

Jacques Van Rillaer

*Peurs, angoisses et phobies.*

Éd. Bernet-Danilo, Coll. Essentialis, 1997, 64 p., 4<sup>e</sup> éd. : 2007.

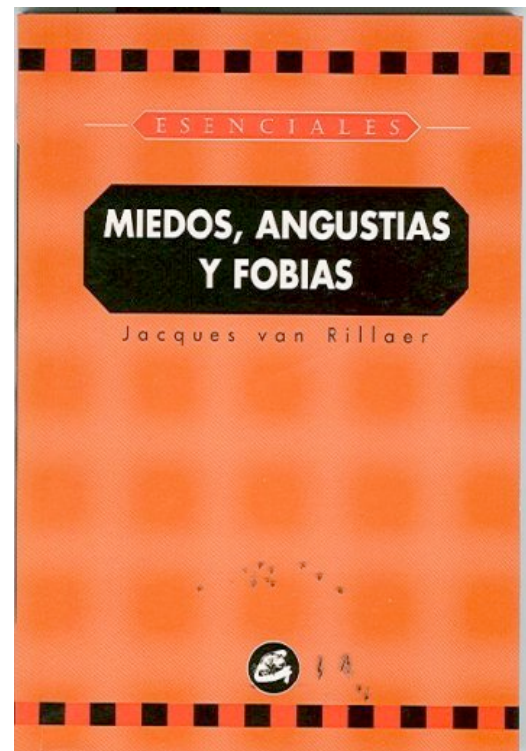
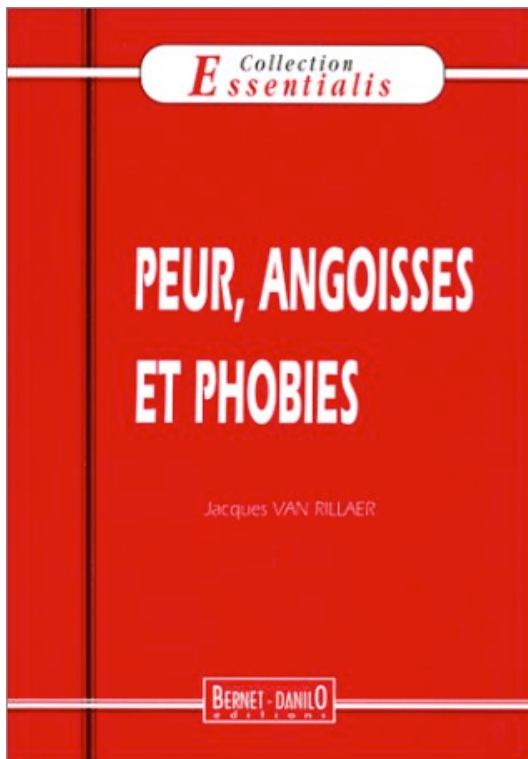
ISBN 2-912663-03-2

Ouvrage épuisé, non réédité

Trad. espagnole : *Miedos, angustias y fobias*. Éd. Gaia, 2000, 96 p.

ISBN 84-8445-004-X

Ouvrage épuisé, non réédité



## Du même auteur

[mise à jour : 2014]

*L'Agressivité humaine. Approche psychanalytique.* Mardaga, 1975, 268 p., 2<sup>e</sup> éd., 1988.

*Les Illusions de la psychanalyse.* Mardaga, 1981, 414 p., 4<sup>e</sup> éd., 1996.

*Las ilusiones del psicoanálisis.* Barcelona : Éd. Ariel, 1985, 411 p. (épuisé)

*Les Thérapies comportementales.* Éd. Bernet-Danilo, 1995, 64 p., 3<sup>e</sup> éd., 2002.

*Peurs, angoisses et phobies.* Éd. Bernet-Danilo, 1995, 64 p., 3<sup>e</sup> éd., 2002.

*Les Colères.* Éd. Bernet-Danilo, 64 p., 2<sup>e</sup> éd., 2002.

*Psychologie de la vie quotidienne.* Paris : Odile Jacob, 2003, 336 p.

*Psicologia della vita quotidiana.* Bari : Edizioni Dedalo, 2006, 336 p.

Co-auteur (avec C. Meyer, M. Boch-Jacobsen, J. Cottraux & D. Pleux) *Le Livre noir de la psychanalyse.* Paris : Les Arènes, 2005, 830 p. En poche : Édition 10/18 (n° 3991), 2007, 1018 pages. Nouvelle éd. remaniée, 2010, 540 p.

Traduit en italien, espagnol, grec, roumain, chinois

Co-auteur (avec C. Meyer, C. Routier, P. de Sutter & V. Guéritault) *Les nouveaux psys. Ce que l'on sait aujourd'hui de l'esprit humain.* Paris : Les Arènes, 2008, 800 p. En poche : Éd. Marabout, 2010, 790 p.

Van Rillaer, J. & Gauvrit, N. (2010) *Les psychanalyses : Des mythologies du XX<sup>e</sup> siècle ?* Sophia Antipolis : Éd. Book-e-book, Coll. Une chandelle dans les ténèbres, 70 p.

Van Broeck, N. & Van Rillaer, J. (2012) *L'accompagnement psychologique des enfants malades.* Paris : Odile Jacob, 240 p.

*La nouvelle gestion de soi* (2012) Bruxelles : Mardaga, 332 p.

Nombreux articles dans la revue *Science et pseudo-sciences*, dont une partie en ligne : [pseudo-sciences.org](http://pseudo-sciences.org)

### Sommaire

I

Introduction

Ch.1. De la peur normale aux troubles anxieux

Ch. 2. Pourquoi des troubles anxieux

Ch. 3. Comment s'en libérer

Conclusion

# Introduction

Tous les êtres humains, depuis l'enfance, ressentent régulièrement de la peur. Ils perçoivent un danger, réel ou imaginaire ; leurs muscles se contractent, le rythme cardiaque s'accélère, la respiration s'intensifie ; ils éprouvent une sensation désagréable ou pénible ; ils ont une impulsion à fuir. Les situations dans lesquelles apparaît cet ensemble de réactions sont diversifiées : la perte du contrôle de la voiture, une difficulté à respirer, l'anticipation d'une punition...

Beaucoup de personnes souffrent de phobies : des peurs intenses qui font éviter systématiquement des situations. Ces peurs peuvent être très handicapantes. Aussi sont-elles un des motifs les plus fréquents de consultation psychologique ou psychiatrique.

Il n'est pas rare que l'existence d'une personne soit entièrement polarisée par des phobies, des crises de panique, un état d'angoisse plus ou moins permanent, des idées obsédantes ou des rituels compulsifs.

Certaines réactions de peur ou d'anxiété sont banales, "normales". D'autres sont problématiques et peuvent être considérées comme "pathologiques" : on les appelle des "troubles anxieux". La frontière entre les deux catégories est assez floue. Trois critères permettent de ranger des réactions dans la seconde catégorie plutôt que dans la première : le caractère inadapté ou "irrationnel" des réactions (celles-ci sont fortes alors qu'il n'y a pas ou peu de danger réel) ; l'intensité, la durée et la fréquence des réactions ; l'impact sur la vie quotidienne (les réactions provoquent une souffrance importante et rétrécissent le champ des activités, elles "empoisonnent" l'existence).

Au cours de l'histoire, les troubles du comportement ont été expliqués et traités de façon très variée. On peut regrouper les conceptions selon les catégories suivantes.

1. Dans les conceptions magiques et religieuses, les troubles sont interprétés comme les effets de péchés ou d'interventions surnaturelles (le démon qui envoie des tentations ou qui prend possession de la personne ; Dieu qui met sa créature à l'épreuve ; des sorciers ou des sorcières qui envoûtent). Des traitements corrélatifs à ces croyances visent à exorciser la personne ou à la purifier (par la confession, la prière, la mortification, le pèlerinage).

2. Dans les conceptions biologiques et médicales, les troubles sont attribués à des dysfonctionnements organiques, acquis ou congénitaux. Par exemple les crises d'angoisse avec suffocations, qui surviennent chez les femmes, ont été expliquées par les Égyptiens, dès le 20<sup>e</sup> siècle avant notre ère, par le déplacement de l'utérus vers le haut.

Des progrès décisifs dans les sciences médicales ont été réalisés depuis un siècle. Les chercheurs ont montré que des troubles anxieux peuvent résulter de troubles cardiaques ou respiratoires, de dysfonctionnements du système nerveux (par exemple l'épilepsie) et du système hormonal (par exemple une hyperthyroïdie ou une tumeur surrénale), d'une altération du foie, de l'ingestion de substances (par exemple un excès de caféine) ou du manque d'une substance qui a produit une dépendance (par exemple l'alcool). Depuis les années 1950 sont apparus des médicaments efficaces pour traiter des troubles mentaux et notamment certains troubles anxieux : les anxiolytiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques.

3. Dans les psychologies intuitives et philosophiques, les troubles mentaux ont été souvent expliqués par des entités mentales telles que les facultés de l'âme, les traits de caractère, l'imagination, l'émotivité, la labilité, le manque de volonté, la pusillanimité, l'asthénie, la psychasthénie. En fait, ces notions peuvent servir à caractériser des comportements réguliers d'une personne, mais non à expliquer ces comportements. On peut dire "Paul est un anxieux" pour signifier qu'il éprouve facilement de l'anxiété même en l'absence de danger réel, mais on n'explique rien en disant "il éprouve facilement de la peur parce qu'il est anxieux" ou "parce qu'il a une névrose d'angoisse". Rendre compte de conduites par des entités inobservables de ce genre, c'est

se contenter de “pseudo-explications mentalistes”, qui entravent la recherche des véritables déterminants des conduites et qui n'offrent guère de possibilités de changement.

Un autre type d'explication invoque des événements traumatisants. Au 18<sup>e</sup> siècle, Antoine Le Camus, dans son livre *Des aversions*, expliquait la peur violente d'un roi d'Angleterre pour les épées par le fait que sa mère, à l'époque où elle était enceinte de lui, avait assisté à un meurtre à l'aide d'une épée. Descartes écrit, dans *Les passions de l'âme* : “Il est aisé de penser que les étranges aversions de quelques-uns qui les empêchent de souffrir l'odeur des roses, ou la présence d'un chat, ou choses semblables, ne viennent que de ce qu'au commencement de leur vie ils ont été fort offensés par quelques pareils objets. [...] L'odeur des roses peut avoir causé un grand mal de tête à un enfant lorsqu'il était encore au berceau, ou bien un chat le peut avoir fort épouvanté, sans que personne y ait pris garde ni qu'il en ait eu après aucune mémoire, bien que l'idée de l'aversion qu'il avait alors pour ces roses ou pour ce chat demeure imprimée en son cerveau jusqu'à la fin de sa vie” (1649, § 136).

4. Dans la conception psychanalytique, on trouve une explication semblable à celle de Descartes : des phobies résultent de traumatismes, dont le souvenir est oublié ou plus exactement “refoulé”. D'autre part, les troubles anxieux - mis à part la “névrose traumatique” - sont attribués à la répression de la pulsion sexuelle (Freud écrit que “l'angoisse névrotique naît de la libido comme le vinaigre du vin”). Ils sont aussi attribués à la peur des conséquences de la mise en acte de la pulsion sexuelle (un garçon peut éprouver une forte angoisse parce qu'il redoute inconsciemment que la réalisation de ses pulsions incestueuses soit punie par la castration). Par ailleurs, des phobies sont expliquées par leur symbolisme inconscient. Freud écrit que “lorsque la peur naturelle du serpent devient intense, elle a toujours une signification sexuelle”. Plus précisément, la phobie des serpents traduirait la peur du pénis. De la même façon, Freud croit que “la peur de l'araignée exprime la terreur de l'inceste avec la mère et l'effroi devant les organes génitaux féminins”<sup>1</sup>.

La thérapie associée à cette conception consiste à prendre conscience de significations refoulées pathogènes. A cette fin, le psychanalyste interprète des rêves, des lapsus et des “associations libres” (des propos de l'analysé, couché sur un divan, énonçant sans restriction tout ce qui lui vient à l'esprit).

Vers 1960, la psychanalyse constituait la référence majeure pour les théories psychopathologiques et les psychothérapies. Ce modèle est alors entré en crise, surtout dans les pays anglo-saxons. Tant la théorie que le pouvoir curatif de la psychanalyse ont été de plus en plus remis en question, même par des psychanalystes tels que Beck, Ellis, Perls, Szasz, Wolpe<sup>2</sup>. On observe à ce moment-là une révolution scientifique et l'émergence de deux nouveaux paradigmes : la thérapie comportementale et la thérapie cognitive.

5. Les courants comportementaux et cognitifs se spécifient par le souci de scientificité. Leurs partisans ne se contentent plus de théories qui s'appuient seulement sur des cas cliniques, des intuitions et des discours spéculatifs. Ils se basent sur des observations systématiques et des recherches expérimentales de la psychologie scientifique. Dans leur pratique clinique, ils adoptent une attitude de chercheur scientifique (parfaitement compatible avec une attitude bienveillante et humaniste). Ils comparent par des études méthodiques l'efficacité des différentes procédures thérapeutiques.

Ces deux courants ont rapidement interagi, ils se sont enrichis mutuellement, puis ont fusionné. A partir des années 70, leurs partisans ont de plus en plus souvent parlé de thérapies “cognitivo-comportementales”, du moins en France. Dans d'autres régions, les Pays-Bas par exemple, l'expression “thérapie comportementale” est utilisée sans plus, le mot “comportement” étant alors

<sup>1</sup> Freud S., *Gesammelte Werke*. Fischer, II 352 ; XV 25.

<sup>2</sup> Pour des détails : Van Rillaer J. (1981) *Les illusions de la psychanalyse*. Mardaga - Eysenck H. (1994) *Déclin et chute de l'empire freudien*. Trad., Éd. F.-X. de Guibert (Paris). - Gellner E. (1990) *La ruse de la déraison. Le mouvement psychanalytique*. Trad., PUF.

entendu au sens large d'activité signifiante qui comporte toujours à la fois des aspects cognitifs, affectifs et moteurs.

Dans cette perspective, les troubles anxieux sont envisagés comme les produits d'une pluralité de facteurs : des conditionnements environnementaux, des processus physiologiques, des façons de percevoir, de penser et d'agir. Le traitement est conçu comme l'apprentissage de nouveaux modes d'action et de réaction. Il est généralement "multimodal" : il vise à modifier plusieurs facteurs.

Signalons qu'un mouvement, parti des Etats-Unis et qui se développe actuellement en Europe, vise à concilier certaines formes de psychanalyse et la conception cognitivo-comportementale : c'est l'"approche intégrative et éclectique" <sup>3</sup>.

La présentation qui suit se situe dans le cadre de la psychologie scientifique et cognitivo-comportementale. Depuis le début du courant comportemental, les troubles anxieux ont été le principal thème de recherche. Les études comparatives sur les effets des psychothérapies ont largement montré que cette approche est aujourd'hui la plus efficace pour traiter ce type de troubles <sup>4</sup>.

## Ch.1. De la peur normale aux troubles anxieux

Des classifications peuvent paraître inopportunes quand on se penche sur les souffrances d'un être humain. En effet elles conduisent facilement à des simplifications caricaturales et à des chosifications trompeuses. Les stéréotypes sociaux en sont une illustration souvent affligeante ("Les Noirs sont..., les Arabes sont... "). Les praticiens de la psychologie ne sont pas à l'abri d'un usage abusif de classifications. Les personnes auxquelles ils ont appliqué des étiquettes peuvent ensuite se comporter en fonction de celles-ci et dès lors les "confirmer". Il est donc important de noter les dangers du comportement de catégorisation. On peut néanmoins reconnaître que ce comportement assure chez nous tous des fonctions indispensables à la survie. Grâce à lui, nous dégageons des aspects cruciaux dans le flot incessant des informations qui nous parviennent, nous organisons nos perceptions, nous formulons des hypothèses, nous trouvons des relations entre des phénomènes.

La création de catégories de troubles mentaux permet aux spécialistes d'effectuer des recherches méthodiques, d'échanger des hypothèses et des découvertes, de formuler des pronostics et de choisir les traitements les plus adéquats. La classification qui fait aujourd'hui autorité a été réalisée par l'Association américaine de Psychiatrie. Elle est utilisée par la grande majorité des psychiatres et des psychologues d'orientation scientifique. La première version a paru en 1952 sous le *titre Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Depuis lors, un large comité d'experts du plus haut niveau se concertent régulièrement pour améliorer cet outil et publier de nouvelles versions. La 4e édition ou DSM-IV a vu le jour en 1994 (en français en 1996 chez Masson).

D'une édition à l'autre du DSM, des changements substantiels sont opérés. Ainsi, depuis l'édition remaniée du DSM-III (1987), la catégorie "homosexualité" a été supprimée ; dans le DSM-IV, le terme "névrose" a disparu (ce terme suggère fallacieusement l'existence d'une entité mentale

---

<sup>3</sup> Wachtel P. (1977) *Psychoanalysis and behavior therapy : Toward an integration*. Basic books — Marie-Cardine M., Chambon O. & Meyer R. (1994) *Psychothérapies. L'approche intégrative et éclectique*. Le Coudrier.

<sup>4</sup> Barlow D. (1993) *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford. - Garfield S. & Bergin A. (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley. - McNally R. (1994) *Panic disorder: A critical analysis*. Guilford.

“expliquant” les troubles observables), l'expression “névrose obsessionnelle” a été remplacée par “trouble obsessionnel-compulsif”.

Notre présentation des troubles anxieux suit de près les catégories du DSM. Nous insistons sur deux points : les classifications ne sont que des façons d'organiser des informations, elles sont toujours relatives et amendables ; l'utilisation de catégories est néfaste si elle conduit à négliger la singularité de la personne et les contextes dans lesquels celle-ci agit.

## La réaction d'alerte et la peur

Toute stimulation nouvelle provoque une mobilisation de l'attention, appelée réaction d'orientation. Si nous sommes au repos, cette réaction s'accompagne d'une activation du système neuromusculaire (le tonus s'accroît) et du système orthosympathique (la tension artérielle augmente, les pupilles se dilatent, etc.).

Tout stimulus perçu comme menaçant ou frustrant tend à provoquer une réaction d'alerte, une mobilisation immédiate de ressources physiologiques et psychologiques, qui permet d'agir de façon énergique, en particulier pour attaquer ou pour fuir (“fight or flight reaction”). Selon les circonstances, cette réaction peut être vécue comme une simple tension, une irritation, une inquiétude, une réaction de peur ou d'anxiété.

La peur est une réaction affective provoquée par la perception d'un danger. Le facteur déclenchant est l'interprétation que fait la personne de la situation, plutôt que la réalité objective du danger. La peur est ressentie d'ordinaire comme pénible. Elle s'accompagne d'une activation plus ou moins intense des systèmes nerveux, cardio-vasculaires et respiratoires, préparant à l'action. Elle suscite une polarisation de l'attention et une impulsion à agir en vue de supprimer la cause de souffrance ou de s'en éloigner. Si le combat ou la fuite paraissent voués à l'échec, l'individu peut se sentir paralysé (“figement postural”). Cette réaction est peu fréquente chez l'homme. Elle est automatique chez certains animaux et leur permet d'échapper à l'attention de prédateurs sensibles avant tout aux mouvements des proies.

La peur, comme d'autres réactions affectives (par exemple la colère, la tristesse ou la joie), apparaît chez les nourrissons et chez des animaux. Elle est un mécanisme mis en place au cours de l'évolution de l'espèce humaine et qui subsiste parce qu'il favorise l'adaptation et la survie. La tonalité pénible de la peur motive l'individu à être vigilant et à agir pour changer la situation. Le promeneur qui éprouve une crainte à la vue d'un précipice évite de s'en approcher et d'y tomber. Le conducteur conscient des dangers de la route roule prudemment. L'étudiant qui redoute l'échec est incité à étudier ; il peut même “cultiver” son inquiétude de manière à se motiver davantage.

Les humains sont génétiquement programmés pour éprouver de la peur. Ils ne redoutent pas tous les mêmes situations. Chez certains, les réactions d'alerte ou de peur apparaissent rarement et restent relativement faibles. Chez d'autres, ces réactions sont déclenchées à contretemps et avec une intensité néfaste. Les peurs varient selon les âges et selon les environnements. La peur du vide apparaît chez la plupart des enfants vers 9 mois (l'âge auquel l'enfant commence à se déplacer), la peur des animaux est la plus fréquente entre deux et quatre ans, la peur du ridicule ne se développe qu'à partir de deux ou trois ans. Suivant les régions, beaucoup ou peu d'individus redoutent de se découvrir un jour homosexuels, d'être punis par Dieu ou de se trouver enterrés sous des décombres provoqués par un tremblement de terre...

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

## L'angoisse et l'anxiété

Les mots “angoisse” et “anxiété” ont la même racine : le terme latin *angere*, qui signifie “oppresser”, “étrangler”. Ils désignent une réaction affective provoquée par l'anticipation d'événements pénibles, qui touchent la personne. Cette réaction est de même nature que la peur, mais ici la menace paraît plus lointaine, plus vague ou plus subjective.

Les termes “angoisse” et “anxiété” sont souvent employés comme synonymes. Lorsqu'ils sont distingués, le premier désigne une réaction plus intense que le second, ou bien le premier accentue l'aspect physique du malaise et le second, l'aspect psychique.

La fonction de l'anxiété est la même que celle des réactions d'alerte et de peur : orienter l'attention vers une menace, préparer l'organisme à l'action et motiver à opérer un changement. L'anxiété est fondamentalement utile. Elle peut toutefois s'avérer dysfonctionnelle. Exemples : le danger est largement surestimé ou purement imaginaire, la perception de l'anxiété naissante suscite son redoublement, la fuite provoquée par l'anxiété s'avère en fin de compte néfaste.

## Les troubles anxieux

Les principaux troubles anxieux distingués aujourd'hui sont le trouble panique, la phobie, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif. Environ 15 % des Occidentaux souffrent d'un ou plusieurs de ces troubles.

1. On appelle attaque de panique une peur intense, d'une durée bien délimitée, qui survient brutalement, qui s'accompagne de fortes sensations physiques (par exemple des palpitations, une gêne thoracique, la sensation d'étouffement, de la transpiration, des tremblements, la nausée, le vertige, l'impression de s'évanouir), ainsi que d'un sentiment de danger imminent (perdre le contrôle de soi, devenir fou, mourir). Ces crises ne sont pas rares. Chacun peut en faire l'expérience s'il se trouve menacé de façon brusque et violente. Dans une enquête sur des étudiants américains, 36 % des sujets ont déclaré avoir connu au moins un épisode durant l'année écoulée.

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 générale souffrent de ce trouble. Il est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

2. Une phobie est une peur excessive de certaines situations, accompagnée de leur évitement systématique ou d'une intense détresse en cas de confrontation (pouvant aller jusqu'à l'attaque de panique). C'est le trouble anxieux le plus fréquent : plus de 10 % de la population présentent au moins une ou plusieurs phobies. Les situations redoutées sont d'une infinie variété : être passager dans une voiture, téléphoner, transpirer en public, se présenter au début d'une réunion de travail, voir un chat, sentir un coup de vent... On classe souvent les phobies selon les catégories suivantes.

L'agoraphobie (étymologiquement : la peur des places publiques) désigne aujourd'hui une peur irraisonnée de situations qu'on pense ne pas pouvoir facilement quitter ou dans lesquelles on croit ne pas pouvoir être 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 déterminées principalement par la peur qu'une attaque de panique survienne dans les situations redoutées. Certaines formes sont très invalidantes et génèrent des tensions interpersonnelles, un état dépressif et une consommation excessive d'alcool

ou d'anxiolytiques. La personne est alors prise dans un cercle vicieux dont elle peut difficilement sortir sans l'aide d'un spécialiste.

On appelle phobie sociale une peur irraisonnée, intense et persistante de situations sociales. La personne redoute d'être évaluée, critiquée ou jugée ridicule, ce qui perturbe de façon importante ses relations avec autrui (la personne se met à rougir, à transpirer, elle ne trouve plus ses mots) et lui fait éviter des activités sociales (réceptions, repas au restaurant, participation à des groupes, exposés en public, etc.). On distingue des formes spécifiques (phobie d'une situation particulière, telle que signer un chèque en étant observé) et des formes généralisées (peur d'une large diversité de situations sociales). Selon les populations et les critères diagnostiques, 2 à 10 % des personnes présentent ce trouble. Il concerne autant les hommes que les femmes.

Les autres phobies sont classées comme phobies spécifiques. Des stimuli particulièrement phobogènes sont, par ordre décroissant, le vide perçu d'une hauteur (acrophobie), les serpents (même inoffensifs), les espaces clos (claustrophobie), les araignées (arachnophobie), les blessures et le sang, les avions (aérophobie), les dentistes (odontophobie).

L'impact d'une phobie sur l'existence varie selon le type de peur, son intensité et les conditions de vie. La phobie des couteaux ou des oiseaux est plus handicapante que la phobie du tonnerre ou du métro.

Certaines phobies surviennent dès la petite enfance. C'est le cas de la phobie d'animaux. D'autres, comme l'agoraphobie, sont rares avant l'adolescence. Dans un large échantillon suédois (Öst, 1987), l'âge moyen d'apparition était de 7 ans pour des phobies d'animaux, 9 pour la phobie du sang, 12 pour l'odontophobie, 16 pour la phobie sociale, 20 pour la claustrophobie, 28 pour l'agoraphobie. Des phobies tendent à disparaître avec le temps, même sans thérapie. C'est le cas de certaines phobies d'animaux. D'autres, comme l'agoraphobie, ont tendance à se maintenir ou à s'aggraver.

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 guère de troubles particuliers. Les phobies sont déclenchées, intensifiées et entretenues par des processus qui peuvent, dans certaines circonstances, jouer chez tout le monde.

3. Lorsqu'un état d'anxiété important et handicapant est éprouvé de façon plus ou moins continue, sans cause évidente, depuis au moins six mois, on parle de trouble anxieux généralisé (appelé autrefois "névrose d'angoisse"). La frontière entre ce trouble et des préoccupations normales est floue. Il y a en effet un continuum des degrés d'inquiétude, comparable à celui de la tension artérielle, qui varie depuis une tension normale jusqu'à une hypertension chronique et pathologique. Les soucis excessifs concernent souvent la santé, la famille, le travail et l'argent. Selon les régions, le trouble s'observe chez 2 à 6 % des personnes. Il est plus fréquent chez les femmes. Il apparaît le plus souvent entre 20 et 30 ans.

4. Tout individu traverse une période très difficile après avoir subi un grave traumatisme (accident de voiture, agression violente, prise d'otage, viol, tortures, vue d'un charnier, etc.). Chez certains le malaise tend à s'estomper après deux ou trois mois ; chez d'autres se développe un état de stress post-traumatique (appelé autrefois "névrose traumatique"), caractérisé par des souvenirs obsédants et des cauchemars, des réactions phobiques à l'apparition de stimuli évoquant le traumatisme, une hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, agitation, irritabilité), une vulnérabilité aux nouveaux stressors, un sentiment d'impuissance ou de dépression, un émoussement de la vie affective et une perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées. Cet état entraîne facilement des troubles des relations et la consommation de drogues (alcool, tranquillisants, etc.). Il est vécu par au moins 1 % de la population générale. Il a été observé chez 36 % des militaires américains qui se sont trouvés dans des zones de combat. La proportion est encore beaucoup plus élevée chez les anciens prisonniers des camps de concentration.



5. Les obsessions sont des pensées, des images ou des impulsions fréquentes, qui génèrent de l'angoisse, de la culpabilité ou de la détresse. Elles se rapportent par exemple à des violences ou à des transgressions, au risque de contamination ou à d'autres dangers. La personne reconnaît que ces idées, qu'elle ne souhaite pas, proviennent de sa propre activité mentale. Elle essaie de les réprimer ou de les éviter.

Les compulsions sont des actions (par exemple des soins corporels) ou des activités cognitives (par exemple des comptages, des prières) accomplies en vue de neutraliser des obsessions, de réduire les émotions qu'elles provoquent ou d'empêcher la réalisation de situations redoutées. Les compulsions ont un aspect ritualisé, elles sont fréquentes et parfois très accaparantes.

Lorsque des obsessions ou des compulsions sont intenses et invalidantes, on parle de trouble obsessionnel-compulsif. Ceux qui en souffrent reconnaissent souvent son caractère absurde, mais ils se sentent impuissants à le supprimer, même si par ailleurs ils font preuve d'esprit rationnel et d'actions efficaces. Dans la population, au moins 2 % des gens présentent ce trouble et en éprouvent une souffrance considérable. La répartition est équivalente entre hommes et femmes, mais la compulsion à vérifier est plus fréquente chez les hommes et celle à nettoyer ou à se laver l'est davantage chez les femmes.

On hésite parfois entre les diagnostics de phobie et de trouble obsessionnel-compulsif, notamment dans des cas de nosophobie (peur de contracter une maladie) et de phobie d'impulsion (peur d'accomplir un acte dangereux pour soi-même, par exemple se jeter dans le vide, ou pour autrui, par exemple donner un coup de couteau). On parle de troubles obsessionnels lorsque les peurs sont obsédantes et entraînent le développement d'activités destinées à prévenir des catastrophes imaginaires.

## Ch. 2. Pourquoi des troubles anxieux ?

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, un conflit pulsionnel ou un manque de volonté). Un trouble est un mode de comportement, déterminé par plusieurs facteurs environnementaux, physiologiques et psychologiques (en particulier la manière d'interpréter certains événements internes et externes).

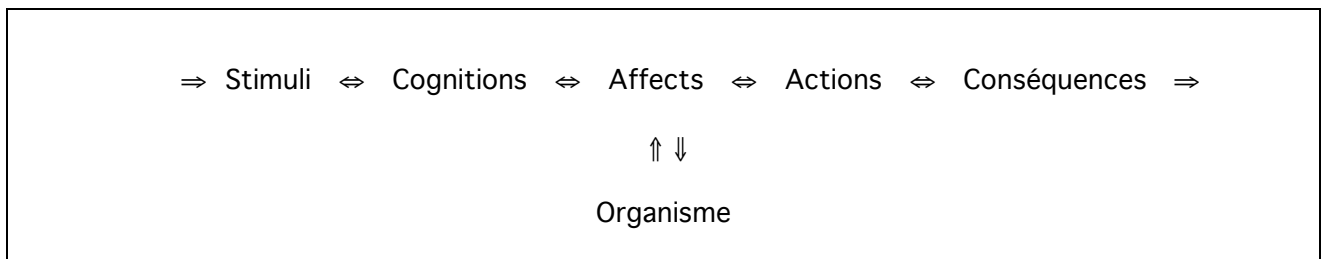
Le mot "comportement" désigne ici toute activité signifiante, directement ou indirectement observable. Il présente toujours trois éléments : une dimension cognitive, une dimension affective et une composante motrice. En ce moment, cher lecteur, vous percevez et traitez des informations, vous produisez des cognitions (pensées, images mentales, souvenirs) ; vous avez une disposition affective (intérêt, satisfaction, inquiétude...) ; vous adoptez une attitude corporelle, vous bougez les yeux et peut-être la tête...

On peut parler de "comportement cognitif" si la première composante s'avère prédominante (par exemple quand on lit), de "comportement affectif" ou "émotionnel" si la deuxième dimension est la plus frappante (par exemple lorsqu'on éprouve une forte frayeur), de "comportement moteur" si la troisième apparaît à l'avant-plan (par exemple en faisant des exercices de gymnastique).

Tout comportement prend place dans un environnement. Il est induit par un ou des stimuli - dont certains sont essentiels et d'autres secondaires (la lecture du présent livre résulte par exemple de sa découverte dans une librairie ou de l'initiative d'un ami). Il est effectué en vue d'effets jugés positifs par l'acteur (la lecture est réalisée dans l'espoir de trouver des informations intéressantes ou de mettre fin à des souffrances). Enfin, tout comportement agit sur l'état de l'organisme et, réciproquement, est influencé par celui-ci (notamment le degré de fatigue et d'activation physiologique).

Pour observer et analyser un comportement, il est 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 interagissent. Des stimuli provoquent des cognitions (un chien peut faire penser à une morsure), tandis que des processus cognitifs déterminent l'impact que peuvent avoir des stimuli sur le comportement (le souvenir de la morsure d'un chien fait que la vue d'un chien déclenche une réaction d'alerte et une impulsion à fuir) ; les cognitions provoquent des affects (l'idée de la possibilité d'une souffrance rend anxieux) et l'état affectif oriente le développement des cognitions (un état anxieux polarise l'attention vers tous les indices de dangers possibles), etc.<sup>5</sup>

On peut résumer ces variables par le schéma suivant, appelé "équation comportementale" :



<sup>5</sup> Pour des détails : Van Rillaer J. (2012) *La nouvelle gestion de soi*. Bruxelles : Mardaga, 332 p.

(La flèche qui précède “Stimuli” et celle qui suit “Conséquences” signifient que tout comportement concret s’inscrit dans un flux continu de conduites).

Les troubles anxieux ne s’expliquent pas par un mécanisme unique, ils sont toujours “plurifactoriels”. Cependant, 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 ou dans des états d’anxiété généralisée consécutifs à la détérioration du foie chez des alcooliques. Le contexte environnemental joue un rôle prépondérant dans la phobie des araignées inoffensives : cette peur est nettement plus fréquente en Occident que dans d’autres régions. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, les facteurs les plus importants sont des processus cognitivo-affectifs (l’apparition d’idées intrusives qui angoissent ou culpabilisent) et les effets d’activités ritualisées, qui réduisent rapidement des tensions et qui deviennent dès lors des habitudes encombrantes.

Après avoir exposé un exemple typique d’agoraphobie, nous passerons en revue des facteurs qui jouent dans les troubles anxieux, des facteurs qui les déclenchent, les favorisent, les maintiennent ou les renforcent. Certains sont essentiels, d’autres secondaires.

## Les phobies d’Anne

Anne est étudiante à l’université, en première année de philosophie. Elle n’ose plus aller au cours, ni prendre le métro.

Anne a eu une enfance et une adolescence sans problèmes importants. Elle s’entend bien avec ses parents. Elle a eu des petits amis. Elle n’apparaît pas “coincée”, mais fort émotive et sensible.

Elle se rappelle bien le début de ses troubles. Il y a un an, elle se trouvait dans un restaurant italien avec trois amies. Au moment de manger, elle s’est sentie mal, elle a eu une sensation de tête vide, de nausée et d’oppression respiratoire. Elle est alors sortie “pour mieux respirer”. Quand elle est rentrée, ses amies lui ont demandé ce qu’elle avait. Elle n’avait franchement pas d’explication.

La semaine suivante, Anne avait rendez-vous avec ses amies dans un restaurant grec. Déjà en chemin, elle a commencé à s’inquiéter et à ressentir des changements physiques qui lui rappelaient le malaise de la semaine précédente. En entrant dans le restaurant, elle a eu une attaque de panique et est partie précipitamment. Deux jours plus tard, elle a ressenti un trouble analogue dans un supermarché en faisant la file à la caisse. Depuis, elle n’est plus allée au restaurant et ne va au supermarché qu’en compagnie de sa mère ou de sa soeur.

Durant la deuxième semaine de cours à l’université, alors qu’elle se trouvait dans un amphithéâtre, les mêmes symptômes sont apparus. Anne est sortie rapidement, très gênée de déranger d’autres étudiants et craignant de se faire interpeller par le professeur. Les jours suivants, dans les salles de cours, elle s’est toujours assise près de la sortie. Quelques jours plus tard, elle s’est sentie mal dans le métro et n’a plus osé le prendre. Sa mère a dû la conduire aux cours et l’attendre chaque fois dans la voiture. Puis un jour, elle a eu une crise de panique au début d’un cours et n’a plus essayé de retourner dans un amphithéâtre.

## Deux processus fondamentaux

Une série de situations déclenchent la peur ou l’angoisse : des situations de douleur ou de menace, l’interprétation dramatisante de sensations corporelles, des idées ou des impulsions qui “passent par la tête”, des observations, des informations ou des imaginations concernant des dangers.

1. Lorsqu’un stimulus se trouve associé à une situation angoissante ou douloureuse, il peut devenir un signal de danger et peut dès lors provoquer, par lui-même, une réaction de peur ou d’anxiété. Ce processus est appelé conditionnement classique ou pavlovien (Ivan Pavlov a été le premier, vers

1900, à l'étudier expérimentalement). On peut le définir de façon générale comme le fait qu'un stimulus (S) reçoit une nouvelle signification parce qu'il est associé à un autre. Suite à ce changement sémantique, le premier stimulus est appelé "stimulus conditionné" (S.C.) et la réaction qu'il provoque "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.

2. 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). Il fait suite au premier.

Tout comportement suivi de conséquences vécues comme positives tend à être répété dans certaines situations. On appelle ce processus un renforcement. Le comportement est alors considéré comme une opération ou un opérant en vue d'un but positif. L'effet anticipé peut être l'apparition de satisfaction, la diminution de souffrance ou l'évitement d'un événement pénible. Un même comportement peut entraîner ces trois conséquences "positives", mais aussi des conséquences "négatives", éventuellement décalées dans le temps.

En conduisant sur l'autoroute pour se rendre au travail, Jean a vu se produire un grave accident et a ressenti un état de malaise proche de la panique. En repassant le lendemain au même endroit, il a éprouvé une forte angoisse (R.C.) et a quitté l'autoroute dès la sortie suivante. Il a ainsi adopté un comportement d'échappement qui lui a permis de réduire rapidement l'angoisse. Les jours suivants, redoutant de faire une crise de panique, Jean a pris le train. Il a adopté un comportement d'évitement. Ce comportement est devenu une habitude. Il l'a justifié rationnellement ("les voitures sont anti-écologiques") et ne l'a plus considéré comme un problème. Lorsque les cheminots ont décidé un jour de grève, il a pris un jour de congé. Puis, l'annonce de la suppression de la ligne de chemin de fer passant près de chez lui l'a brutalement remis en présence du stimulus évité et a provoqué une forte angoisse. Sa phobie lui est apparue alors comme un problème aigu.

Il importe de distinguer deux phases dans les effets de l'échappement et l'évitement. Dans un premier temps, apparaît une conséquence positive : la diminution de la peur, la restauration du sentiment de sécurité ; dans un second temps, des conséquences négatives se produisent : le sentiment d'être incapable d'affronter la situation anxiogène, l'absence de vérification concrète de la réalité du danger, le développement d'idées fausses sur la situation, la croyance d'avoir échappé à la souffrance ou à la mort grâce au comportement de fuite ou de sécurisation, l'élaboration de justifications pseudo-rationnelles pour continuer à éviter (notamment l'évocation de la possibilité de catastrophes qui, en réalité, ne se produisent pas ou très rarement).

Les comportements sécurisants qui entretiennent ou renforcent les troubles anxieux sont parfois subtils. La personne peut rester physiquement dans la situation redoutée, mais la fuir en imagination ; elle peut se rassurer par la présence d'un membre de la famille ou d'un objet "contra-phobique" (une médaille, une bouteille d'eau, un cachet de tranquillisant).

## Les expériences traumatisantes

Les états de stress post-traumatiques sont par définition provoqués par des expériences pénibles. D'autres troubles anxieux trouvent également leur point de départ dans des expériences douloureuses. Parmi les personnes qui souffrent d'agoraphobie, de la phobie des dentistes ou des chiens, une majorité avance une telle explication, mais cependant pas toutes. Des phobies peuvent se développer sans aucune expérience réellement pénible. La majorité des phobies de serpents ou d'araignées en sont l'illustration. On peut cependant encore parler d'un conditionnement pavlovien : le stimulus est devenu anxiogène suite à des informations ou des observations (un film par exemple).

Parmi les processus qui s'apparentent à l'effet d'un traumatisme, on peut citer l'effet de sommation. Des chats qui subissent dans une cage des chocs électriques peu intenses, mais

fréquents et imprévisibles, peuvent ensuite présenter, à la vue de cette cage (S.C.), des réactions de peur (R.C.) qui sont de même intensité que celles de chats qui ont subi un seul choc très violent. Ce processus s'observe également chez l'être humain. Une accumulation d'événements "subtraumatiques" peut avoir le même impact qu'un ou plusieurs événements manifestement traumatisants.

Un événement peut recevoir "après-coup" une signification traumatisante, comme l'illustre le cas suivant. La gérante d'une bijouterie a dû céder le contenu de sa caisse et des bijoux à un malfaiteur qui la menaçait d'un revolver. Les jours suivants elle a été anxieuse, mais ne souffrait pas d'une véritable phobie. Deux semaines plus tard, elle a appris que son agresseur avait tué un bijoutier. Elle a développé alors une phobie intense et s'est estimée incapable de continuer à travailler dans la bijouterie. On appelle inflation du stimulus ce processus par lequel un stimulus (par exemple une information) rend traumatisant un stimulus apparu antérieurement.

D'autre part, un stimulus associé à une expérience de douleur peut ne pas devenir un stimulus conditionné d'une réaction de peur ou d'anxiété quand ce stimulus a été préalablement associé à des expériences agréables. Par exemple, si une personne qui a déjà eu beaucoup de contacts agréables avec des chiens se fait mordre, elle développera moins facilement une phobie que si elle n'avait pas eu ces interactions positives. Cet effet immunisant d'expériences passées est appelé inhibition latente.

## La programmation génétique

Le conditionnement de troubles anxieux varie selon les individus et la nature des stimuli. Prenons le cas d'un garçon qui avait aperçu un serpent et a couru se réfugier dans une voiture. En fermant la porte, l'enfant s'est blessé la main. A partir de ce moment, il a présenté une phobie des serpents, mais non des portières de voiture.

Des psychologues ont avancé l'hypothèse d'une "préparation biologique des apprentissages" pour expliquer que par exemple 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 dangereuses pour la survie de l'espèce provoqueraient plus facilement des phobies de par un mécanisme mis en place au cours de l'évolution de l'espèce. Cette hypothèse ne fait pas l'unanimité chez les spécialistes. Il semble cependant évident que des processus cognitivo-affectifs préprogrammés favorisent les réactions de peur et donc des troubles anxieux.

Certaines réactions de peur sont innées. On les appelle des réactions inconditionnées. Par exemple les enfants âgés de 8 à 24 mois manifestent de l'anxiété lorsqu'ils sont brusquement séparés de la personne qui prend soin d'eux. D'autre part, les mécanismes de conditionnement pavlovien et d'apprentissage opérant, dont nous avons parlé, 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 (dit "initial") à des stimuli plus ou moins similaires (appelés "connexes") 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 (conditionnement pavlovien), mais également dès qu'elle entre dans un parking public. Ce processus est très utile pour la survie de l'espèce. Il provoque la réaction d'alerte ou la peur dès le moindre indice de danger potentiel, mais il peut fonctionner à contretemps et engendrer des réactions que l'individu déplore.

## Les informations anxiogènes

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

Des phobies, en particulier chez les enfants, font suite à la vue de films documentaires ou d'horreur. La vue d'araignées fortement agrandies, qui capturent de malheureuses petites proies, peut avoir cet effet. Une émission télévisée sur l'infarctus du myocarde peut déclencher une phobie de la maladie cardiaque (cardiophobie) chez une personne émotive, particulièrement attentive à ses sensations corporelles.

Une source importante de troubles anxieux est l'observation directe de réactions de personnes de l'entourage. Des recherches ont montré une corrélation élevée entre les peurs manifestées par l'enfant et par ses parents, surtout sa mère. Ceci a été constaté notamment durant la seconde guerre mondiale, à l'occasion des bombardements de Londres. Le même processus a été observé chez des singes rhésus : un jeune animal qui voit un congénère (en particulier son parent) s'effrayer à la vue d'un serpent développe rapidement une peur intense et durable de ces animaux.

Dans un premier temps, une information peut simplement rendre plus attentif à des risques potentiels. L'accroissement de la vigilance va alors faire percevoir des détails qui, autrement, resteraient inaperçus. L'observation et le traitement des informations ultérieures se trouvent dès lors biaisés et conduisent à une amplification de la perception du danger et donc de l'anxiété. A son tour, l'anxiété accentue le caractère menaçant de certains stimuli (la peur a de grands yeux, dit un proverbe russe). Un cercle vicieux s'instaure ainsi entre des réactions cognitives et affectives.

## L'activation orthosympathique

A l'époque où Anne a fait sa première attaque de panique, elle buvait beaucoup de café. Cette substance active le système nerveux végétatif. Pris en petite quantité, le café a la vertu de favoriser l'attention et la vivacité d'esprit. Pris en grande quantité, il provoque une hyperexcitation propice au développement de troubles anxieux. On ne peut prouver que ce facteur a joué un rôle déterminant dans les phobies d'Anne. Toutefois l'intensité de ses angoisses a diminué lorsqu'elle a suivi notre conseil de réduire sa consommation de café.

Le système (ortho)sympathique est la partie du système nerveux qui commande le fonctionnement des viscères et des glandes endocrines. Sa stimulation mobilise les ressources énergétiques de l'organisme grâce à une augmentation du tonus musculaire, de la circulation sanguine, du rythme respiratoire et de la consommation d'oxygène. Elle provoque aussi une intensification de toutes les réactions affectives. Dans une ambiance amusante, elle favorise le rire ; dans un contexte érotique, elle renforce les sensations sexuelles (ou l'angoisse si ces sensations sont mal vécues) ; dans une situation stressante, elle intensifie l'irritation ou l'anxiété, elle favorise la colère ou la panique.

L'activation orthosympathique est déclenchée par la consommation de certaines doses de substances stimulantes (caféine, nicotine, vitamines, amphétamines, etc.), par l'activité physique intense et par les réactions affectives. Notons que les émotions stimulent le système végétatif et que l'intensité des émotions dépend précisément de cette stimulation. Les substances tranquillisantes réduisent l'intensité des émotions (angoisse, colère, etc.) en diminuant l'activité orthosympathique.

Une excitation importante du système végétatif ne diminue que lentement (le rythme de cette diminution varie selon les individus, notamment l'état de leur système cardio-vasculaire). 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. Supposons qu'un étudiant soit anxieux

à cause de la proximité des examens et qu'il vienne d'être irrité par un voisin. S'il va voir à ce moment-là un film d'horreur, ses réactions de peur seront "alimentées" par l'activation provoquée par la préoccupation des examens et par l'irritation. Il sera davantage en situation de développer une phobie du sang ou des couteaux que s'il était venu au cinéma serein et détendu, et cela d'autant plus qu'il ignore le processus du "transfert d'excitations".

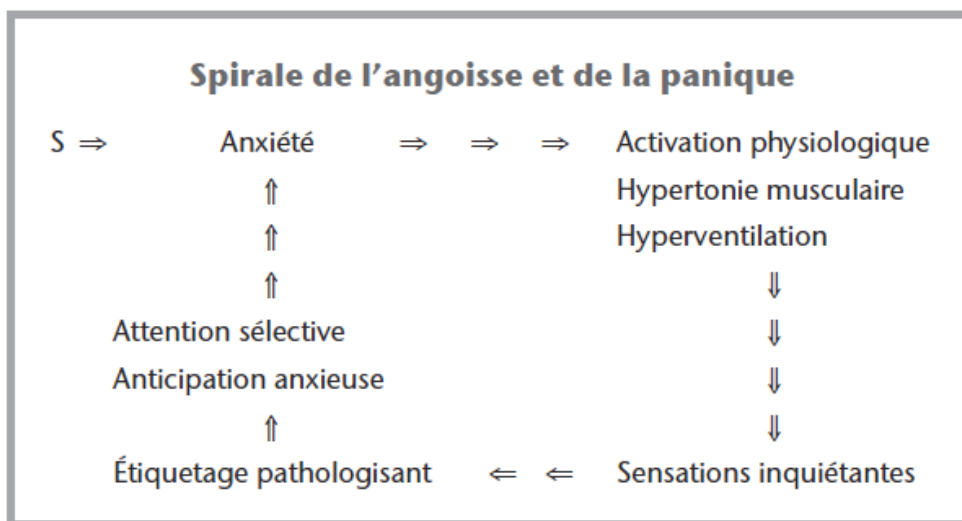
De façon générale, les états de stress et d'épuisement constituent un terrain favorable pour l'apparition de troubles anxieux et dépressifs.

## L'interprétation de sensations corporelles

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

Les sensations corporelles anxiogènes sont souvent celles d'une activation orthosympathique provoquée par une réaction d'alerte, d'anxiété, d'irritation, de colère ou d'excitation sexuelle. Il s'agit d'accélération du rythme cardiaque et de la respiration, de crispations et de légers tremblements. Les sensations ne sont pas nécessairement provoquées par une situation vécue comme stressante. Il s'agit par exemple des 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, d'étourdissements, d'impressions de chaleur et de transpiration, de changements liés au cycle menstruel, de sensations d'étrangeté générées par un manque de sommeil.

La personne qui decode de telles sensations comme des signes d'un trouble grave ou d'un danger immédiat éprouve de la peur. Sa réaction affective est normale, son problème se situe au niveau cognitif. Elle devient d'autant plus inquiète et désespérée qu'elle ne parvient pas à expliquer ses 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 dès lors une auto-activation, elle va donner un terme médical ou psychiatrique à ce qu'elle vit (**étiquetage pathologisant**). Dans ces conditions, elle participe sans 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).



Les attaques de panique sont le point de départ de nombreux troubles : le trouble panique évidemment, mais aussi l'agoraphobie (la peur de faire une attaque de panique dans un lieu public), des nosophobies (phobie d'un infarctus, d'un cancer), l'hypocondrie (croyance erronée d'être atteint d'une maladie grave), le trouble de dépersonnalisation, des soi-disant "hystéries", des toxicomanies (une large proportion des dépendances à l'alcool et aux tranquillisants ont pour origine des tentatives de contrôler les paniques par la consommation de ces substances).

Les effets de l'hyperventilation jouent souvent un rôle central dans le développement de la spirale qui mène de réactions de stress ou de sensations corporelles mal interprétées jusqu'aux phobies les plus invalidantes, en passant par des crises de panique. Chacun peut se faire une idée de ces effets en respirant très vite et profondément, sans faire de mouvements physiques, pendant environ trois minutes : gêne thoracique, impression paradoxale de manquer d'air (ce qui incite à respirer encore plus), palpitations, bouche sèche, picotements dans les mains, sensation de vertige ou de nausée, parfois spasmes, tétanie et convulsions. Si de telles sensations sont produites en connaissance de cause (par exemple en gonflant à la bouche un matelas pneumatique), elles n'ont guère d'effet anxiogène. Si elles sont provoquées dans un état d'anxiété et ne sont pas comprises comme des phénomènes physiologiques sans danger, elles mettent le feu aux poudres (5).

## La peur des idées intrusives

Chez tout individu apparaissent, dans certaines circonstances, 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, se rappeler une image obscène pendant un enterrement... Chez la plupart des gens, ce type de pensées traversent l'esprit sans vraiment les 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 précisément va les renforcer et les transformer en obsessions! Dès lors, elles évitent une série de stimuli (métro, couteaux) et développent des rituels compulsifs (litanies, vérifications, lavages incessants) destinés à neutraliser les obsessions et à empêcher les catastrophes redoutées.

## Le manque de contrôle

On observe régulièrement que des états de stress post-traumatique sont d'autant plus graves que la personne s'est sentie davantage impuissante face aux événements. Plus généralement, la peur et les troubles anxieux augmentent ou diminuent selon qu'on s'estime démuné 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). Nous soulignons brièvement deux points importants en rapport avec le sentiment d'efficacité personnelle.

Certains troubles anxieux sont générés par une insuffisance de compétences sociales. Le déficit d'habiletés sociales peut être général ou seulement relatif à quelques situations (un nouveau lieu de travail, la rencontre d'une femme troublante). Des conduites importantes pour "être bien dans sa peau" sont notamment : oser regarder dans les yeux ; savoir commencer et entretenir une conversation ; exprimer calmement ses opinions, ses sentiments, ses désaccords ; refuser de façon aimable mais ferme certaines demandes ; savoir négocier en adoptant à certains moments le point de vue de l'autre et en cherchant des solutions équitables pour chacun.

Albert Ellis a bien montré que beaucoup de troubles anxieux sont ancrés dans des exigences irréalistes à l'égard de l'environnement, des autres ou de soi-même. Des "musts pathogènes", souvent intériorisés par les Occidentaux, sont les suivants :



- Je dois toujours me contrôler parfaitement.
- Je dois toujours paraître intelligent, compétent et performant.
- Il faut absolument que je contrôle mon environnement, que j'obtienne toujours ce que je désire, que la vie soit confortable et que les autres me traitent avec respect.
- Il faut absolument que je sois aimé et estimé par toutes les personnes de mon entourage.

L'adhésion à ces dogmes psychologiques est généralement implicite. Elle n'en est pas moins perturbante. Plus ces règles ont un caractère absolu, plus elles engendrent des frustrations, des dramatisations, de l'anxiété, de la dépression et de l'agressivité (5).

## Des bénéfiques divers

Des troubles anxieux peuvent être favorisés, entretenus ou renforcés parce qu'ils comportent des effets "positifs" : des plaisirs et, sans doute plus souvent, la diminution ou l'évitement de souffrances.

Un trouble panique ou une phobie peuvent être renforcés parce qu'ils permettent de manipuler des proches ou de détourner l'attention de "stimuli" pénibles (inceste, sentiment d'être inutile, maladie d'un proche, détérioration de la relation conjugale). 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 qu'il circule où bon lui semble...

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

## Ch. 3. Comment s'en libérer ?

Anne ne voyait pas comment expliquer sa première attaque de panique. Nous ne pouvons faire que des hypothèses sur divers facteurs, qui ont pu avoir un impact en se combinant : des préoccupations anxieuses, la tension prémenstruelle, la chaleur du restaurant, la caféine, une attention inhabituelle à des sensations corporelles, le contraste entre son état et celui de ses amies, etc. Les troubles d'Anne ont augmenté au cours du temps, en partie parce qu'elle n'en avait pas une explication satisfaisante et qu'elle se sentait impuissante à les contrôler. Elle n'a pu les éliminer qu'avec l'aide d'une thérapie comportementale.

Jean s'expliquait sa phobie de l'autoroute par son émotivité et par le choc psychologique de l'accident. Il ne comprenait pas tous les processus en jeu, mais a cependant réussi à reprendre le volant sans faire une thérapie. Dans un premier temps, il s'est fait accompagner par sa femme et roulait d'une bretelle d'autoroute à la suivante. Ensuite, il a augmenté les distances et a pris de l'assurance. La phobie a fini par disparaître.

L'évolution des troubles anxieux dépend de plusieurs variables. Des phobies s'éteignent avec le temps, d'autres se compliquent, s'étendent et se renforcent. Tantôt la personne s'en sort seule, tantôt elle a besoin d'une psychothérapie. Nous présentons ici l'approche cognitivo-comportementale. Elle consiste en un ensemble intégré de stratégies permettant de mieux contrôler des processus cognitifs, physiologiques et affectifs, de manière à réaliser des expériences positives de confrontation active avec des stimuli anxiogènes. Nous passons en revue des stratégies essentielles pour le traitement du trouble panique et des phobies <sup>6</sup> (6). On peut s'y exercer par soi-même. Une thérapie comportementale permet un apprentissage plus efficace et est donc indiquée pour les problèmes difficiles.

### 1. Programmer des démarches

Les études sur les effets des psychothérapies des troubles anxieux ont clairement montré le manque d'efficacité des thérapies "verbales". En l'occurrence, la parole et l'écoute, le rappel de souvenirs, l'expression d'émotions et des interprétations "profondes" sont insuffisantes. Pour traiter de graves troubles anxieux, il faut évidemment que le client se sente accueilli, écouté, compris et soutenu affectivement, mais il faut en outre qu'il soit aidé à faire activement un ensemble de démarches : mieux s'informer, observer méthodiquement des situations et des réactions, décoder d'une toute autre manière des stimuli et des sensations, mieux gérer des processus physiologiques et affectifs, contrôler l'impulsion à fuir des stimuli anxiogènes, renoncer aux "bénéfices" de ses troubles.

Le mot "programmation" suscite parfois des résistances. Malheureusement on ne parvient pas à briser des "programmes" de réactions automatisées et largement inconscientes si l'on ne réalise pas de nouveaux apprentissages de façon méthodique. Tels sont les faits.

### 2. S'informer

Nos comportements dépendent de lois biologiques et psychologiques. La connaissance de ces lois augmente notre liberté, elle nous permet de réduire des souffrances et d'améliorer la qualité de

---

<sup>6</sup> Pour les obsessions et compulsions : Cottraux J. (1998) *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Odile Jacob, 268 p. - Sauteraud, A. (2000) *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*. Paris: Odile Jacob, 336 p.

notre vie. De par notre structure bio-psychologique, génétiquement programmée, nous ne pouvons éliminer en un instant de fortes réactions émotionnelles, mais nous pouvons apprendre à mieux gérer ces réactions et à les modifier progressivement.

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

Nous illustrons l'importance du dernier point par une enquête sur les croyances d'un échantillon de sujets qui souffraient d'une forte phobie des araignées. A la question "Que va faire une araignée si vous la rencontrez?", 96 % des personnes ont répondu "elle va venir vers moi", 84 % "elle va sauter sur moi", 68 % "elle va se glisser dans mes vêtements", 61 % "elle va sentir que j'ai peur", 50 % "elle va m'attaquer", 20 % "elle va me mordre"<sup>7</sup>.

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 visiter un cockpit et à rencontrer un commandant de bord, pour poser toutes les questions qui la préoccupent...

### 3. Observer et analyser

Des informations ne suffisent pas à dissiper des troubles anxieux sérieux. Il faut observer des comportements précis (cognitions, réactions affectives, actions), les stimuli qui les induisent, les catastrophes redoutées, des réactions corporelles (effets de psychostimulants, du tonus musculaire, de la respiration), les effets anticipés d'actions. 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 l'avion, il importe de préciser s'il s'agit d'une peur du vide, d'une phobie sociale (peur de la proximité de personnes inconnues), d'une peur de possibles réactions sexuelles (provoquées par la présence de passagers des sièges voisins), de la peur de faire une attaque de panique, de la peur d'un accident mortel...

Le choix des stratégies découle des résultats de l'analyse. Les effets de la peur du vide peuvent être limités si l'on s'abstient de regarder par les hublots et si l'on se convainc que l'avion ne vole pas dans le vide, mais s'appuie sur des masses d'air. 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 gestion de réactions sexuelles anxiogènes nécessite des conversations déculpabilisantes et des exercices de confrontation progressive avec des situations qui provoquent ces réactions. Le traitement des crises de panique exige un entraînement à la régulation de l'activation physiologique et une restructuration cognitive (ne plus donner une interprétation catastrophisante à des sensations corporelles). La diminution de la peur de l'accident mortel implique une réflexion approfondie sur les raisons d'accepter la mort (pour bien vivre, il faut accepter qu'un jour nous ne serons plus ; la mort est absence de toute conscience et de toute sensation, et donc nous ne l'éprouvons pas ; la mort provoquée par la chute d'un avion est infiniment préférable à la lente agonie des hommes tombés entre les mains de médecins qui veulent prolonger la vie à n'importe quel prix...).

---

<sup>7</sup> Arntz A. et al. (1993) Negative beliefs of spider phobics. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15: 257-77.

## 4. Réguler des processus physiologiques

L'intensité des réactions anxieuses dépend de situations, de leur interprétation et des possibilités d'action, mais également de processus physiologiques, en particulier le niveau de l'activation orthosympathique.

Depuis l'antiquité, des hommes diluent leur anxiété dans l'alcool. C'est une stratégie dangereuse : si elle paraît satisfaisante à court terme, elle engendre facilement au fil du temps une dépendance et de graves problèmes. L'utilisation de médicaments est une solution préférable, mais qui présente également des inconvénients, parfois importants.

Les benzodiazépines sont les substances les plus consommées. Elles sont très utiles pour réduire de graves insomnies dues à un traumatisme psychologique, pour supprimer les symptômes de sevrage chez un toxicomane ou pour affronter une situation stressante exceptionnelle. Ces médicaments calment, mais ne résolvent pas réellement les problèmes psychologiques. Ils ont des effets secondaires désagréables et engendrent des assuétudes. La plupart des personnes anxieuses, qui consomment depuis quelques mois ces substances, éprouvent des sensations très pénibles (angoisses, insomnies, etc.) dès qu'elles arrêtent d'en prendre.

Les bêtabloquants peuvent constituer le traitement de choix en cas de prestations stressantes exceptionnelles : ils réduisent les phénomènes physiologiques associés aux réactions de stress et n'induisent pas de dépendances. Ils ont cependant des contre-indications médicales.

Les antidépresseurs sont recommandés quand les troubles anxieux sont associés à un état dépressif et forment avec lui un cercle vicieux. Par ailleurs, certains antidépresseurs réduisent le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif même en l'absence de dépression. Toutefois, l'amélioration reste dépendante de la consommation de ces molécules. Leur prescription n'est vraiment intéressante qu'en combinaison avec une thérapie comportementale : la médication facilite alors l'apprentissage de nouvelles conduites.

Les thérapeutes comportementalistes proposent trois moyens pour diminuer les activations physiologiques qui intensifient les réactions d'angoisse : le contrôle de la respiration, l'acquisition d'un réflexe de détente musculaire et, dans certains cas, la réduction de la consommation de substances psychostimulantes (les plus courantes étant la caféine et la nicotine).

Certaines difficultés psychologiques proviennent d'une insuffisance respiratoire. Dans des cas beaucoup plus nombreux, le problème réside au contraire dans une respiration excessive par rapport aux dépenses énergétiques. Réduire la respiration dès que l'on sent "monter" l'angoisse (ou la colère) 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 facilement les sensations désagréables ou angoissantes. On peut effectuer cet exercice une fois par jour pendant deux semaines pour s'habituer à supporter des sensations oppressantes. On peut également pratiquer trois fois par jour cinq minutes de respiration ventrale lente (en prenant 3 secondes pour inspirer et 6 pour expirer). L'objectif final est de pouvoir, dès qu'une réaction d'angoisse surgit, adopter une respiration lente et superficielle (surtout une expiration lente, comme si l'on avait devant la bouche une bougie qui doit rester allumée).

La capacité de diminuer quasi instantanément 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. A cet effet, le

thérapeute enseigne d'ordinaire une méthode inspirée de la relaxation active de Jacobson (utilisant la contraction suivie de la décontraction de différents groupes musculaires). Les premiers exercices se font dans un lieu calme et sur un support confortable (lit ou fauteuil avec appui-tête). L'usage d'une cassette audio permet un apprentissage efficace en quelques semaines d'exercices quotidiens. Ensuite le client s'exerce, par étapes, à se détendre de plus en plus rapidement, sans contractions musculaires et sans cassette. Enfin, il essaie de diminuer en quelques secondes son degré de tension, d'abord dans des situations neutres (par exemple chaque fois qu'il regarde l'heure ou qu'il attend dans une file, devant un feu rouge ou une porte d'ascenseur), puis dans des situations de plus en plus stressantes.

Notons que le traitement des phobies du sang et des blessures (environ 3 % de la population) se distingue de celui des autres phobies. Ici l'augmentation du tonus musculaire est souvent une stratégie essentielle. 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.

## 5. Opérer des restructurations cognitives

Toute thérapie comportementale implique le développement de la capacité d'effectuer volontairement des changements de perception, de perspective, d'interprétation et d'explication. Plusieurs types de restructurations cognitives sont indispensables ou souhaitables dans le traitement d'un trouble anxieux. Voyons quelques exemples.

La personne qui souffre de troubles anxieux est en conflit avec ses émotions : elle voudrait les éliminer et a tendance à les étiqueter très négativement (“névrose”, “complexe”, “tare”). Elle a grand intérêt à prendre conscience de l'utilité des affects, à comprendre qu'ils incitent à des activités qui favorisent la survie de l'homo sapiens. La peur pousse à fuir le danger, la colère porte à se défendre activement, l'amour favorise des conduites d'aide et de protection, l'excitation sexuelle mène au comportement de reproduction... Nous avons tous intérêt à envisager notre composante affective comme le nerf de l'existence, sa source d'énergie, plutôt que comme une force déséquilibrante opposée à la raison. Il ne s'agit pas d'inhiber à tout prix les affects pénibles, mais de les réguler et de les utiliser comme des incitants à trouver des solutions à des situations problématiques.

La personne anxieuse devrait apprendre à mieux 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. Elle devrait suivre le conseil d'Epictète : “A propos de toute idée pénible, prends soin de dire aussitôt : Tu es une idée et non pas exactement ce que tu représentes” (Manuel, § 1).

Tout le monde a intérêt à prendre les idées intrusives anxiogènes ou culpabilisantes pour ce qu'elles sont : simplement des idées en rapport avec des événements qu'on redoute et non l'expression de désirs profonds (6).

Il importe d'oser “regarder en face” ses propres impulsions (sexuelles ou agressives par exemple) plutôt que d'essayer de les réprimer ou d'éviter toute situation où elles pourraient apparaître. Quand la mise en acte d'un désir est contre-indiquée, on peut se répéter que “c'est une chose d'être tenté, c'en est une autre de faillir” (Shakespeare), on peut voir l'impulsion comme une grande vague sur laquelle on peut surfer sans sombrer et qui va progressivement retomber (5).

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 de continuer à interpréter celles-ci comme le signal d'un danger imminent, il s'agit d'apprendre à les décodifier 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 répéter : “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”.

Pour réduire la peur de parler en public, il est utile de remplacer la perception de la performance et du jugement d'autrui par la conviction de l'intérêt de communiquer des informations à ses partenaires. Il est également utile d'interpréter les sensations physiques de la réaction d'alerte comme les signes d'une mobilisation énergétique, plutôt que d'une perte de contrôle.

La restructuration cognitive la plus fondamentale consiste à remplacer la croyance d'être incapable de contrôler ses émotions par la conviction de pouvoir se gérer efficacement. Le meilleur levier de ce changement est la réalisation effective d'une série de confrontations positives avec des situations redoutées. Nous détaillerons cette procédure plus loin.

## 6. Quantifier

Un obstacle essentiel à la disparition des troubles anxieux est la dichotomisation, l'interprétation en termes de tout ou rien. La personne qui souffre d'une forte phobie n'envisage d'habitude que deux états : l'absence de peur et la peur “terrible”.

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.

On peut dès lors établir une hiérarchie de situations comme celle qui suit (cas d'une femme souffrant de claustrophobie) :

- Avion	100
- A l'arrière d'une voiture à deux portières	80
- Embouteillages	80
- Long tunnel	80
- Messe	70
- Théâtre	70
- Petit tunnel	65
- Supermarché	65

Quantifier selon une échelle graduée s'avère très utile pour analyser des réactions. L'observation des variations d'intensité de la peur en fonction des stimuli, des 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 puis la fréquence de ces réactions. Sans attention soutenue aux degrés de tension, les premières modifications passent inaperçues ou semblent négligeables, et la personne reste convaincue de son impuissance. Inversement, l'utilisation judicieuse d'une échelle de tension (ou d'anxiété) donne le sentiment de progresser, lentement mais sûrement. Notons qu'il ne faut pas chercher à “mesurer” avec exactitude. L'essentiel est de se sensibiliser à des variations d'intensité. Pour ce faire, des quantifications sont indispensables, mais elles peuvent être imprécises.

## 7. Modifier le dialogue intérieur

Les significations attribuées aux stimuli et aux sensations dépendent de structures et de processus cognitifs, élaborés au cours du passé de l'espèce humaine et du passé de l'individu. Chacun peut modifier la signification d'un événement et même des structures et processus sous-jacents, grâce au dialogue intérieur. En parlant avec soi-même, l'être humain peut se distancier d'une situation, s'observer, s'analyser, se motiver, se forcer, se changer. Pascal écrivait à ce sujet : "L'homme est ainsi fait, qu'à force de lui dire qu'il est un sot, il le croit ; et, à force de se le dire à soi-même, on se le fait croire. Car l'homme fait lui seul une conversation intérieure, qu'il importe de bien régler" (*Pensées*, 1670, § 536).

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 catastrophisantes. Ces autoverbalisations 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, puis de dédramatiser la situation, d'arrêter les ruminations et enfin de se concentrer sur des tâches à accomplir (observations, problèmes à résoudre). Voici des exemples d'auto-instructions dont chacun peut s'inspirer <sup>8</sup>.

- **Contrôler la respiration**

Je ralentis l'expiration. Je contrôle l'hyperventilation.

- **Réguler le tonus musculaire**

Ma tension est de ... (entre 0 et 10 ou 100). Je vais essayer de diminuer de 1 ou 2 degrés... Je passe mon corps en revue : le visage, les épaules, le ventre... Je garde le contrôle... Je sens bien le contact des pieds avec le sol.

- **(Ré)étiqueter l'activation physiologique**

Mon activation, c'est mon dynamisme... Les décharges d'adrénaline ne me font pas perdre la tête... Il ne faut pas supprimer la tension : seulement la garder sous contrôle.

- **Dédramatiser, relativiser**

C'est dur, mais ce n'est pas une catastrophe... Pas absolutiser. Pas de "must". Tu essaies, c'est tout.

- **Arrêter le ressassement**

Attention ! Ruminer paralyse. Rediscuter maintenant, c'est le piège. Fonce... C'est un défi, l'occasion d'apprendre... Plus question de céder. La seule question est de voir comment tenir sans trop souffrir.

- **Se focaliser sur le monde extérieur**

O.K., assez pensé aux émotions. Maintenant au problème. Quelle est la 1re étape?... Stop! Regarde! Réfléchis! Quels sont les faits... les objectifs... les moyens?... Je reste centré sur la tâche... Tu es capable d'affronter le problème, mais une étape à la fois... Doucement! Pas galoper. Tu prends le temps de penser... O.K. Tu fais une pause. Tu décontractes... voilà... maintenant tu te recentres sur la tâche.

- **Après la confrontation, en cas de succès (même relatif)**

- J'ai réussi. Très bien. Je suis capable de me piloter.
- Voilà, il suffit de contrôler les autoverbalisations.

---

<sup>8</sup> Liste inspirée de Donald Meichenbaum : *Cognitive-behavior modification*. Plenum, 1977 — *Stress inoculation training*. Pergamon, 1988.

- J'ai fait du bon boulot. Ma technique fonctionne.
- Ma tension n'a pas dépassé 75 (sur 100). Je progresse.

- **Après la confrontation, en cas de contrôle insuffisant**

- Je vais me détendre : ça vaut mieux que de s'énerver.
- Stop! Inutile de ruminer et de se lamenter : mieux vaut tirer des leçons. Je repasse le "film" des événements. Que s'est-il passé exactement? Quelles idées m'ont perturbé?... Qu'est-ce que je programme pour la prochaine fois?

## 8. Se motiver à affronter

Les stratégies évoquées plus haut favorisent la disparition des troubles anxieux, mais ne suffisent pas en cas de troubles sérieux. Des centaines d'études (4) sur le traitement des troubles anxieux aboutissent à une conclusion essentielle : ces troubles ne disparaissent de façon durable que moyennant des confrontations effectives, prolongées et répétées avec des stimuli anxiogènes.

Les démarches précédentes préparent utilement ces confrontations. Une motivation importante est toutefois nécessaire pour l'étape finale : affronter convenablement, sans fuir, des situations qui provoquent de fortes tensions. En vue de se motiver, on peut se concentrer, d'une part, sur les effets négatifs des comportements de fuite et des rituels sécurisants et, d'autre part, sur les avantages de la disparition des troubles.

Dans une thérapie comportementale, 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 le client à se réjouir de progrès obtenus pas à pas. Il peut éventuellement présenter au client des personnes qui ont tiré un profit évident de la procédure.

Par ailleurs, il importe de renoncer aux "bénéfices" 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". La femme qui, par ses crises de panique, empêche son mari de sortir avec des collègues, a tout intérêt à se convaincre que le contrôle qu'elle exerce par ses symptômes va finir par se retourner contre elle. Elle devrait apprendre à s'occuper agréablement en l'absence de son mari et à accepter que celui-ci puisse avoir des moments de loisir sans elle.

## 9. Affronter graduellement

Nietzsche disait : "La connaissance ou la foi la plus assurée est incapable de donner la force et l'habileté nécessaires à l'action, elle est incapable de remplacer l'exercice préalable (...) D'abord et avant tout les oeuvres! C'est-à-dire l'exercice, l'exercice, l'exercice! Le foi adéquate s'ajoutera d'elle-même, soyez-en sûrs" (Aurore, 1881, § 22).

Bien souvent les cognitions ne sont restructurées solidement qu'au terme de nouvelles actions. C'est sans conteste le cas pour le traitement des troubles anxieux. 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) que 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, corriger des idées erronées ;
- 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 de fuir diminuent lentement mais sûrement.

En cas de forte phobie, ces exercices doivent être réalisés soigneusement, de préférence avec l'aide d'un comportementaliste expérimenté. Une mise en œuvre maladroite peut mener à un renforcement des peurs (“sensibilisation”).

Nous donnons ici des règles pour le traitement de l'agoraphobie, de la claustrophobie et de phobies spécifiques (telles que la peur des araignées), avec la collaboration active d'un comportementaliste. (Pour les phobies sociales, on peut consulter le livre d'André et Légeron, 1995).

### **Dispositions avant l'exercice**

- Idéalement l'exercice doit être précédé des démarches envisagées plus haut : informations, apprentissage du contrôle de l'hyperventilation, du réflexe de décontraction et d'auto-instructions apaisantes.
- 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 la situation est d'emblée très difficile, la personne risque de fuir et donc de renforcer sa croyance dans son incapacité à réguler la peur et à faire face à ce type de situation.

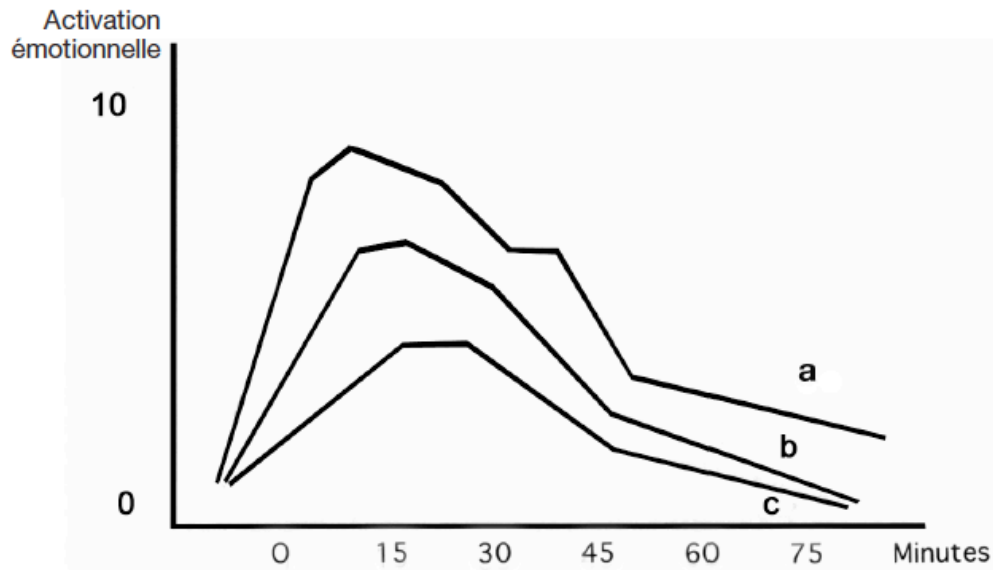
### **Consignes pendant l'exercice**

- Dès le début de la confrontation, la personne s'exerce à réguler son activation émotionnelle par des auto-instructions visant 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.
- La personne informe régulièrement le thérapeute de son degré de tension (en fonction d'une échelle de 0 à 10 ou 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.
- Quand l'activation physiologique est “sous contrôle”, la personne regarde les stimuli anxiogènes bien “en face”, elle n'essaie pas de les fuir en pensant à autre chose. Elle peut alors se convaincre du caractère imaginaire des catastrophes qu'elle redoutait.
- La personne agit calmement, même si elle éprouve une forte activation physiologique. Elle ne presse pas le pas. Elle agit “comme si” elle était (relativement) détendue.
- 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 le client et le thérapeute. Dans le cas d'une phobie des araignées, le client observe d'abord une petite araignée dans un bocal ; ensuite, à l'exemple du thérapeute, il ouvre le bocal, il le retourne au-dessus de la main et le secoue pour faire descendre l'araignée sur la main ; il laisse l'araignée se promener sur la main et le bras ; il apprend à capturer des araignées de diverses tailles avec un bocal et un carton.
- On reste dans la situation aussi longtemps que la tension n'est pas descendue au niveau 5/10 (ou 50/100). On prend le temps qu'il faut (une ou deux heures si nécessaire). On ne termine l'exercice qu'en état de (relative) détente.

### **Dispositions après l'exercice**

- On organise la répétition, dans un bref délai, de l'exercice (si possible dans les 48 heures).

- Si l'expérience s'est déroulée normalement, la personne recommence l'exercice avec une autre personne que le thérapeute (parent ou ami en qui elle 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").
- De nouvelles situations provoquant la réaction d'alerte sont à considérer désormais comme des occasions de consolider l'acquis ou de faire de nouveaux progrès de gestion de soi.



Exemple de l'évolution de la tension au cours d'une confrontation prolongée avec un stimulus anxiogène non réellement dangereux (a, b, c représentent des séances successives d'« exposition »)

## 10. Variantes

Il y a des situations où le thérapeute ne peut pas accompagner la personne pour faciliter les exercices de confrontation : salle de cours, examen scolaire, avion, voyage... Deux stratégies permettent de résoudre ce problème.

- Le thérapeute peut traiter d'autres phobies selon la procédure décrite ci-dessus. Ensuite le client applique de façon autonome ses nouveaux apprentissages dans d'autres situations.
- Les confrontations peuvent se faire en imagination. (Il y a 30 ans, beaucoup de comportementalistes faisaient toujours précéder les exercices "in vivo" par des exercices "in vitro"). Dans ce cas, le thérapeute doit orchestrer soigneusement des séances de visualisation mentale de situations anxiogènes.

Aidé par le thérapeute, le client, qui a les yeux fermés, imagine une situation pas trop difficile et laisse venir les émotions qu'elle provoque. Il énonce alors son degré de tension psychique et cherche à le réduire en adoptant une attitude "relax". Il continue à se concentrer sur la situation jusqu'au moment où il éprouve une diminution sensible de tension. La procédure est répétée, puis appliquée à des situations de plus en plus anxiogènes. Dès que le client a élaboré de nouveaux schèmes cognitifs, il est invité à affronter le même genre de situations dans la réalité. La pratique montre que la transposition s'accomplit en général sans grande difficulté.

## Conclusion

Dans l'état actuel des recherches, les thérapies cognitivo-comportementales apparaissent les plus efficaces pour traiter les troubles anxieux. Le taux de réussite est élevé alors que la durée des traitements est relativement brève (4). On peut souvent faire disparaître en quelques séances la phobie des araignées, 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 intenses ou des troubles provoqués par de graves traumatismes.

Contrairement à la croyance diffusée par la psychanalyse, on n'observe pas de "substitution de symptômes" quand une thérapie comportementale est menée dans les règles de l'art. Au contraire, on constate en général un "effet boule-de-neige positif". 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. Le mot-clé du comportementalisme est "apprentissage". Comme dans d'autres apprentissages, les résultats dépendent des caractéristiques de l'apprenant, de la compétence du "formateur", des réactions de l'entourage, de la capacité de relativiser des échecs passagers.

## Bibliographie

Voir les ouvrages recommandés sur le site <<http://www.aemtc.ulg.ac.be>> à la rubrique "Lectures conseillées"

### Associations de thérapie cognitivo-comportementale

#### BELGIQUE

Association pour l'étude, la modification et la thérapie du comportement (AEMTC) :  
< <http://www.aemtc.ulg.ac.be>>

#### FRANCE

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC)  
<[www.aftcc.org](http://www.aftcc.org)>

#### SUISSE

Société suisse de thérapie comportementale et cognitive (SSTCC)  
<<http://www.sgvt-sstcc.ch>>

### L'auteur

Jacques Van Rillaer est docteur en psychologie. Il a pratiqué la psychanalyse freudienne pendant une dizaine d'années. Ensuite il s'est orienté vers les thérapies comportementales et cognitives. Il est professeur de psychologie à l'Université de Louvain-la-Neuve (Belgique) et à l'Université Saint-Louis (Bruxelles).