HAL
open science

Agoraphobie et espace de représentation, une approche comportementale et cognitive

C. Mirabel-Sarron, A. Plagnol

To cite this version:

C. Mirabel-Sarron, A. Plagnol. Agoraphobie et espace de représentation, une approche comportementale et cognitive. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2010, 168 (1), pp.38. 10.1016/j.amp.2009.10.001 . hal-00610672

HAL Id: hal-00610672

https://hal.science/hal-00610672v1

Submitted on 23 Jul 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: Agoraphobie et espace de représentation, une approche comportementale et cognitive

Authors: C. Mirabel-Sarron, A. Plagnol

PII: S0003-4487(09)00330-8
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.10.001
Reference: AMEPSY 1093

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Mirabel-Sarron C, Plagnol A, Agoraphobie et espace de représentation, une approche comportementale et cognitive, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.10.001

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Communication

Agoraphobie et espace de représentation, une approche comportementale et cognitive

Agoraphobia and representational space: A behavioral and cognitive perspective

C. Mirabel-Sarron[a], A. Plagnol[b]

[a]CMME, Université René Descartes, Paris V, service du Pr Rouillon, CHS Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, France

[b]Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie de l'Université de Paris VIII, 2 rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France, & Institut d'Histoire et de Philosophie des Sciences et des Techniques (CNRS-UMR 8590), Paris, France.

Auteur correspondant : Dr Christine Mirabel-Sarron, CMME, Université René Descartes, Paris V, service du Pr Rouillon, CHS Sainte-Anne, 100 rue de la Santé, 75014 Paris, France.

Adresse email : cmirabelsarron@club-internet.fr

Résumé

L'agoraphobie associée aux attaques de panique est un trouble invalidant aux multiples conséquences personnelles, familiales et sociales. Nous vous présentons dans cet article le suivi thérapeutique pendant cinq années d'un patient agoraphobe, qui a bénéficié d'une approche thérapeutique comportementale et cognitive. Nous avons souhaité montrer qu'un triple regard sur les changements opérés pendant la thérapie – regards cliniques, comportemental, cognitif et phénoménologique – avait permis d'orienter plus justement la thérapie.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Mots-clés : Agoraphobie ; Attaques de panique ; Phénoménologie ; Schémas cognitifs ; Thérapie comportementale et cognitive

Abstract

Patients suffering of agoraphobia with panic attacks are greatly impaired on their own and interpersonal functioning. In this paper we described a cognitive and behaviour therapy and his follow-up during five years. We would like to describe that an integrative point of view (gazing clinical, cognitive and behaviour an phenomenological aspects) is relevant to conduct psychotherapy.

Keywords: Agoraphobia; Cognitive-Behaviour Therapy; Integrative Therapy; Panic Attacks

1. Introduction

L'intérêt des psychiatres pour les états anxieux apparaît au cours de la deuxième moitié du XIXe siècle. Les premières classifications des troubles anxieux se sont fondées sur des contributions diverses, dont celle de Darwin (1872). Freud décrit en 1895 un complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse ». Cette première configuration comprend : a) une excitabilité générale (ou hyperéveil), b) l'attente anxieuse (angoisse flottante prête à se lier à tout contenu représentatif qui convienne), c) des accès d'angoisse aiguë ou rudimentaire. La théorie initiale de Freud assignait comme cause à la névrose d'angoisse le rôle pathogène de la frustration sexuelle et comme mécanisme la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme : la pulsion sexuelle ne pouvant se décharger se transforme en tension anxieuse. Peu à peu, l'approche des troubles anxieux a évolué, passant de concepts métapsychologiques à des concepts descriptifs et comportementaux. Cette évolution est le reflet de

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

l'intégration de nouvelles données cliniques, neurobiologiques et évolutives. Ainsi le concept de névrose d'angoisse a fait place au trouble « anxiété généralisée » et à la notion d'attaque de panique.

Nous présenterons ici un cas clinique suivi pendant cinq années, dont le devenir est appréhendé sous différents angles afin d'illustrer les processus souvent complexes reliant attaques de panique et agoraphobie.

1. Définitions

Les définitions des troubles anxieux sont nombreuses et dépendent du référentiel choisi. Nous nous limiterons aux classifications récentes.

Le trouble panique (TP) associe des attaques de panique (AP) – ou « crises d'angoisse » – récurrentes à une anxiété anticipatoire et à des modifications du comportement. Le trouble panique peut ou non être associé à une agoraphobie (peur des grands espaces, peur des lieux publics, peur d'être seul…).

Selon la grande enquête épidémiologique dite ECA, la prévalence de l'agoraphobie secondaire au TP a été estimée à un tiers des cas [7].

L'enchaînement chronologique des troubles entre AP et agoraphobie ne fait cependant pas l'objet d'un consensus. Pour certains auteurs, dont Klein, les AP entraînent des conduites d'évitements, voire une agoraphobie. Pour d'autres auteurs, la phobie est primaire et se complique secondairement par des AP.

Les nouvelles conceptions en psychiatrie clinique se reflètent dans les classifications des maladies mentales dont les principales aujourd'hui sont la Classification Internationale des Maladies (CIM) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé et le manuel de diagnostic DSM proposé par l'*American*

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Psychiatric Association. Ces classifications, arbitraires pour certains critiques, reposent sur des critères relatifs au comportement dans le souci d'une meilleure fidélité inter-juges (l'Annexe I reproduit les critères du DSM-IV-R.)

2. Approches comportementales et cognitives

Nous décrirons les quatre modèles étiopathogéniques les plus souvent cités.

2.1. Modèle cognitif de Beck [2,3, annexe II]

Beck postule que l'anxiété survient en réponse à certains stimuli non dangereux objectivement mais que les patients interprètent de façon menaçante. Ces interprétations irraisonnées persistent du fait que les patients s'engagent dans des stratégies cognitives et comportementales qui sont censées prévenir la survenue des événements redoutés. Comme la crainte n'est pas réaliste, le principal effet de ces stratégies est de conforter le patient dans ses croyances négatives. Les symptômes anxieux sont des sources supplémentaires d'un danger perçu, produisant une série de cercles vicieux qui contribuent ultérieurement au maintien du trouble.

Ce biais d'interprétation des dangers physiques et psychologiques concernant soi-même et le monde environnant dans le traitement de l'information serait en rapport avec des schémas cognitifs inscrits dans la mémoire à long terme, véritables programmes de traitement de l'information qui résulteraient à la fois de l'évolution et des expériences individuelles.

Comme l'ont montré Beck et Emmery en 1985 [3], il existe des schémas spécifiques aux sujets qui souffrent des états de panique. Le thème central tourne autour de la peur d'un désastre physique (infarctus), social (honte) ou psychologique (folie, perte de contrôle) survenant lors d'une AP.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

2.2. Modèle bio-comportemental de Sheehan et Sheehan [12]

Selon ce modèle, *six étapes* évolutives peuvent être décrites :

- Déclenchement spontané, imprévisible et soudain d'une AP inaugurale sans lien précis avec un stimulus déclencheur externe. (Il existe cependant un noyau de vulnérabilité biologique qui sensibilise à la survenue d'une AP.)
- L'AP représente un stimulus inconditionnel qui s'associe fortuitement à la première situation où elle a eu lieu. Celle-ci devient une situation phobogène, et le sujet développe alors une phobie circonscrite (conditionnement répondant),
- Généralisation des situations phobogènes engendrées par la répétition des AP dans des lieux variés. La répétition d'AP similaires renforce les craintes du sujet.
- Des phénomènes de conditionnement intéroceptifs se surajoutent. Par exemple, un sujet ayant fait une tachycardie au cours d'une AP va percevoir toute accélération cardiaque comme le début d'une suite d'événements inquiétants.
- Stade des phobies multiples et de l'évitement du contact social, avec la peur de présenter une AP en public. L'anticipation des situations menaçantes s'installe peu à peu à la recherche de dangers environnementaux prédisposant à la panique (foule, endroit clos, etc.). Les malades réalisent à leurs dépens que les signaux aversifs s'avèrent être internes, incontrôlables, justifiant la nécessité d'une protection de plus en plus stricte. L'évitement des menaces potentielles s'organise alors, soulageant en partie l'angoisse, mais renforçant l'anticipation péjorative des circonstances (conditionnement *opérant*).

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

L'intérêt de ce modèle est de proposer une évolution du trouble à partir de phénomènes physiques perçus ou de cognitions anticipatoires.

2.3. Modèle de la fausse alarme de Barlow [1]

Barlow a présenté en 1988 un modèle intégratif où différents niveaux de causalité du TP sont mis en avant.

Sur la base d'une vulnérabilité biologique, des événements de vie négatifs induiraient une réaction au stress (vraie alarme) que le sujet ressent comme une menace vitale. De telles réactions de stress sont d'intensité suffisante pour déclencher des fausses alarmes, soit immédiates, soit différées (AP initiale). Or le sujet « pense » que l'événement initial est imprévisible (alarme apprise) : s'il revient, il ne pourra pas le contrôler, d'où une vulnérabilité psychologique dans laquelle le sujet se perçoit comme incapable et résigné. Il développe une appréhension anxieuse centrée sur de futures alarmes. Cette structure cognitivo-affective est maintenue en mémoire à long terme, ce qui expliquerait le maintien des comportements irrationnels une fois l'événement de vie déclencheur résolu. Des symptômes végétatifs et/ou cognitifs d'anxiété aussi bien que des manifestations somatiques déclenchent l'alarme apprise de façon effectivement imprévisible. Il peut alors se déclencher un évitement agoraphobique, déterminé par des facteurs culturels, sociaux et environnementaux et modulé par la présence ou l'absence de signaux de sécurité.

2.4. Modèle de Clarck [4, Annexe III]

Pour Clark, le principal élément étiologique du TP serait l'interprétation des stimuli et sensations physiologiques comme étant plus dangereux qu'ils ne le sont en réalité, en tant que signes avant-coureurs d'un danger physique imminent ou de perte de contrôle.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

À cette interprétation s'ajoute souvent la perception d'une absence de contrôle sur la symptomatologie anxieuse et sur les manifestations comportementales, ce qui contribue à amplifier les symptômes d'anxiété. Clark propose ainsi une « réaction en chaîne ».

L'ADP est déclenchée par des stimuli internes ou externes. Ces stimuli sont interprétés comme le signe d'un danger imminent. Cette interprétation produit une appréhension, associée à de nombreuses sensations physiques, sur un mode catastrophique (mort, perte de contrôle). Le sujet devient alors hypervigilant (de peur de ressentir certaines sensations), prenant en considération des sensations que d'autres ignoreraient et qui le conforte dans l'idée d'un problème sérieux. Il adopte des comportements de sécurité qui ont tendance à maintenir les interprétations négatives et peuvent conduire à un évitement agoraphobique [5,6].

3. Un cas d'attaques de panique et agoraphobie, avec suivi longitudinal sur cinq ans

Nous illustrerons la pertinence des modèles évoqués ci-dessus avec l'observation d'un patient suivi pendant cinq ans, en montrant que l'éclairage apporté par ces modèles peut être enrichi avec une approche plus phénoménologique tenant compte de la signification des symptômes dans la vie subjective [10].

3.1. Histoire clinique

Monsieur D. est âgé de 35 ans lors de la première consultation, fin 2003. Les premières manifestations cliniques remontent à 2002, avec une attaque de panique alors que le sujet est au volant de sa voiture. Un médecin élimine toute origine organique et oriente M. D. vers un psychiatre qui lui prescrit un traitement antidépresseur bi-aminergique et le suit

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

en psychothérapie de soutien pendant une année. Ce suivi est interrompu par la mutation professionnelle de Monsieur D. La persistance de nombreuses attaques de panique amène le médecin du travail à réorienter le patient vers un suivi psychiatrique.

M. D. présente alors une symptomatologie de trouble panique avec agoraphobie. Il existe également une peur d'avoir peur qui entraîne une consommation très excessive de benzodiazépines. D'autres modifications comportementales sont notées : évitement des relations aux autres.

3.2. Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle est un moment spécifique et un temps nécessaire dans les thérapies cognitives et comportementales. Elle consiste en l'analyse avec le patient des facteurs actuels et passés de déclenchement et de maintien de ses souffrances émotionnelles (extrait de cette analyse en Annexe IV).

Nous concluons alors à la survenue d'attaques de panique dont la fréquence en constante augmentation finit par constituer un trouble panique avec agoraphobie secondaire chez un jeune adulte sans antécédent psychiatrique personnel. Les conséquences du trouble sont très invalidantes, elles entraînent un évitement de nombreuses situations personnelles et sociales avec une surconsommation de benzodiazépines.

À partir du récit anamnestique détaillé du patient, le thérapeute et le patient établissent ensemble une hiérarchie des stimuli anxiogènes, ordonnée selon l'intensité de l'anxiété qu'ils provoquent. Une échelle de 0 à 100 est proposée et permet de classer les situations sources d'agoraphobie.

3.3. Déroulement de la thérapie

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

La thérapie proposée, de nature comportementale et cognitive, se déroule sur 24 mois puis comprend trois années d'entretiens de suivi pour consolidation des acquis.

Cette thérapie fait d'abord appel aux approches classiques suivantes [6,8,13] :

- techniques de contrôle respiratoire qui permettent : a) de réattribuer l'origine de l'ADP à l'hyperventilation induite par les stimuli stresseurs plutôt qu'aux catastrophes imaginées, b) d'éviter l'hyperventilation en situation de stress.
- techniques de relaxation dont le but principal est de diminuer l'anxiété anticipatoire.
- expositions progressives aux situations phobogènes visant à modifier l'évitement.
- approche cognitive qui identifie les pensées dysfonctionnelles catastrophiques à propos des sensations corporelles et autres sources de danger.

Dès le troisième mois de la thérapie, le patient aborde la démarche cognitive. M. D. identifie très bien ses pensées absolues de danger et utilise les démarches cognitives de décentration pour gérer les situations difficiles [11].

Ces quatre outils complémentaires contribuent à la disparition totale des attaques de panique et de l'agoraphobie cinq mois après le début de la thérapie, avec une diminution nette de la consommation de benzodiazépines.

Une seconde étape essentielle de la thérapie a également débuté avec l'identification des schémas cognitifs. Quatre schémas sont formulés :

1. *Je me sens mal, car j'ai peur que les autres m'observent et me jugent* (schéma dit de « jugement ».

2. *Je ressens des sensations physiques et psychologiques désagréables qui m'amènent à penser à l'imminence d'un malaise* (schéma dit de « vulnérabilité et de contrôle »).

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

3. *J'ai l'impression d'être détaché du réel, sans personne pour me venir en aide* (schéma dit de « reconnaissance »).

4. Schéma plus joyeux associé à l'autodescription du patient comme optimiste.

Les schémas de contrôle, de jugement et de vulnérabilité sont abordés par un tableau d'historicité des schémas, en demandant à M. D. d'analyser des situations aux âges de 10, 20, et 30 ans, confirmant ou infirmant ses règles psychologiques.

Quinze mois après le début du travail cognitif, alors que M. D. travaille sur le schéma de vulnérabilité, il relate un épisode survenu dans son enfance, à une date qui restera floue (vers 6-8 ans) : au cours d'un repas familial, sa mère s'étouffe avec un morceau de viande (fausse route), ce qui nécessite l'appel d'un service d'urgence.

L'évocation de cette scène traumatique constitue un tournant majeur dans la thérapie, avec un investissement très actif du patient : il rédige des écrits abondants, dévoile de multiples souvenirs associés, se livre à une véritable enquête auprès des autres membres de la famille pour reconstruire le déroulement précis des faits même si des divergences notables persistent sur le scénario. Une modification globale du regard sur son passé se produit, il retrouve « ce qu'il avait mis de côté mentalement », a le sentiment de « réouvrir un tiroir oublié » de son histoire, et peut reconnaître que ses troubles sont bien plus anciens que ce qu'il indiquait au début de la thérapie.

En fait, une atmosphère de plomb pesait sur la maison familiale, avec des sévices paternels exercés sur les aînés, sur fond d'une menace de séparation du couple parental [10]. En reconstituant le puzzle de son histoire, M. D. découvre que ses trois frères et sœurs souffrent tous de troubles anxieux invalidants et d'attaques de panique, qu'aucun n'a pu

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

poursuivre des études sauf lui, et que tous les hommes ont eu des difficultés relationnelles avec les femmes. M. D. est le seul à avoir gardé des contacts très ponctuels avec les parents, les autres ayant rompu brutalement.

Le schéma de reconnaissance, qui semble le plus central, ne peut longtemps être abordé directement, le patient restant dans l'évitement. Cependant, lors d'un entretien au trentième mois, cette problématique sous-jacente de reconnaissance se confirme : M. D. évoque la souffrance dans son enfance induite par l'indifférence de ses parents, comme s'il était « transparent » pour eux, sinon cela se passait mal – ainsi se souvient-il avec émotion de ses succès aux compétitions de sport, félicité par tous, sauf par ses parents qui ne sont jamais venus le voir. Longtemps, il a eu le sentiment d'être « spectateur du tableau » offert par un monde dans lequel il n'était pas.

Après un suivi de trois années, puis des entretiens de consolidations trimestriels, M. D. est asymptomatique. Il peut faire part d'un sentiment de colère et d'injustice par rapport à ce qui se passe à son travail, et même faire valoir ses droits avec diplomatie et fermeté (*e.g.* prise de vacances, mutation dans le service désiré…). De façon générale, M. D. s'approprie beaucoup plus activement sa vie, montrant qu'il peut généraliser ce qu'il a découvert dans l'espace thérapeutique.

3.4. Apport d'un regard multiple

Pour approfondir la portée du regard clinique, comportemental et cognitif sur les troubles de M. D., nous proposons d'intégrer des éléments de compréhension permettant d'éclaircir le poids des symptômes phobiques dans son histoire et la valeur de levier thérapeutique qu'a pu avoir l'abord des schémas de vulnérabilité et de reconnaissance à des moments charnières de la thérapie [9,10].

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Au départ du trouble on ne retrouve guère de facteurs traumatiques directs. Les méthodes comportementales permettent rapidement la levée des symptômes responsables de la demande explicite, mais ceux-ci ne sont que la « partie apparente de l'iceberg » (comme le formule M. D. lui-même).

Sous-jacente à cette demande, la crainte de perdre le contrôle domine le fonctionnement psychique ordinaire, comme le confirme la mise en évidence des schémas cognitifs de contrôle et de jugement. L'histoire de M. D. révèle des noyaux phobiques remontant à l'enfance, ces schémas s'étant probablement figés à l'adolescence, alors que le sujet devait « choisir » entre l'ouverture hors de la maison parentale et le renforcement d'un espace de contrôle protecteur de cet espace familial.

Le travail concret autour des schémas cognitifs aboutit à la révélation de la scène « oubliée » de la « fausse route » maternelle sur fond du climat « étouffant » de la maison parentale. Au-delà de la réalité exacte de cette scène, ce qui compte est ce qu'elle dévoile de la structuration du monde subjectif du patient. Le travail effectué à partir de ce souvenir clé met ainsi en évidence l'instabilité de la maison parentale (défaillances des images paternelle et maternelle, départ violent des aînés, isolement…). Cela semble s'être répercuté dans tout l'espace subjectif de M. D. et se manifeste métaphoriquement dans les symptômes phobiques variés qu'il présente.

Cependant le poids du schéma de reconnaissance se décèle à travers l'angoisse et la colère liées aux mises en échec professionnel, sous-tendues probablement par une problématique plus narcissique qui renvoie à la souffrance de l'enfance liée au climat familial. On peut faire l'hypothèse que des processus défensifs ont abouti à un clivage entre le monde autarcique de la maison parentale et le monde extérieur. L'appropriation par M. D. du travail effectué dans l'espace thérapeutique amorce le chemin de la reconnaissance désirée.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Les failles ne risquent-elles pas de se réouvrir lors de tensions ultérieures ? Les capacités de généralisation mises en œuvre par M. D, la modulation émergente de ses postulats cognitifs longtemps prégnants, et la qualité relationnelle manifestée dans l'espace thérapeutique, sont des indices qui peuvent autoriser une confiance en l'avenir s'accordant avec le schéma d'optimisme de M. D sur lui-même.

4. Conclusions

Cette histoire de vie d'un patient et de son suivi thérapeutique suggère que le regard d'un thérapeute peut être multi-focal :

- clinique dans l'identification des symptômes et l'évaluation de leur évolution avec le traitement.
- cognitivo-comportemental (l'histoire clinique de M. D. s'apparente fortement à la proposition fonctionnelle faite par Barlow).
- « phénoménologique » avec la formulation d'hypothèses de remaniements de l'espace subjectif du patient au plus près de son vécu psychique à chaque étape thérapeutique.

Une telle vision multifocale du patient permet de mieux orienter le devenir d'une thérapie en accordant au mieux le style relationnel thérapeute-patient.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

[1] Barlow D. Anxiety and its disorder. The nature and treatment of anxiety and Panic. New York: Guilford Press; 1988.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

[2] Beck AT. Cognitive therapy for emotional disorders. New York: Guilford Press; 1976.

[3] Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and Phobias : a cognitive perspective. New York: Harper Collins Publishers; 1985.

[4] Clark, DM. Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Saklovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford Press; 1996. P. 318-44.

[5] Clark DM, Salkovkis PM, Hackman A, Middelton H, Anastasiades P, Gelder MG. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 1994;164:759-69.

[6] Clark DM, Salkovkis PM, Chalkley AJ. Respiratory control as a treatment for panic attacks. J Behav Ther Exp Psychiatr 1985;16:23-30.

[7] Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R, et al. Panic attacks in the community: Social morbidity and health care utilization. JAMA 1991;265:742-6.

[8] Ladouceur R, Marchand A, Boisvert JM. Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale. Paris: Masson; 1999.

[9] Plagnol A. Espaces de représentation : théorie élémentaire et psychopathologie. Paris: Éditions du CNRS; 2004.

[10] Plagnol A, Mirabel-Sarron C. Espace phobique et levier thérapeutique. Ann Méd Psychol 2009;167:101-9.

[11] Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, Mehran F. (1999) Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris: Dunod; 2004.

[12] Sheehan D, Sheehan K. The classification of phobic disorders. Int J Psychiatry Med 1982;12:243-66.

[13] Vera L, Mirabel-Sarron C. Psychothérapie des phobies. Paris: Dunod; 2000.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Annexes

Annexe I

Le trouble panique (selon le DSM-IV)

A - Il faut que le patient présente les symptômes (1) et (2):

1) Attaques de paniques (ADP) récurrentes et inattendues
2) Au moins une des ADP s'est accompagnée, pendant un mois (ou plus) des symptômes suivants :
    a) crainte persistante d'avoir d'autres ADP
    b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou de ses conséquences
    c) changement de comportement important en relation avec les attaques

B - Absence ou présence d'agoraphobie

C - Les ADP de sont pas dues à une substance ou une affection médicale

D - Les ADP ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental

L'agoraphobie (selon le DSM-IV)

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'ADP, soit inattendue, soit facilitée par des situations spécifiques, ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble

A) 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.

NB : Envisager le diagnostique de phobie spécifique si l'évitement est limité à une ou seulement quelques situations ou celui de phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.

B) Les situations sont soit évitées, soit subies avec une souffrance intense ou bien la crainte d'avoir une ADP ou des symptômes à type d'ADP ou bien nécessitant la présence d'un accompagnant.

C) L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Annexe II

Modèle de Beck et Emery

Tableau : Hypothèse cognitive : Phobies et AP [3]

Schémas cognitifs :
Sélectionnent les stimuli intéroceptifs et extéroceptifs uniquement dans leurs virtualités de danger
Stockés dans la mémoire à long terme
Distorsions cognitives (inférences arbitraires) :
Aboutissent à un traitement erroné de l'information concernant la sécurité et le danger
Magnification du danger
Minimisation de la sécurité
Evènements cognitifs :
Monologues intérieurs et images mentales qui traduisent l'anticipation du danger : peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

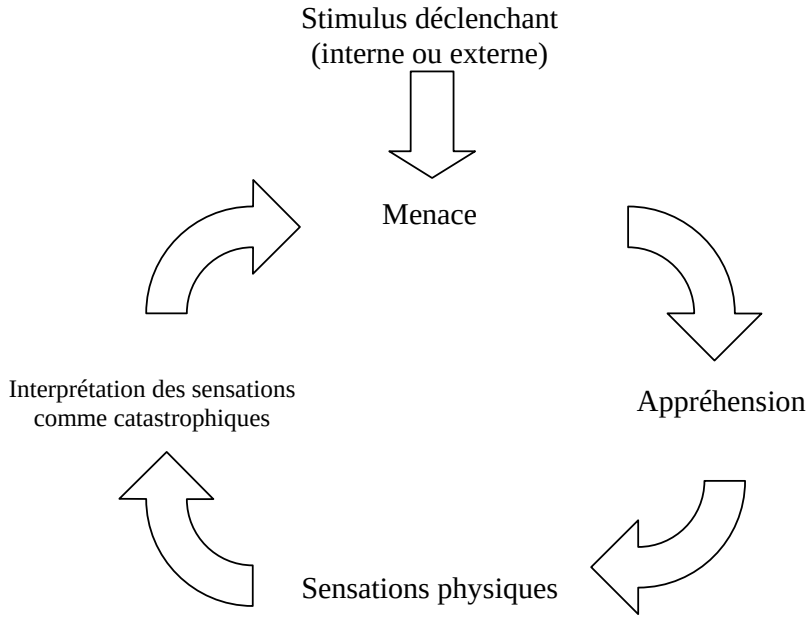
Annexe III

Modèle de Clarck

- Des stimuli externes (exemple : se trouver dans un grand magasin ou dans la foule) ou internes (sensations physiques, pensées, images) vont déclencher l'AP.
- Ces stimuli vont être interprétés comme le signe d'un danger imminent.
- Cette interprétation produit une appréhension qui est associée à de nombreuses sensations physiques désagréables.
- Ces sensations sont à leur tour interprétées de manière catastrophique (perte de contrôle, mort…).
- Une nouvelle appréhension survient et va conduire à de nouvelles manifestations physiques qui, par un effet de spirale, aboutiront à une AP et confirme ainsi la menace perçue initialement. Le cercle vicieux engendré favorise un état de tension, d'anxiété intense et prédispose l'individu à d'autres.

Á partir de cette interprétation catastrophique, le sujet va développer des conduites qui vont contribuer au maintien du TP.

De peur de ressentir certaines sensations, le sujet devient hypervigilant et surveille en permanence la moindre sensation physique. Ces sensations conforteront l'idée d'un problème sérieux, physique, ou mental. De plus, le sujet va développer des comportements de sécurité qui ont tendance à maintenir des interprétations négatives. Ainsi, il s'ensuivra des comportements de sécurité pour prévenir le malaise pouvant aboutir à un évitement agoraphobique.



Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Annexe IV

Extrait de l'analyse synchronique fin 2003 :
Situations déclenchant les attaques de panique avec agoraphobie :
Tout déplacement en voiture, en transport en commun, tout éloignement (supérieur à 10 kilomètres environ) de son domicile.
Emotions ressenties :
Anxiété, honte ;
Cognitions ou pensées associées à l'expérience émotionnelle :
Peur d'être ridicule, d'être mal jugé, de paraître idiot, de ne pas être à la hauteur, peur de perdre le contrôle.
Comportements :
Evitement et échappement des situations anxiogènes

Refuse toute invitation, n'a pas vu sa famille depuis des années, utilise le téléphone pour maintenir des liens.
Se débrouille pour être accompagné (collègue, ou épouse).

Anticipation
S'imagine anxieux dans la situation et que les autres vont s'en apercevoir.
Cognitions
Peur d'être mal jugé et ridicule dans des lieux avec beaucoup de monde, des lieux confinés…
Émotions
Anxiété à l'idée d'aborder la situation, honte à l'idée de paraître ridicule.
L'analyse fonctionnelle se réalise aussi d'un point de vue diachronique :

Données structurales possibles

Génétiques
Mère présentant un probable trouble anxieux généralisé prenant régulièrement des benzodiazépines.

Personnels
Traits de personnalité dépendant probables.

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

Facteurs historiques de maintien possibles
Dernier de la fratrie (quatre enfants),
Famille vivant en «autarcie», peu d'amis, peu de communication au sein de la famille.

Facteurs déclenchant initiaux
Scolarisation : laborieuse, se définit comme un élève moyen, poursuit deux années à l'université avant de travailler.

Evènements précipitant les troubles : il n'en trouve pas.
Adolescence, rencontres amoureuses : se dit complexé à l'égard des filles, se marie avec sa première rencontre féminine.

Traitements
Traitement antidépresseur pendant six mois en 2002 et consommation permanente de benzodiazépines depuis le début des troubles.

Accepted Manuscript