas de danger. Il en va autrement plus au Sud de l'Europe. La procédure doit être adaptée au danger réel.

4. La question de l'efficacité

En un demi-siècle, les comportementalistes ont mené plusieurs centaines d'études méthodiques sur leurs résultats. Ils ont publié les meilleures dans des revues de thérapie comportementale, mais aussi dans les revues les plus prestigieuses de psychiatrie et de psychologie scientifiques (*Archives of General Psychiatry, Journal of Consulting and Clinical Psychology, etc.*). Dans l'état actuel des recherches, les TCC apparaissent particulièrement efficaces pour traiter les troubles anxieux (voir par exemple Barlow, 2002 ; INSERM, 2004). Le taux de réussite est élevé tandis que la durée des traitements est relativement brève. On peut souvent faire disparaître en quelques séances la phobie d'animaux non dangereux, en une quinzaine de séances un trouble panique sans bénéfices secondaires, une phobie du métro ou des supermarchés. Il faut davantage de temps pour les phobies sociales importantes, les troubles obsessionnels et le trouble anxieux généralisé. On ne dépasse pas souvent 50 séances, sauf pour des troubles obsessionnels très intenses ou des troubles résultant de graves traumatismes.

Quand une thérapie comportementale est menée dans les règles de l'art, on n'observe pas de « substitution de symptômes », mais plutôt un « effet boule-de-neige positif » (Van Rillaer, 2004). La plupart des personnes qui se sont exercées à développer des stratégies efficaces, en éliminant deux ou trois phobies avec un thérapeute, continuent ensuite seules à se libérer des autres. Des rechutes sont évidemment à prévoir si l'analyse comportementale a été mal faite ou si les apprentissages ont été superficiels.

Notons enfin que des associations de patients (pour la France, voir : <https://mediagoras.fr/>) présentent une réelle utilité. Les patients s'informent réciproquement, mais peuvent aussi collaborer pour des exercices de confrontation.