

Initiation aux TCC des phobies

« Tous les hommes ont
peur. Celui qui n'a pas peur
n'est pas normal »

Jean Paul Sartre

La peur

- La peur est une **émotion fondamentale**.
- C'est l'ensemble des manifestations de la prise de conscience du danger
- C'est une émotion à **fort impact physiologique**, et ces modifications physiologiques préparent à une action physique, que ce soit la fuite, le combat, ou l'immobilisation.
- La peur est une émotion souvent inconsciente, du moins dans un premier temps.

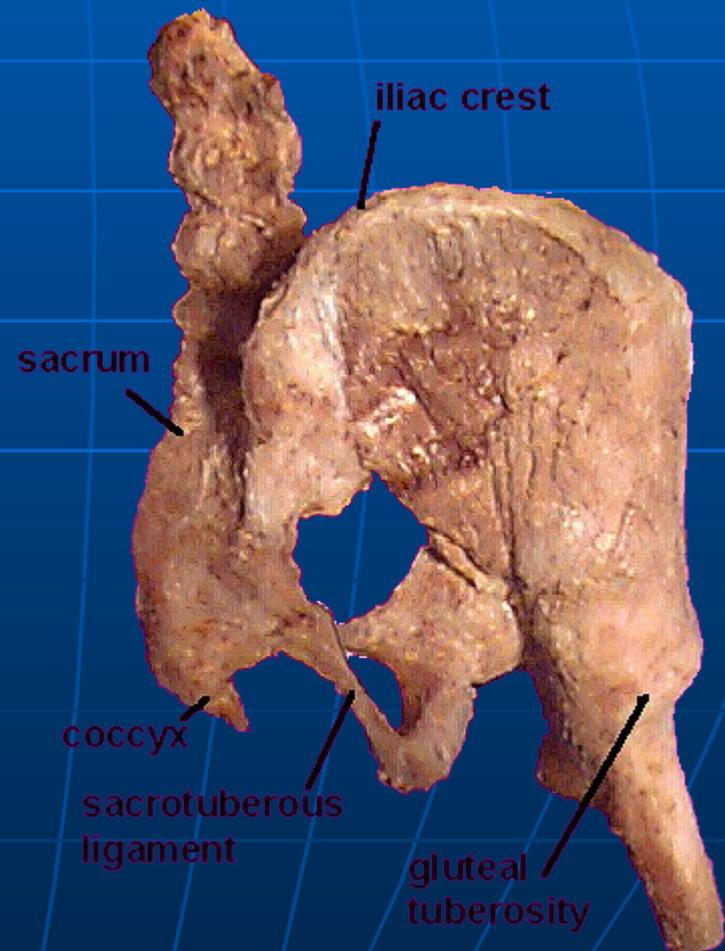
- Il est normal d'avoir peur
- Le thérapeute a peur
- Ce qui est anormal, c'est le débordement par la peur
 - Problème biologique
 - Mauvais pilotage des émotions

L'une des émotions fondamentales impliquées dans la survie des espèces animales



Conception évolutionniste des phobies

- Les émotions ne sont pas un hasard
- Comme le coccyx



La peur est encore une émotion utile



Travaux d'Eckman

- Cinq émotions fondamentales:
- Peur, joie, tristesse, dégoût, colère

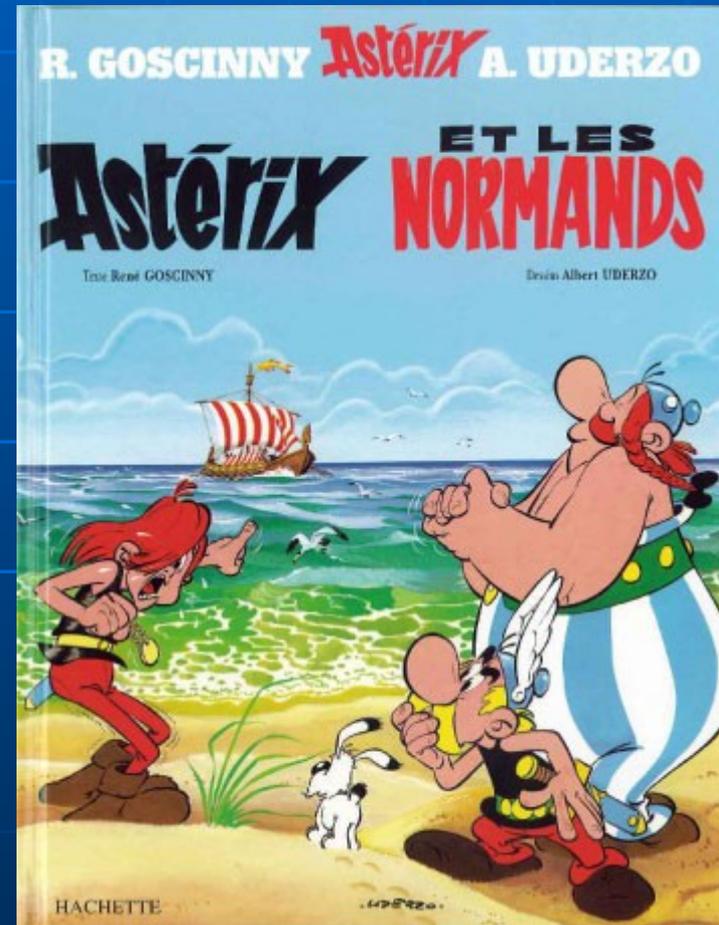


Soubassement biologique modulé par l'éducation

■ L'apprentissage de la peur

Certaines peurs
s'apprennent :

- suite à un traumatisme unique
- suite à des traumatismes répétés
- par imitation de modèles



Peurs biologiques et peurs culturelles...



Quelques peurs culturelles

- **Peurs liées au surnaturel et à la religion:** fin du monde, enfer, démons, vampires, sorcières, retour des morts
- **Peurs liées à des ennemis lointains:** extraterrestres, barbares, huns
- **Peurs liées aux innovations scientifiques:** trains, pollution, ogm, prion, sida...

Peurs et phobies

- Du dimensionnel...
 - Grandes peurs, ou hyperpeurs
- ...ou du catégoriel?
 - Erreurs dans les stratégies d'adaptations

Peurs normales et pathologiques

Peurs normales	Peurs pathologiques
Registre de l'émotion	Registre de la maladie
Peur d'intensité limitée, souvent contrôlable	Peur incontrôlable avec handicap important
Associée à des situations dangereuses	Associées parfois à des situations non dangereuses
Évitements modérés	Évitements massifs
Peu d'anxiété anticipatoire : l'existence n'est pas organisée autour de la peur	Anxiété anticipatoire importante : l'existence est organisée autour de la peur
Habituations	Peu d'habituations ou sensibilisation

Peur et neurobiologie

- Amygdale temporale: l'alarme de la maison
- Modulation par hippocampe (conceptualisateur) puis régulation par le cortex préfrontal



Phobie

- Peur pathologique par son seuil de déclenchement et son intensité (amygdale hypersensible et mal régulée)
 - Hyperactivité amygdalienne et hypoactivité corticale chez les phobiques sociaux vs témoins
 - « Peur intense et tête vide »
- Peur pathologique par le comportement qui les renforce

Neurobiologie et TCC

- Ces perturbations biologiques sont modifiables par les ISRS et les TCC du fait de la neuroplasticité
- « Thérapies à impact amygdalien »
- On ne peut pas faire de TCC sans exposition

Qu'est-ce qu'une TCC?

- Travail collaboratif
- Thérapie difficile et inconfortable
- Thérapeute gentil et respectueux
- La disparition des « symptômes » est le but de la thérapie
- Approche psycho éducative:
 - nommer le trouble
 - donner des informations sur le trouble et le traitement
 - Patient expert de son trouble (bibliothérapie)

Les caractéristiques de la thérapie comportementale

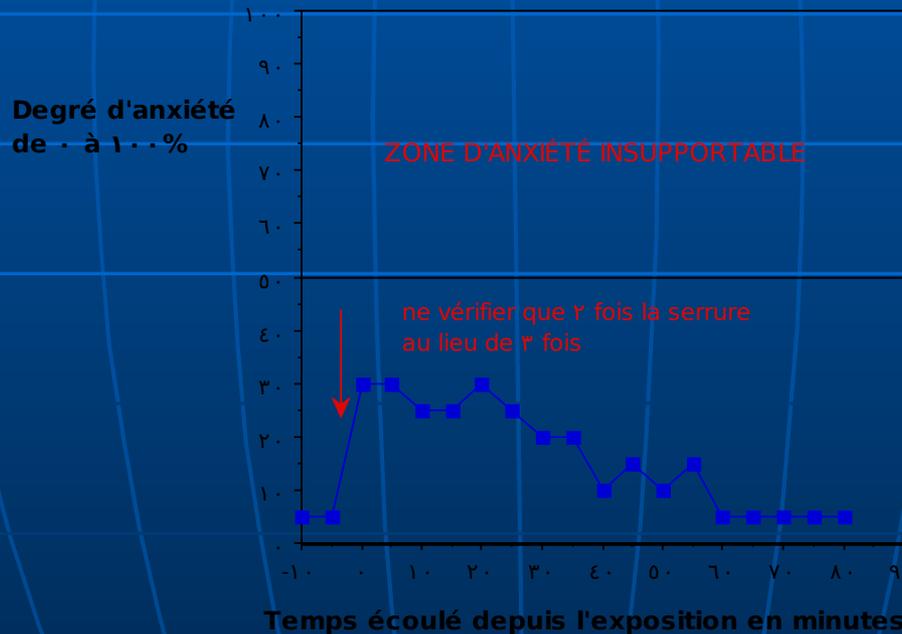
- 1. Une psychothérapie du "**mal par le mal**"
- 2. Une psychothérapie par "**administration de la preuve**"
- 3. Marche par marche, on peut monter en tout en haut de la Tour Eiffel : la métaphore de "**l'escalier**"
- 4. La nécessité d'un "**volume d'exercices**"

Déroulement d'une thérapie comportementale

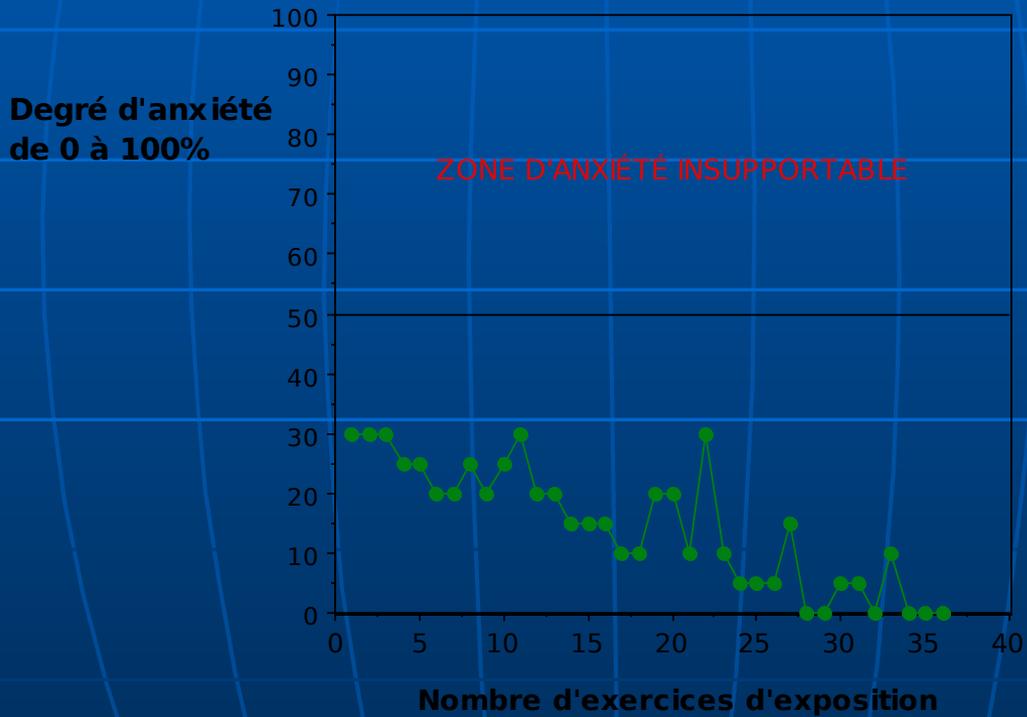
- 1. Relevé des situations problèmes qui décrivent le trouble.
- 2. Compréhension et apprentissage des principes fondamentaux de l'exposition progressive.
- 3. Réalisation d'un exercice test.
- 4. Choix des situations cibles.
- 5. Mises au point d'étapes successives en autant d'exercices nécessaires.
- 6. Réalisation des exercices successifs.
- 7. Maintien des acquis obtenus.

Principes de la thérapie comportementale

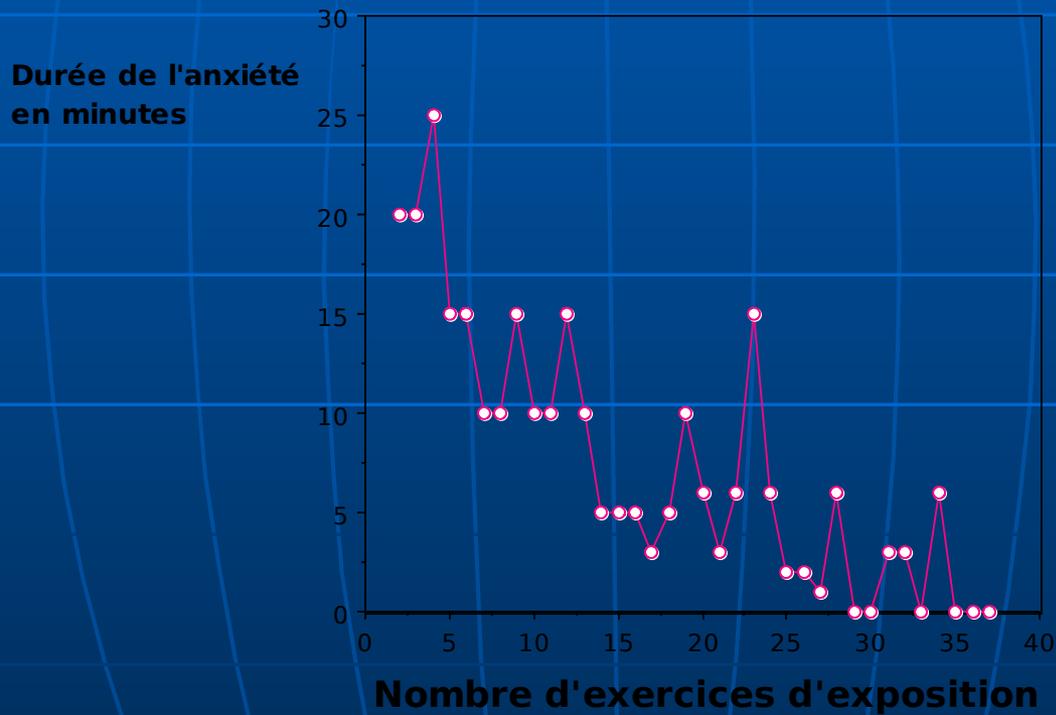
- **1er Principe : face à une situation redoutée, l'anxiété ressentie se maintient un certain temps en plateau et finit par chuter**



2ème principe : si l'on répète suffisamment souvent le même exercice d'exposition, l'anxiété ressentie est de moins en moins intense

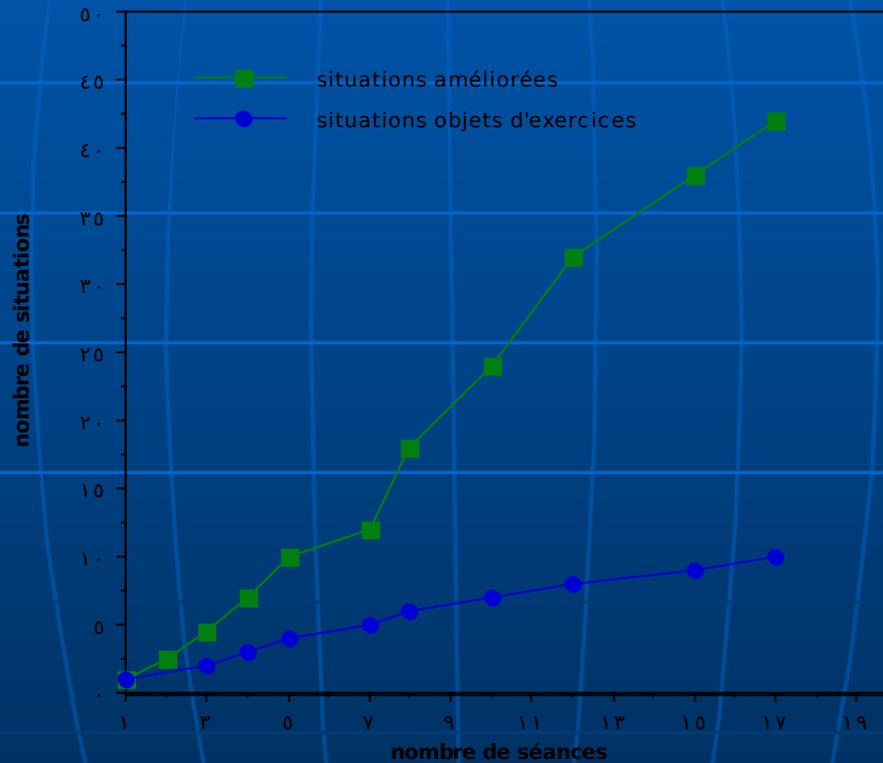


3ème principe : si l'on répète suffisamment souvent le même exercice d'exposition, l'anxiété ressentie dure de moins en moins longtemps



La généralisation

Principe ϵ : Le processus thérapeutique appliqué en thérapie comportementale se généralise à des situations non travaillées directement par le thérapeute



Conséquences pour le succès de la thérapie

- Exposition+++ avec règles strictes
 - Progressivité: c'est un apprentissage et non un déclic
 - Complétude: pas d'évitements, ni massifs ni subtils
 - Durée: trop brève, on arrive à une sensibilisation
 - Réussite émotionnelle de l'exposition

L'exposition est plus complexe qu'il n'y paraît...

- Tolérance accrue aux émotions négatives
- Modification de la vision du monde
- Émergence de comportements adaptés

Psychométrie

- Évaluer la progression de la thérapie
- Vertu thérapeutique du questionnaire

Modélisations et métaphores

- Le squatteur: augmenter l'ego dystonie
- Maladie à plein temps, le professeur de musique: exercices réguliers
- Les marches d'escalier de la tour Eiffel: caractère progressif des exercices
- Si on ne recule pas devant le trouble, c'est lui qui recule: exposition

Expositions

Naturelles	Thérapeutiques
Non prévisibles	Prévisibles et contrôlables
Brèves ou écourtées	prolongées
sporadiques	régulières
Incomplètes avec évitements subtils	complètes
Cognitions incontrôlées ou subies	Attitudes cognitives actives
Inefficaces ou sensibilisation	Efficaces: désensibilisation

Les particularités de chaque pathologie

- Phobie spécifique
- Agoraphobie/trouble panique
- Phobie sociale

Phobies spécifiques

- A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.
- B. L'exposition au stimulus générateur d'angoisse provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui prend la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.
- D. La (les) situation(s) génératrice(s) de peur est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités ou ses relations avec autrui.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois.
- G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.
- Spécifier le type :
 - Type animal
 - Type environnement naturel (orages, hauteur ou eau)
 - Type sang injection accident
 - Type situationnel (transports publics, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages aériens, conduite automobiles, endroits clos)

Psychothérapie cognitive

- On ne s'expose pas si on croit que l'on risque quelque chose
- Identifier le scénario catastrophe (technique de la flèche descendante)
- Remettre en question le scénario catastrophe
- Expérimenter le scénario rationnel : c'est l'administration de la preuve

Psychothérapie comportementale

- Exemple: phobie des abeilles

Trouble panique/agoraphobie

- Critères diagnostiques du trouble panique sans agoraphobie (DSM IV R, 2003)
- A) A la fois 1 et 2 :
- 1) Attaques de paniques récurrentes et inattendues :
- Période bien délimitée de crainte ou de malaises intenses dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes :
- a) Palpitations, tachycardie
- b) Transpiration
- c) Tremblements ou secousses musculaires
- d) Sensations de souffle coupé ou impression d'étouffement
- e) Douleur ou inconfort thoracique
- f) Sensation d'étranglement
- g) Nausée ou gêne abdominale
- h) Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou d'impression d'évanouissement
- i) Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- j) Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- k) Peur de mourir
- l) Paresthésies (sensation d'engourdissement ou de picotements)
- m) Frissons, bouffées de chaleur
- 2) Au moins une des attaques a été suivie durant un mois ou plus de l'un ou de plusieurs des symptômes suivants :
- a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
- b) préoccupation à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
- c) changement de comportement important en relation avec les attaques de panique
- B) Absence d'agoraphobie
- C) Non dues à une substance (ex : cocaïne) ou une affection médicale (ex : hyperthyroïdie)
- D) Pas mieux expliquées par un autre trouble mental (par ex. autre trouble anxieux de l'axe I)

Critères diagnostiques de l'agoraphobie

- A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours.
- -en cas d'attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques
- -ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se retrouver seul en dehors de son domicile; d'être dans une foule ou dans une file d'attente; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.
- N.B. Envisager le diagnostic de phobie spécifique si l'évitement est limité à une ou seulement quelques situations spécifiques, ou celui de phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.
- B. Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies
- -avec une souffrance intense
- -ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique
- -ou bien nécessitent la présence d'un accompagnement.
- C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Le modèle comportemental et cognitif

- **Sensations physiques anormales**
 - Palpitations
 - Difficultés à respirer
 - Vertiges

**Évitement des lieux où il est
Peur :
périlleux de faire une attaque
il ?**

Que m'arrive-t-

- **Interprétation catastrophique**
 - Je vais mourir
 - Je vais perdre connaissance
- Il m'arrive quelque chose de grave

Principes du traitement par TCC

- **La relaxation**
- Intérêt controversé.
- Permet le contrôle du flux respiratoire

Traitement comportemental d'exposition

- Exposition intéroceptive : s'habituer aux sensations physiques par des exercices progressifs, répétés, prolongés, accompagné puis seul
- Exposition situationnelle : s'habituer aux situations anxiogènes qui déclenchent les sensations

Psychothérapie cognitive

- On ne s'expose pas si on croit que l'on risque quelque chose
- Identifier le scénario catastrophe (technique de la flèche descendante)
- Remettre en question le scénario catastrophe
- Expérimenter le scénario rationnel : on peut avoir des sensations anormales sans pour autant mourir ; c'est l'administration de la preuve

Le coping

- Le patient gardera probablement les sensations physiques anormales même si la thérapie réussit. Il faut apprendre à faire avec : savoir arrêter sa voiture sur le bas coté pour hypoventiler, savoir expliquer que l'on fait une attaque de panique, que « merci, j'ai l'habitude et ça va passer », savoir expliquer son malaise « j'ai mal dormi, je travaille trop... »

Phobie sociale

- Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance liée à la présence de non familiers ou à l'observation attentive de la part d'autrui/crainte d'agir de façon inadéquate ou de présenter des symptômes anxieux
- Anxiété (jusqu'à la panique) si exposition à la situation redoutée
- Reconnaissance du caractère excessif ou irraisonnée de ses peurs
- Évitements
- Retentissement sur la qualité de vie

Manifestations de la phobie sociale

- *« A 17 ans, je sortais de chez le toubib, il m'a accompagné sur le palier. Je lui ai dit « Au revoir Mademoiselle », puis « Bonjour Monsieur, il n'y a pas de quoi », et à bout d'arguments je me suis essuyé les pieds sur le paillason ».*
- *Serge Gainsbourg, Nouvel Observateur, juillet 1983*

Types de situations redoutées	Exemples	Exigences supposées de la situation	Craintes
Situations de performance	Passer un examen ou un entretien d'embauche, faire un exposé, lire un texte à une cérémonie	Être ou paraître performant	Peur de perdre ses moyens, de mal faire, de donner une mauvaise image de soi
Situations d'observation	Être regardé pendant que l'on accomplit quelque chose : marcher, manger, boire, se garer, ou même ne rien faire de précis	Paraître à l'aise et naturel	Peur de révéler son émotivité et son malaise intérieur
Situations d'affirmation	Défendre ses droits, donner son point de vue, faire une réclamation, négocier un prix...	Se montrer sûr de soi et s'imposer	Peur d'échouer ou de déclencher l'agressivité
Situations de révélation sur soi	Devoir se révéler de manière approfondie et implicite, faire connaissance avec quelqu'un, nouer une relation amicale ou sentimentale...	Avoir quelque chose d'intéressant à dire et à apporter	Peur de se révéler sans intérêt ou sans conversation
Situations d'interactions superficielles	Devoir parler avec quelqu'un de manière superficielle et informelle, échanges de banalités avec un voisin, un commerçant, un collègue de travail...	Paraître à l'aise et naturel	Peur d'avoir l'air bizarre, coincé, sans humour ni répartie

Exercices d'exposition

- Écarter l'idée de performance contrairement à l'ADS classique
- Assumer ses symptômes: avoir le droit de vivre malgré les symptômes
- Il faut chercher et bidouiller, expérimenter

Deux types d'exercices

- Exposition simple (en cas d'événements situationnels)
- Exposition organisée au scénario catastrophe
- Puis éventuellement travail sur les compétences sociales

Conduite de l'exposition

- Ne pas disperser ses efforts, quelques situations cibles
- Monitoring de l'anxiété
- Contrôle de l'exposition par le patient
- Le thérapeute donne l'exemple, des efforts comme des difficultés
- Insister sur les exercices entre les séances, répétables quotidiennement, pas difficiles mais gênants, testés auparavant avec le thérapeute

Thérapie cognitive

- Principales cibles cognitives spécifiques
 - Traitement de l'information
 - Troubles de l'attention et évitements cognitif
 - Focalisation sur soi

Cibles non spécifiques

- Mesestime de soi
- Dysmorphophobie
- Trouble de l'humeur

Distorsions cognitives

- Si j'ai peur, c'est qu'il y a du danger
- Se sentir ridicule, c'est être ridicule
- Lecture de pensée: j'ai bien vu qu'ils me trouvent nul
- Généralisation: j'ai rougi, ils ne me feront plus confiance