

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°58

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

par

Malphettes Emmanuel

né le 29 avril 1978 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2006

PRISE EN CHARGE DE L'ATTAQUE DE PANIQUE

AUX URGENCES

Président : Monsieur le Professeur Potel

Directeur de thèse : Docteur Martineau

INTRODUCTION.....	4
I. CLINIQUE DE L'ATTAQUE DE PANIQUE.....	5
1) HISTORIQUE DU CONCEPT D'ATTAQUE DE PANIQUE	5
1.1) <i>Le mythe</i>	5
1.2) <i>Les langues</i>	6
1.3) <i>Les quatre grandes phases</i>	7
1.4) <i>Aspects nosologiques actuels</i>	9
2) EPIDEMIOLOGIE.....	11
1) <i>PREVALENCE DU TROUBLE PANIQUE</i>	11
1.1) Dans la population générale	11
1.2) Dans la population de consultants	11
2) <i>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</i>	11
2.1) Selon le sexe.....	11
2.2) Selon l'âge.....	12
2.3) Selon l'origine.....	12
2.4) Selon le statut marital.....	12
2.5) Selon le lieu de résidence	12
2.6) Selon le niveau socio-éducatif et socio-économique	12
3) <i>FACTEURS DE RISQUES</i>	12
3.1) Génétiques.....	12
3.2) Prédisposant	13
3.3) Précipitants.....	14
4) <i>COMORBIDITES DU TROUBLE PANIQUE</i>	14
4.1) Trouble panique et dépression.....	14
4.2) Trouble panique et autres troubles anxieux.....	15
4.3) Trouble panique, alcoolisme et toxicomanie	15
4.4) Trouble panique et autres troubles psychiatriques.....	15
4.5) Trouble panique et risque suicidaire.....	15
5) <i>CONSEQUENCES MEDICO-ECONOMIQUES</i>	16
3) DESCRIPTION CLINIQUE	17
1) <i>INTRODUCTION</i>	17
Aparté sur la spasmodie, la tétanie et l'hyperventilation psychogène	17
2) <i>CLINIQUE DE L'ATTAQUE DE PANIQUE</i>	18
2.1) Aspects sémiologiques	18
2.2) Aspects évolutifs de la crise	19
2.4) Diagnostic	20
2.5) Traitement	21
2.6) Prise en charge après la crise.....	22
3) <i>RISQUES EVOLUTIFS DE L'ATTAQUE DE PANIQUE</i>	23
3.1) L'agoraphobie	23
3.2) Le trouble panique	23
3.3) La Dépression et le risque suicidaire.....	24
3.4) Les conduites addictives.....	24
II. QUATRE MODELES ET LEURS IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES.....	25
1) .MODELE PSYCHODYNAMIQUE	25
1) <i>ASPECT THEORIQUE</i>	25
2) <i>IMPLICATION THERAPEUTIQUE</i>	26
2) MODELE SYSTEMIQUE	28
1) <i>UNE AUTRE HISTOIRE</i>	28
1.1) Gregory Bateson.....	28
1.2) Les conférences Macy	29
1.3) Le projet Bateson	32
1.4) Erickson	33
1.5) Le cycle de vie	35
1.6) Le Mental Research Institute	39
1.7) Le centre de thérapie brève	39
2) <i>IMPLICATION THERAPEUTIQUE : LE PROTOCOLE NARDONE</i>	41
2.1) La formation et la persistance du problème.....	41
2.2) Stratégie de résolution du problème	44

3) MODELE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL.....	50
1) UN PEU D'HISTOIRE.....	50
2) LA THEORIE	50
2.1) Mécanisme de la première attaque	50
2.2) Persistance du problème et évolution vers le trouble panique-agoraphobie	53
2.3) Intervention du comportement dans la fixation du trouble.....	55
3) IMPLICATION THERAPEUTIQUE :.....	56
3.1) Stratégie de prise en charge de la première attaque de panique.....	56
3.2.) Prise en charge ultérieure	56
3.3) Mise en place du traitement de façon concrète.....	59
4) MODELE PHYSIOPATHOLOGIQUE	60
4.1) PARTIE THEORIQUE	60
1) Au niveau neuro-anatomique	60
2) AU NIVEAU MOLECULAIRE	64
4.2) IMPLICATION THERAPEUTIQUE.....	66
Sur l'attaque de panique	66
Sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie	66
Sur le trouble anxieux généralisé.....	67
III. EVALUATION.....	68
1) EVALUATION DES DIFFERENTES METHODES	68
1) Le protocole Nardone.....	68
2) Traitement pharmacologique.....	68
3) Thérapie psychodynamique.....	69
4) Thérapie cognitivo-comportementale.....	69
5) Etude comparant les différentes méthodes	69
2) IMPLICATION THERAPEUTIQUE ET CONSENSUS DE TRAITEMENT.....	69
IV. QUELLE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE A L'URGENCE : VIGNETTES CLINIQUES 71	
<i>Cas clinique n°1 « une autre réponse ? ».....</i>	<i>71</i>
<i>Cas clinique n°2 « la recette ».....</i>	<i>72</i>
<i>Cas clinique n°3 : « quelle demande ? ».....</i>	<i>76</i>
<i>Cas clinique n°4 « la relaxation ».....</i>	<i>77</i>
<i>Cas Clinique n°5 « Le diagnostic ».....</i>	<i>79</i>
CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXES	87
<i>Annexes de l'historique</i>	<i>87</i>
<i>Annexes d'une autre histoire</i>	<i>92</i>
<i>Annexes relatives à la T.C.C</i>	<i>115</i>

INTRODUCTION

Mon intérêt pour ce sujet débuta à partir d'une simple constatation (cas clinique n° 1) ; il était possible, en faisant une remarque incongrue dans une prise en charge habituelle, d'amener le patient et le thérapeute à avoir une vision différente du problème. Il semblait se cacher bien des choses derrière ces mots : attaque de panique. Comment un tel symptôme pouvait-il fonctionner et pourquoi dans certains cas se répétait-il ? Était-il possible, malgré les contraintes inhérentes à un service d'urgence, d'utiliser l'énorme avantage d'être avec le patient lors du déroulement de cette attaque de panique ? En effet, l'urgence reste un des seuls endroits où le patient peut expérimenter une relation thérapeutique dans la crise. Comment utiliser ce contexte, pour l'aider à voir son symptôme différemment et amener une évolution favorable en évitant ainsi la survenue de complications ?

Nous allons décliner quatre modèles de l'attaque de panique et de l'une de ses complications : le trouble panique. Ainsi, après une description clinique de l'attaque de panique, nous étudierons le modèle psychodynamique, systémique, cognitivo-comportemental puis la physiopathologie de ce trouble.

Chaque modèle sera associé à ses implications thérapeutiques.

Des vignettes cliniques illustreront ensuite une expérience personnelle de prise en charge possible à l'urgence.

I. CLINIQUE DE L'ATTAQUE DE PANIQUE

1) HISTORIQUE DU CONCEPT D'ATTAQUE DE PANIQUE

Comment la médecine s'est-elle appropriée ce concept, a pu individualiser ce comportement qui semblait bien flou au départ ?

Pourquoi ce comportement si ancien a-t-il mis autant de temps à être délimité ?

1.1) Le mythe

C'est bien sûr par les mythes que l'histoire commence.

Dans la mythologie grecque, le dieu Pan, mi-homme mi-bouc à l'aspect effrayant, à la voix puissante et rauque provoquait la terreur des voyageurs isolés.

Son nom signifie en grec ancien « *tout* ». A sa naissance, devant son aspect les dieux de l'Olympe auraient tous ri. C'est la raison principale pour laquelle Pan n'aime pas l'Olympe, et de ce fait, il préfère résider dans les bois des forêts d'Arcadie, près des sources, en compagnie des Satyres, Faunes, Nymphes ; les divinités de la Nature, c'est à dire les manifestations du dieu. Car Pan est le dieu de la **Nature Universelle** (1).

Ainsi il était au départ le dieu de la fécondité, protecteur des troupeaux, des bois et des champs puis c'est avec le temps et les nombreuses observations et réflexions des mythographes et des philosophes qu'il devint peu à peu l'incarnation du **Monde dans sa Totalité**, l'Un, l'univers : le Tout, comme l'indique son nom(2).

Dans le mythe il est dit que Pan détestait être dérangé dans son sommeil. Si c'était le cas, il se réveillait alors avec fureur et poussait un hurlement provoquant l'épouvante. Un autre aspect, nous apprend que parfois le dieu apparaissait par surprise aux mortels dans le but de créer chez eux une frayeur mortelle (3, 4). Ce mythe est intéressant sous deux aspects.

En effet il différencie une **panique « exogène »**, compréhensible, punition pour avoir dérangé le dieu et une **panique « endogène »**, inattendue faisant irruption à la conscience sans qu'aucun élément extérieur ne puisse la justifier.

Le deuxième aspect est le substrat de la panique, au départ c'est la vision terrifiante du dieu puis se cachant derrière on devine l'effroi face à la vision du tout /univers symbolisé par Pan. Cela rejoint ainsi la notion de **panique compréhensible et incompréhensible**.

Pour ces raisons, l'adjectif grec *panikas*, dérivé du nom du Dieu, associé à un mot signifiant peur, indiquait que celle-ci était à la fois non justifiée et d'une intensité extrême, qu'elle soit un phénomène individuel ou collectif. L'adjectif panique, dérivé de *panikas*, est ainsi apparu dans les langues modernes tout d'abord en français, dans l'expression **peur panique**, créée par Rabelais. Comme en grec, il spécifie un degré extrême d'une terreur généralement irraisonnée, et s'applique à des manifestations individuelles ou collectives: un sujet aussi bien qu'un groupe peuvent être pris d'une peur panique. Le substantif lui, est surtout, employé dans les phénomènes collectifs. C'est ainsi que l'on parlera des **grandes paniques** du Moyen Age face à la peste, la famine, la guerre, les brigands, les éclipses... Autant de réactions de terreur face à des phénomènes compréhensibles ou non qui seront rationalisées grâce à de multiples boucs émissaires...

Le verbe paniquer, d'introduction récente, n'a lui plus rien à voir avec sa puissance d'origine. Contrairement aux termes peur, terreur, etc. qui indiquent un ressenti passivement subi (il est terrorisé), paniquer (verbe actif) introduit un élément de mouvement désordonné, impliquant une fuite ou un comportement désorganisé, inefficace. Si panique a été depuis le XIXe siècle utilisé dans les différentes langues dans des études de psychopathologie collective portant par exemple sur la panique aux armées, c'est exclusivement en anglais (jusqu'à l'introduction à partir des États-Unis du terme attaque de panique) que le mot a été utilisé avec un sens psychiatrique précis, pour un phénomène individuel. Ceci explique les difficultés de compréhension lors de l'introduction de : « Attaque de panique » et « Trouble Panique ».

1.2) Les langues

L'attaque de panique appartient à la classe actuelle des troubles anxieux. Il est donc nécessaire pour comprendre l'histoire des termes et concepts liés au mot panique de s'intéresser à ceux concernant l'angoisse et l'anxiété.

« L'Attaque de panique est essentiellement une attaque paroxystique d'angoisse. Or les termes correspondant à ce dernier concept dans les langues dans lesquelles ont été rédigés les principaux travaux, le français, l'anglais et l'allemand soulèvent de nombreux problèmes. Du grec *agkhô* : je serre, dérivent en latin les deux verbes *ango* et *anxio*, signifiant à la fois resserrement physique et tourment, à l'origine respectivement entre autres des substantifs *angustia* et *anxietas*.

Les deux racines ont donné naissance à de nombreux termes dans le vocabulaire littéraire, médical (par exemple angor, angine), et spécifiquement psychiatrique des langues modernes. Dans ces dernières de *angustia* est dérivé angoisse en français et *Angst* en allemand (en anglais *anguish*, venu de angoisse, est purement littéraire), de *anxietas* le français anxiété et l'anglais *anxiety*.

On a ainsi en français deux substantifs techniques, angoisse et anxiété (comme dans les autres langues romanes) un seul en anglais (*anxiety*), et en allemand (*Angst*). Les trois langues n'ont qu'un adjectif technique dérivé : anxieux en français (angoissé étant surtout littéraire), *anxious* en anglais (*anguished*, comme *anguish*, est non technique), et *angstlich* en allemand. L'anglais et l'allemand ont formé à partir des adjectifs les substantifs utilisés en psychiatrie, *anxiousness* et *Angstlichkeit*, mais il n'existe pas d'équivalent français (ce serait le néologisme anxiété). »(5)

Plusieurs problèmes se posent alors :

Premièrement, celui de la signification d'angoisse et d'anxiété ; Littré leur propose la valeur de gradient d'intensité (inquiétude puis anxiété puis angoisse). Brissaud (6), lui, oppose un phénomène psychologique (anxiété) à un phénomène somatique (angoisse). L'usage les rendra en fait bien vite synonyme même s'il subsiste un peu de ces distinctions encore de nos jours.

Le **deuxième problème**, vient du fait que l'anglais *anxiousness* et l'allemand *Angstlichkeit* n'ont pas d'équivalent en français, et sont parfois traduits par disposition à l'angoisse (Freud emploiera ce terme pour signifier une attente anxieuse).

Le **troisième problème** tient à la distinction entre l'angoisse et la peur. Cette différence entre ces deux sentiments s'est effectuée au cours du XIXème siècle et a reçu sa formulation classique de Jaspers (7): « La peur est dirigée vers quelque chose, l'angoisse est sans objet ».

1.3) Les quatre grandes phases

Les médecins ne se sont intéressés aux troubles anxieux qu'à partir de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Les termes, anxiété et angoisse sont très peu utilisés et les troubles phobiques dont certains aspects sont décrits dès l'antiquité, restent encore mal différenciés des délires.

Dans un article de 1996, Pichot (5) dresse l'historique du concept de panique, à sa suite nous distinguerons quatre époques.

La première débute en 1866 par le mémoire de Morel sur le « délire émotif » (8) dans lequel, sans employer encore les mots angoisse ou anxiété, il présente un premier regroupement des états anxieux. Puis Westphal isole l'agoraphobie. Plusieurs psychiatres décrivent des phénomènes anxieux paroxystiques mais le premier à utiliser le terme de « melancholic panic » sera le psychiatre anglais Maudsley.

La deuxième phase voit la description de la neurasthénie, centrée sur la fatigue. Cette entité, isolée par un neurologue américain nommé Beard (9), connaîtra un succès mondial et deviendra, derrière l'hystérie, la deuxième grande névrose. Durant cette période, certains psychiatres affirment qu'un grand nombre de troubles décrits dans la neurasthénie sont en fait des manifestations de l'anxiété.

Et c'est ainsi, que Freud propose en 1885 (10), de décomposer la neurasthénie en deux affections : la neurasthénie proprement dite et la névrose d'angoisse.

Ainsi, il distingue deux grands types de névroses :

- les « **névroses actuelles** » (névrose d'angoisse et neurasthénie), dont les causes doivent être recherchées dans des « désordres de la vie sexuelle » ; elles sont peu accessibles à la psychanalyse.

- les « **psychonévroses** », (névroses phobiques, hystériques et obsessionnelles) dites de « transfert » ou de « défense » dont les symptômes résultent de l'expression symbolique d'un conflit sous-jacent lié à l'histoire infantile du sujet. Les symptômes témoignent ainsi, à la fois du stade du développement auquel s'est produit la fixation source de conflit et des mécanismes de défense inconscients mis en jeu pour lutter contre l'angoisse conflictuelle. Ces névroses sont, elles, accessibles à la psychanalyse.

Ainsi, si dans la névrose d'angoisse, l'anxiété est libre et flottante, elle se déplace sur des objets ou des situations dans la névrose phobique, sur le corps dans la névrose hystérique et sur des contenus psychiques dans la névrose obsessionnelle.

Dans le cadre de cette névrose d'angoisse, Freud décrit une **attente anxieuse** sur laquelle survient des **attaques d'angoisse spontanées**, dont les symptômes peuvent se confondre avec de véritables affections somatiques. Il décrit l'agoraphobie comme le souvenir d'une attaque d'angoisse et la crainte d'un nouvel épisode dans des conditions spéciales où le sujet croit ne pouvoir y échapper. Il affirme, comme nous l'avons vu, que l'**origine** de la névrose d'angoisse est essentiellement **sexuelle**. Ainsi, pour Freud, l'accumulation énergétique (libidinale) dérivée de son cours (comme en cas d'abstinence ou de coït interrompu), se décharge comme elle peut, en empruntant une voie (subcorticale à l'origine) autre que celle de son issue somatique normale. Comme souvent, Freud doute et remettra en question cette explication avec le cas du « petit Hans » en 1909 puis dans « Inhibition, symptôme et angoisse » paru en 1926 (11). Ainsi dans sa théorie initiale, c'est le **refoulement de l'énergie libidinale qui crée l'angoisse**, puis il développe une deuxième théorie en décrivant **l'angoisse comme moteur du refoulement**. Cette nouvelle approche met en exergue les

relations entre le danger des pulsions internes et le danger extérieur réel. Ainsi le petit Hans dans sa phobie d'être mordu par un cheval (castration) transforme-t-il sa libido, probablement vécue comme trop grande ou trop dangereuse, en angoisse de réel ou cède-t-il à une anxiété générale qui lui fait aussi peur que sa libido insatisfaite ? Par anxiété générale Freud fait allusion aux travaux paléontologiques de l'époque ; en effet l'éruption de l'époque glaciaire aurait bouleversé le monde extérieur, devenant effrayant, menaçant, ce monde aurait rendu l'humanité anxieuse. Cette anxiété, transmise phylogénétiquement, constituerait la forme originelle de l'angoisse.

Ainsi l'angoisse qui peut être un bon mécanisme adaptatif devient pathologique quand un objet réel nous rappelle des situations d'angoisse passées (à l'échelle de l'homme ou de l'humanité) qui nous ont dépassés (paralysante).

Cette notion amène donc celle de traumatisme originel si chère à la pensée freudienne. S'écartant (tout en s'inspirant) des théories de l'époque considérant la naissance comme ce trauma originel (allant même jusqu'à préconiser des cures de neuf mois), Freud considère que le premier acte se joue dans l'état d'inachèvement dans lequel « l'enfant d'homme est envoyé dans le monde ». La dépendance extrême du petit, fait que la valeur de l'objet protecteur s'en trouve démesurément accrue et donc que les angoisses conséquentes, de perte de l'objet ou de perte de l'amour de l'objet, constitueraient ainsi une des formes primitives de l'angoisse. A un deuxième niveau, l'angoisse serait un signal en réaction au danger de la castration au moment où le « moi du sujet tente de se soustraire à l'hostilité de son surmoi ». Freud décrit cette angoisse au moment de la phase phallique.

Freud détermine ainsi deux grands types d'angoisse, **l'angoisse de castration**, qui replacée dans le contexte de l'Œdipe vient du père jetant l'interdit sur la mère ; **l'angoisse de séparation** qui proviendrait du caractère insoutenable d'être séparé de la mère et qui serait retrouvée dans les « états limites » générant de véritables attaques de panique. Ces deux angoisses sont liées à la perte d'un objet fortement investi.

Pour en revenir à cette nouvelle définition de la névrose d'angoisse, on peut donc voir que, progressivement, le tableau clinique de **l'attaque d'angoisse** avait été **isolé** dans celui de la **névrose d'angoisse** ; mais, mis à part chez Maudsley, le terme panique n'avait jamais été employé.

Une nouvelle phase s'ouvre alors en 1920, qui s'intéressera aux mécanismes de suggestion dans les phénomènes de masse, en particulier à l'armée. Le mot « panique » sera réservé à des phénomènes de groupe. Puis Kempf (12), décrit aux Etats-Unis ce qu'il appelle « la panique homosexuelle », caractérisée par l'effet du stress sur une personnalité fragilisée par une homosexualité latente ou patente.

Ce concept aura beaucoup de succès et fera accepter aux Etats-Unis le terme de « panic », qui servira durant la seconde guerre mondiale à caractériser des réactions individuelles à un stress de combat.

Enfin en 1962, Klein ouvre **la dernière phase** avec les essais thérapeutiques de l'imipramine sur la névrose d'angoisse (13). Il montre que l'imipramine supprime les attaques d'anxiété paroxystiques sans agir sur l'anxiété permanente, différenciant ainsi deux formes d'anxiété. Une anxiété aiguë sensible à l'imipramine qu'il appelle « panic » et l'anxiété permanente modérée qu'il nomme « anxiety ». C'est donc sur cette base, que Donald Klein a justifié que dans la névrose d'angoisse soit distingué le trouble panique (cette hypothèse a depuis été largement validée par des arguments épidémiologiques, biologiques et pharmacologiques), et ces définitions furent incorporées dans le DSM-III de 1980 (14).

1.4) Aspects nosologiques actuels

Cependant, les critères diagnostiques choisis pour définir le trouble panique restent purement cliniques et ont suscité nombre de controverses quand à leur bien fondé ; expliquant des remaniements multiples de sa définition dans le DSM III-R (15) puis dans le DSM IV (16).

Dans le DSM III (14), la névrose d'angoisse a donc été subdivisée en deux troubles distincts : le trouble panique (TP) et le trouble anxieux généralisé. Le critère diagnostic majeur de distinction entre ces deux troubles était représenté par la **présence ou l'absence d'attaques de panique** dans l'histoire du patient. La description de l'attaque de panique prenait peu en considération les symptômes comportementaux et elle est restée semblable dans la révision du DSM publiée en 1987 (le DSM III-R). Contrairement à celle du trouble panique (TP), qui s'est nourri des théories comportementalistes de l'époque et dont la définition s'est précisée. La majorité des agoraphobies se développant secondairement à l'instauration d'un trouble panique, l'agoraphobie devient plus une complication du trouble panique (elle garde néanmoins sa définition autonome) et ainsi **le DSM III-R distingue le trouble panique avec et sans agoraphobie**. De plus, une nouvelle notion apparaît au milieu de tous les symptômes somatiques du TP : la peur de faire une nouvelle attaque de panique. Ainsi, le diagnostic de TP, dont la définition reposait uniquement sur la répétition des attaques peut aussi être posé si un patient après une seule attaque de panique spontanée développe pendant au moins un mois, une anxiété caractérisée par la **Crainte de faire une nouvelle attaque de panique**.

Le DSM IV (annexe 3) a ensuite apporté de nombreux changements dans la définition du TP (17). Tout d'abord, les attaques de panique se rencontrant dans la totalité des troubles anxieux, la définition de **l'attaque de panique est individualisée** de celle du trouble panique (annexe 1). De la même façon que pour l'attaque de panique, la définition de l'agoraphobie est présentée à part et ne relève pas d'une entité diagnostique autonome (annexe 2). Le deuxième changement, concerne le mode de déclenchement des attaques de panique : une distinction est faite entre la présence ou non de stimuli environnementaux.

On retrouve ainsi :

- des « attaques de panique **inattendues** (non induites) », typiques mais non spécifiques du trouble panique et survenant en l'absence de stimuli
- des « attaques de panique **situationnellement liées** (induites) » couplées à des situations phobogènes, et donc retrouvées dans les phobies sociales et spécifiques

Malgré les travaux des cognitivistes, le DSM IV ne reprend pas la notion de stimuli internes (tachycardie, sueurs...).

Enfin une dernière forme est individualisée : les « attaques de panique favorisées par des situations », qui surviennent de façon fréquentes, mais non obligatoires, dans certaines situations, selon l'état d'anxiété du patient. Cette forme, pouvant se rencontrer dans toutes les phobies est cependant plus typique du trouble panique avec agoraphobie.

Ainsi le DSM-IV a fortement modifié les critères du TP (annexe 3), la récurrence des attaques ou la crainte d'une nouvelle attaque ne suffisant plus à poser le diagnostic. Le diagnostic du TP se fait ainsi sur une répétition des attaques (dont le nombre n'est plus précisé) et qu'au moins une de ces attaques ait été accompagnée de l'un des symptômes suivants :

- a) la crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ;
- b) des préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences ;
- c) d'un changement de comportement important en relation avec les attaques.

Le TP devient donc un trouble anxieux, constitué autour d'une anxiété chronique qui se

construit sur le risque de déclenchement de crises, dont les symptômes évoquent une dysrégulation du système nerveux autonome. Cette définition, même si elle reste un compromis entre les défenseurs d'un déterminisme purement biologique ou purement psychologique, par l'importance qu'elle donne à l'organicité, ne semble pas toujours très utile aux patients (comme nous le verrons plus tard).

La conceptualisation du trouble panique comme une entité diagnostique a été intégrée dans la dixième révision de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (**CIM 10**) (annexe 4). La description des troubles y est très proche, malgré une divergence majeure concernant le rapport avec l'agoraphobie. Ainsi, dans la CIM 10, le diagnostic de TP est restreint aux attaques de panique spontanées, et c'est **l'agoraphobie** qui « **domine** » **sur le TP**. Si une agoraphobie se développe sur un TP, le diagnostic porté sera celui d'agoraphobie avec trouble panique contrairement à la description du DSM-IV qui met plus l'accent sur l'importance des attaques de panique et leur répétition qui entraînent un risque d'agoraphobie.

2) EPIDEMIOLOGIE

1) PREVALENCE DU TROUBLE PANIQUE

1.1) Dans la population générale

Globalement, la fréquence du trouble panique (avec ou sans agoraphobie) est assez homogène dans les études internationales : la prévalence sur la vie se situe autour de 2 % et sur un an autour de 1 % (18). La prévalence sur la vie des attaques de panique (AP) est, elle, beaucoup plus hétérogène avec des chiffres fluctuant entre 6 et 14 %. Si on évalue que plus de 80 % de la population a déjà présenté un état de panique, l'évolution vers le trouble panique (TP) s'avère plus rare. La prévalence sur la vie de l'agoraphobie, sans antécédent de TP, est de 5,3 % et celle de l'association TP-agoraphobique est de 1,5 %.

1.2) Dans la population de consultants

Les patients souffrant d'affections organiques sont des populations plus à risque de faire des attaques de panique ; d'une part, par l'angoisse que suscite leur pathologie et d'autre part par la similitude sémiologique qu'elle peut avoir avec le trouble panique.

En médecine générale et spécialisée (en dehors de la psychiatrie), un programme épidémiologique mené par l'OMS, dans 14 pays différents retrouve une prévalence sur la vie de 3,4 % de TP et de 12,2 % pour les AP (19).

Environ 7 % des consultants en première intention en médecine générale présente un TP (20) et jusqu'à 15 % en médecine ORL et en cardiologie (21). Une étude, réalisée dans un centre d'urgence cardio-vasculaire, retrouve jusqu'à 25 % de patients bilantés pour douleur thoracique et présentant en fait un TP (22). Certaines études retrouvent 50 % de TP chez des sujets dont les explorations cardiologiques réalisées face à des manifestations cardiorespiratoires sont normales.

Ainsi, on retrouve bien sûr, en première ligne les spécialités en rapport avec les manifestations les plus courantes de la panique. Il ressort donc que les bilans somatiques des patients anxieux sont fréquents et répétés (cf. partie sur les conséquences médico-économiques).

2) CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1) Selon le sexe

Les femmes seraient deux à cinq fois plus susceptibles d'avoir un trouble panique, dans les études comparant le taux de prévalence sur la vie entière ou à un an.

Cette différence viendrait peut être d'une difficulté supérieure pour les hommes à consulter un spécialiste (et quand ils font la démarche c'est souvent sur les conseils de leur femme ou d'une amie).

Les études indiquent aussi un risque au moins deux fois plus élevé pour les femmes de développer une agoraphobie (23).

2.2) Selon l'âge

L'âge moyen de début du TP se situe entre 20 et 30 ans, mais les patients ne viennent en consultation spécialisée que vers l'âge de 34 ans.

La fréquence du trouble panique diminue avec l'âge et certaines études ont montré une répartition bimodale avec deux pics : entre 25 et 34 ans puis entre 55 et 64 ans (24). Peut-on relier cela à une influence des événements de vie (cf. partie sur le cycle de vie) ?

2.3) Selon l'origine

On dispose de peu d'études psychiatriques transculturelles sur le TP. Les études ne semblent démontrer aucune différence significative, dès lors que l'on contrôle le niveau socio-éducatif (les comparaisons entre chaque ethnie sont faites pour un niveau d'éducation et un niveau social équivalent).

2.4) Selon le statut marital

La prévalence du TP, comme pour de nombreuses maladies mentales, s'avère plus élevée chez les sujets séparés ou divorcés que chez les personnes mariées ou célibataires.

2.5) Selon le lieu de résidence

Le fait d'habiter dans une grande ville augmente le risque du TP.

2.6) Selon le niveau socio-éducatif et socio-économique

Le niveau d'éducation semble avoir une importance significative sur la prévalence du TP, de même que le degré de scolarisation, en effet plus celui-ci serait élevé, plus la prévalence du TP serait basse (25). Selon certains auteurs, cette relation entre niveau éducatif et morbidité anxieuse s'expliquerait par les difficultés cognitives rencontrées pour faire face aux événements de vie stressants.

3) FACTEURS DE RISQUES

3.1) Génétiques

Le rôle des facteurs génétiques reste encore méconnu dans le TP.

Les études familiales s'accordent toutes à dire que l'on trouve plus d'anxieux dans les familles de sujets anxieux (est-ce de la génétique ?), que dans les familles indemnes de troubles anxieux. Une méta analyse (26) a conclu à une surreprésentation de TP chez les sujets apparentés, en concluant que près de 80 % du risque individuel pour le TP est imputable aux antécédents familiaux.

L'étude de jumeaux reste la meilleure façon d'aborder le problème. L'étude de Torgersen (1983) (27), sur 13 jumeaux, montre (pour les mono et dizygotes) un taux de concordance

supérieur pour le TP ou l'agoraphobie avec AP mais sans résultat significatif pour le trouble anxieux généralisé. En revanche, une autre étude (28) postule au contraire, l'existence d'un risque génétique général, pour l'anxiété, sans le rattacher à un trouble particulier. Ces études renforcent l'hypothèse d'une prédisposition génétique, sans que l'on puisse établir de modèle de transmission, ni même savoir si cette transmission est spécifique du trouble panique, ou d'un trouble névrotique plus général.

Des études de génétique moléculaire ont trouvé plusieurs gènes susceptibles d'être impliqués dans l'étiologie du TP (tyrosine hydroxylase, récepteurs adrénergiques, récepteurs GABA-A (cf. partie physiopathologie)) mais les études de linkage se sont pour le moment toutes avérées négatives. Une région serait plus impliquée et est en cours d'exploration ; le segment 16q 22. Mais les différents résultats, jusqu'ici, sont plus en faveur d'un modèle polygénique.

3.2) Prédisposant

3.2.1) La vulnérabilité biologique

On cite souvent, comme causes de survenue de l'attaque de panique, une hypersensibilité du système sympathique ou une intolérance à l'augmentation de gaz carbonique ; sans que ces mécanismes soient vraiment compris (tous ces aspects sont repris dans la partie physiopathologie).

3.2.2) Le rôle des événements de vie dans l'enfance

Plusieurs études ont montré l'influence d'événements traumatisants dans l'enfance, chez des adultes souffrant de TP. La théorie de l'attachement et ses liens avec le trouble panique a été développée par Bowlby (29) au travers de réactions de jeunes enfants séparés de leur mère. De nombreux travaux, étudiant les liens entre séparation précoce et survenue d'un TP ont montré des résultats non concordants et ne permettent pas de conclure, mais tous, montrent que les séparations dans l'enfance restent un facteur de risque (non spécifique) du TP à l'âge adulte.

L'existence d'une anxiété de séparation (peur de se séparer de ses parents, de rester seul au domicile familial ou de quitter l'environnement familial pour le cadre scolaire) est souvent mentionnée et placée comme un facteur clé dans les antécédents du TP ; mais sa fréquence comparable, voire plus élevée, chez les patients phobiques ou souffrant d'anxiété généralisée ne justifie sans doute qu'une place de facteur prédisposant parmi d'autres (30).

3.2.3) Le rôle de l'environnement affectif

Plusieurs équipes ont analysé l'impact du développement psychoaffectif sur l'apparition du TP. Les résultats sont assez hétérogènes, avec parfois des mères ou des familles trop protectrices et pas assez chaleureuses, des pères absents, voire rejetant, un environnement familial perturbé par la violence. Il est probable que la répétition de ces événements crée progressivement, une hyperréactivité au stress et contribue donc pour une part à la constitution du TP.

3.3) Précipitants

3.3.1) Les évènements de vie stressants

Des évènements angoissants sont souvent retrouvés dans les mois, ou les semaines qui précèdent une attaque de panique. Ils déclenchent des émotions, ou des manifestations physiologiques propices au déclenchement de l'attaque.

Ainsi entre 38 et 81 % de patients rapportent un évènement de vie stressant dans les temps précédant la première attaque (31). Par exemple, le deuil, par l'état de bouleversement émotionnel (culpabilité, tristesse, colère), psychologique (ruminations, déni), comportemental (isolement, agressivité) et physiologique (trouble du sommeil et de l'alimentation), provoque une grande tension, qui favorisera l'apparition de symptômes physiques angoissants. Fréquemment, la première attaque de panique ne survient pas pendant la période stressante mais quand le patient a mis fin aux stratégies adaptatives qui lui ont permis de faire face aux situations traumatisantes.

3.3.2) Les substances psychoactives

Il semblerait, qu'il existe une action directement panicogène du cannabis (32), cet effet paradoxal du cannabis n'a pas d'explication pour le moment, sur le plan pharmacologique. La consommation abusive d'alcool est également impliquée dans le déclenchement de l'attaque de panique qui apparaîtrait quelques heures plus tard, au moment où le taux sanguin d'alcool baisse (32). De plus, sur le plan physiologique, la déshydratation et l'hypoglycémie induite par l'alcool, par les sensations qu'elles suscitent, sont un terrain favorisant pour l'émergence de l'AP.

La crise d'angoisse fait partie des symptômes classiques du syndrome de sevrage. L'alcool, fréquemment utilisé pour contrôler l'anxiété, s'il permet une baisse rapide de l'angoisse dans un premier temps, entraîne un rebond anxieux dans les heures qui suivent. On observe la même chose dans les sevrages à la cocaïne ou aux benzodiazépines.

4) COMORBIDITES DU TROUBLE PANIQUE

4.1) Trouble panique et dépression

La dépression est le trouble comorbide le plus fréquemment associé au TP : entre 32 et 45 % des patients ayant un TP remplissent également les critères d'un épisode dépressif majeur (31). Selon ces auteurs, ce sont des dépressions majoritairement secondaires au TP ; ce que semble confirmer une étude (33), montrant que le TP apparaît avant la dépression dans la moitié des cas et après pour 25 % des cas.

Selon les séries, environ 30 % des patients présentant un épisode dépressif majeur présente des AP (34). La grande fréquence de cette comorbidité pose la question d'une association ou d'une modalité évolutive de la maladie. Il est donc nécessaire de soigneusement évaluer et prendre en compte le risque dépressif, car ces patients ont un pronostic plus sombre, nécessitent plus de traitements et d'hospitalisation. Ils sont plus sujets à présenter d'autres

comorbidités aggravant le trouble (18) et présentent un risque suicidaire très important (cf. TP et suicide).

4.2) Trouble panique et autres troubles anxieux

On retrouve dans 30 à 80 % des cas une association entre les différents troubles anxieux (35), et 17 % des patients souffrant d'un TP auraient au moins un autre trouble anxieux. Les associations entre trouble panique et agoraphobie sont tellement fréquentes qu'elles représentent une entité diagnostique dans le DSM-IV. Parmi les troubles anxieux les plus souvent associés au TP on retrouve : l'anxiété généralisée (20 %), la phobie sociale (15 à 30 %), le TOC (14 %), la phobie simple (7 %), l'état de stress post-traumatique (6 %) (36).

4.3) Trouble panique, alcoolisme et toxicomanie

L'alcoolisation et la consommation de drogues sont souvent associées au TP. Cet usage a souvent un but anxiolytique, ou antiphobique ; comme pour se donner le « courage » d'affronter les situations redoutées. La fréquence de l'alcoolisme serait de 13 à 43 % chez les patients présentant un TP ou une agoraphobie (31).

La prévalence du TP est multipliée par 4 chez les hommes et les femmes souffrant d'abus, ou de dépendance à l'alcool, comparativement aux sujets abstinents.

L'alcoolisme survient le plus souvent secondairement chez la femme (surtout en cas d'agoraphobie associée), et l'association à un alcoolisme primaire serait le plus fréquemment retrouvée chez les hommes (33).

4.4) Trouble panique et autres troubles psychiatriques

L'association du TP à des troubles de la personnalité est fréquente. Certains auteurs ont montré que 42 % des patients ayant un TP auraient des troubles de la personnalité (s'inscrivant dans l'axe 2 du DSM-IV) (30).

Dans un travail comparable, il a été retrouvé 20 % de personnalité « border-line » chez les patients ayant un trouble panique (37), cette comorbidité augmenterait le risque de suicide de façon dramatique (la prévalence de tentative de suicide, dans le groupe trouble panique et personnalité « border-line », serait de 27 % contre 2 % dans le groupe trouble panique isolé).

4.5) Trouble panique et risque suicidaire

Les résultats d'un grand programme épidémiologique nord-américain (programme ECA) (38) montrent que 20 % des patients ayant un TP (isolé ou associé à d'autres comorbidités (ceci expliquant la grande différence avec les 2 % de l'étude de Friedman (1992)) ont des antécédents de tentative de suicide et que 44 % d'entre eux ont eu des idées suicidaires dans leur vie. La présence d'une dépression associée augmente le risque suicidaire ; on retrouve ainsi, 16,8 % de tentatives de suicide dans les antécédents de patients dépressifs et 26,9 % dans ceux des dépressifs ayant un TP associé. La présence d'un trouble de la personnalité, comme nous l'avons vu avec les personnalités « border-line », joue un rôle majeur, sans doute par le biais de l'instabilité et de l'impulsivité retrouvées dans certaines conduites suicidaires. La prévalence du TP, dans une population de suicidants apparaît 10 à 20 fois supérieure à celle observée dans la population générale, mais il faut donc pondérer ces résultats par l'existence fréquente d'une pathologie psychiatrique associée.

5) CONSEQUENCES MEDICO-ECONOMIQUES

L'étude Panda (Panique Diagnostic Accompagnement) (39) s'est intéressée à la consommation médicale de 8137 sujets qui ont été vus en psychiatrie ambulatoire sur l'ensemble du territoire français.

Il en ressort que 9 % des patients présentaient un trouble panique. Dans 65 % des cas le diagnostic a été posé le jour même et dans 35 % des cas il était déjà connu. 78 % des patients avaient déjà consulté un généraliste pour des AP en pensant avoir un problème organique, 41 % de ces patients avaient bénéficié d'un bilan somatique, 33 % avaient eu un bilan cardiovasculaire, 18 % un bilan neurologique et 6 % un bilan gastroentérologique. Un tiers de ces patients s'était présenté aux urgences médicales pour des AP.

Les patients présentant un TP ont donc une consommation de soin très importante par rapport à la population générale.

Le trouble panique est encore parfois considéré comme rare, alors qu'il s'agit en fait d'un trouble fréquent du sujet jeune. Il est très souvent sous diagnostiqué, alors que ses critères diagnostiques sont clairs, même si son étiopathogénie reste encore méconnue. Souvent considéré comme sans gravité, alors qu'il s'agit d'un trouble à l'origine d'une souffrance importante, son évolution est durable et compliquée de nombreux autres complications (il convient notamment de soigneusement évaluer le risque dépressif et toutes les complications que cette association engendre).

La prise en charge du trouble panique ne semble donc pas adéquate, tant au niveau du dépistage, que de la prise en charge au long cours entraînant des répercussions individuelles parfois désastreuses et des conséquences médico-économiques importantes.

3) DESCRIPTION CLINIQUE

1) INTRODUCTION

L'angoisse se définit comme une peur sans objet, la crainte d'un danger diffus, associée à un sentiment d'attente menaçante. L'anxiété est un sentiment commun, que tout le monde connaît. Elle est à différencier de l'anxiété pathologique dans laquelle les ressources du sujet sont insuffisantes pour maîtriser cette émotion. L'anxiété revêt trois dimensions qui peuvent survenir de façon indépendante :

- une **dimension subjective** : l'intensité peut s'étendre de simples sensations désagréables internes jusqu'à la panique ;

- une **dimension comportementale** : allant de la sidération à la grande agitation avec plus ou moins d'agressivité ;

- une **dimension somatique** : l'ensemble des manifestations du système nerveux autonome peut être invité dans l'anxiété.

Si dans le langage courant, anxiété et angoisse sont souvent interchangeable, il est classiquement décrit une prédominance des manifestations physiques dans l'angoisse et de manifestations psychiques dans l'anxiété. De plus, on utilise plus la terminologie « angoisse », pour décrire des phénomènes paroxystiques, alors que l'« anxiété » désignerait les manifestations chroniques. Ces distinctions restent assez littéraires et très discutées.

Le DSM IV regroupent donc les troubles s'apparentant à l'anxiété pathologique sous la dénomination de troubles anxieux, qui comprend plusieurs subdivisions :

- l'attaque de panique ;
- le trouble panique accompagné ou non d'agoraphobie ;
- les phobies ;
- le trouble obsessionnel-compulsif ;
- le trouble anxiété généralisée ;
- l'état de stress post-traumatique

Aparté sur la spasmophilie, la tétanie et l'hyperventilation psychogène

Il subsiste en France, malgré les nombreuses recommandations officielles, un vent de mystère et de discussions passionnées autour de la spasmophilie, de la tétanie et de l'hyperventilation. Ce **mythe** d'une maladie physique qui aurait un déterminisme et une évolution propre, débouchant sur des traitements spécifiques, a été largement entretenu par les médias. La somme d'informations rationnelles et claires données reste plutôt négligée par les praticiens et les journalistes, contribuant ainsi au prolongement du succès de cette entité virtuelle dans le grand public.

Les errances diagnostiques peuvent avoir des conséquences individuelles et sociales graves. Et, comme nous le verrons, les conséquences médico-économiques ne sont pas négligeables (multiplications de dosages ioniques inutiles, examens complémentaires qui peuvent aller jusqu'à l'électromyogrammes et parfois la coronarographie, prescriptions inadaptées et sans aucune preuve scientifique : par exemple de magnésium, de calcium ou de vitamine D).

Les crises « tétaniformes », ou la spasmophilie sont dans la majorité des cas, dans cette région du monde, des manifestations d'origine psychologique et ne sont pas dues à une maladie autonome dont le support serait un désordre biologique objectivable. Il faut bien sûr avant tout avoir éliminé une origine organique par un examen clinique soigneux et des examens complémentaires simples.

Toutes ces appellations se résument à un tableau caractéristique (même s'il doit être adapté à chaque personne) : c'est l'attaque de panique, devant laquelle un urgentiste se trouvera régulièrement confronté.

2) CLINIQUE DE L'ATTAQUE DE PANIQUE (40-44)

2.1) Aspects sémiologiques (annexe 1)

Le tableau clinique est composé de manifestations psychiques, somatiques, psychosensorielles et comportementales associées de façon variable.

2.1.1) Manifestations psychiques

Elles associent :

- une sensation de danger imminent ; l'esprit est assiégé par des pensées catastrophiques (peur de s'évanouir, d'étouffer, d'avoir un accident cardiaque) et la peur de mourir ;
- la peur de devenir fou, de perdre le contrôle de soi ;
- un état d'hypervigilance, toutes les sensations perçues par le sujet étant vécues comme des signaux de danger immédiat ;
- un état de tension intérieure majeur.

2.1.2) Manifestations somatiques

Elles varient d'un individu à l'autre et également d'une crise à l'autre. Il peut parfois être très difficile de les distinguer d'une affection somatique et il convient de procéder à un examen somatique très complet et de s'aider d'examen complémentaires simples selon la symptomatologie et le terrain. Certains signes peuvent être retrouvés cliniquement, comme une élévation de la tension artérielle, ou une discrète augmentation de la température corporelle.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont des :

- *troubles cardiovasculaires* : tachycardie, palpitations, douleurs pseudo-angineuses, éréthisme cardiaque ;
- *troubles respiratoires* : hyperventilation, toux nerveuse, dyspnée asthmatiforme, sensation d'étouffement, gêne respiratoire, oppression thoracique ;
- *troubles neuromusculaires et sensoriels* : crampes, secousses musculaires, tremblement des extrémités, algies posturales, céphalées, paresthésies, prurit, vertiges (en principe non rotatoires) avec dérochement des jambes ou instabilité à la marche, acouphènes, sensation de brouillard ou de flou visuel ;
- *troubles génito-urinaires* : algie ou pesanteur abdomino-pelvienne, polyurie, pollakiurie.

2.1.3) Manifestations psychosensorielles

Durant l'attaque de panique, on peut retrouver un sentiment de dépersonnalisation (sensation de dédoublement, de perte des limites corporelles) et/ ou de déréalisation (sentiment d'étrangeté du monde extérieur). Ce syndrome de **dépersonnalisation-déréalisation** n'est pas rare au cours de la crise d'angoisse aiguë. Le contexte, les autres signes cliniques, le caractère « compréhensible » du discours et la durée permettront d'éliminer un trouble psychotique. Il est important de questionner les gens sur ces impressions, qu'ils cacheront volontiers de peur d'être traités de fou (voire d'être internés). En effet, ces manifestations sont source d'une

grande angoisse et prédisposent donc à la chronicisation (par la peur d'avoir de nouveau peur ; cf. partie sur la persistance du problème). L'explication dédramatisante de la fréquence des troubles fera déjà une bonne base de traitement.

2.1.4) Manifestations comportementales

Elles sont peu fréquentes, allant de l'inhibition comportementale, voire même d'états stuporeux avec sidération totale, à des états de grande agitation désordonnée avec fuite immédiate d'un lieu supposé anxiogène vers un endroit « sécurisé » (et donc parfois l'urgence). On retrouve parfois une agressivité, qui peut être dirigée vers les autres ou vers la personne elle-même. La possibilité d'un passage à l'acte suicidaire, lors d'un raptus anxieux, devra être soigneusement évaluée. À la différence de l'agitation hystérique le sujet anxieux aura majoritairement tendance s'il le peut à dissimuler sa gêne aux yeux des autres.

L'expression de certaines crises d'angoisse peut dépendre par ailleurs d'un contexte culturel ou religieux particulier.

À noter également la possibilité de crises dites paucisymptomatiques, de diagnostic parfois difficile en raison de la présence de signes peu nombreux et essentiellement somatiques (crises vertigineuses, douleurs abdominales, palpitations, etc.). Les patients consultent alors souvent en première intention en neurologie, ORL, gastro-entérologie...

2.2) Aspects évolutifs de la crise

2.2.1) Mode de début

Le début est le plus souvent **brutal**. La crise survient de façon imprévisible, sans raison apparente. Elle est parfois précédée d'une période d'anxiété mineure dont l'intensité augmente de façon progressive. Puis les symptômes atteignent leur acmé en quelques secondes à quelques minutes.

Il existe, dans certains cas, un facteur déclenchant (situation ou événement de vie). Dans ce cas, l'intensité de l'angoisse observée est souvent disproportionnée par rapport à la cause identifiée.

2.2.2) Période d'état

Il existe une grande variabilité interindividuelle des signes présentés. Les manifestations décrites ne sont généralement pas toutes présentes en même temps, toutefois il existe, la plupart du temps, des signes appartenant à chacun des registres évoqués. La phase d'état dure en moyenne entre 10 et 30 minutes.

2.2.3) Évolution

Le plus souvent la crise s'épuise au bout d'une heure, une heure et demie de façon spontanée. La fin est souvent progressive mais peut être dans certains cas brutale, laissant place à un soulagement souvent associé à une fatigue intense.

2.4) Diagnostic

2.4.1) Diagnostic positif

En utilisant la classification du DSM-IV (annexe 1), on peut porter le diagnostic d'attaque de panique lorsque 4 des symptômes sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 min.

2.4.2) Diagnostic différentiel

Devant un tableau évoquant une crise d'angoisse aiguë, il faut soigneusement éliminer une affection somatique, puis éliminer un autre état psychiatrique aigu dont le tableau serait proche de celui de la crise d'angoisse aiguë.

2.4.2.1) Affections somatiques

Les intrications sont nombreuses entre certaines affections organiques et l'angoisse et on pourra se trouver soit en face d'affections dont les symptômes simulent une attaque de panique soit en face d'une réaction de panique au cours d'affections cliniques (45). Quand il existe une prépondérance des manifestations somatiques, le diagnostic peut parfois être difficile soulignant encore la nécessité d'un examen clinique attentif. De même, dans certains cas, des examens paracliniques comme un électrocardiogramme ou un bilan sanguin de routine peuvent être nécessaires pour confirmer ou éliminer le diagnostic. La prescription de ces examens devra être mûrement réfléchie, pour ne pas rajouter une source d'angoisse supplémentaire.

Voici une liste non exhaustive des principales affections somatiques impliquées dans un diagnostic différentiel avec la crise d'angoisse aiguë :

- *cardio-vasculaires* : infarctus du myocarde, angor, poussée d'insuffisance cardiaque, trouble du rythme, crise hypertensive ;
- *pulmonaires* : embolie pulmonaire, crise d'asthme ;
- *neurologiques* : épilepsie (notamment les crises temporales), crises migraineuses, maladie de Meinière, accidents ischémiques transitoires...
- *ORL* : vertiges ;
- *endocriniennes* : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie, syndrome de Cushing, hypoparathyroïdie...
- *métaboliques* : hypercalcémies...
- *gastriques et intestinales* : urgences chirurgicales abdominales ;

2.4.2.2) Trouble anxieux induit par une substance

De nombreuses substances peuvent induire des attaques de paniques : alcool, cannabis, cocaïne, hallucinogènes (LSD), amphétamines, solvants volatils, théophylline, phencyclidine, produits anticholinergiques, dérivés nitrés, préparations thyroïdiennes, corticostéroïdes, oxyde et dioxyde de carbone.

Le sevrage de certaines substances peut aussi induire des crises : alcool, opiacées (d'autant plus que ce sevrage est couplé à l'intoxication éthylique), benzodiazépines, certains antihypertenseurs. Tous ces produits peuvent être des **facteurs précipitants** (cf. partie sur les facteurs de risque) d'une attaque de panique sur un terrain favorisé, ou de véritable **inducteurs** d'attaque de panique en dehors de tout contexte d'anxiété. Il conviendra d'être très attentif à ces facteurs toxiques, particulièrement chez le sujet jeune (l'alcool par exemple,

a plutôt un effet anxiolytique lors de l'intoxication, mais quelques heures après, la baisse de son taux dans le sang peut donner lieu à de véritables crises d'angoisse).

2.4.2.3) Affections psychiatriques

Il faut principalement éliminer :

- *la confusion mentale*. L'anxiété y est très fréquente mais toujours associée à un trouble de la conscience et à une désorientation temporo-spatiale ;
- *l'état délirant aigu*. Le syndrome de dépersonnalisation déréalisation est majeur, de plus le sujet présente une perte du contact avec la réalité avec une absence de conscience du trouble.

2.4.3) Diagnostic étiologique

Dans le DSM-IV, l'attaque de panique est considérée comme un phénomène primaire. C'est la répétition de ces crises qui peut être responsable de la survenue d'autres troubles anxieux, tels que le trouble panique qui peut être associé à l'agoraphobie.

Les attaques de panique peuvent être observées dans de nombreuses affections psychiatriques (cf. partie sur les comorbidités) :

- *dans les différentes névroses et les troubles anxieux*, les manifestations anxieuses sont alors associées à différentes représentations. L'attaque de panique est le mode d'entrée dans le trouble panique et parfois dans l'agoraphobie. Elle peut être présente dans tous les troubles anxieux.
- *dans les troubles dépressifs*, comme nous l'avons vu, l'angoisse est fréquemment associée à la symptomatologie dépressive.
- *dans les pathologies addictives* ;
- *dans les psychoses*, elle présente alors des caractéristiques spécifiques (le patient ne la reconnaît pas comme pathologique, elle est inscrite dans un contexte de perte de contact avec la réalité).

2.5) Traitement

2.5.1) Abord du patient

Le traitement de la crise est à distinguer du traitement préventif. Dans l'urgence, l'examen clinique est à adapter au contexte et aux premiers signes d'orientation ; il est associé à une prise de tension artérielle et à la vérification des autres constantes. Au moindre doute, il sera réalisé un électrocardiogramme, un examen sanguin et si le contexte l'indique une recherche de toxique mais en gardant à l'esprit qu'il faut éviter au maximum les actes techniques symboliques (perfusions, injections...) stigmatisant la crise. Cet examen clinique soigneux est déjà une première étape du traitement, permettant de rassurer le patient. Souvent, l'éloignement du facteur anxiogène et un isolement du patient, au calme, associé à une présence médicale permettent une réduction de l'intensité de la crise. Si on ne retrouve pas de facteur organique, il est important de l'expliquer au patient sans conclure à l'absence de pathologie, mais en insistant sur les liens complexes unissant le psychisme et le corps et en dédramatisant la situation (quand le patient peut l'entendre). Il est nécessaire de l'aider à se détendre, en l'aidant à prendre conscience de son éventuelle polypnée, afin de lui permettre de

respirer calmement. Le traitement doit être principalement **ambulatoire** toujours dans un souci de ne pas rendre le patient dépendant de structures de soins plus lourdes. Il faut ainsi réserver l'**hospitalisation** aux doutes diagnostiques, aux risques suicidaires, parfois dans des situations où les crises se répètent, ou en cas de pathologie psychiatrique associée.

2.5.2) Traitement médicamenteux

La prise en charge médicamenteuse de la crise devra être **évitée si possible**. L'issue de la crise ne doit pas être uniquement « médicale », le patient devant éprouver lui-même sa capacité à juguler cette crise. De plus le traitement risque une nouvelle fois de stigmatiser la crise, de faire de la personne un malade ayant besoin de recourir à des médicaments.

En cas de nécessité (en fait assez rare) le traitement de la crise d'angoisse aiguë fait appel aux tranquillisants et notamment aux benzodiazépines par voie orale (limitant le caractère technique de l'acte) (cf. partie sur le traitement médicamenteux). Si on choisit de prescrire un médicament il faut mettre un produit réellement actif et à la bonne dose ; le placebo doit être proscrit même s'il pourrait être efficace car il n'apporte aucun intérêt dans la compréhension et la maîtrise du phénomène. La voie intramusculaire ne sera utilisée que dans des cas exceptionnels (agitation majeure, contracture de la mâchoire, troubles de la déglutition).

Si l'administration de médicament n'a pas été évitée elle devra rester ponctuelle tant le risque de dépendance est grand.

2.6) Prise en charge après la crise

Après résolution de la crise, le patient doit être adressé en consultation spécialisée, afin d'évaluer la nécessité d'une prise en charge au long cours, sauf s'il s'agit d'une crise isolée ayant une composante situationnelle ou réactionnelle.

2.6.1) Évolution au long cours

Une fois passé l'orage il faut expliquer au patient ce qu'il vient de vivre, en lui donnant les résultats des examens cliniques et complémentaires effectués et en lui expliquant que l'absence d'origine somatique n'exclut pas la présence d'un trouble et d'un traitement possible. Le **contexte** sera exploré visant la recherche de circonstances déclenchantes ainsi que les antécédents psychologiques du sujet. On pourra ainsi repérer : des signes d'anxiété chronique, des signes dépressifs ou des signes de trouble panique plus ou moins associé à une agoraphobie ; conduisant à une orientation vers une prise en charge psychothérapique associée si besoin à un traitement médicamenteux. Il conviendra aussi de ne pas passer à côté d'un état de stress post-traumatique, survenant après un traumatisme aigu au cours duquel la personne ou un de ses proches s'est sentie en danger. Dans ce cas, les attaques de panique se présentent plus volontiers sur le mode de la sidération avec prostration, souvent mêlées avec une confusion d'origine dissociative (avec des mécanismes de flash-back intrusifs). Une prise en charge psychiatrique urgente s'imposant alors pour un débriefing.

3) RISQUES EVOLUTIFS DE L'ATTAQUE DE PANIQUE

3.1) L'agoraphobie (annexe 2)

L'agoraphobie se définit comme la peur de se retrouver dans des lieux ou des situations d'où il serait difficile ou gênant de s'échapper ou d'être secouru en cas de malaise. Elle ne se résume pas simplement à la peur, mais entraîne une réorganisation des activités pour éviter la situation qui, selon le sujet, déclenchera inmanquablement l'AP. Ainsi pour tenter de maîtriser son anxiété, le patient va adopter des mesures d'évitement, qui selon la situation en cause pourront être plus ou moins invalidantes. Les situations évitées peuvent être très diverses, les plus classiques sont : la peur des grands espaces, des espaces clos, des lieux publics, des lieux en hauteur

Le lien entre agoraphobie et trouble panique ne fait pas encore, comme nous l'avons vu, l'objet d'un consensus : pour certains (dont Klein), les AP entraînent des évitements qui peuvent amorcer une agoraphobie, pour d'autres (dont Marks et Angs), l'agoraphobie est la pathologie primitive qui se complique secondairement par des AP. Les différentes études apportent des résultats parfois contradictoires ; l'intérêt de cette discussion concernant le traitement est sans doute assez limité.

3.2) Le trouble panique (annexe 3)

Comme nous l'avons vu, ce terme est récent et a connu sa première formalisation à travers les critères du DSM-III (1980) qui ont évolué aux travers du DSM-III-R (1987) puis du DSM-IV (1994). Le TP est ainsi caractérisé par la présence **d'AP récurrentes et inattendues**. Au moins une de ces AP doit s'accompagner d'une anxiété anticipatoire, avec donc la crainte de survenue d'une nouvelle crise ; ou l'existence de préoccupations anxieuses quand à la signification et aux conséquences d'une telle AP ; ou enfin d'un impact concret sur le comportement du patient en relation avec les AP.

Le TP peut présenter une forme avec ou sans agoraphobie (selon le DSM-IV) (Les différences avec la classification de la CIM 10 ont été abordées dans la partie historique).

Ce trouble entraîne vite des **répercussions importantes** sur l'entourage et peut devenir une source de conflit quasi permanent. Comme nous le verrons plus tard, le patient présentant un TP avec agoraphobie va adopter des comportements de **dépendance** et d'évitement. Cet **évitement** va peu à peu pouvoir envahir tous les domaines de la vie du patient et entraîner un isolement. En effet, en l'absence de prise en charge adéquate, le risque de voir se développer une incapacité à affronter les situations courantes de la vie peut entraîner une réclusion au domicile. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur l'épidémiologie, les risques dépressif, suicidaire et addictif ne sont pas négligeables.

3.2.1) Evolution du trouble panique

Le TP avec ou sans agoraphobie présente le plus souvent une évolution chronique, sur plusieurs années. En l'absence de traitement, les études, pour des périodes allant de un à vingt ans montrent un taux d'environ 10 % d'évolution favorable, c'est-à-dire l'absence de nouvelles attaques de panique. Pour 30 %, on retrouve une amélioration de la symptomatologie, sans disparition complète des attaques de panique, mais sans altération de

la qualité de vie ; 30 % vont conserver un trouble panique-agoraphobie avec une altération de la qualité de vie, mais sans autre complication ; enfin 30 % auront une évolution marquée par des complications médicales ou psychiatriques sévères, avec une altération marquée de leur qualité de vie (46-48) (le risque suicidaire et dépressif est abordé dans la partie comorbidité). Concernant le traitement, l'efficacité sur la suppression des AP varie entre 70 et 90 %, mais la proportion de rechute est importante à l'arrêt du traitement (entre 20 et 80 %) (49, 50) Une étude de suivi à long terme (3,5 ans en moyenne) retrouve une proportion de sujets guéris ou très améliorés d'environ 40 % (51). Il a été montré que les différentes thérapeutiques ont diminué sensiblement les évolutions les plus défavorables sans que le taux de guérison ne soit modifié. Plus qu'une insuffisance d'efficacité des traitements, il semblerait que cela soit la durée insuffisante des thérapeutiques qui soient en cause

3.3) La Dépression et le risque suicidaire

Comme nous l'avons vu (cf. partie sur les comorbidités : trouble panique et dépression), l'association entre trouble panique et dépression est si importante, que certains auteurs se posent la question d'une modalité évolutive de la maladie. Le risque dépressif sera donc à soigneusement évalué.

De même il conviendra de procéder à une exploration systématique du risque suicidaire (cf. partie sur les comorbidités : trouble panique et suicide).

3.4) Les conduites addictives

De nombreuses substances (cannabis, alcool, héroïne...) sont utilisées pour tenter de calmer l'angoisse (cf. partie sur les substances inductrices d'attaque de panique et partie sur les comorbidités). L'abus de ces substances devra lui aussi être recherché avec le plus grand soin.

II. QUATRE MODELES ET LEURS IMPLICATIONS THERAPEUTIQUES

1) .MODELE PSYCHODYNAMIQUE

1) ASPECT THEORIQUE

Comme nous l'avons vu, Freud a extrait la névrose d'angoisse de la neurasthénie et distinguait deux grands types de névrose : les « **névroses actuelles** » (névrose d'angoisse et neurasthénie) et les « psychonévroses »(10). En parlant de névroses actuelles, Freud parlait d'un « désordre de la vie sexuelle » qui se déroulait ici et maintenant chez la personne. La résolution de ce problème pouvait permettre la résolution de cette névrose qui restait **peu accessible à la psychanalyse**. Puis, Freud retourna vers les concepts de traumatisme en séparant deux grands types d'angoisse, **l'angoisse de castration** et **l'angoisse de séparation**. Lacan modifie la définition de l'angoisse donnée par Freud. Pour lui, l'angoisse n'est pas la manifestation d'un danger interne ou externe, mais l'affect qui saisit un sujet quand il est confronté au désir de l'autre (séminaire X, 1962-63, « l'angoisse »). Pour Lacan, l'angoisse ne vient pas de la séparation et donc du manque d'objet. D'ailleurs, cet objet n'est pas si perdu, car il subsiste dans le symptôme ou dans les formations de l'inconscient. L'angoisse est la seule traduction de la quête de cet objet perdu. Elle survient chez un sujet quand cet objet, structurellement manquant, devient un objet de partage ou d'échange.

Pour Lacan, ce qui constitue l'angoisse, « c'est quand quelque chose, n'importe quoi vient apparaître à la place qu'occupe l'objet cause du désir » (Leçon du 28 novembre 1962 ", *Séminaire X*, 1962-63). Pour qu'un sujet puisse être désirant, dit Lacan, il faut qu'un objet cause de son **désir** puisse lui manquer, s'il ne lui manque pas, alors surgit l'angoisse. Ainsi, l'angoisse n'est pas le signal d'un manque mais la manifestation pour un sujet d'un défaut de cet appui indispensable qu'est pour lui le manque. En effet, ce qui engendre l'angoisse de la perte du sein pour un nourrisson, ce n'est pas que ce sein puisse venir à lui manquer, mais c'est qu'il l'envahisse par sa toute présence. C'est la possibilité de son absence qui préserve pour l'enfant un au-delà à sa demande.

Il n'en reste pas moins que l'anxiété de séparation a été placée durant de nombreuses années, comme un des facteurs clés pouvant expliquer l'instauration du TP. Les différentes études semblent démentir cette position ; l'anxiété de séparation serait un facteur de risque non spécifique parmi d'autres (cf. partie sur les facteurs prédisposants).

Concernant l'agoraphobie, Freud décrit une limitation de mouvement des agoraphobes imposée par le « moi » afin d'échapper à un danger pulsionnel qui serait la tentation de céder à des pratiques érotiques et masturbatoires. Ces pulsions alimentant la peur inconsciente de la castration amènent une régression, un retour vers l'enfance. Ainsi, l'agoraphobe est rassuré par la présence d'un compagnon de confiance ; « comme un petit enfant », il ne peut s'éloigner d'une zone « familière » et est incapable d'aller dans des endroits où il ne connaît personne (11).

Pour expliquer le trouble panique, certains auteurs parlent chez l'enfant, de l'état d'impuissance et d'effroi inconscients dans lequel il se trouve face aux **exigences du milieu**, qu'il reprend à son compte (perfectionnisme) (ce qui expliquerait aussi la panique aux

examens). La panique chez les adultes n'est le plus souvent que l'aggravation logique des angoisses non résolues.

De nombreux auteurs (Freud en premier) et plusieurs études s'accordent à dire que l'approche psychodynamique et les psychothérapies d'inspiration analytique n'ont pas leur meilleure indication dans le TP (cf. partie évaluation).

2) IMPLICATION THERAPEUTIQUE

Si cette approche est choisie, les thèmes abordés peuvent être la séparation, l'indépendance, le narcissisme et l'estime de soi (52). Cette approche va ainsi se concentrer sur les peurs et les angoisses sous-jacentes et leurs significations inconscientes. Si on traite un enfant, les parents vont souvent être impliqués dans le traitement, qui pourrait les amener à comprendre les besoins de réassurance et d'encouragement de l'enfant dans sa quête d'indépendance. L'objectif sera aussi d'aider les parents à résoudre leur problème d'anxiété et de séparation et ainsi d'éviter d'alimenter les peurs de l'enfant ou de lui transmettre leurs propres angoisses concernant les différents domaines de la vie.

Certains auteurs préconisent une cure longue pour éviter le risque de récurrence d'autres au contraire pensent que le problème peut être réglé rapidement.

Ainsi, une étude américaine (53) a proposé un **protocole de traitement par psychothérapie psychodynamique focalisée sur la panique en monothérapie**, sur le TP en cure courte. Ce protocole conserve les processus psychodynamiques mais « le thérapeute concentre son attention sur l'ensemble de ces processus dès lors qu'ils sont connectés à l'expérience du patient de la panique ».

Le protocole de traitement est résumé ci-dessous :

Phase I - *Traitement de la panique aiguë.*

A. Evaluation initiale et traitement précoce

1. Exploration des circonstances et des sentiments accompagnant le déclenchement de la panique
2. Exploration des significations personnelles des symptômes de panique
3. Exploration des sentiments et du contenu des épisodes de panique

B. Conflits psychodynamiques dans le trouble panique

1. Séparation et indépendance
2. Reconnaissance de la colère ; gestion et action avec expression
3. Excitation sexuelle et ses dangers perçus

C. Réponses attendues à la phase I de traitement

1. Réduction du symptôme de panique
2. Réduction des symptômes d'agoraphobie

Phase II. Traitement de la vulnérabilité à la panique

Pour réduire la vulnérabilité à la panique, d'un point de vue psychodynamique, l'hypothèse est que les "noyaux dynamiques" doivent être compris et modifiés. Dans le but de le faire, ces dynamismes doivent être identifiés avec le patient au cours de la psychothérapie, souvent à travers leur émergence dans le transfert. La stratégie suivante est utilisée :

A. Dégager la nature du transfert

B. Le travailler

C. Réponses attendues à la phase II du traitement :

1. Amélioration des relations
2. Réduction des conflits et de l'expérience anxieuse de la séparation, de la colère et de la sexualité
3. Réduction de la récurrence de la panique.

Phase III. Terminaison

Pour traiter les sévères difficultés des patients paniquant avec la séparation et l'indépendance, la perspective psychanalytique fait l'hypothèse que l'expérience de la terminaison dans cette psychothérapie en temps limité permettra au patient de refaire l'expérience de ses conflits directement avec le thérapeute de telle façon que les fantasmes puissent commencer à être articulés, compris et ramenés à un niveau moins magique et effrayant. La réaction du patient à la fin du traitement doit être traitée de façon directe pendant au moins un tiers de la troisième phase (c'est à dire, un mois) du traitement.

A. Refaire l'expérience de la séparation centrale et des thèmes de colère dans le transfert comme approches de la terminaison

B. Réponses attendues à la phase III du traitement

1. Recrudescence possible des symptômes alors que ces sentiments sont vécus dans la thérapie
2. Nouvelle capacité de gérer les séparations et l'indépendance.

Cette étude incluait 17 patients, 16 ont vu une réduction significative de leur symptôme et au niveau de leur qualité de vie. Cette étude n'est bien sûr pas assez puissante pour démontrer une efficacité et de plus elle ne présentait pas de traitement de comparaison. Néanmoins, le protocole psychanalytique y apparaît plus clair, résolument orienté vers la résolution de problème (utilisation d'échelles) et cela avec un nombre de séances limité (24 séances). Le traitement semble mêler des approches psychodynamiques et une « inspiration » cognitivo-comportementale et systémique. En effet, le traitement initial de la panique aiguë ressemble à une exploration des circonstances d'apparition du symptôme associée à une sorte d'explication du symptôme. La phase de terminaison pourrait peut être ressembler à l'« exposition en imagination » des thérapies cognitivo-comportementales (cf. partie sur les T.C.C.).

2) MODELE SYSTEMIQUE

1) UNE AUTRE HISTOIRE

Un autre courant apporte un regard différent sur la question de l'attaque de panique, celui de l'approche **systemique** développée par l'école de Palo Alto. Au sein de ce courant, naissent les thérapies brèves. Dans cette lignée, Giorgio Nardone précisera un modèle très abouti de prise en charge du trouble panique.

Sigmund Freud pratiqua pendant longtemps des thérapies brèves. Il guérit en 1906 le chef d'orchestre Bruno Walter d'une paralysie du bras droit en six séances et en 1908 le compositeur Gustave Mahler d'une impuissance en une séance (54). Puis avec le succès de sa théorie et le désir de ses patients d'aller toujours plus loin (ce que Freud fait volontiers) les analyses deviennent interminables. De plus au départ pour gagner sa vie, Freud a besoin de succès thérapeutiques rapides, mais le succès arrivant ce n'est plus l'efficacité du traitement qui passe au premier plan mais plutôt l'exploration de l'inconscient. La question de la durée de l'analyse restera jusqu'à la fin de sa vie une préoccupation (55).

Commençons arbitrairement par un des pionniers de cette approche, bien que certains magnétiseurs au cours du 19^{ème} siècle aient déjà fait des découvertes thérapeutiques très intéressantes et encore mal expliquées.

1.1) Gregory Bateson

(56,57)



Cette histoire pourrait commencer à la fin du 19^{ème} siècle, Darwin, en publiant « de l'origine des espèces » (58), a bouleversé profondément l'époque.

Gregory Bateson naît en 1904 dans une famille d'universitaires. Son père William enseigne la zoologie à Cambridge. C'est un chercheur prestigieux connu pour ses travaux sur l'évolution génétique. William Bateson à l'encontre de la vision strictement matérialiste de l'époque défend une vision unitaire de la matière et de l'esprit. Il est à la recherche de la « **structure qui relie** » (59) les choses entre elles au niveau d'un

organisme vivant ou non.

Gregory, suite au décès violent de ses deux frères, doit reprendre la tradition scientifique familiale et après le passage obligé par la biologie, il s'oriente vers l'anthropologie, science encore balbutiante à l'époque.

Pour son travail il se rend en Nouvelle-Guinée et à Bali où il va rencontrer une anthropologue Margaret Mead qui deviendra sa femme.

De cette période naît un ouvrage qui deviendra une référence, « Naven » paru en 1936, portant le nom d'un rite d'initiation chez les Iatmuls(60).

Plusieurs idées fortes se dégagent de cet ouvrage.

La première part d'une erreur ; en voulant décrire cette cérémonie avec une objectivité scientifique, Bateson (avec ses yeux d'homme de science occidental) a « chosifié » un

concept. Il montre que la réalité est dépendante de l'observateur, ce qui est réel et objectif pour lui et sa culture ne correspond à rien pour un Iatmul. Ainsi « la description n'est que la réalité construite de l'homme de science » (61), ce que Korzybski illustrera si bien par la métaphore: « **la carte n'est pas le territoire** ». L'interprétation serait inévitable. Cette distinction entre « la carte » et le « territoire » sera présente dans tous les travaux ultérieurs de Bateson.

Bateson développe aussi la méthode d'**abduction** qui est une forme de raisonnement par analogie. Ainsi chez le ver de terre chaque segment s'il le pouvait formerait une tête mais le segment antérieur l'en empêche. A partir de ce genre d'observation Bateson propose un nouvel éclairage sur l'organisation sociale et hiérarchique chez les Iatmuls.

Pour étudier les relations entre les Iatmuls, il crée le concept de schismogénèse qui décrit les processus de changement (différenciation) ou de stabilité entre les individus ; faisant qu'un groupe évolue ou reste à l'état d'équilibre. Ce concept de schismogénèse sera repris par la suite par Paul Watzlawick, qui développera ce mode de relation en différenciant les relations complémentaires ou symétriques.

- Une **relation** est **complémentaire** quand un individu est en position haute et un autre en position basse, elle permet l'échange et l'apprentissage c'est par exemple le rapport de maître à élève.

La position basse ou la position haute n'ont pas de rapport avec la position de pouvoir, qu'elles peuvent toutes deux occuper. Dans ce type d'interaction, le comportement d'un individu ou d'un groupe d'individu est le complément de l'autre.

- Dans une **relation symétrique** les deux individus adoptent la même position ; ce qui ne peut aboutir qu'à une escalade, comme par exemple dans la course aux armements.

Bateson a ainsi permis l'émergence d'une nouvelle unité d'analyse, « **l'interaction** », complémentaire de la vision freudienne dont l'unité d'analyse serait plutôt « **l'énergie** » (pulsion de vie, de mort...). Cette unité est plus axée sur le système relationnel de l'individu, là où Freud s'intéressait plus à une vision intrapsychique.

Mais Bateson n'est pas le seul à s'intéresser aux interactions.

1.2) Les conférences Macy

Depuis le début du siècle, à la suite de Claude Bernard, de nombreux scientifiques exerçant dans des disciplines très diverses s'interrogent sur la faculté d'un milieu (comme le corps humain), ou d'un système (informatique), à rester stable aux moyens de divers mécanismes de régulation permettant une homéostasie (62). Ces scientifiques de tous les horizons cherchent un langage commun pour expliquer des mécanismes qui leur semblent comparable.

En 1942, la fondation Macy organise une conférence sur le thème de l'inhibition cérébrale en conviant des scientifiques de tout bord comme le biologiste Walter Cannon, le mathématicien Norbert Wiener et Grégory Bateson qui a déjà acquis une solide réputation internationale. Il sera beaucoup discuté d'hypnose et un nouveau concept voit le jour, le « **feed-back** ». En partant de la construction d'un engin de tir qui pourrait envoyer un projectile capable d'adapter sa trajectoire aux mouvements de sa cible (par exemple un avion), ils décrivent l'importance de tenir compte de l'écart entre la trajectoire théorique et les mouvements réels de la cible. Le projectile doit être capable de recevoir un « retour » sur la position de la cible

pour réajuster constamment sa trajectoire. Cette théorie semblait adaptable dans de nombreux domaines, dont par exemple la médecine sur le mouvement volontaire dans certaines pathologies liées au cervelet...

Les conférences Macy suivantes permettront de développer la notion de feed-back négatif et l'apparition d'un nouveau terme : la **cybernétique**, qui est l'étude des systèmes liés par l'information et donc par des mécanismes de feed-back et d'autorégulation.

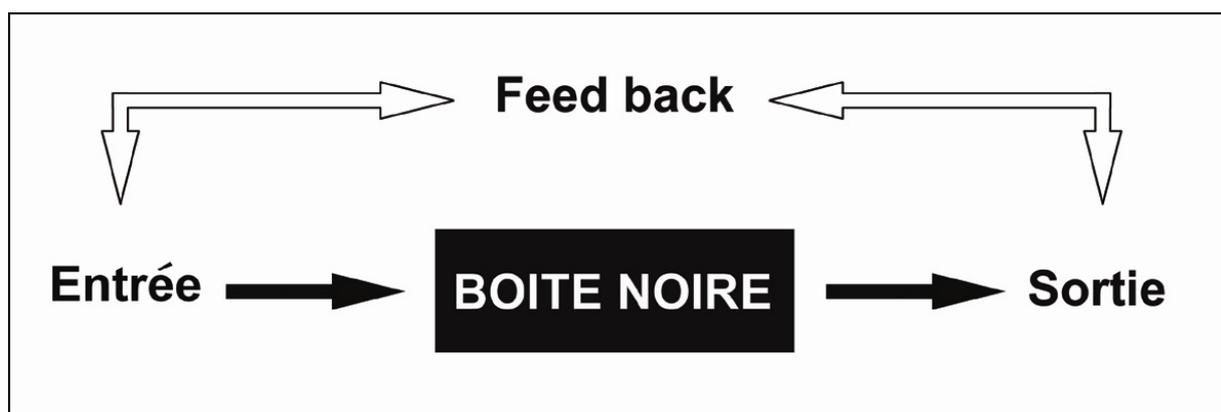
Cette nouvelle théorie des systèmes va se nourrir de la **deuxième loi de la thermodynamique** sur le principe d'entropie (comme un sucre dans un verre l'énergie du monde se dégrade, se disperse pour tendre vers le désordre). Apparaît alors la notion d'information, vue comme une contrainte du système permettant le contrôle et la prévision et qui peut être vue comme de l'entropie négative. La première loi, sur le principe de la conservation d'énergie (l'énergie de l'univers est constante) avait nourri toute la pensée du XIX^{ème} siècle et les théories de Freud, basées principalement sur l'énergie.

Ainsi, grâce à cette communication entre différentes disciplines, des concepts semblant appartenir aux sciences « dures » vont pouvoir être appliqués aux sciences humaines et à une nouvelle approche de la communication.

Le concept de **causalité circulaire** se développe. Au départ, il est fondé sur l'observation du fonctionnement d'une cellule et sur l'impossibilité d'étudier séparément chaque élément de la cellule tant ils sont liés entre eux. Par extension, il apparaissait intéressant d'appliquer ce concept aux rapports humains, amenant ainsi une approche différente de la **causalité linéaire** avec la notion de traumatisme entraînant des conséquences (parfois des symptômes) selon une ligne temporelle. Ainsi chaque élément du système étant interdépendant, son comportement peut être une cause de l'élément qui le suit, ou une conséquence de l'élément qui le précède dans la boucle d'interaction.

Il devient donc difficile d'isoler un dysfonctionnement à un endroit tant les éléments sont liés entre eux. On a alors recours à des systèmes de modélisation ou de simulations, qui restent des constructions, avec leur lot d'imprécisions et parfois de manque d'adaptation à une situation précise, mais qui ont le mérite de permettre une vue d'ensemble.

Chaque élément du système étudié apparaît alors comme une **boîte noire** qu'on ne cherche pas à connaître par une exploration intérieure mais par ce qui est visible : les entrées, les sorties et les **mécanismes de régulations adaptant ces entrées et ces sorties**.



Bateson n'est pas le seul à se pencher sur la communication, mais tous se heurtent au fait qu'étudier un système implique nécessairement que l'on influe sur ce système ; en effet l'observateur ne peut être neutre. De plus l'étude de la communication, contrairement à une cellule où l'on peut se permettre de tenter d'avoir une vue d'ensemble, est rendue particulièrement compliquée par le fait qu'il est difficile d'étudier le fonctionnement d'un

outil (le cerveau humain) et de prendre du recul avec ce même outil (le cerveau). Pour ainsi dire **il est difficile d'être en même temps dedans et dehors.**

S'appuyant toujours sur trois piliers, la biologie, l'anthropologie et la psychiatrie et au vu des nouvelles théories cybernétiques, Bateson va développer une nouvelle approche de la communication et donc de l'information. Pour lui, l'information vient d'une différence qui se crée dans notre environnement et qui a un effet sur notre organisme. Ainsi Bateson cite l'exemple d'un point dessiné à la craie sur un tableau, si on pose le doigt dessus, on ne perçoit rien, mais si on fait glisser son doigt sur le tableau alors nos capteurs sensitifs sentent la différence qui par les voies sensorielles est acheminée vers le cerveau et entraîne la sensation. Ce qui arrive à notre cerveau, l'information est « **la différence que fait la différence** » (63). En effet des multitudes d'informations viennent aux cerveaux, des sensations des organes internes, ce bruit d'usine en continu... mais bien peu arrive à la conscience. La suite du raisonnement serait plus vertigineuse faisant de notre cerveau uniquement une machine à traiter la différence...

Bateson s'intéresse aussi à la façon dont est codée l'information et à la notion de **redondance**. Ainsi par exemple dans un couple un certain comportement va entraîner à la longue une même réponse prévisible du conjoint, définissant en quelque sorte les règles de la relation entre deux partenaires. Même si, bien sûr, trop de redondances apparaît nuisible c'est elle qui permet l'**apprentissage** (il serait difficile d'apprendre le piano sur un instrument ou chaque touche produirait une note aléatoire).

Ainsi l'apprentissage pourrait être défini « comme un accroissement de la redondance entre celui qui apprend et son environnement » (64).

Il définit ainsi quatre niveaux d'apprentissage :

- L'apprentissage de niveau 0 ; du type arc réflexe
- L'apprentissage de niveau 1 ; qui pourrait s'apparenter à du conditionnement
- L'apprentissage de niveau 2 ; qui correspond au deutéro-apprentissage, c'est-à-dire apprendre à apprendre.
- L'apprentissage de niveau 3 ; dont la portée est plus philosophique, et qui serait un dépassement, une transcendance de toute rigidité de notre système de pensée.

A la suite de Withehead et Russel, Bateson s'intéresse aux **types logiques** qui théorisent les différents niveaux d'abstraction du langage. Par exemple on ne peut considérer sur le même plan logique un individu précis (un homme) et l'homme en général. La confusion des types logiques entraîne des incompréhensions, des paradoxes (Epiménide le Crétois dit « tous les crétois sont des menteurs »), et parfois l'humour, quand la communication se fait en même temps sur deux niveaux logiques différents.

Bateson développe aussi la notion de **métacommunication**, qui est de communiquer sur la communication et qui permet par un message verbal ou non d'explicitier la façon dont on veut qu'un message soit pris : par une expression (je plaisante), un clin d'œil ...

Bateson s'intéresse aussi à la notion de **contexte** et à l'impossibilité d'une observation objective des choses.

Armé de tous ces nouveaux outils :

- une vision des problèmes sur un mode systémique (cybernétique) c'est-à-dire basé sur les interactions.
- Le feed-back
- La schismogénèse complémentaire et symétrique
- L'information et son codage
- La causalité circulaire

- Les niveaux logiques et les paradoxes
- La métacommunication
- L'apprentissage
- La notion de contexte

Bateson va se lancer dans une nouvelle entreprise.

1.3) Le projet Bateson

Bateson, autour d'un projet initialement sur les « paradoxes de l'abstraction dans la communication », va constituer une équipe qui de 1953 à 1962 travaillera sur divers sujets dont les paradoxes, l'humour, les relations des schizophrènes avec leur famille ... Ce travail de recherche prendra vite le nom de « projet Bateson ».

Il réunit au départ autour de lui John Weakland, un ingénieur chimiste, Jay Haley, qui prépare une maîtrise en communication, William Fry, alors interne en psychiatrie, et plus tard, Donald Jackson, un psychiatre.

Après s'être penché sur divers sujets ayant trait au paradoxe, dont l'humour, le théâtre, le zen, le jeu... les fonds manquent. Une bourse tombe alors de la Macy foundation, pour deux années de recherche dans le domaine de la communication chez les schizophrènes. Le fruit de cette recherche « **vers une théorie de la schizophrénie** » (1956) présentera la théorie de la **double contrainte** dont le retentissement sera considérable.

Pour faire une « bonne » double contrainte il faut :

- deux personnes ou plus
- une expérience répétitive
- une injonction négative primaire
- une injonction secondaire qui entre en conflit avec la première, mais à un niveau plus abstrait et qui, comme la première, est sanctionnée par des punitions ou des signaux qui mettent en péril la survie
- une injonction négative tertiaire qui interdit à la victime d'échapper à la situation
- par la suite une fois que la double contrainte est structurée il n'est pas nécessaire que tous les éléments soient présents.

« L'exemple utilisé dans le texte est celui d'une mère qui dit à son enfant au moment où il se rapproche d'elle, d'aller dormir « puisqu'il a l'air fatigué ». La raison de repousser l'enfant paraît être la protection maternelle, alors qu'en fait, la mère veut que l'enfant s'éloigne. Si l'enfant réussit à identifier correctement les métasignaux de cette séquence, il devra subir une punition : non seulement sa mère ne veut pas de lui, mais elle le trompe sur ses sentiments. Accepter d'être trompé par elle force l'enfant à se tromper lui-même sur son état interne, par exemple la fatigue. La situation devient d'autant plus grave que, s'il ne discrimine pas, il se rapprochera de sa mère pour être vite rejeté. On peut donc voir qu'ainsi l'enfant est puni s'il discrimine correctement et également s'il n'y arrive pas. La seule manière de s'en sortir serait de pouvoir métacommuniquer sur les contradictions, mais ceci n'est pas possible pour l'enfant car, dans ce cas, la mère se sentirait accusée de ne pas être une bonne mère et punirait l'enfant, tout en remettant probablement en question la perception de celui-ci. » (57) (p 163)

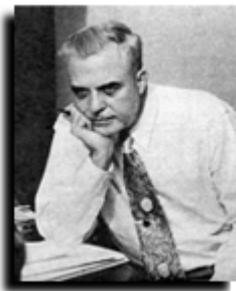
Dans cette approche, l'enfant n'a **pas d'autre choix que de devenir « fou »**.

Cette vision extrêmement innovante, qui reste une construction, non pas la vérité, a été par la suite très décriée dans son versant culpabilisateur pour les mères.

La double contrainte ou le double lien n'appartient pas uniquement à la psychiatrie mais peut apparaître dans la vie quotidienne. Supposons qu'une femme offre une cravate rouge et une cravate verte à son mari, celui-ci voulant faire plaisir à sa femme, mettra la cravate verte le lendemain. Il rentre chez lui et sa femme en voyant la cravate verte lui dit : « ainsi tu n'aimes pas la cravate rouge »... Argh !!

Il devient difficile maintenant de ne pas parler de Milton H. Erickson.

1.4) Erickson



Milton H. Erickson est né en 1901 dans le Nevada, il est daltonien, il perçoit très mal les rythmes musicaux et surtout, il est dyslexique. A dix-sept ans, il est atteint de poliomyélite et tombe dans le coma, dont il sort trois jours plus tard avec uniquement la possibilité d'entendre et de voir. « Je ne pouvais même pas dire où se trouvait mes bras ou mes jambes dans mon lit. C'est ainsi que j'ai passé des heures à essayer de localiser ma main, mon pied ou mes orteils, en guettant la moindre sensation, et je suis devenu particulièrement attentif à ce que sont les mouvements »(65).

Il va alors s'entraîner pendant des mois, recherchant par exemple le souvenir des sensations dans ses doigts lorsqu'ils pouvaient bouger ; jusqu'à faire apparaître des mouvements incoordonnés, puis de plus en plus volontaires.

C'est ainsi qu'il redécouvre les **phénomènes idéo-moteurs** : la seule pensée du mouvement peut produire l'expérience réelle du mouvement corporel automatique. Il cherche aussi des moyens pour tromper l'ennui : « j'ai commencé à observer les gens et mon environnement. J'ai très vite appris que mes sœurs pouvaient dire « non » alors qu'elles pensaient « oui ». Et elles pouvaient dire « oui » et penser « non » en même temps. L'une d'entre elles pouvait tendre une pomme à une autre tout en la retenant. Et j'ai commencé à étudier le langage non verbal et le langage corporel » (66). Il observe les bébés qui apprennent à marcher, leur coordination et la façon dont le poids de leur corps est réparti...

De manière similaire, il a appris à contrôler ses douleurs.

De ces expériences, il acquiert la certitude qu'il existe en chacun de nous des **ressources** hors d'atteinte de la conscience. Il découvre aussi qu'introduire un changement (qui devra être minime pour être accepté), dans une situation vécue comme inextricable, peut faire passer du fatalisme à l'espoir, avec la possibilité d'entrevoir des changements plus grands.

Un infirme ne pouvant travailler à la ferme il décide de faire des études de médecine. Lorsque à vingt et un ans il entre en première année de médecine, il marche encore avec des béquilles, il décide donc d'entreprendre, seul et sans argent, un voyage dans le but d'augmenter ses forces. Il part en canoë, ne pouvant compter que sur ses muscles pour avancer et sur son ingéniosité pour se nourrir. Dix semaines plus tard, il a parcouru 1900Kms en remontant le courant, économisé 8 dollars, et marche sans béquilles. Il ne gardera qu'une boiterie légère mais définitive. Cette démarche lui a aussi permis d'expérimenter **l'attente de l'autre**, à chaque étape, il s'assoit en position de demande d'aide mais sans en demander formellement. Erickson rencontre l'hypnose dans un séminaire de Hull (psychologue américain), en troisième année de médecine. Poursuivant ces réflexions, il démontre que les états altérés de conscience et les phénomènes de transe constituent une partie normale de la vie de tous les

jours (cf. le trajet quotidien en voiture). Il développe la notion de singularité dans l'hypnose, chaque individu est unique et chaque **thérapie** se doit d'être donc « **sur mesure** ». Le **patient** est **expert** de son problème, au thérapeute de l'aider à mobiliser les ressources qu'il possède dans une position basse de collaboration. En dégagant les objectifs du client, on fera en sorte qu'il fasse le **plus petit changement possible** qui amènera une nouvelle ouverture. C'est une hypnose « écologique », qui implique de rentrer dans le monde et les croyances du patient. En 1923, il se marie pour la première fois. Après 10 ans de vie commune et trois enfants, il divorce.

Erickson est médecin en 1928, d'abord en psychiatrie au « Colorado psychopathic hospital » puis médecin assistant au « State Hospital for Mental Diseases » à Howard (Rhode Island). De 1930 à 1934, il est médecin adjoint puis médecin-chef du service de recherche au « Worcester State Hospital » dans le Massachusetts.

En 1934 il rencontre Elisabeth Moore, psychologue, avec qui il aura cinq enfants. Sa maison deviendra peu à peu un véritable champ d'expérimentation. En même temps, il s'installe à Eloise (Michigan) et devient Directeur de la recherche psychiatrique puis directeur de la recherche et de la formation psychiatrique au « Wayne County Hospital ».

S'en suivent des années de recherche sur l'hypnose, avec parallèlement l'envie de faire connaître l'hypnose dans le milieu médical. Il devient Rédacteur en chef de la revue « Diseases of Nervous System » et rédige l'article consacré à l'hypnose dans l'Encyclopaedia Britannica. La renommée aidant, il cherche à rendre l'hypnose plus accessible aux yeux du grand public, par l'intermédiaire de médias grand public.

Sa réputation grandit et il est sollicité par Margaret Mead, la femme de Gregory Bateson, pour étudier les phénomènes de transe qu'ils ont observés à Bali. Un long travail de collaboration débute ainsi. Dans les années 50 il sera présent à une des fameuses conférences Macy. En 1948, Erickson quitte Eloise et son climat humide et froid pour Phoenix, dans l'Arizona; il souffre en effet d'allergies et de douleurs séquellaires pour lesquelles un climat sec semble mieux indiqué. Il est alors Directeur Clinique au « Arizona State Hospital », mais sa santé ne s'améliore pas, les douleurs sont de plus en plus intenses et il a des vertiges. Il ouvre alors un cabinet privé à son domicile pour se reposer entre ses patients et mieux contrôler ses douleurs par auto-hypnose.

Alors qu'il a 51 ans, il subit une nouvelle attaque de poliomyélite, deuxième poussée exceptionnelle dans cette maladie. Plus que la nouvelle paralysie, c'est contre la douleur qu'il doit lutter. Il développe des **trances "segmentalisées"** qui réduisent la douleur dans un territoire localisé, il déplace les douleurs dans un endroit qui est moins gênant sur le plan fonctionnel... Ces apprentissages personnels ont été laborieux, longs. Il n'y a pas de miracle et il sait de quoi il parle lorsqu'il aidera des patients atteints de douleurs intenses comme dans certains cancers.

Erickson devient le chef de file de cette nouvelle hypnose. En 1957, il est président de "The American Society of Clinical Hypnosis" puis en 1958, le rédacteur en chef de la nouvelle revue Internationale "The American Journal of Clinical Hypnosis". Il donne de nombreuses conférences à l'étranger, est nommé conseiller auprès du gouvernement pour étudier les accidents d'avions, participe à la formation d'athlètes de haut niveau (équipe nationale de tir pour les Jeux Olympiques) ; le tout en fauteuil roulant.

A partir du milieu des années 50, le groupe du « projet Bateson », suite au succès de l'article sur la double contrainte, poursuit sa recherche autour de la communication dans la famille. Bateson a poussé Haley et Weakland depuis 1953 à rendre des visites hebdomadaires à Erickson. En effet, alors que la thérapie familiale/systémique prend son essor, ces techniques sont utilisées depuis bien longtemps par Erickson.

Haley sera le premier grand diffuseur d'Erickson avec notamment la publication d' « un thérapeute hors du commun »(67). Haley essaye de théoriser la méthode d'Erickson et ses diverses techniques comme le fait **d'encourager les résistances** du patient et de s'en servir comme **levier de changement** plutôt que de lutter contre le courant. Il montre l'importance des **métaphores** et développe l'idée de cycle de vie chère à Erickson

1.5) Le cycle de vie

Les « crises » dont l'attaque de panique peut être un des symptômes apparaissent à des moments de changement, de rupture, dans une vie. En effet, chaque étape de vie est conditionnée par des choix. C'est souvent à l'occasion de ces choix, qui impliquent des changements, que l'on est bousculé, **quand le doute s'inscrit sur l'importance du gain et donc sur l'intérêt du changement.**

Les stades de la vie développés ci-dessous sont issus d'une réflexion datant des années 50 connaissant peu la famille nucléaire voire « post-nucléaire » de notre époque (68)(67). Mais comme nous sommes en tant que soignant loin du jugement, et ouvert aux changements... elle paraît encore assez adaptée et adaptable.

Fin de l'adolescence, Passage à l'âge adulte

C'est l'époque des **rituels de séductions.**

Sur le plan social, l'homme va devoir **choisir** son orientation, son métier ou ses études, partir et surtout décider seul sous le regard des autres sans l'indulgence dont il a bénéficié dans l'enfance. S'il n'arrive pas à trouver sa place dans un couple, une famille, une société, il deviendra alors un marginal (« qui errent aux confins du territoire des autres »(69))

Le recours au thérapeute peut parfois être vu comme une **cérémonie initiatique** aidant le jeune à accéder à **l'indépendance**. Le travail du thérapeute, avec un jeune en crise nécessite de ne pas imposer son mode de vie mais de permettre au contraire une ouverture et la possibilité de choix, mais des choix qui restent ceux du patient, visant à essayer de calmer son ardeur à passer au stade suivant avant d'avoir pu connaître les différents modes de vie possible (pour échapper à une situation familiale catastrophique, on pourrait se diriger vers un mariage prématuré...)

La technique d'Erickson peut sembler intrusive au regard de certains thérapeutes mais ses moyens de persuasion sont fondés sur une réflexion dont la base est l'efficacité. En effet Erickson n'hésite pas à utiliser des consignes assez directes avec ses patients pour résoudre rapidement des situations complexes (annexe 6), même s'il existe un risque de rendre le patient dépendant du thérapeute. Erickson s'intéresse peu au pourquoi, il laisse les gens faire des liens si cela leur est utile.

Le mariage et ses conséquences

Durant le mariage, nombre de problèmes peuvent s'accumuler, jusqu'à la crise ramenant l'équilibre et ainsi de suite. Cela jusqu'à ce que des tactiques plus durables soient mises en place. Certaines seront un bon **compromis**, d'autres seront invivables et pourront amener à la formation d'un symptôme qui pourra être vu comme une adaptation à une situation intolérable. Pourquoi pas ? Un de mes formateurs raconta un jour l'histoire d'un homme fumant soixante-dix cigarettes par jour et venant pour arrêter de fumer. Un rapide tour de la situation montre

une situation familiale épouvantable ; sur cinq frères et sœurs cet homme, chef d'entreprise est le seul à s'en être sorti. Alors qu'un frère s'est suicidé, que l'autre est à l'hôpital psychiatrique, qu'une sœur est dans la rue... et cet homme lui ne fait que « fumer » et veut, ce qui est très courageux de sa part, se priver de cet allié qui a toujours été là pour lui. La première étape du traitement a été qu'à chaque nouvelle cigarette sortie du paquet il la regarde un instant et lui dise « merci ».

Dans le cas de l'attaque de panique, le problème est complexe, car s'ajoute les craintes du conjoint de passer à coter d'un problème réel. Dans le cas suivant, ou les crises d'angoisse se manifestent par une symptomatologie cardiaque l'épouse est exaspérée par les craintes de son mari mais redoute une vraie crise cardiaque. De plus quand le mari va mieux, l'épouse perd un peu de son utilité et déprime, réactivant les craintes de mort du mari. L'état du mari se dégradant, sa femme « reprend le dessus »... on aboutit ainsi à un cercle vicieux et la « guérison » de l'un devra être appréhendée en prenant soin de l'autre et de la modification (parfois pire que la situation antérieure) du fonctionnement du couple. Ainsi si la thérapie ne prend en compte qu'un seul conjoint, elle a parfois de fortes chances de durer quelques années. Voici comment Erickson propose de s'en sortir (Annexe 7). (J'ai essayé d'appliquer cette méthode (cf. cas clinique n°3) avec un succès mitigé, en ne tenant pas assez compte du contexte.)

Le thérapeute sera consulté pour aider les jeunes mariés à créer une relation stable et comme précédemment à accéder à l'étape suivante, qui pourrait être d'avoir des enfants. Parfois un des parents craint de ne pas être à la hauteur. Erickson montre dans le cas suivant (« **L'homme de février** » (annexe 8) (une des plus belles histoires d'hypnose ?) comment il a aidé une jeune femme à se construire des souvenirs d'enfance différents et ainsi à pouvoir franchir cette étape

La naissance des enfants et l'art de les élever

Erickson ne propose pas de recette toute faite aux problèmes, mais s'adapte tire sa pratiques de son expérience personnelle et des nombreux enfants qu'il a eu. L'exemple suivant m'a je l'avoue beaucoup aidé dans mon stage en pédiatrie (annexe 9).

Parfois un des parents pourra avoir une relation trop fusionnelle avec l'enfant et lui faire payer le prix d'avoir sacrifié d'autres aspects de sa vie : « j'ai tout donné à mes enfants ».

Il peut arriver que l'enfant prenne trop de place et empêche tout le monde d'avancer dans sa vie y compris lui-même. Il est parfois possible de faire comprendre que l'enfant a besoin d'un cadre, qu'il doit être contenu car la sensation de pouvoir exploser sans limite est très insécurisante. Mais face à un souci d'autorité, Erickson préférerait que les gens expérimentent cette reprise de contrôle (annexe 10).

Les difficultés se révèlent souvent au moment où l'enfant se prépare à quitter le foyer laissant les parents seuls face à leur couple

Les difficultés conjugales et le départ des enfants

Erickson pourra se montrer très directif ou parfois très soucieux de protéger son patient, de ne pas le confronter trop brutalement avec ses difficultés ; par exemple dans ce cas où la patiente souffre d'attaque de panique (annexe 11). Il va même plus loin dans ce cas, car il ne cherche pas illusoirement à supprimer le symptôme mais il le transforme en une capacité qui peut devenir utile.

Les accords trouvés jusque ici grâce aux enfants sont parfois devenus inopérants entraînant des crises parfois majorées par l'alcool ou la violence, un des conjoints pourra alors estimer mériter une meilleure vie à l'approche du départ des enfants

Les parents peuvent découvrir qu'ils n'ont plus rien à se dire, plus rien à partager. Les échanges étaient centrés sur les enfants qui, une fois partis, peuvent laisser la place aux vieux conflits non résolus ou au vide aboutissant parfois à la rupture. Parfois aussi à la fin de l'adolescence lorsque l'enfant et les parents ne peuvent supporter le fait d'être séparés, l'enfant peut manifester un trouble « l'obligeant » à rester au sein du système familial et « contraignant » ses parents à restés liés par cette préoccupation sans qu'ils aient besoin d'établir une relation en dehors de l'enfant.

Le rôle de la thérapie, loin d'essayer de souder la famille et d'augmenter la compréhension, est de « **faire office de cérémonie initiatique** »(69) permettant la séparation et de se pencher sur les problèmes qui ont suscités cette appréhension de la séparation.

Souvent l'arrivée de petits-enfants facilite le passage à l'étape suivante.

La retraite et la vieillesse

La retraite amorce une période où le couple va passer la majeure partie de son temps ensemble, ce qui peut parfois poser problème. Dans ce cas, un des conjoints pourra présenter un symptôme qu'il peut être intéressant de traiter sur la problématique du manque d'attention dans le couple.

Parfois un symptôme peut être vu comme une façon d'aider l'autre à un moment difficile. Ainsi par exemple, une femme pourra présenter des attaques de panique compliquées d'agoraphobie. En cherchant un peu, on pourrait se rendre compte que son mari vient de prendre sa retraite et qu'il le vit très mal se sentant profondément inutile (cas clinique n°3). L'apparition de ce trouble chez sa femme lui redonne une responsabilité, une fonction protectrice. Chaque amélioration de sa femme pourra être source de rechute pour lui. Il convient de chercher les conséquences positives ou négatives de l'amélioration, le changement respectant cet équilibre fragile est dit « écologique ».

La vieillesse s'accompagne souvent de douleur et Erickson avait bien sûr une façon bien à lui de s'occuper de ce genre de problème, souvent avec l'aide de l'hypnose, comme dans ce cas où Joe, fleuriste et homme d'affaire dynamique est brutalement atteint par un diagnostic de tumeur maligne avec un pronostic mortel à très court terme. Joe se plaint de douleurs très vives non calmées par des antalgiques majeurs. Il montre une aversion pour les méthodes d'Erickson (renforcé par son neveu psychiatre) (annexe 12).

Puis vient la perspective de la mort, avec comme seule possibilité pour le thérapeute de faire accepter l'inévitable sans appui possible sur l'avenir.

Ainsi s'achève le cycle de vie. Il semble bien sûr important de repérer à quel moment de son cycle la personne qui est en face de nous, est rendu. Passer d'une étape à l'autre se fait majoritairement en douceur mais parfois l'adieu « obligé » d'un état d'équilibre qui ne marche plus (sans que l'on puisse citer d'exemple c'est à chacun de ressentir le moment) vers un autre plus adapté à notre vie (moins générateur de symptômes ?) peut dégager de l'angoisse. Cette transition, qui peut prendre le masque de l'attaque de panique doit parfois être accompagnée pour ne pas rester « bloquée » à l'étape antérieure, « aux confins du territoire des autres »(69).

Bien sûr, tout ceci n'est que construction et il faut en avoir conscience. Comme tout le monde ne s'appelle pas Erickson, de nombreux auteurs vont tenter de comprendre comment ses interventions peuvent être aussi efficace et essayer de transcrire ses idées dans un langage plus académique, mais ils se heurteront à l'appauvrissement qui résulte du passage de l'oral à l'écrit. En effet, dans ses conférences, Erickson communique autant sur un mode verbal que non verbal, adapte à chaque fois son langage à l'auditoire, utilisant surtout des métaphores ou des exemples vécus; son but est de faire naître des idées chez ses auditeurs plutôt que de donner les siennes toutes faites.

Comme le dit Lynn Hoffman dans la préface de "My Voice Will Go With You"(66), "le discours écrit ne peut en effet, rendre compte des pauses, des sourires, des regards perçants dont Erickson ponctuait ses narrations, pas plus que ne peuvent s'écrire sa maîtrise de la voix et du timbre".

En définitive, la plupart des publications sur Erickson reprennent intégralement ses conférences ou ses exemples, commentés par les auteurs.

Dans les années 70, deux hommes vont se consacrer à la propagation des idées d'Erickson: Ernest Rossi (avec surtout "The collected Papers", qui résume une vie de travail et qui contient la plupart des publications d'Erickson) et Jeffrey Zeig qui crée la Fondation Milton Erickson à Phoenix. Ce dernier va gérer et animer aux Etats-Unis et sur le plan International les centres, instituts, écoles qui se réclament de la pensée d'Erickson. Jeffrey Zeig a su dégager quelques points sur lesquels Erickson insistait constamment (70):

- Ne pas avoir d'idées préconçues sur le patient. Ceci souligne l'importance de l'**observation**. « quelle est la situation qui le fait souffrir maintenant, aujourd'hui ? Comment voit-il les choses de manière à s'empêcher lui-même de trouver une solution ? »
- Envisager un **changement progressif** et cherchez toujours un objectif concret dans un futur proche
- Etablir le **contact** avec le patient sur **son propre terrain**
- Créer des situations dans lesquelles les gens peuvent prendre conscience de leurs propres **capacités à modifier** leur manière de penser

Erickson finit sa vie entouré d'amis et de collaborateurs, reçoit de nombreuses visites de patients ou de confrères qui viennent parfois de très loin pour le voir dans sa maison/cabinet de consultation.

Il garde la même façon de parler, la même simplicité, et refuse toute élaboration théorique (malheureusement ?). Fuyant le dogmatisme, il accepte des élèves de toutes les influences, en sachant que **chacun possède une part de vérité**.

Le premier congrès international consacré à Milton Erickson est organisé en décembre 1980, des milliers de thérapeutes vont enfin pouvoir approcher ce personnage considéré comme un mythe... mais il décède six mois plus tôt, d'un choc infectieux, le jeudi 27 mars 1980.

Ainsi le travail d'Erickson va profondément nourrir l'équipe du projet Bateson. Ils développent l'idée que le symptôme possède une fonction dans l'équilibre du système familial (son homéostasie). Erickson n'est pas forcément d'accord avec cette approche, qui selon lui complique la thérapie. Lui **s'intéresse plus au changement qu'à la façon dont les choses restent stables**.

Cette réflexion va bouleverser l'équipe et le travail va maintenant porter sur le processus de changement plutôt que sur la famille en tant que système homéostatique. Comment provoquer le changement le plus rapidement possible.

Bateson veut rester plus théorique, il se dit chercheur plus que thérapeute et ne supporte pas bien l'interventionnisme ericksonnien.

Don Jackson, emballé par cette nouvelle approche crée le Mental Research Institute, puis le centre de thérapie brève en 1967. Les rivalités s'accroissent avec Bateson qui préférera finalement partir vers de nouveaux travaux de recherche sur la communication chez les animaux.

1.6) Le Mental Research Institute (M.R.I)

Le groupe s'étoffe avec l'arrivée de Virginia Satir (assistante sociale) et de Jules Ruskin (psychiatre), puis un peu plus tard par la venue de Paul Watzlawick, qui donnera au groupe, par son souci de publication, une vraie stature internationale.

Ainsi, grâce à la multiplicité des compétences, le travail va pouvoir avancer. Certains sont plus enclins au travail de recherche et à la théorie, d'autres sont attachés à la pratique pure, d'autres encore développent la vulgarisation et la transmission des connaissances mais tous ont un objectif commun, **la recherche des processus de changement**. Ils étudient et enregistrent des séances de thérapie qui se déroulent avec des méthodes de plus en plus interventionnistes.

Le MRI devient un centre international où se croisent les plus grands acteurs de la thérapie. Ils définissent la **notion d'objectif** ; limitant ainsi le nombre des séances, le **thérapeute** devient **actif** et se focalise sur le présent plutôt que sur le passé en orientant vers un **changement comportemental** plutôt que sur une prise de conscience avec parfois l'utilisation de techniques **paradoxaux**.

La mort de Jackson en 1968 et la montée des rivalités essoufflent le MRI alors que dans le même temps naît le centre de thérapie brève

1.7) Le centre de thérapie brève (71)(72)

Sous l'impulsion de Watzlawick, le groupe s'oriente vers une approche beaucoup plus thérapeutique et développe un cadre de recherche qui jettera les bases de la thérapie brève. Différents aspects vont être très brièvement abordés ; les caractéristiques propres à la prise en charge de l'attaque de panique seront développées ultérieurement et explicitées concrètement.

Le thérapeute est **actif** et devra être soucieux de **ménager sa marge de manœuvre** en choisissant bien le moment de ses interventions, en sachant prendre son temps (« **avancer lentement** »), en amenant le patient à être précis, en usant de la **position basse** et en s'autorisant à faire demi-tour s'il sent qu'il se trompe.

Il importe de déterminer en premier lieu la position du patient, qui est **le plaignant**. Ce n'est pas toujours l'individu qui est désigné comme « malade » qui souffre le plus de la situation (une femme arrive : « soigner mon mari qui souffre d'alcoolisme » ; on pourra parfois rapidement découvrir que l'alcool ne gêne absolument pas le mari mais que c'est la femme qui, arrivée à un moment de sa vie, ne supporte plus cette situation). On travaille alors avec celui qui est « **client** » pour une demande de changement.

Il faut définir le problème, **concrètement** (« je ne veux plus faire d'attaque de panique et être comme avant » est une demande difficilement acceptable qu'il conviendra de travailler, pour

arriver à formuler un objectif minimaliste et toujours très concret que le patient pourra remplir dans un futur proche : « j'aimerais pouvoir aller jusqu'au bout de ma rue »).

Un problème devient un problème quand il se répète, en ce sens l'attaque de panique semble être un événement isolé et non un problème. Parfois oui, mais comme on l'a vu, elle s'intègre souvent dans l'histoire du patient et peut marquer un « arrêt » dans son évolution et l'appréhension d'une nouvelle attaque va engager la mise en place de **tentative de solutions**. Si ces solutions sont inefficaces, c'est leur répétition inopérante qui va créer le problème (tous ces aspects seront développés et explicités dans le protocole de traitement mis en place par Nardone).

Le but est le changement,

La cible du changement sera l'arrêt de ces tentatives de solution.

Il importe de **rentrer dans le monde du patient** (éviter d'essayer de faire « plier » son monde à une vision normative) sans jugement, avec une vision interactionnelle du problème. En effet on s'intéresse peu à l'intrapsychique et les prescriptions comportementales devront permettre au patient de pouvoir **modifier son rapport à l'autre ou au monde** (ce qui revient parfois au même).

Le travail du MRI est bien sûr intégré, avec la focalisation sur le présent plutôt que sur le passé dans une logique circulaire plutôt que linéaire, associer à la notion d'amener le patient à faire une nouvelle expérience plutôt qu'à une prise de conscience.

Ainsi leur travail s'intègre dans une **approche stratégique**, avec la mise en place d'interventions et de tâches qui devront être acceptables pour le patient, c'est à dire ne luttant pas contre sa résistance au changement. Le principe des interventions est de **faire** quelque chose de différent au patient, **quelque chose de différent que les tentatives de solution** qu'il a mis en place. Et dans la version originale du centre de thérapie brève de lui faire faire un virage à 180° dans son comportement par rapport au thème des tentatives de solutions qui s'est avéré inefficace (cas clinique n° 3)

Dans l'optique du centre de thérapie brève qui deviendra « le modèle Palo Alto » (du nom de la ville l'hébergeant avec le M.R.I) différentes stratégies peuvent donc être utilisées, le tout étant de ne pas lutter contre les résistances et de faire des propositions qui s'intègrent dans le monde du patient.

Ce modèle insiste aussi sur les **dangers de l'amélioration** « que ferez vous à la place de ... (aller mal) » et souvent en fin de thérapie il est conseillé de prescrire la rechute (« il est possible que ce problème revienne de nouveau... »). Ce qui permettra au patient en cas de rechute, de l'inscrire dans la thérapie et de ne pas en faire une catastrophe.

L'objectif étant précis et minimaliste, les progrès doivent être mesurables rapidement et surtout évaluables (les thérapeutes dans la vision initiale du centre de thérapie brève ont au maximum un nombre de dix séances pour obtenir des résultats).

Durant les années quatre-vingts l'école de Palo Alto (petite ville de Californie où se trouve le centre de thérapie brève) va subir un **déclin**, par le nombre et le caractère innovant de ses publications. Il est sans doute vrai que les laboratoires pharmaceutiques furent peu enclins à financer des recherches dans une telle voie, qui offre peu de place au traitement médicamenteux.

Watzlawick travaille alors souvent avec un italien à la carrure de combattant de catch, Giorgio Nardone. Ensemble, ils font de nombreuses publications. Et peu à peu la recherche se déplace vers l'Italie, avec Nardone qui reprend toute cette base pour son protocole de traitement de l'attaque de panique. Il intègre ainsi le langage commun de la psychiatrie pour être entendu et **réintroduit les « étiquettes » nosographiques**, qui n'avait plus de sens dans la « logique Palo Alto ». Il construit ainsi des protocoles de soins spécifiques, sur le modèle des thérapies brèves, pour des pathologies dûment répertoriées.

2) IMPLICATION THERAPEUTIQUE : LE PROTOCOLE NARDONE

Giorgio Nardone est le fondateur avec Paul Watzlawick du Centro di Terapia Strategica (CTS) à Arezzo en Toscane, dont il est actuellement le directeur. Psychologue et psychothérapeute, il enseigne également à Milan et à Sienne. Il est l'un des principaux représentants en Europe de la thérapie brève stratégique. Il a créé de nombreux modèles de thérapies brèves pour des pathologies spécifiques liées à la peur ou aux troubles alimentaires. Il est le coordonnateur du réseau européen et de la revue européenne des thérapies systémiques et stratégiques.

Le travail exposé ci-dessous est majoritairement tiré de son livre : « Peur Panique Phobie » (73). Il y présente le résultat d'une étude sur l'efficacité de son protocole stratégique sur 156 personnes souffrant de troubles anxieux (agoraphobie / attaque de panique / hypochondrie) et de troubles obsessionnels compulsifs.

2.1) La formation et la persistance du problème

Le travail de Nardone est plutôt orienté sur « **comment** » le problème existe que sur « **pourquoi** » le problème existe. Parler de **problème** plus que de maladie est volontaire, « c'est construire une réalité particulière orientée vers la solution » (74), dans une optique non pathologisante.

Des travaux récents montrent que la mémoire ne fonctionne pas comme un disque dur, ou comme des feuillets que l'on empile les uns sur les autres. La **mémoire se construit** chaque jour. Il est souvent difficile sur des souvenirs anciens d'enfance de savoir s'ils sont réels, ou si nous les avons construits à partir de ce que l'on nous a raconté. Les **souvenirs** sont sans cesse **réinventés**, réactualisés en fonction de notre personnalité actuelle, de notre humeur, de notre entourage... la VERITE du disque dur semble être assez éloignée de la manière dont fonctionne la mémoire.

Si on cherche, on pourra sûrement trouver une origine à un problème dans le passé, qui conviendra au patient comme au thérapeute. Mais cela restera une construction commune, et pas la vérité. En fouillant encore plus, si le thérapeute et le patient sont insatisfaits, on pourra sûrement trouver une autre cause encore plus magnifiquement symbolique. Mais ce traumatisme originel, expliquant l'état du patient, est donc réinventé par la mémoire, puis déformé par le filtre du langage et enfin par la relation au thérapeute. De plus la deuxième lecture du thérapeute transforme encore le problème. On arrive donc à une **construction**, sûrement bien différente du problème original. De plus, un même événement peut être vécu de façon diamétralement opposée, être traumatisant ou banal... suivant l'entourage, le moment, la personnalité du sujet qui subit cet événement. Ainsi chacun construit sa réalité, et le thérapeute court le risque d'essayer d'imposer sa vision du monde s'il veut faire rentrer le patient dans son système d'explication. Il est vrai que bien des thérapeutes sont conscients de cela et travaillent de façon efficace, en ayant conscience de ce biais.

Bien, mais est ce que comprendre l'origine d'un problème guérit le problème si déjà on peut trouver plusieurs origines à ce problème ? Peut-être certains patients ont fait un magnifique travail d'introspection, ont bien creusé, encore et encore, pour se trouver au fond d'une **fosse aux parois immenses**, mais avec le bonheur d'être une personne très compliquée, avec toujours ce gros problème, mais une bonne dizaine de causes pour l'expliquer.

La théorie freudienne a élaboré un système fascinant, permettant une compréhension et un langage commun sur bien des domaines du fonctionnement psychique humain. Mais **la quête du sens est-elle toujours thérapeutique** ? Elle peut, sans doute, par un effet de recadrage et par une compréhension voire une explication du trouble, produire un résultat thérapeutique.

Mais, la recherche d'un soulagement ne passe pas par la compréhension des causes, mais plutôt par l'expérimentation d'une manière de réagir différente par rapport au symptôme. (cas clinique n°2)

Pour revenir à la notion de construction, elle semble être primordiale à plus d'un titre. En effet, supposons que quelqu'un vienne car il se sent triste, si on pointe du doigt tous les éléments de la dépression à l'aide de notre grille d'interrogatoire, on peut construire avec son aide, une magnifique dépression bien sévère. Supposons que la discussion ait porté sur d'autres points, en accentuant ce qui marche, le diagnostic aurait peut-être été un peu différent. Le premier diagnostic est une image partielle de la réalité vécue par le patient. Nos questions, notre regard, vont très largement influencer sur le diagnostic final, qui va bien sûr, lui aussi très largement influencer le comportement du patient.

Nardone s'intéresse aussi à la « **causalité circulaire** », incluant ainsi le patient dans son environnement et ne cherchant pas à trouver le battement d'aile du papillon qui a engendré le cyclone. Plus que l'origine du problème c'est sa persistance qui l'interroge, ainsi plus que le pourquoi un problème est présent c'est le comment un problème fonctionne qui l'intéresse. Ses travaux s'attachent aux dysfonctionnements du « **système de perception réaction** » du patient, qui serait son rapport au monde « ici et maintenant ».

2.1.1) Formation du problème

Nardone par son étude sur cent cinquante-deux cas de peur (agoraphobie / attaque de panique / compulsions / hypochondrie) s'est quand même penché sur la formation du problème et a étudié le rôle :

- du traumatisme

Un traumatisme de l'enfance irrésolu est apparu dans trois des cent cinquante-deux cas de peur examinés, sans résultat thérapeutique après prise de conscience du problème.

- d'un dysfonctionnement biologique (avec comme corollaire une efficacité médicamenteuse)

131 patients sur 152 avaient essayés un traitement dans un centre spécialisé, pour 83 il n'y a eu aucune amélioration, pour 8, la situation a empiré et 40 cas ont vu une amélioration des attaques de panique, mais sans amélioration de leur perception phobique (persistance d'un évitement des situations).

- de la fragilité psychologique

La présence d'une famille hyper protectrice ou de carences affectives n'a pas été identifiée dans 60 % des cas

- d'une origine réflexologique (mécanistique) à une expérience de stimuli effrayant.

Cela n'a pas été retrouvé dans 68 % des cas.

Il y a sûrement une part de vérité dans chacune de ces causes, mais ce que Nardone a repéré majoritairement, ce sont **deux positions** amenant au symptôme de peur.

La première est une simple pensée : « **et si je me sentais mal** », qui va devenir de plus en plus obsédante et extensive. La deuxième se met en place après un premier épisode de peur et conduit à une **surattention** des réactions de son corps de sorte que chaque signal est interprété d'une façon catastrophique.

Pour imaginer cela, Nardone utilise une histoire :

Un mille-pattes se balade sur sa branche et rencontre une collègue fourmi : « Dis donc mille-pattes, je me demandais quelque chose depuis longtemps, comment fais-tu pour marcher sans

t'emmêler avec toutes ces pattes ? ». Le mille-pattes rentra chez lui, s'assit dans son fauteuil pour réfléchir à ce problème et le lendemain il ne pouvait plus marcher.

2.1.2) Persistance du problème

Ainsi, dans le cas de l'attaque de panique avec un risque d'évolution vers l'agoraphobie, il existe un épisode initial, réel ou imaginaire, fait de symptômes somatiques d'anxiété très importants ou bien d'une grande peur d'être malade.

Cet épisode pourra très bien être isolé et ne jamais réapparaître, ou au contraire, l'individu aura tellement peur qu'il survienne de nouveau qu'il va mettre en place des solutions par « peur d'avoir peur ».

La **première de ces tentatives de solutions** pourra être le **contrôle**. Le patient va tenter de maîtriser les fonctions de son corps qui par essence sont incontrôlables. Ainsi il va être très attentif à ses battements cardiaques, à ses sueurs, à sa perte d'équilibre, à son envie de vomir... Il va écouter ses battements de cœur en craignant qu'ils ne s'accélèrent. Et parfois cette prophétie va se réaliser (l'angoisse de la tachycardie va provoquer la tachycardie). Cette « **prophétie auto-réalisante** » est valable pour les autres organes. Ainsi cet individu va soumettre chacune de ses fonctions à un contrôle obsessionnel et cette écoute attentive ne va faire bien sûr qu'alimenter le problème. En effet, le patient veut contrôler quelque chose de spontané (ses pensées, ses battements de cœur...), ce faisant il inhibe toute spontanéité et il ne peut donc laisser son corps s'adapter de façon autonome à des situations de la vie courante (quand on monte des escaliers, notre cœur s'accélère).

Une deuxième tentative de solution (T.S) sera **la demande d'aide** :

- **à l'entourage** ; mais chaque fois qu'il demande de l'aide, il reçoit un premier message qui est : « je t'aide et je te protège parce que je t'aime » mais aussi un deuxième message caché : « je t'aide et je te protège parce que tu es malade ». Ainsi la répétition de cette solution va confirmer au sujet la gravité de sa maladie de nouveau comme une prophétie auto-réalisante (je ne peux pas sortir seul car je suis malade).
- **au corps médical** ; le patient va rentrer dans la case du DSM-IV : « attaque de panique », il est donc bien malade. De plus l'attaque de panique est définie comme une maladie purement organique. Ainsi les choses sont bien fixées. « L'aide » des médicaments renforçant le tout.

En cas d'agoraphobie une troisième solution va être mise en place qui est **l'évitement**. D'une façon qui paraît justifiée, le sujet va éviter les situations où il pourrait paniquer. Et donc petit à petit il va se replier sur lui-même. Le seuil d'activation de la peur deviendra de plus en plus faible, ainsi les événements pouvant provoquer la panique vont devenir innombrables. Ainsi, au départ, une gare bien bondée sera nécessaire, puis une place, puis un bus, puis sa rue, son salon...

Comme nous l'avons vu, selon la théorie du centre de thérapie brève de Palo Alto, c'est la **répétition de ces solutions inefficaces** qui entraîne la persistance et l'aggravation du problème, pour arriver à un système de perception-réaction rigide qui fonctionne en **cercle vicieux**. Vu par ce filtre, la réalité apparaît alors comme une représentation menaçante.

Mais alors pourquoi ces personnes continuent d'appliquer ces solutions ?

Une première réponse semble être le fait que ces solutions apportent initialement un **sentiment de sécurité**, et cela de façon **rapide**, même si cela reste momentané. Cette séquence d'action a marché et donc la personne va tendre à la répéter et sans doute de plus en plus « fort », car elle sera de moins en moins efficace. Cette réaction va devenir un réflexe et entraîner la rigidité du système de perception-réaction du sujet. Les personnes vont répéter ces actions, même si elles ne marchent plus, parce qu'elles ont marché, et cela de façon très rapide, et parce que c'est l'unique solution dont ils disposent. Cette constatation montre que les résistances initiales au changement vont donc être particulièrement importantes.

Ainsi l'intervention thérapeutique devra cibler **l'arrêt des tentatives de solution** en surmontant les résistances, et faire en sorte que le sujet vive une expérience de changement dans sa perception-réaction face à une situation de crainte et puisse retrouver une confiance en soi et la capacité de mobiliser ses ressources.

2.2) Stratégie de résolution du problème

Nardone voit le thérapeute comme quelqu'un qui apporte quelque chose de différent puis, qui une fois le problème résolu, se retranche, le patient n'en ayant plus besoin. Pour imaginer cela il utilise cette histoire :

«A sa mort Ali Baba avait laissé trente-neuf chameaux à ses quatre fils. Son testament prévoyait que l'héritage serait divisé entre eux de la façon suivante, une moitié reviendrait à l'aîné, un quart au second, un huitième au troisième, et le plus jeune aurait un dixième de ses chameaux. Les quatre frères ne pouvaient se mettre d'accord, et la discussion animée était à son comble lorsque vint passer sur son chameau, un sage errant qui, attiré par le bruit de la dispute, intervint et résolut le problème des frères de façon presque magique. Il ajouta son propre chameau aux trente-neuf qui composaient l'héritage et se mit à effectuer les divisions sous le regard interloqué des quatre frères. Il attribua vingt chameaux à l'aîné, dix au second, cinq au troisième et quatre au plus jeune, puis il enfourcha le chameau qui restait considérant que c'était le sien, et repartit poursuivre son errance. » (75).

La stratégie de Nardone s'opère sur une dizaine de séances. Ce ne sont pas des recettes pouvant être appliquées à tout va, et bien sûr la nécessité de faire du sur-mesure est omniprésente.

2.2.1) Protocole de traitement

Ce protocole interviendra donc sur la demande d'aide et le contrôle.

Première étape

Elle consiste en une **écoute** attentive du patient et à l'instauration d'un **climat de confiance**. Ne surtout pas essayer de faire réaliser au patient l'absurdité de ses problèmes (ce que beaucoup de personnes doivent déjà lui faire ressentir sans que cela l'aide), mais au contraire, montrer une acceptation active de ses craintes.

Puis Nardone entraîne une confusion chez le sujet en usant d'arguments encore plus compliqués avec des symboliques obscures.

En fin de consultation, il effectue un recadrage prétentieux et fumeux sur l'intérêt du symptôme, comme preuve d'une qualité spéciale du patient, quelque chose qui lui a été donné comme un avantage sur les autres. Il lui demande donc de réfléchir sur la fonction positive du symptôme, sur le rôle essentiel qu'il a dans sa personnalité.

En raccompagnant le patient il lui raconte l'histoire du mille-pattes et de la fourmi, innocemment et sans explication.

Ainsi, le **recadrage positif** effectué complique davantage une situation déjà très complexe pour le patient, mais cette aggravation paradoxale lui permet d'avoir un nouveau regard sur son problème et sa réalité. La **confusion** qu'il entraîne engage le patient à se raccrocher à la métaphore, seule chose vraiment compréhensible dans cet énoncé obscur.

Deuxième étape

Quand il revient, le patient, comme prévu, n'a souvent pas de réponse à la fonction positive de ses symptômes, mais il note une diminution de la tension. Il se reconnaît bien souvent dans le mille-pattes qui n'arrive plus à marcher et qui s'est trop écouté. Il n'a pas relevé l'absence d'utilité au symptôme, mais sa quête impossible atténuée le mécanisme obsessionnel des « solutions déjà essayées » (l'énergie est détournée).

Après avoir écouté le patient, l'obsession est de nouveau encouragée par des discours alambiqués, prêtant toujours un rôle peut être essentiel du symptôme dans la personnalité du patient.

Enfin, la séance se termine par une **prescription comportementale paradoxale**, dirigée contre la tentative de contrôle. Nardone demande à la personne de prendre un **réveil** et de le programmer pour qu'il sonne une demi-heure plus tard. Chaque jour, à la même heure, il devra s'asseoir chez lui et penser aux pires choses qui le font paniquer. Il devra essayer d'aller le plus loin possible dans ses sensations désagréables et pourra se rouler par terre, s'arracher les cheveux.... Dès que le réveil sonnera, il s'arrêtera, se passera de l'eau sur le visage et retournera à ses activités habituelles.

Troisième étape

En général, cette prescription entraîne deux types de réaction. Soit le patient a essayé, mais n'a pas réussi à angoisser et a même fini par rire du ridicule de la situation. Soit le patient a réussi et a ressenti le même type de symptôme que lors de ses attaques, conduisant à des pleurs... et puis le réveil a sonné et tout était terminé.

Dans les deux cas, les patients disent avoir ressenti une diminution des symptômes dans la semaine.

Après avoir écouté le patient, un recadrage positif est effectué (« tout ce qui vient du patient est bon », disait Erickson). Dans le premier cas on explique que comme le patient a pu le remarquer, le symptôme perd de sa puissance quand on le provoque volontairement. C'est effectivement paradoxal, mais souvent, comme il a déjà pu le constater notre esprit fonctionne en dépit du bon sens et il apprend à ne plus tomber dans le piège de ses troubles. Dans le deuxième cas, on félicite encore le patient, en lui montrant que s'il a pu contrôler l'apparition du symptôme, il peut de la même façon le faire disparaître (ce qu'il a fait par l'intermédiaire du réveil).

La confiance dans la thérapie est grandement accrue, car le patient voit par des preuves irréfutables de ses progrès. Il importe alors, de bien **lui attribuer les mérites du changement**, le thérapeute n'ayant usé que de stratégie pour lui révéler les capacités qu'il avait en lui. La motivation qui en découle est très importante pour ces personnes qui se considèrent et qui

croient être considérées comme des incapables. Cette position permet aussi d'inscrire le changement dans la continuité, il n'apparaît pas ainsi comme quelque chose de magique. Nardone **saupoudre** les séances de **métaphores** illustrant le problème, ou montrant les capacités de changement. Comme celle de Yu Grand, qui contrairement à son père qui avait érigé des barrages en vain pour supprimer les inondations de son pays, creusa des canaux pour faire couler l'eau là où on voulait qu'elle coule.

Puis, le rituel est allongé à 45 minutes, puis à une heure et là pratiquement tous les patients ont avoué leur incapacité à se sentir mal, ressentant même une certaine détente. On conseille aussi au patient de repenser à l'histoire du mille-pattes.

Arrivé à ce stade, la plupart des patients ont moins d'attaques de panique, ils s'approprient les métaphores et expérimentent sans pouvoir l'expliquer une diminution de leurs troubles.

C'est à ce moment que Nardone **explique les stratégies utilisées** ; il existe une résolution possible du problème par des stratégies paradoxales, dont le patient pourra maintenant se servir.

S'en suit un avertissement sur le fait qu'il faut **ralentir le processus de changement** « si vous appuyer trop sur l'accélérateur vous risquez de quitter la route ». Puis Nardone **prescrit la rechute** : « je suis convaincu que vous allez avoir une rechute caractérisée », mais quoiqu'il arriva continuez de vous servir de votre nouvel outil pour y faire face. Grâce à cette technique, il évite une trop grande pression de réussite et si la rechute arrive (ce qui est rare), elle sera intégrée au processus de guérison et n'altèrera pas la confiance dans le thérapeute.

Puis le patient repart avec **la prescription de l'anthropologue** : « nous pouvons commencer à utiliser de façon positive votre sensibilité, comme l'anthropologue je veux que observiez, étudiez, comprenez les gens qui vous entoure. Et grâce à votre sensibilité aigüe, je suis sûr qu'à la prochaine séance vous me ferez part de découvertes intéressantes».

Cette prescription veut inciter le patient à détourner l'écoute démesurée qu'il a de lui vers l'écoute des autres.

La séance suivante se passe à renforcer les sujets dans cette nouvelle capacité d'écoute en mettant l'accent sur son utilité dans l'interaction avec les autres.

Le nombre de crises diminue, les séances sont espacées pour renforcer l'autonomie du sujet. A chaque fois l'accent est mis sur **les compétences du sujet**, sur le fait que c'est lui qui est son principal thérapeute...

Quatrième étape

Souvent, à ce stade, même s'ils se sont spectaculairement améliorés les patients gardent leur penchant obsessionnel (« **penser beaucoup et agir peu** »), Nardone utilise alors la **prescription de la formule magique** : « à chaque rumination obsédante vous copierez 5 fois « think little and learn by doing » ». Très peu de patient exécutent cette prescription qui donnerait le coup de pouce final en permettant de modifier le système de perception-réaction obsessionnel du sujet par l'autodérision qu'elle implique. Le sujet voulant éviter cette source potentielle d'humiliation, évitera aussi ce qu'il reste de sa capacité à ruminer.

Les séances s'espacent encore, avec toujours une redéfinition positive des changements et une valorisation des compétences.

Dernière étapes

Pendant la dernière séance ? Nardone explique toutes les stratégies qu'il a utilisées en expliquant leur fonctionnement. Tout était déjà présent chez le patient, le thérapeute n'ayant fait **qu'activer ses ressources**.

Le sujet, qui possède donc maintenant ses outils, n'a donc plus besoin du thérapeute.

2.2.2) Protocole de traitement en cas d'agoraphobie associée

Ces deux problèmes sont comme nous l'avons vu souvent liés.

Le protocole de traitement ne pourra fonctionner que si l'accent est mis sur les tentatives de solutions du syndrome prédominant. La demande d'aide est souvent présente dans les deux cas. On insistera plus sur le contrôle obsessionnel si l'attaque de panique domine et plus sur l'évitement si c'est l'agoraphobie.

Le début du traitement sera donc consacré à la découverte du système de perception-réaction dominant.

Stratégies utilisées contre la demande d'aide et l'évitement

Le sujet phobique est par essence dans l'urgence et donc très demandeur et impliqué. Il convient donc de s'appuyer sur cette motivation et de leur faire vivre une expérience thérapeutique rapidement, sinon ils feront ce qu'ils savent très bien faire : fuir.

C'est pourquoi, après une écoute suffisante reprenant les codes (langage, posture...) du patient (ce qui accentue le sentiment d'être compris) ; un recadrage différent de son système de perception-réaction lui est proposé. Son problème vient de sa demande d'aide, il doit donc comprendre que cette aide est néfaste et même dangereuse. On lui explique très théoriquement et sur un mode de communication hypnotique, que l'implication de sa famille et de ses amis ne font que confirmer pas à pas son incompétence et sa dépendance. Bien sûr, il ne peut pas encore s'en passer, mais il doit comprendre que cette bouée de sauvetage lui est nocive. Il doit **craindre d'être aidé car cela renforce son symptôme**. Le fait de dire qu'il ne peut pas encore s'en passer accentue la motivation sans rajouter de pression.

A la fin de la séance, une première prescription comportementale est proposée, mais elle est présentée dans un but de compréhension du problème, évitant une attention trop grande sur ses effets thérapeutiques. Ainsi, à chaque fois que le patient ressentira un moment de panique et même si cela arrive cent fois par jour il devra remplir d'une façon très scrupuleuse un **carnet de bord**. Ce calepin, très ennuyeux à remplir, sera composé de colonnes avec le jour, l'heure, l'endroit, les pensées, les symptômes...qui surviennent lors de ces moments.

Deuxième étape

Lors de la deuxième séance, soit le patient n'a pas fait de crise et donc s'excuse de n'avoir pu remplir le carnet, soit il a eu quelques moments difficiles qui disparaissent lors de l'écriture. Aucun des patients n'a demandé d'aide.

Le cercle vicieux des tentatives de solution commence à se rompre.

Remplir le carnet est si lourd, qu'il reste moins d'énergie pour paniquer, l'attention est détournée. La crainte d'être seul est remplacée par la crainte plus grande de demander de l'aide et donc d'augmenter le problème.

L'accent est alors mis sur le fait que si une intervention si minime a réussi à faire avancer le problème, c'est qu'il n'est pas si insoluble.

Dans le cas où les prescriptions ont peu marché, on les maintient une semaine de plus. Puis la séance se termine avec la prescription du réveil matin, présentée sous un jour absurde, mais avec l'appui de la confiance gagnée.

Au fur et à mesure des séances, les progrès s'intensifient et la personne est mise en garde contre une guérison trop rapide (« **hâte-toi lentement** »).

Troisième étape

Puis vient la **prescription d'exposition**. Nardone demande au patient d'aller lui chercher une pomme au marché, mais le trajet sera ponctué d'une pirouette à chaque étape : « vous vous rendez jusqu'à la porte de chez vous et avant de l'ouvrir, vous ferez une pirouette... refermez la porte et vous referez une pirouette... en bas de l'escalier... en passant le coin de rue... »

Ces personnes, qui ne sortaient plus de chez elles, expérimentent une exploration « amusante », grâce au détournement de leur attention.

Bien sûr ils comprennent la technique, mais le résultat, qui leur appartient, est là, indiscutable. Puis, les patients sont de plus en plus exposés à des situations anxiogènes, avec une diminution concomitante des suggestions jusqu'à ce qu'ils soient capables d'affronter toutes les situations autrefois angoissantes.

Quatrième étape

Elle consiste, comme auparavant, en une explication des stratégies utilisées et en une valorisation du patient : c'est lui le principal acteur de la thérapie. Un suivi espacé est alors décidé.

L'approche de Nardone me semble intéressante à plus d'un titre.

- Elle reprend les principaux thèmes des thérapies brèves fondées sur les **ressources** du patient, sa capacité à résoudre ses problèmes. Elle permet une **autonomisation** du patient et non pas de créer une addiction au thérapeute (parfois plaisante mais peu thérapeutique). Le but étant, qu'à la dernière séance, le patient parte en se sentant « guéri » et avec l'impression qu'il n'avait pas tellement besoin de nous, car les capacités étaient en lui.
- Elle permet de se passer de traitement anxiolytique ce qui supprime aussi ce risque de dépendance.

- Elle a un **début et une fin**, si au bout de trois ou quatre séances la personne ne se sent pas améliorée, il n'y a pas d'intérêt à continuer. De plus le nombre total des séances est faible (en moyenne une dizaine).

- Elle est théorisable et surtout reproductible. De plus, l'école de Palo Alto voyant le problème d'une façon totalement différente de la classification du DSM-IV, la discussion entre les différents professionnels des différents courants s'est avérée un peu compliquée. Si on pense ne pas parler de la même chose, il est difficile d'échanger des idées. Nardone a eu le mérite de se servir des critères du DSM-IV comme base et d'appliquer l'optique de l'école de Palo Alto comme traitement. La discussion et l'échange deviennent possibles, ainsi que l'évaluation et la comparaison de l'efficacité des différentes méthodes.

- Elle suppose une participation active des deux parties, le thérapeute n'étant plus un simple « réceptacle à plainte ». Ainsi le thérapeute y trouve lui aussi son compte en retrouvant une fonction créatrice propre à l'art médical. En effet, ce protocole est une « image » de quelque chose de différent, qui n'est pas applicable comme une recette de cuisine (cas clinique n°3), mais qui doit être adapté à chaque patient. Sa formulation devra reprendre l'attitude et les mots du monde du patient. La prescription sera administrée au bon moment, à la bonne dose en fonction du poids et de la gravité de la pathologie, avec l'optique d'entraîner le moins d'effets secondaires et sous la forme la plus adéquate. Ce n'est pas le patient qui doit s'adapter au modèle thérapeutique, mais bien le thérapeute qui doit adapter sa technique. Le patient est respecté, le thérapeute adoptant une position basse n'est plus le seul détenteur du savoir, en effet il livre en fin de thérapie toutes les stratégies qu'il a utilisées et que le patient s'est appropriées.

La plainte pourra être transformée en « cadeau » permettant au patient de mieux se connaître, d'apprendre ses limites et à sortir du contrôle.

3) MODELE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL

1) UN PEU D'HISTOIRE

Le courant comportementaliste s'est intéressé à l'anxiété bien avant l'individualisation du trouble panique. En 1927, Pavlov développe les premières théories de l'apprentissage et décrit le conditionnement répondant « classique » (76). Puis Skinner en 1937, distingue le conditionnement opérant du conditionnement pavlovien. Mais, il faut attendre les années cinquante pour voir apparaître les premières applications pratiques de ces théories. Ainsi en 1958, Wolpe a été le premier à utiliser le terme de thérapie comportementale en mettant au point un traitement de désensibilisation systématique des phobies. Marks, en 1969, propose une distinction entre agoraphobie et phobie sociale et élabore en 1987 une technique d'exposition dans le traitement de l'agoraphobie. Puis, différents modèles d'attaque de panique sont proposés, dont celui de Sheehan en 1982 qui rend compte de mécanismes de conditionnement répondant et opérant (77). A ces théories comportementales, s'est ajoutée l'approche cognitive. Beck, en 1959 développe l'idée de thérapie cognitive, au départ indiquée dans la dépression, puis dans l'anxiété. Sur cette base, Clark (78) propose un modèle cognitif du trouble panique complétant l'approche comportementale. Barlow, en 1988, décrit le modèle de la « fausse alarme » et intègre des facteurs de risques biologiques et psychologiques au trouble panique (79).

Ainsi, depuis de nombreuses années, les thérapies cognitives et comportementales ont trouvé leur place dans la prise en charge du trouble panique.

De la même façon que dans l'approche de Nardone, la thérapie cognitive et comportementale (T.C.C.) se base sur les critères diagnostiques du DSM-IV.

2) LA THEORIE

2.1) Mécanisme de la première attaque

Compte tenu du risque évolutif grave, la première attaque doit bénéficier d'une prise en charge poussée.

2.1.1) Les principaux acteurs de l'attaque de panique du point de vue comportementaliste.

2.1.1.1) Les facteurs de risque (cf. partie sur les facteurs de risque dans l'épidémiologie)

2.1.1.2) Les facteurs déclenchants

A) Internes

La réaction d'alarme

Comme nous le verrons (cf. partie sur la physiopathologie), la réaction d'alarme dépend de l'**amygdale**. C'est une réaction automatique déclenchée par notre cerveau quand il perçoit un danger dans notre environnement, un déséquilibre dans le fonctionnement du corps ou lorsque nous éprouvons une peur. Elle ne paralyse pas le cerveau, mais au contraire, elle augmente son niveau d'éveil et prépare le corps à l'action (augmentation de la fréquence cardiaque, du tonus ...). Intuitivement, nous savons qu'elle fait partie du fonctionnement normal de notre organisme, de nos sensations habituelles comme la faim ou la fatigue. Quand nous entendons, dans la rue, le bruit d'une explosion, nous sursautons, le cœur s'emballe, un frisson nous parcourt...puis le retour à l'équilibre se fait rapidement sans que l'on se pose de question sur notre contrôle.

La cognition

Les cognitions sont des pensées automatiques et involontaires qui s'imposent à notre conscience. C'est notre petite voix intérieure, la manière dont nous nous parlons à nous-mêmes, elles constituent en quelque sorte le bruit de fond de la pensée.

Dans le cas de l'attaque de panique, on retrouve l'irruption d'une **cognition paniquante** :

- « je peux faire une crise à n'importe quel moment et mourir »
- « je deviens fou et il n'y a pas de traitement »

La peur

La peur est une émotion, dans l'attaque de panique elle peut aller jusqu'à la terreur. C'est une impression diffuse de mort, de folie imminente, de catastrophe.

B) Externe

Le stimulus

Un **stimulus** est un évènement externe qui déclenche une réaction dans un organisme. Un stimulus est dit **inconditionnel** s'il déclenche invariablement la même réponse ; il se construit au cours de la première attaque.

En T.C.C., dans l'attaque de panique, ce sont les situations que le patient juge dangereuses ou génératrices d'angoisse, ou les variations extrêmement rapides de facteurs physiques de l'environnement (explosion, lumière, accélération...).

2.1.1.3) *Le déroulement*

La phase primaire (annexe 13 et 14)

Elle résulte d'une **combinaison des facteurs** prédisposants, des facteurs précipitants, des facteurs de vulnérabilité émotionnelle et physiologique, et des facteurs déclenchants (79). Dans le cas de l'annexe 13, on retrouve un facteur de risque familial (antécédent d'attaque de panique chez la mère), un facteur de vulnérabilité émotionnelle (inquiétudes concernant la maladie du mari) et un facteur précipitant sur le plan physiologique (état d'épuisement)(77). Le métro est un formidable pourvoyeur de facteurs déclenchants externes qui ici provoquent une réaction d'alarme (l'environnement est ressenti physiquement comme hostile). Cette réaction est bénigne et doit normalement aboutir à un rapide retour à l'état d'équilibre. Mais dans ces circonstances, il existe une **confusion** entre la **réaction d'alarme** (ici tachycardie, sueurs) avec un **signal de danger** (78, 80). La réaction d'alarme n'est pas une cause de danger, mais une réaction face à un danger. Cette confusion entre la cause et la conséquence intensifie la réaction d'alarme. Surgit alors la **cognition paniquante** (« je vais faire une crise cardiaque ») qui s'accompagne d'une peur.

La phase secondaire (78)

Chacun des éléments va pouvoir alimenter l'autre. La cognition paniquante va augmenter la réaction d'alarme qui l'alimentera à son tour, augmentant la peur...C'est le **cercle vicieux** de l'attaque de panique, aboutissant à une perte de contrôle, et à des cognitions et des peurs de plus en plus irrationnelles (mourir, devenir fou...). Plus les récurrences sont fréquentes, plus le cercle vicieux se fige. Et le risque, que n'importe quel déclencheur de cognition paniquante, de réaction d'alarme ou de peur puisse, en quelques secondes, déclencher la phase secondaire devient très important.

La phase tertiaire

Elle dure environ une heure et demie et correspond à l'**épuisement** des substances responsables de la réaction d'alarme (adrénaline, noradrénaline... (cf. partie sur la physiopathologie)).

Si la pensée paniquante n'est pas remise en cause rapidement, la probabilité de survenue d'une nouvelle attaque est élevée.

2.2) Persistance du problème et évolution vers le trouble panique-agoraphobie (T.P.A.)

Le trouble panique et l'agoraphobie sont très souvent liés, intriqués et se compliquent l'un l'autre. En T.C.C., il n'est pas fondamental de circonscrire précisément leurs limites respectives car les principes du traitement reposent sur les mêmes bases. Comme pour le protocole de Nardone, on appuiera plus sur certaines stratégies en fonction du syndrome prédominant.

Comme nous l'avons vu pour rentrer dans un T.P.A. il faut que les attaques de panique se répètent. Quels mécanismes expliquent que chacun des ingrédients contribue à rigidifier le cercle vicieux de l'attaque de panique et devienne un point d'entrée de ce cercle ?

2.2.1) Contribution de la cognition paniquante (78, 80)

Une cognition paniquante annonce l'apparition d'une situation dangereuse, elle fait apparaître instantanément la réaction d'alarme et augmente la peur.

C'est un **stimulus inconditionnel** (le seul de l'attaque de panique) car sa présence engendre toujours la même réponse : l'attaque de panique.

Le problème de la cognition paniquante est qu'elle est **fausse** mais qu'elle donne toujours l'impression d'être **vérifiée**. En effet, si on ne connaît rien des effets physiologiques de la réaction d'alarme (renforcés dans le cadre de l'attaque de panique), ces cognitions deviennent des certitudes jamais remises en cause spontanément. La cognition « je vais étouffer » est prouvée par l'hyperventilation de l'attaque de panique. Ces cognitions sont donc appelées « **croissance autoréalisatrice** » (rappelant étrangement la « prophétie auto-réalisante » de Nardone).

La **restructuration cognitive** du traitement repose sur l'explication de l'inexactitude de la cognition paniquante qui perdra ainsi son statut de stimulus inconditionnel.

2.2.2) Contribution de la réaction d'alarme

Normalement, la réaction d'alarme ne déclenche ni peur, ni cognition paniquante, c'est ce que l'on appelle un **stimulus neutre** (S.N.) (dans la première attaque ce n'est pas la réaction d'alarme qui déclenche l'attaque mais une confusion, associée à des circonstances favorisantes).

Pour que la réaction d'alarme devienne un déclencheur d'attaque de panique, il faut qu'elle passe du statut de stimulus neutre, à celui de stimulus conditionnel (S.C.). C'est-à-dire un stimulus comparable au **stimulus inconditionnel** (S.I.) et capable à lui seul de déclencher une attaque.

Dans l'attaque de panique, il y a un **couplage** entre la cognition paniquante (S.I.) et la réaction d'alarme (S.N.). La répétition d'un couplage entre S.I. et S.N. transforme le S.N. en **stimulus conditionnel**. Et donc, la réaction d'alarme devient rapidement capable de déclencher des attaques et donc d'augmenter les cognitions paniquantes et la peur. C'est ce que l'on appelle le **conditionnement**.

Même quand les cognitions paniquantes sont éliminées par la restructuration cognitive, la réaction d'alarme garde son statut de déclencheur (S.C.). C'est le travail d'**exposition répétée**, en l'absence de cognition paniquante, qui lui fera perdre ce statut, pour lui faire retrouver celui de stimulus neutre ; c'est le **déconditionnement**.

2.2.3) Contribution de la peur (78)

La peur déclenche la réaction d'alarme, qui à l'origine ne déclenche pas d'attaque. La peur est donc aussi un **stimulus neutre**.

Deux possibilités peuvent la transformer en stimulus paniquant :

- indirectement en déclenchant la réaction d'alarme si elle est devenu un stimulus paniquant.
- Par couplage répété avec un stimulus inconditionnel (comme pour la réaction d'alarme). Nous avons vu que dans l'attaque de panique, le seul stimulus inconditionnel est la cognition paniquante, qui deviendra, couplée à la peur : «il est dangereux d'avoir peur cela déclenche des attaques de panique ».

C'est la répétition du couplage entre des symptômes propres à chacun (certains se focaliseront sur le cœur), avec des cognitions paniquantes (d'arrêt cardiaque), et des peurs (de mort imminente) qui fixe donc les choses.

Par extension, les **sensations physiques ordinaires**, correspondant à un corps en vie et donc en mouvement, pourront devenir des modes d'entrée dans la panique. En effet, leurs expressions ressemblent, parfois, à certains symptômes de l'attaque et conduisent à une confusion. Par exemple, supposons qu'un couplage ait déjà été fait entre hyperventilation, des cognitions paniquantes à type d'étouffement et une peur de mourir. Le fait de monter un étage, en augmentant la fréquence ventilatoire, pourra entraîner des attaques de panique.

De la même façon les **éléments physiques environnants**, comme le vide, parce qu'ils entraînent physiologiquement des réactions d'alarme, vont pouvoir être des déclencheurs de panique ; s'ils ont été, à un moment, mal interprétés et couplés avec des cognitions paniquantes.

Le patient atteint va aussi transformer des situations, au départ sans danger, en **situations paniquantes** (c'est le conditionnement répétant (77)). Un ascenseur, dans la population générale ne déclenche pas d'attaque, c'est donc un stimulus neutre. Des patients souffrant d'attaques de panique peuvent prendre l'ascenseur accompagnés, ce n'est donc pas un stimulus inconditionnel. Il faut, comme nous l'avons vu, un couplage répété avec un stimulus inconditionnel pour qu'un stimulus neutre devienne un stimulus conditionnel. Le seul stimulus inconditionnel, qu'on peut trouver dans cette situation, est la peur. D'où vient cette peur ? Le plus souvent, c'est la peur d'être bloqué dans un endroit confiné, ou plus généralement la peur d'être bloqué dans un endroit où il serait dangereux de faire une attaque de panique. Prendre plusieurs fois l'ascenseur, avec un niveau d'angoisse élevé, permet ce couplage. L'ascenseur devenant alors un stimulus conditionnel (la survenue d'une attaque de panique dans un ascenseur aboutit aussi au même résultat). Ainsi toutes les situations vécues avec de l'angoisse et les situations où ont lieu des attaques de panique pourront devenir des stimuli inconditionnels. Le tout, sera verrouillé par des croyances autoréalisatrices (cognition paniquante) fausses mais admises (« si l'ascenseur se bloque, c'est dangereux, donc, il ne faut pas prendre l'ascenseur » ou bien, « si l'ascenseur se bloque, je vais avoir peur, et donc, si j'ai peur, je vais faire des attaques de panique »).

Les **modes d'entrées** deviennent donc **innombrables** mettant en échec les tentatives d'évitement. Certains facteurs vont d'ailleurs être impossibles à éviter, ceux, imprévisibles liés à l'environnement (explosions, froid, vide...) et ceux liés au fonctionnement normal du corps.

2.3) Intervention du comportement dans la fixation du trouble

Quelles sont les stratégies que le patient met en place et qui sont responsables de la fixation du trouble panique-agoraphobie ?

2.3.1) Participation de la fuite et de l'évitement (77, 78)

Supposons, qu'une personne se sente mal à l'idée de prendre le métro, depuis un épisode de panne entre deux stations (pour une cause guère rassurante). Ce matin, elle décide de prendre sa voiture et pratiquement instantanément, elle ressent un grand soulagement. Ce grand soulagement augmente un peu l'anticipation angoissante de la situation. Ainsi, chaque matin, pour diminuer l'appréhension, soit elle prend sa voiture, soit elle sort précipitamment du bus avant que les portes ne se referment.

Cet évitement, de plus en plus régulier, augmente donc progressivement sa peur et conditionne une réaction d'alarme de plus en plus forte à l'idée de prendre le bus. A chaque évitement, l'anxiété diminue rapidement mais en augmentant l'anxiété d'anticipation (annexe 15), c'est le phénomène de **sensibilisation** (ou conditionnement opérant (77)).

Cette stratégie pour éviter l'anxiété à court terme, **augmente donc l'anxiété à moyen terme** (annexe 16).

Les comportements d'évitements, de plus en plus fréquents, valident en plus l'idée qu'il existe un danger réel et constant. Cette validation d'un risque réel, plus elle est fréquente, augmente l'angoisse et les comportements irrationnels qui l'accompagnent.

2.3.2) Participation des mesures de sécurité (78)

Dans le T.P.A., les mesures de sécurité vont se multiplier pour essayer de sécuriser des situations angoissantes.

Si nous prenons le cas de l'angoisse de rester bloqué dans un ascenseur, au début, les pensées seront : « un ascenseur spacieux, moderne et silencieux sera moins dangereux ». Ensuite, il faudra une personne de confiance pour nous aider à nous contrôler en cas de blocage ; puis, il faudra rester près de la porte pour ne pas manquer d'air, avec une bouteille d'eau et un téléphone portable...et éviter les ascenseurs qui se sont déjà bloqués...

Au début, d'un regard, on saura si l'ascenseur est sûre, puis la liste devient tellement longue qu'on ne prend plus beaucoup l'ascenseur. Ainsi, **l'addition des mesures de sécurité** participe à la montée de l'angoisse au même titre que l'évitement.

Mais, l'idée de base, qu'il est dangereux de rester bloqué dans un ascenseur, est fautive et donc les mesures énoncées sont en plus d'être fautes, inutiles.

2.3.3) Participation de l'hypervigilance (79)

Une trop grande attention des sensations physiques augmente la sensibilité des perceptions et induit un **état de tension permanent**. Cette hypervigilance accroît l'activité du système sympathique et diminue le seuil de perception de certains processus comme l'hyperventilation. De plus, dans un environnement où les perceptions sont saturées, l'abandon de cette surveillance physique (qui rejoint un comportement de sécurité) provoque une sensation de danger. A l'inverse, un environnement calme (endormissement) augmente la perception des

manifestations physiques et deviendra aussi propice au déclenchement des attaques de panique.

Ainsi, la vie ne devient qu'évitements, ponctuée d'attaques de panique, engendrant de nouveaux évitements. Le tout, conduisant au repli sur soi et donc à l'isolement.

3) IMPLICATION THERAPEUTIQUE

Dans les attaques de panique, il n'existe qu'un stimulus inconditionnel, représenté par les cognitions paniquantes. Elles sont fausses, mais déclenchent des symptômes réels. Le traitement s'attachera donc à leur faire perdre ce statut de stimulus inconditionnel en les remettant en cause : c'est **la restructuration cognitive** (81).

Les autres facteurs déclenchant sont des stimuli conditionnels, le traitement sera donc un **déconditionnement par des méthodes d'exposition**.

3.1) Stratégie de prise en charge de la première attaque de panique

Compte tenu du **risque de complications graves**, cette première attaque, comme nous l'avons dit, doit bénéficier d'une prise en charge optimale, qui peut se faire à l'urgence, par le médecin généraliste ou par un psychiatre.

Il faut tout d'abord, bien sûr, éliminer une pathologie organique par un bilan médical complet. L'impression de mort ou de catastrophe imminente rapproche ces patients des victimes d'évènements traumatiques graves. Il faut donc, une fois le diagnostic évoqué, procéder à un **débriefing** en urgence avec un médecin :

- écoute en détail du ressenti physique et émotionnel et de ce que le patient a pensé et fait pendant cette attaque.

- explication méthodique de chaque manifestation ressentie et réponse claire à chaque question, avec un objectif de compréhension des symptômes de l'attaque.

Le but étant, d'aider le patient à « construire une interprétation de l'évènement qui ne soit pas en elle-même une source d'anxiété et, donc, un facteur déclenchant pour d'autres attaques de panique (anticipation sous la forme d'une peur d'avoir peur) »(82). On ne cherche pas à rassurer le patient par des paroles toutes faites. Puis, le patient est informé des risques de complication à type de récurrence et de développement d'un T.P.A et il est orienté vers son médecin généraliste ou vers un spécialiste des T.C.C. en cas de troubles chroniques, stables et évolutifs.

3.2.) Prise en charge ultérieure

Les T.C.C utilisent volontiers des **échelles** pour affiner le diagnostic (annexe 17). Des échelles d'évaluation seront aussi utilisées régulièrement par la suite, pour que le patient mesure ses progrès. En T.C.C., les premières séances sont consacrées à l'analyse fonctionnelle (selon différents modes que nous ne détaillerons pas), qui consiste à analyser les facteurs actuels et passés de déclenchement et de maintien des comportements problématiques, des émotions et des cognitions qui l'accompagnent. Le but est d'établir un profil du patient et une ligne directrice de traitement adaptée à son cas particulier. Le traitement va ensuite se dérouler en plusieurs étapes.

3.2.1) Démystification des symptômes et identification des pensées automatiques

Les thérapeutes incitent leurs patients à comprendre parfaitement chaque rouage de leur trouble, le but étant, pratiquement, qu'ils puissent l'expliquer à un autre patient souffrant de ce même trouble. Ainsi, des explications très poussées sont données sur toute la théorie de construction de l'attaque de panique, de la même façon qu'il a été fait dans la première partie de cet exposé, mais adaptées à chaque patient.

Chacune des manifestations ressenties par le patient lui est expliquée en détail.

Avec l'idée que, la connaissance des facteurs déclenchants ordinaires de ses symptômes pourra lui éviter d'imputer leur apparition à une maladie mystérieuse et grave, et qu'il pourra pratiquer volontairement des exercices de déclenchement et d'exposition.

Par exemple, dans le cadre de l'oppression respiratoire, les muscles responsables de la respiration ainsi que leurs fonctionnements sont détaillés. Puis cette mécanique est ressentie à l'aide de différents exercices. La réaction d'alarme est présentée comme une augmentation de la tension musculaire responsable de cette oppression, qui à son tour augmente la réaction d'alarme...

Il existe ensuite différentes techniques pour mettre à jour les pensées automatiques comme la technique de la flèche descendante (imaginer la pire conséquence du symptôme, puis la pire conséquence de cette première conséquence...). Puis ces cognitions paniquantes sont ensuite décortiquées de façon très claire (annexe 18). Ainsi, chacune des manifestations du patient lui est expliquée de façon très poussée, la tachycardie, les vertiges, les jambes qui lâchent, l'hyperventilation (avec par exemple les conséquences de l'augmentation en oxygène et de la diminution du gaz carbonique) avec comme corollaire le démontage systématique des cognitions paniquantes (infarctus, étouffement...).

3.2.2) L'exposition

Les cognitions paniquantes ne sont pas remises en cause car le patient fuit la situation angoissante avant d'avoir pu voir et ressentir leurs inexactitudes. Seule une exposition prolongée peut amener cette remise en cause et une baisse de l'anxiété. En effet, face à une situation angoissante, l'anxiété finit toujours par baisser et nous n'avons pas d'infarctus. L'exposition est donc, un déconditionnement de la peur et de la réaction d'alarme, face à des situations ou des sensations physiques angoissantes.

Une exposition régulière et prolongée diminue l'intensité et la durée de l'anxiété de l'exposition suivante : c'est le **phénomène d'habituation** (qui est donc l'inverse de la sensibilisation). Chaque exposition, pour ne pas être une sensibilisation, doit être prolongée jusqu'à obtenir une baisse de 50 % de l'anxiété, pour obtenir à terme une **extinction** de la réponse d'évitement.

Les exercices d'exposition à une situation précise doivent être maintenus tant que l'anxiété persiste, il existe sinon un risque de récurrence très important.

3.2.3) Eviter les comportements de sécurité

Les exercices d'exposition ont de grandes chances d'être inutiles, si les comportements de sécurité ne sont pas bannis. En effet, les comportements de sécurité sont totalement faux (ils sont de toute façon élaborés à partir d'idées fausses : les cognitions paniquantes) et comme nous l'avons vu construisent l'idée qu'il existe un danger.

3.2.4) Utiliser l'auto-observation

Le travail d'auto-observation doit être réalisé immédiatement après chaque exposition. Il n'est possible, qu'une fois que le patient a bien compris toute la mécanique du problème et qu'il est capable de repérer ses cognitions paniquantes, ses comportements d'évitement et ses différentes sensations physiques. Il permettra au patient de prendre du recul et ainsi, de s'attaquer aux problèmes point par point (annexe 19). L'auto-observation en centrant la personne sur le présent est aussi un bon moyen d'éviter les anticipations catastrophiques.

3.2.5) Le travail de restructuration cognitive

Après avoir rempli le tableau d'auto-observation, un nouveau travail est demandé au patient, qui consiste à s'interroger sur la cohérence de ses cognitions et à rechercher des cognitions plus en adéquation avec la réalité. Il doit ainsi répondre à une série de questions :

- « **quelle était la signification des symptômes ?** » (Annexe 20)

Les commentaires face à cette question se transformeront petit à petit en cognitions spontanées (cette fois vraies) associées aux situations d'exposition.

- « **jusqu'à quel point les pensées étaient-elles vraies ?** »

En utilisant une technique de questionnement systématique on va pouvoir remettre en cause les cognitions et bien faire ressortir sa part irrationnelle (annexe 21) :

- quelle est la part de réalité dans la cognition ?
- quels sont les arguments en faveur de la cognition ?
- quelle est la réalité de ces arguments ?
- quels sont les arguments qui contredisent la cognition ?

- « **les cognitions se sont-elles vérifiées ?** » (annexe 22)

- « **quel est le principe qui donne une impression de danger ?** » (annexe 23)

- « **en quoi l'exercice d'exposition remet-il en cause le principe de danger ?** » (annexe 24)

On va donc demander au patient de modifier ses pensées automatiques et de formuler des pensées plus réalistes.

Cette procédure peut sembler complexe mais les auto-observations sont de plus en plus rapides à réaliser et les cognitions paniquantes sont limitées en nombre et donc de plus en plus faciles à remettre en cause. Ainsi l'exposition suivante confirmera la réalité de la nouvelle cognition qui facilitera l'exposition...

3.2.6) Respecter des paliers

Les T.C.C. utilisent des échelles d'anxiété, le patient cotera ainsi de 1 à 10 chaque situation angoissante de manière à obtenir une **hiérarchisation** des situations anxiogènes (annexe 25). L'exposition doit être graduée, il est donc déconseillé d'affronter des situations d'un niveau d'anxiété supérieur à 4, qui engendreraient des comportements de fuite, responsable d'une sensibilisation. Si le patient ne trouve aucune situation ne dépassant pas 4, il faudra s'aider d'un traitement médicamenteux pour diminuer l'anxiété (cf. partie sur la thérapeutique médicamenteuse).

3.3) Mise en place du traitement de façon concrète

Le patient, avec l'aide du thérapeute, va donc se construire un programme d'action, basé au départ sur les sensations physiques, puis sur les situations angoissantes.

3.3.1) Exposition aux facteurs internes

C'est donc, l'exposition aux sensations physiques (exposition intéroceptive (77)). Par exemple, pour les sensations d'oppression respiratoire, l'exercice pourra être de respirer à travers un mouchoir pendant une minute. Cet exercice est répété plusieurs fois, avec des durées de plus en plus longues, il est suivi de la réalisation immédiate d'un tableau d'auto-observation, puis d'un questionnement de restructuration cognitive.

Puis, une fois que l'exercice ne génère plus d'anxiété, on passe à un exercice plus dur et cela pour chacun des symptômes qui gênent le patient.

3.3.2) Exposition aux facteurs externes

C'est l'exposition aux situations angoissantes. Il est très important de continuer à respecter une hiérarchie. Ainsi, avec l'aide des échelles d'angoisse le patient va se constituer des étapes d'exposition en graduant précisément les situations et en évitant soigneusement les comportements de sécurité (annexe 25). L'**exposition graduée in vivo** peut être précédée d'une exposition graduée en imagination, qui, quand elle a permis une diminution de 50 % de l'anxiété de la situation imaginée, peut permettre d'affronter cette même situation concrètement. Le même travail d'auto-observation et de restructuration cognitive sera ensuite réalisé pour chaque mise en situation. Il faudra, à chaque fois, valoriser les réussites et les efforts du patient (renforcement positif).

Le but est de contrôler l'anxiété, mais contrôler ne contredit pas le fait d'accepter. L'exposition régulière amène à banaliser l'angoisse, sans effort actif pour la contrôler. La réaction d'alarme et les manifestations corporelles sont acceptées à leur juste valeur et n'engendrent plus de cognitions paniquantes, ni de peurs envahissantes. Ainsi, cette indifférence relative permet de retrouver des réactions plus stratégiques et moins émotionnelles par rapport aux événements de la vie quotidienne.

4) MODELE PHYSIOPATHOLOGIQUE

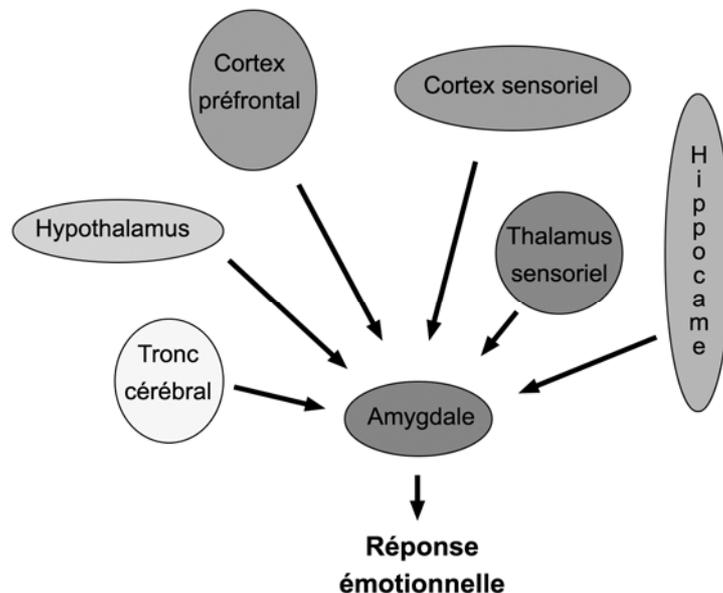
4.1) PARTIE THEORIQUE

1) Au niveau neuro-anatomique

1.1) L'amygdale et ses connexions

Des chercheurs ont remarqué, que chez les personnes souffrant d'anxiété pathologique, plusieurs structures cérébrales ont une taille ou une activité anormale, dont l'amygdale qui semble jouer un rôle prédominant dans ce trouble. Des études d'imagerie par tomographie par émission de positons montrent que l'activité de l'amygdale est considérablement augmentée lorsque l'on présente des enregistrements rappelant leurs pires souvenirs à des personnes souffrant de stress post-traumatique (83).

L'amygdale, située dans la partie antéro-inférieure du lobe temporal, est une structure cérébrale décodant les émotions et en particulier les stimuli menaçant pour l'organisme. Elle reçoit de différentes parties du cerveau (principalement les régions sensorielles du thalamus et du cortex, mais aussi de l'hippocampe et du cortex préfrontal) une information sur les dangers potentiels de l'environnement et entraîne une réponse émotionnelle.



Ainsi, elle est en lien avec :

- **l'hippocampe**, qui permet le stockage d'une collection de stimuli rendant compte du contexte d'une situation. Lors d'un accident, l'hippocampe enregistre avec qui vous étiez, le pare-brise en éclat, les cris... mais quand le souvenir vous sera rappelé à la conscience, c'est l'amygdale qui commandera l'augmentation de la fréquence cardiaque, la moiteur de la peau... Ainsi, supposons une agression dans la rue. Quelques jours plus tard, une personne court vers vous sur le trottoir. Votre cœur s'emballé d'un coup... (le stimulus : « une personne court vers moi » a été enregistré dans la séquence de l'agression et devient un stimulus conditionné). Puis tout s'arrête quand la personne passe à côté de vous et finit par rattraper son bus. Quelques semaines après, en repassant sur le lieu de l'agression, vous vous sentez mal mais on ne retrouve pas de stimulus conditionné (personne ne court vers vous). Le contexte a lui aussi été conditionné par l'évènement traumatique. Normalement, par le biais de l'extinction (cf. ci-dessous), quelques temps plus tard, une autre personne courant vers vous pour n'importe quelle raison, ne devrait plus entraîner de symptôme de panique. La mémoire du contexte de l'hippocampe est appelée mémoire explicite (grossièrement, on peut y mettre des mots) ; la mémoire d'action face à un stimulus de l'amygdale est appelée mémoire implicite(84). Ces deux systèmes sont activés par les mêmes indices de rappel rendant difficile leur distinction sauf dans des situations pathologiques. Par exemple, une femme ayant des lésions hippocampiques se rend chaque jour chez son médecin et ne le reconnaît pas. Chaque jour, il se représente et lui serre la main. Un jour, il met une punaise dans sa main, la patiente retire donc vivement sa main. Le lendemain, elle retire sa main juste avant de serrer celle du médecin mais ne comprend pas son geste. Cette différenciation est aussi intéressante, car elle permet d'expliquer pourquoi nous ne nous souvenons pas des traumatismes du début de la vie. En effet, l'hippocampe est encore immature quand l'amygdale est déjà capable de stocker des souvenirs(85). Un traumatisme précoce pourra perturber des fonctions comportementales mais ne pourra parfois pas être verbalisable.
- **le cortex préfrontal** lui serait impliqué dans la dernière phase de la confrontation à un danger, après la réaction automatique initiale, il faut choisir la réaction la plus efficace pour se soustraire au danger (les personnes souffrant d'un syndrome frontal ont de grandes difficultés à planifier la moindre tâche), ce rôle est partagé avec le **cortex sensoriel** (cf. les deux routes de la peur). Cette connexion à l'amygdale permet aussi d'exercer un contrôle conscient de l'anxiété. Mais cette possibilité peut aussi créer de l'anxiété en anticipant l'échec d'un scénario donné, jusqu'à imaginer la présence de dangers inexistantes grâce à sa faculté de création.

Aparté sur le mécanisme d'extinction

Le cortex préfrontal semblerait jouer aussi un rôle dans la peur conditionnée. Quand un stimulus neutre est associé de façon durable à un stimulus aversif, au bout d'un certain temps la seule présence du stimulus neutre (coup de tonnerre) suffit à déclencher l'anxiété (angoisse du champ de bataille)(86) . L'extinction de la peur conditionnée est une des bases des thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C.). En effet, elles luttent contre l'évitement par des méthodes d'expositions (cf. partie sur les T.C.C.). Ainsi, la personne apprend avec le temps à défaire le lien qu'elle avait créé entre un stimulus neutre et une angoisse. Un

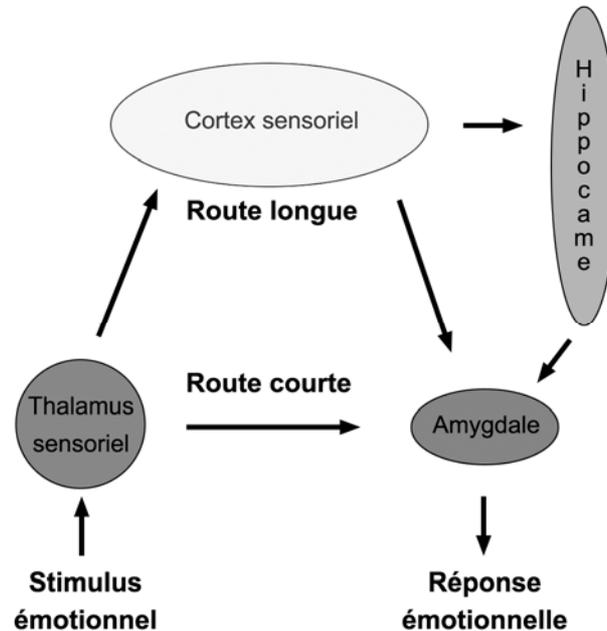
changement de contexte peut lui aussi entraîner l'extinction d'une peur conditionnée en supprimant des connexions qui n'avaient plus lieu d'être. C'est peut-être ce qui se passe avec la prescription du réveil ou du carnet de bord chez Nardone. L'extinction est un phénomène adaptatif : si la situation menaçante (guerre) a disparu, il n'est plus utile d'avoir peur quand on se retrouve dans ce contexte (tonnerre) ; c'est pourquoi certains chercheurs voient dans les troubles anxieux un dysfonctionnement de ce mécanisme. Cependant l'extinction ne correspondrait pas à l'effacement du conditionnement mais bien à la formation d'un nouvel apprentissage; il est donc différent de l'oubli, car la peur originale demeure (87). C'est peut-être la base de l'intervention en systémique, sur un circuit vicié associant une peur d'un objet réel ou non (peur d'avoir peur) à un comportement de panique, on ne jouera pas sur l'oubli de la peur, ou l'exposition au sens des T.C.C. (augmentation du pouvoir de l'extinction), mais sur un nouvel apprentissage (on n'arrête pas quelque chose mais on commence à faire quelque chose de nouveau). C'est peut-être cela qui se joue quand Nardone remplace la crainte d'être sans aide par la crainte encore plus grande que la demande d'aide empire les choses. Ce nouvel apprentissage serait peut-être adopté car il serait plus « économique en énergie », une voie plus facile qui recouvrerait l'ancien circuit ? Est-ce que cet ancien circuit à force de ne plus être utilisé finit par disparaître (comme toute connexion cérébrale dans le même cas) ou le danger guette-t-il toujours ?

- **le thalamus sensoriel et les noyaux du tractus solitaire.** C'est par leur intermédiaire que l'amygdale reçoit toutes les informations viscérales qui ne « remontent pas à la conscience ». En effet, le thalamus est un filtre destiné à éviter l'encombrement cortical par des données inutiles (si on était constamment informé de la position de nos viscères, de la fréquence de notre respiration ou de nos battements de cœur il serait un peu difficile de réfléchir) (88). Il n'arrive à la conscience que des données qui méritent l'intérêt cortical (si je suis assis depuis trois heures sur ma chaise, je n'ai pas besoin d'être informé que je me balance d'une fesse sur l'autre régulièrement pour éviter des escarres. Par contre mon mal de dos vient de franchir les limites du filtre thalamique et il va falloir que je fasse quelque chose).

L'hippocampe, l'amygdale, le thalamus, les noyaux du tractus solitaire et le cortex sont tellement liés que le mode d'entrée dans la panique peut ainsi être multiple : le contexte, une expression physiologique adaptée mais mal interprétée, une pensée anticipatoire négative... Par exemple, l'attaque de panique peut être vue comme un conditionnement qui a lié fortement, à un moment, un phénomène physiologique comme une tachycardie (amygdalienne) à un contexte (hippocampique) désagréable comme une agression. Par la suite, l'apparition de la tachycardie (en montant un escalier par exemple) réactivera l'hippocampe et donc le sentiment désagréable qui augmentera la tachycardie et ainsi de suite, la machine s'emballe et crée l'attaque de panique sans que l'on puisse en déceler la cause. Donc, un dysfonctionnement des liaisons entre ces différentes structures pourrait parfois expliquer que certaines personnes souffrant de troubles anxieux ne se rappellent d'aucun traumatisme.

1.2) Les deux routes de la peur (89)

Un stimulus externe peut atteindre l'amygdale par deux voies : l'une courte, rapide mais imprécise en provenance du thalamus, l'autre plus longue mais plus précise passant par le cortex.



La route directe permet de commencer à se préparer à un danger avant même de savoir exactement ce dont il s'agit (le rongeur se figera face à la vue du prédateur et son camouflage pourra être suffisant, puis le mécanisme de « fuite discrète » de la voie longue se mettra en branle (ce qui explique sûrement que les rongeurs courageux n'ont pas survécu à l'évolution)). Si, lors d'une marche en forêt, on entrevoit une forme enroulée à ses pieds, la voie courte va activer tous les mécanismes physiologiques nécessaires pour faire face à un serpent. Le cortex, grâce à sa faculté de discrimination, se rendra compte, quelques secondes plus tard, que ce serpent n'est en fait qu'un bout de tuyau d'arrosage et va inhiber les réactions amygdaliennes.

Le cortex corrige donc les réactions amygdaliennes « primitives » gardées par l'évolution. En effet prendre un tuyau pour un serpent reste moins grave que la situation inverse. Dans l'optique des thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C), la voie courte, qui prépare notre corps à réagir face à un danger, est appelée réaction d'alarme. Une cause de panique est appelée signal de danger. Si nous sommes à une terrasse, face au vide, mais protégé par une barrière, la réaction d'alarme se met en place alors qu'il n'y a pas de danger. En effet, la présence du vide, quelque soit l'aménagement, est un signal de danger. Cette réaction d'alarme ne paralyse pas le cerveau, au contraire elle le prépare à agir. Pour les T.C.C, l'attaque de panique viendrait d'une confusion entre la conséquence (réaction d'alarme) et la cause (signal de danger) (81). La réaction d'alarme devient le danger, s'ajoute l'impression qu'il se passe quelque chose de dangereux dans son corps. Tout cela augmente la sensation de perte de contrôle qui augmente la réaction d'alarme... De plus, pour les T.C.C., la voie courte serait la cible de la thérapie comportementale et la voie longue, de la thérapie cognitive (76) (cf. partie sur les T.C.C).

L'amygdale, par l'intermédiaire de son noyau central, serait impliquée dans le déclenchement de l'attaque de panique en commandant les réactions associées à la peur par ses liaisons avec (88):

- **Le locus Coeruleus**, situé dans la partie dorsale de la protubérance et rassemblant la majorité des neurones qui produisent la noradrénaline dans le cerveau. Ils projettent leurs axones vers les principales régions impliquées dans la panique (amygdale, hippocampe, cortex...). Le locus Coeruleus produit aussi la norépinéphrine dont l'élévation entraîne une situation d'alerte. Comme pour l'amygdale, la stimulation du Locus Coeruleus entraîne des comportements de panique ;
- La substance grise périaqueducatale, qui amorce un comportement de défense et le fait de rester figé (attente anxieuse ?) ;
- Les noyaux hypothalamiques paraventriculaires qui activent l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique responsable du largage de l'hormone adrénocorticotrope ;
- Les noyaux hypothalamiques latéraux qui activent le système sympathique (dilatation des bronches, augmentation de la force de contraction des muscles, augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation de la pression artérielle) ;
- Le noyau parabrachial qui influence le rythme de la respiration ;

2) AU NIVEAU MOLECULAIRE

Deux approches ont été utilisées pour étudier le trouble panique, la première utilise des agents chimiques non spécifiques, l'autre utilise des substances ayant des effets sélectifs sur des neurotransmetteurs particuliers (90).

Utilisation des agents inducteurs non spécifiques

- *Le lactate de sodium*

Le lactate de sodium provoque des attaques de panique tant chez le volontaire sain que chez les sujets présentant un trouble panique. Son mécanisme d'action est inconnu, il n'a pas été relevé d'augmentation de la fonction noradrénergique centrale.

- *le dioxyde de carbone (CO₂)*

L'inhalation de CO₂ induit des attaques de panique chez les sujets présentant un trouble panique mais pas chez les sujets sains. L'explication fournie par les neurobiologistes serait une hypersensibilité des centres respiratoires au CO₂ qui entraînerait de façon chronique une hyperventilation pour réduire le taux de CO₂ sanguin. Ensuite les réponses ne sont pas très claires, il n'a pas été retrouvé d'augmentation de la noradrénaline, certains ont proposé une stimulation du Locus Cœruleus, d'autres ont proposé que le CO₂ induirait une « fausse alarme » chez des sujets hypersensibles à la suffocation, enfin il a été proposé que certains patients auraient une obstruction subclinique des voies respiratoires.

Mais, on peut aussi faire le lien avec le rôle de l'hippocampe et de l'amygdale et du thalamus sensoriel ; l'hyperventilation ayant à un moment été associée à un épisode désagréable, chaque début d'hyperventilation adaptée (trop de CO₂ dans l'environnement) déclencherait la boucle de panique. Des études complémentaires ont montré que l'angoisse des patients était moins importante quand ils avaient l'impression de contrôler le taux de CO₂ inhalé, soulignant ainsi la participation du cortex dans le mécanisme (81).

- la yohimbine (91)

Initialement utilisée pour traiter les hypotensions orthostatiques et les impuissances masculines par ses effets anti-alpha2-adrénérique, la yohimbine agit en bloquant le récepteur présynaptique alpha 2, augmentant alors la quantité de noradrénaline qui est susceptible ainsi de stimuler le Locus Cœruleus. Elle induit des attaques de panique chez deux tiers des patients souffrant d'un trouble panique. Elle agit en stimulant le locus coeruleus et en augmentant la production de norépinéphrine. Chez ces mêmes patients son action est bloquée par les benzodiazépines et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

- la caféine

L'intoxication à la caféine peut déclencher des attaques de panique y compris chez le sujet sain (à partir de dose importante de 720 mg).

Rôle des neurotransmetteurs

- Rôle du système cholécystokininérgique

La cholécystokinine (CCK) est un neurotransmetteur présent de façon importante dans différentes régions du cerveau en lien avec le déclenchement de l'attaque de panique, comme le cortex, l'amygdale, l'hippocampe et le noyau du tractus solitaire. Son injection sous sa forme tétrapeptide (CCK4), déclenche des symptômes d'attaque de panique chez le volontaire sain. Son action peut être bloquée par des benzodiazépines et par l'imipramine. L'action des différentes formes de CCK sur ces différents récepteurs est encore mal expliquée mais les perspectives thérapeutiques semblent très prometteuses, particulièrement concernant son rôle dans la modulation des fonctions cardio-respiratoires au sein du tractus solitaire.

- Rôle du système noradrénérique

L'augmentation de noradrénaline stimule le locus coeruleus et provoque des attaques de panique. Les résultats contradictoires de stimulation et d'inhibition des récepteurs pré et post-synaptiques alpha2 semblent montrer une régulation anormale de la fonction adrénérique chez le « paniqueur ». Ainsi le problème n'est pas simple, car comme l'hyperactivité de la noradrénaline est présente dans la panique, on aurait pu penser que les substances comme la clonidine, qui diminue l'activité noradrénérique puissent avoir un effet antipanique. Mais les études sur la clonidine n'ont pas montré d'efficacité significative.

- Rôle du système sérotoninérgique

L'augmentation de la fonction sérotoninérgique est anxiogène. Plusieurs études suggèrent une hypersensibilité des récepteurs sérotoninérgiques chez le paniqueur. L'utilisation d'inhibiteur de la recapture de la sérotonine devrait donc augmenter la panique. Mais les études rapportent un effet biphasique : on observe initialement une aggravation de la symptomatologie, puis une amélioration au long cours. Cet effet antipanique est expliqué par un down-regulation des récepteurs sérotoninérgiques hypersensibles. Des études sur les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, tels que la clomipramine, ont montré une majoration plus

importante des troubles initialement (dû vraisemblablement à l'augmentation de l'activité noradrénergique), mais avec le même effet à long terme.

- Rôle du système Gaba-ergique

Le Gaba est un neurotransmetteur inhibiteur, son récepteur possède aussi des sites de fixation pour les benzodiazépines et les barbituriques. Plusieurs études utilisant le flumazénil (ANEXATE®) montre que le trouble panique serait dû à une hyposensibilité au Gaba et par extension aux agonistes benzodiazépiniques.

- Rôle du système dopaminergique

Une anomalie du système dopaminergique n'a pu être mise en évidence que dans une petite population de « paniqueurs » et n'est actuellement pas une des voies de recherche.

La voie de recherche la plus intéressante semble être actuellement celle concernant la cholécystokinine nécessitant maintenant l'emploi de techniques de génétique moléculaire et de « dissection pharmacologique » tant les interactions avec les autres neurotransmetteurs sont grandes.

4.2) IMPLICATION THERAPEUTIQUE (92)

Sur l'attaque de panique

Les benzodiazépines sont des molécules sédatives, anxiolytiques, hypnotiques, amnésiantes, anticonvulsivantes et myorelaxantes.

Le traitement ponctuel de l'attaque de panique, dans les rares cas où il nécessite un traitement, doit faire appel à une benzodiazépine à demi-vie courte et à fort potentiel anxiolytique à la posologie minimale efficace tel que l'alprazolam (xanax®, un comprimé à 5 ou 10 mg). Sa résorption par voie orale est rapide et quasi complète et supérieure à la voie intramusculaire. Ainsi la voie orale doit être privilégiée, car elle limite le caractère technique de l'acte et reste beaucoup moins traumatisante et stigmatisante qu'une injection intramusculaire.

L'indication, dans le cas d'une crise isolée, ne peut être que ponctuelle tant les effets secondaires des benzodiazépines, en lien avec leurs effets, sont importants :

- Sédation entraînant des risques de chutes, d'accidents.
- Potentialisation des effets de l'alcool
- Syndrome confusionnel et amnésie antérograde
- Syndrome de sevrage avec risque de crise convulsive
- Risque de dépendance avec donc l'obligation de respecter des règles de prescription strictes (durée, arrêt progressif)

Sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie

Le traitement ponctuel des attaques de panique est associé à l'introduction progressive d'inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (paroxétine, citaprolam), souvent bien

toléré mais actif après deux à six semaines de traitement régulier. Leur tolérance et une utilisation simple, associées à un faible risque léthal en cas de surdosage ont permis l'abandon des tricycliques en première intention du fait de leurs effets indésirables beaucoup plus importants. Les effets secondaires peuvent être parfois marqués mais diminuent avec le temps (sécheresse de la bouche, transpiration, constipation, vertiges, prise de poids, nausée, insomnie et maux de tête, tremblements et effets secondaires sexuels tels qu'une baisse de la libido, une lenteur de l'orgasme ou une incapacité de l'atteindre).

Sur le trouble anxieux généralisé (TAG)

Les benzodiazépines, cette fois à demi-vie longue ne sont utiles que dans les périodes aiguës, de recrudescence anxieuse et la prescription ne doit pas excéder quelques semaines, chez des patients ne présentant pas de risque d'addiction. Il faut bien sûr, toujours utiliser la dose minimale efficace, en gardant à l'esprit le risque de syndrome confusionnel surtout chez la personne âgée, lors de l'introduction, du sevrage ou des modifications de doses.

La buspirone, agoniste sérotoninergique a montré son efficacité pour des doses comprises entre 15 et 20 mg/jour. C'est une alternative intéressante aux benzodiazépines car elle n'induit pas de phénomènes de tolérance, de dépendance ou d'amnésie. Cependant, un délai d'action long de deux à quatre semaines et des effets secondaires fréquents (sensation vertigineuse et céphalées) ont considérablement freiné son utilisation clinique.

Dans les formes modérées, l'hydroxysine (ATARAX®) peut être utilisée, en gardant un œil sur son potentiel anticholinergique chez la personne âgée.

La venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) et la paroxétine ont obtenu l'AMM dans le TAG. Après un délai d'action de trois à six semaines, leur prescription doit être maintenue six mois en cas d'efficacité. Ils représentent le traitement de fond du TAG et doivent permettre en cas d'effets bénéfiques d'arrêter progressivement les benzodiazépines. La venlafaxine nécessite une surveillance clinique accrue du fait de troubles tensionnels pouvant être très importants.

III. EVALUATION

1) EVALUATION DES DIFFERENTES METHODES

1) Le protocole Nardone (73)

Ainsi, Giorgio Nardone a plié son protocole aux rigueurs du niveau de preuve scientifique (« evidence-based medicine »), qui s'impose bien sûr devant tout nouveau traitement.

Son étude porte donc sur 156 personnes souffrant de troubles anxieux et de troubles obsessionnels compulsifs, les critères diagnostiques utilisés étant ceux du DSM-IV.

Ainsi sur 75 personnes souffrant d'attaques de panique avec ou sans agoraphobie, sur une moyenne de 14 séances, avec un suivi de contrôle à 3 mois, 6 mois et 1 an :

- 80 % des cas (60) ont été résolus (résolution complète du problème au terme de la thérapie et absence de rechute)

- 8 % (6) ont été très améliorés (rémission complète des symptômes, amélioration décisive de la situation, mais rechutes sporadiques et facilement contrôlables)

- 9,4 % (7) ont été peu améliorés (rémission partielle des symptômes au terme de la thérapie, mais crises intermittentes et réapparition (moindre) des symptômes)

- 2,6 % (2) ont été inchangés (arrêt du traitement à la 10^{ème} séance, pas d'intérêt à penser que la poursuite du traitement changerait quelque chose)

Il n'a pas été retrouvé d'aggravation des cas avec cette méthode ni de déplacement des symptômes initiaux. Un aspect mérite d'être souligné, c'est l'arrêt de la thérapie s'il n'a pas été constaté d'amélioration à la 10^{ème} séance.

Deux critiques sont opposables à ce travail :

- les séances de suivi n'ont bien sûr pas été réalisées par le thérapeute lui-même, mais par des chercheurs du centre d'étude et non pas par des chercheurs extérieurs au centre
- il n'a pas été utilisé de groupe témoin.

2) Traitement pharmacologique

Pour le traitement de la crise, il est recommandé de se passer de traitement médicamenteux. Si un médicament doit être utilisé, il s'agira d'une benzodiazépine utilisée ponctuellement dans un but symptomatique. Elle devra posséder un fort potentiel anxiolytique, une demi-vie courte et l'utilisation de la voie orale sera privilégiée.

Pour le traitement au long cours du trouble panique les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont une efficacité au moins égale et parfois supérieure aux tricycliques et ont prouvé une meilleure tolérance.

Quatre molécules possèdent l'AMM dans cette indication où elles ont toutes fait la preuve de leur efficacité (93):

- la clomipramine (Anafranil®) (94)
- le citalopram (Seropram®)(95) et l'escitalopram (seroplex®) (96)
- la paroxétine (Deroxat®)(94)

3) Thérapie psychodynamique

Les études évaluant l'efficacité des thérapies psychodynamiques concernant les troubles anxieux sont rares et avec des résultats contradictoires (les critères de succès des thérapies étant très hétérogènes). Parfois certaines études montrent une efficacité comparable aux T.C.C. (97) certains ayant même proposé de mêler les deux approches (53). Une étude (98) comparant l'effet de la clomipramine seule ou associée à une psychothérapie psychodynamique brève (15 séances) focalisée sur la dépendance a montré une réduction du nombre de rechute et une baisse du taux d'anxiété pour le groupe médicament et psychothérapie. On ne dispose pas, par contre d'étude assez puissante, évaluant les effets de l'approche psychodynamique seule (76). L'approche défendue par Milrod (53) (décrite dans la partie approche psychodynamique du trouble panique) semble intéressante avec 16 patients améliorés sur 17 et mériterait une évaluation de plus grande envergure.

4) Thérapie cognitivo-comportementale

Ce sont les thérapies qui ont été les plus étudiées dans le trouble panique. Nous nous limiterons à citer deux grands programmes, ayant donné lieu aux plus grands nombres de travaux ces dernières années. Une grande étude développée par Clarck et l'équipe d'oxford(99) a montré une efficacité de la thérapie cognitive dans 74 % à 94 % des cas (disparition des attaques de panique), avec une durée de traitement de 3 mois, mais sur 12 séances hebdomadaires de 2 heures !!. Ce résultat a été confirmé par une autre revue de cinq études développée par Barlow (100).

5) Etude comparant les différentes méthodes

Cinq grandes méta-analyses se sont attachées à comparer les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques (essentiellement les T.C.C.) et leurs associations dans le TP avec ou sans agoraphobie.

Les résultats sont assez divergents suivant les études, parfois il n'y a pas de différences entre T.T.C. et traitement pharmacologique (imipramine) (101), dans d'autres il a été retrouvé une supériorité des T.T.C.(102-104). Les travaux les plus récents suggèrent cependant une efficacité supérieure et à plus long terme de l'association T.T.C. et antisérotoninergique(96, 105).

2) Implication thérapeutique et consensus de traitement

Il apparaît donc, que les T.T.C. et le traitement par antisérotoninergique ont une place de choix, pour l'instant, dans le traitement du trouble panique.

L'American Psychiatric Association (APA) a publié en 1998 des recommandations concernant le traitement du TP(106) ; dont voici le résumé.

Les traitements de références sont les médicaments et les T.C.C..

(Concernant les médicaments, en France seules quatre molécules ont l'AMM (Cf. traitement médicamenteux)).

Un autre type de psychothérapie peut être envisagée, notamment si une amélioration significative n'est pas obtenue dans un délai de 6 à 8 semaines.

Pour l'APA, il est difficile de prévoir si un individu répondra mieux au traitement médicamenteux qu'aux T.C.C.. Les considérations qui peuvent aider le choix du thérapeute sont les risques et les bénéfices, ainsi que les coûts des différents traitements et les préférences du patient.

L'association médicament-T.T.C. est possible, sans que l'on puisse définir le type de patient chez qui cette association est bénéfique, de plus la supériorité de cette association n'a pas été formellement démontrée. Les traitements combinés pourraient être plus utiles chez les patients présentant une agoraphobie sévère et répondant de façon incomplète au traitement. En pratique il n'apparaît pas plus efficace de débiter plusieurs traitements de façon simultanée.

La durée initiale de traitement est de 12 semaines et il convient d'arrêter après 12 à 18 mois de traitement continu chez un patient ayant répondu au traitement.

En cas d'attaques de panique sévère, ou d'un niveau élevé d'anxiété anticipatoire, l'association d'une benzodiazépine peut être utile en début de traitement, jusqu'à l'obtention d'un effet thérapeutique.

Dans certains cas, l'association d'une psychothérapie psychodynamique peut être utile en association aux traitements de référence.

Les recommandations du groupe international de consensus sur l'anxiété et la dépression déclinent les mêmes items (44).

IV. QUELLE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE A L'URGENCE : VIGNETTES CLINIQUES

Il est difficile de rendre compte par l'écriture de tout ce qui se joue dans un entretien, le langage non verbal restant aussi important que le langage oral ; les techniques de communication s'apparentant à l'hypnose supportent mal d'être retranscrites sur le papier. Avec ces quelques cas, pas forcément les plus réussis, nous aimerions pouvoir faire partager ces instants où il est sans doute possible de faire quelque chose de différent, qui entraînera, nous l'espérons, une différence chez le patient. L'urgence est un endroit clé. Ce service permet souvent à certaines personnes isolées des structures de soin un échange avec un médecin. Une écoute, certains recadrages, la possibilité de voir différemment les symptômes de crise peuvent parfois amorcer des changements dans la vision du patient, lui redonner du choix là où il ne pensait que subir et éviter qu'il ne fasse « plus fort » ses symptômes, avec le risque d'entrer sur le chemin des complications.

Cas clinique n°1 « une autre réponse ? »

Alexandre V.

Nous sommes aux urgences de Châteaubriant, il est 23 heures.

Un jeune homme de 17 ans est emmené par les pompiers pour dyspnée aiguë.

Il présente une polypnée superficielle, sans signe d'épuisement ni cyanose.

Son père (alcoolisé) est présent ; ils se disputaient quand son fils a commencé à présenter cette dyspnée. Alexandre ne prend pas de traitement. Il fumerait régulièrement du cannabis.

Les constantes sont normales, l'examen somatique et l'électrocardiogramme sont sans particularités. Une radiographie pulmonaire est rapidement demandée dans l'éventualité d'un pneumothorax chez ce sujet grand et maigre.

En attendant la radio, je me tourne vers lui et je lui explique ma surprise : on m'a appelé pour quelqu'un qui s'étouffe et je vois quelqu'un qui va parfaitement bien, il pourrait au moins faire l'effort « d'aller mal », je n'ai pas que cela à faire... le jeune homme qui respire toujours à 60 de fréquence ventilatoire, me regarde les yeux ronds et sa respiration se calme brusquement. Il peut ainsi me répondre : « vous croyez que cela m'amuse d'être ici ? »

Je lui réponds : « non, ce n'est pas drôle d'être ici ».

Son père rentrant alors dans le box, Alexandre recommence à haleter. Je le prie de sortir doucement, en invoquant un examen clinique inachevé.

Alexandre se calme à la sortie de son père. C'est le deuxième épisode de ce type qu'il présente en quinze jours et il décrit très bien son angoisse à l'idée que cela puisse recommencer. Je lui explique simplement que dans certains moments de stress, les muscles peuvent se contracter et déclencher alors un sentiment d'étouffement. Ce qu'il a présenté arrive souvent, à un grand nombre de personnes et je le rassure quand à l'absence de maladie, tout en lui faisant comprendre qu'il existe néanmoins sûrement un problème à régler.

Je lui demande alors s'il a des raisons d'étouffer. Spontanément, Alexandre me parle de son père. Il n'est pas violent, mais impose à Alexandre une grande pression sur ses résultats scolaires, ses fréquentations... et lui répète constamment qu'il n'est qu'un « bon à rien ». Je

lui demande alors quelles seraient les solutions possibles à ce problème. Il me répond qu'il attend avec impatience de pouvoir aller à la faculté de Nantes, d'ici la fin de l'année.

Je lui demande, avec un petit sourire, s'il pense qu'étouffer est un bon moyen pour dire à son père d'arrêter ? Il se met à rire et me demande si j'ai d'autres solutions à proposer. Je n'en ai pas, mais serait-il lui, d'accord pour y réfléchir et peut être en parler à son médecin traitant ? Après avoir eu son accord, je lui dit que j'appellerai son médecin le lendemain pour le mettre au courant.

Le père est invité à rentrer, il est mis au courant d'une « susceptibilité pulmonaire bénigne au stress » d'Alexandre qui nécessitera pour l'instant un simple suivi par le médecin traitant.

Discussion

C'est la première fois que j'utilisais une sorte de provocation bienveillante. Alexandre a d'abord expérimenté que sa symptomatologie pouvait s'arrêter et revenir rapidement en fonction de son état émotionnel. Il a pu en rire et la relier à son histoire en validant la possibilité que cela pouvait être un moyen de dire stop à son père. Le symptôme plus que d'être dédramatisé, n'est plus uniquement subi mais vécu comme « la seule réponse que je peux donner pour l'instant ». Alexandre est de plus, d'accord pour essayer de chercher une réponse plus adéquate.

Cas clinique n°2 « la recette »

Bernard T.

Je suis à l'époque interne en cardiologie à Saint-Nazaire et donc régulièrement appelé aux urgences pour avis cardiologique. C'est un fameux dimanche de la première quinzaine d'août et les urgences sont bondées. Je suis en train de finir, dans le cadre d'une formation à l'hypnose et aux thérapies stratégiques « un thérapeute hors du commun », mais je suis encore très frileux à essayer ces méthodes dans le cadre de l'hôpital.

Monsieur T., ancien maraîcher, à la retraite depuis 6 mois, a 67 ans. Ancien fumeur il est traité pour la tension. Son dernier bilan lipidique est normal et il n'a pas d'antécédent notable dans sa famille.

Il décrit des douleurs thoraciques gauches à type d'oppression avec tachycardie et sensation d'étouffement.

Cela lui arrive plusieurs fois par semaine depuis 3 ou 4 mois sans circonstance de survenue particulière (effort/ temps froid ...). Bien qu'ayant tardé à consulter, il a eu un bilan complet qui s'est avéré normal par un cardiologue de ville un mois auparavant.

L'examen clinique est strictement normal.

L'électrocardiogramme en crise montre un bloc de branche droit incomplet sans signe de souffrance coronaire.

Le premier bilan biologique est normal.

Monsieur T., dont la douleur s'est calmée dix minutes après son entrée est hospitalisé pour surveillance et bilan complémentaire.

Il s'avèrera normal ; permettant de rassurer monsieur T, chez lequel je n'ai pas retrouvé d'idées dépressives et qui n'avait pour seule demande qu'on lui dise que son cœur fonctionnait. Ce que nous avons pu lui dire à sa vive satisfaction.

Satisfaction peu partagée par sa femme, qui vient à de (très) nombreuses reprises en deux jours m'exprimer ses craintes. C'est une femme rondelette et qui semble assez drôle malgré son inquiétude.

Ceci est un condensé de notre dernière discussion devant la porte de la chambre.

Madame T. (M.T.) : « Ecoutez docteur, je veux bien que Bernard n'ait rien, mais il se plaint tout le temps de sa poitrine, il me dit qu'il étouffe, qu'il va mourir, que de toute façon tout le monde s'en fout, vu que c'est un vieux débris bon à mettre à la casse. Et moi je sais plus quoi faire, il me tue. »

E. Malphettes, interne (I) : « ... »

M.T. : « ... »

I. : « Tout le temps ? »

M.T. : « Tout le temps. »

I. : « ... »

M.T. : « Enfin pas toutes les semaines. »

I. : « et les semaines où il se plaint c'est tout le temps ? »

M.T. : « pratiquement... enfin non, vous avez raison... j'ai remarqué surtout en fin de semaine. Enfin je ne sais pas, vous savez il est maraîcher et vendredi, samedi, dimanche c'est les gros marchés. Et il se levait toujours très tôt ces jours là, enfin sur la fin il faisait plus grand-chose, c'est notre neveu qui faisait le physique et lui ... supervisait. Et il se lève toujours très tôt et il gémit : « mon cœur, mon cœur... » (Mimique convaincante) »

I. : « Donc vous me dites que cela n'arrive pas toutes les semaines et uniquement en fin de semaine ? »

M.T. : « Oui mais croyez moi ça suffit bien à nous pourrir l'existence »

I. : « Et que faites vous dans ces cas là ? »

M.T. : « Et bien je lui dit qu'il a rien, que c'est dans sa tête, qu'il fait plein de choses, d'aller faire un tour.... Je l'ai emmené voir le docteur puis le cardiologue, TOUT EST NORMAL. Mais lui il continue de se plaindre tout le temps... Enfin pas tout le temps c'est vrai excusez-moi, mais pour moi c'est insupportable, il gémit et moi j'ai envie de lui crier dessus pour qu'il arrête je me dis que je serais plus tranquille s'il était plus là... »

I. : « ... »

M.T. : « Enfin non bien sûr, me faites pas dire ce que j'ai pas dit, je l'aime, c'est lui qui me pousse à dire des horreurs. Mais il était tellement... actif, sûr de lui... Qu'il me parle, qu'il me dise ce que je peut faire pour le rassurer. Il ne parle pas... il ne fait que se plaindre. »

I. : « ... »

M.T. : « ... »

I. : « ... »

M.T. : « Vous êtes un rapide vous. »

I. : « Bein, je ne suis qu'un interne »

(Elle rie)

I. : « Donc si je comprends bien vous êtes en colère, le rassurer ça ne marche pas et vous voudriez discuter avec lui ? »

M.T. : « ... »

M.T. : « Oui. »

I. : « Ecoutez, c'est bizarre, mais je suis en train de lire un livre d'un grand chercheur américain en psychiatrie qui s'intéresse à ce genre de problème. Et il décrit une solution pour ce genre de situation qui a l'air de bien marcher mais qui va vous demander un gros effort. »

M.T. : « Mon mari n'est pas fou. »

I. : « Bien sûr, bien sûr mais il n'est pas très en forme en ce moment, comme on peut tous l'être à un moment de notre vie. Non ? »

M.T. : « Mmm. Dîtes toujours. »

I. : « Vous semblez un peu en colère contre lui, pourquoi ne pas utiliser l'humour pour le faire réagir. Je me dis ça, car j'imagine que vous devez être très drôle quand vous n'êtes pas préoccupée »

M.T. : «C'est vrai, c'est ce que les gens disent. Mais bon, quand il est comme ça, je ne pense pas qu'il ait très envie de rire »

I. : «Écoutez, quand il commence à se plaindre, vous pourriez ne pas vous en occuper, faire le ménage et disposer sur la table sans avoir l'air d'y toucher des formulaires sur les procédures d'enterrement ou les assurance-vie. »

M.T. : «... »

I. : «Euh... (j'ai peur, si ça trouve Erickson n'existe pas...) »

M.T. : «La tête de Bernard... (Elle rie de bon cœur) il serait furieux. Mais non c'est impossible, je ne pourrais pas faire ça... Ca servirait à quoi ?

I. : (je suis rouge écarlate) au moins il aurait peut être moins mal. »

M.T. : «Vous êtes un marrant vous. Mais bon vos chercheurs américains... »

I. :« ... »

I. : «Je vais devoir y aller madame, en tout cas sur le plan cardiologique votre mari est en pleine forme »

M.T. : «Non, excusez moi, je vous remercie, ça m'a fait du bien de vous parler, je ne ris plus trop ces temps-ci. Je vais réfléchir à ce que vous m'avez dit.

Merci docteur. »

DISCUSSION

Points positifs

Ces deux personnes ne sont pas clientes pour les mêmes choses, cette femme est la plaignante et il semblerait qu'on ait répondu pour l'instant à la demande de son mari (même si sa plainte arrivée à l'âge de la retraite mériterait sûrement une petite aide). C'est donc sur elle, qui semble souffrir le plus de la situation, que l'aide doit d'abord se porter.

Le problème n'est pas présent tout le temps, et le recadrage de la plainte permet de le faire remarquer à la patiente. Il existe des périodes sans trouble. D'une part, cela fait du bien de le ressentir, d'autre part cela peut donner des pistes pour renforcer les ressources utilisées dans ces moments où ça va.

La patiente est en colère et le thème des tentatives de solution semble bien être une réassurance. Celle-ci s'avère inefficace et contribue sans doute à renforcer le problème car la femme se sent inutile (comme son mari) et lui à chaque fois qu'on le rassure doit entendre « je suis malade et incapable de m'occuper seul de mes problèmes comme avant ». (En effet, en général si quelqu'un est par exemple en pleine crise d'angoisse plus on lui dit qu'il n'a rien, plus il en rajoute pour se faire entendre ; plus on lui dit de se calmer, plus il entend qu'il panique.)

La patiente valide aussi ce recadrage. Elle se sent comprise.

Faire l'inverse des tentatives de solution semble donc bien être l'inverse de la réassurance. Avec, comme cadre susceptible de faire passer la prescription la colère contre le mari et l'humour.

La position basse (« petit interne »/ « j'ai lu dans un livre d'un grand chercheur américain ») place la patiente en situation d'experte de son problème à laquelle on propose quelque chose dont elle pourra ou non disposer.

MAIS CELA NE MARCHE PAS

Points négatifs

Le début me semble bon, car le thème des tentatives de solution (la réassurance) permet de découvrir le thème thérapeutique : « ne pas rassurer le mari ». Mais il faut toujours avoir un coup d'avance et intégrer le refus de la prescription comme quelque chose de normal.

Il aurait sans doute été préférable de prendre des « précautions oratoires » :

- « en vous entendant il me vient quelque chose d'absurde en tête et je me demande si je peux vous en faire part »

La patiente espère une solution en venant voir le médecin, bien sûr qu'elle veut l'entendre !

- « j'ai l'impression que cela pourrait vous aider mais je ne pense pas que vous êtes encore capable de le faire »

La patiente bout.

(Certains disent que l'attente d'une solution est déjà un processus thérapeutique.)

Et là, il est possible de présenter la stratégie. La patiente est à bout, elle accepterait beaucoup d'effort, même si cela lui paraît absurde (et c'est en plus comme cela qu'elle est présentée), et si une relation de confiance a été instaurée, elle peut l'accepter. Si elle refuse, cela a été prévu (« je ne pense pas que vous êtes encore capable de le faire ») ; et on peut lui demander comme exercice pour la prochaine fois de trouver quelles sont les raisons qui l'empêchent de faire cela.

De plus, je n'ai pas eu le recul pour accepter son rire et pour le partager, je suis resté dans ma petite honte, sans l'utiliser comme levier vers une nouvelle proposition/orientation.

L'erreur a donc été ici d'appliquer une recette toute faite et de ne pas avoir tenu compte de la position (son rapport au monde) de la patiente. De plus je me suis enfermé dans une voie sans retour possible, au lieu de ménager ma marge de manœuvre en permettant à la patiente plusieurs réactions possibles, et en ayant anticipé ses réponses.

Compromis

Je n'ai jamais revu cette dame. Elle dit qu'elle s'est sentie comprise et que cela lui a fait du bien -ce qui n'est déjà pas si mal- et peut faire penser qu'une relation de confiance s'était instaurée. Au vu de cette relation, il est possible qu'elle ait compris un peu du sens de l'intervention : « faire autre chose ».

Si le virage à 180° n'a pas été « acheté », peut être a-t-elle amorcé son virage à 10 ou 20° par la suite.

Cas clinique n°3 : « quelle demande ? »

Monsieur B.

Un homme, d'une quarantaine d'années, se présente aux urgences de Nantes pour tachycardie. L'examen est parfaitement normal, ainsi que l'électrocardiogramme, alors qu'il dit ressentir encore « trop fort » son cœur.

Nous commençons à discuter, visiblement ce n'est pas pour son cœur qu'il est venu car il oublie rapidement sa gêne.

Il souffre de beaucoup de maux : attaque de panique, agoraphobie, dépression... Il suit une psychanalyse depuis une dizaine d'année avec quelques interruptions.

Nous l'écoutons, il connaît bien ses problèmes, et a il leur a trouvé beaucoup d'explications cohérentes.

Il doit d'ailleurs se demander ce qu'il fait ici, à venir voir un interne aux urgences. Viendrait-il nous mettre en échec ?

Après avoir écouté son problème avec le plus d'empathie possible, voilà ce qui s'est dit en fin de conversation :

Interne (I) : - « Est-ce que vous pensez que vous pourriez aller encore plus mal, êtes vous vraiment au fond du « trou » ? »

Monsieur B.(M.B.) : - « ? »

I. : - « je ne me suis pas très bien exprimé, combien de temps pensez-vous encore allez mal avant de vous attaquer à résoudre votre problème ? »

M.B. : - « ? ... »

M.B. : - « ?... ? ... »

I. : - « combien de temps vous faut-il pour avoir terminé cette exploration de ne pas être bien et passer à autre chose ? »

M.B. : - « ?... ? ... »

M.B. : - « ...peut-être cet automne, dans deux ou trois mois »

I. : - « bien, revenez dans deux ou trois mois je vous mettrai en relation avec des gens qui pourront vous proposer des solutions.»

Cela semble un peu dur, mais il est possible de dire ce genre de chose après avoir fait une sorte d'alliance. Je me suis assuré qu'il n'y avait rien d'organique, pas de risque suicidaire... Que vient-il me dire ; grosso modo qu'il n'a pour l'instant pas envie de changer. Que puis-je lui proposer de plus? Peut être un peu de choix et donc un recadrage de sa plainte vers la responsabilisation par rapport à l'amélioration. C'est une position qui peut sembler froide, mais cela ne peut être dit qu'après que la personne se soit sentie comprise. Ce n'est pas dit dans le sens « si vous êtes dans cette situation, c'est que vous aimez cela, donc restez-y » mais dans le sens « j'ai compris que c'était très dur, je peux vous proposer des solutions, mais vous devez faire le choix de vouloir passer à autre chose pour que je puisse vous aider. »

Les symptômes présentés sont souvent les moins mauvaises solutions que les patients ont trouvées pour maintenir un état d'équilibre. Résister au changement apparaît assez normal, sans avoir besoin de rentrer dans des notions de bénéfices secondaires culpabilisantes et pas nécessairement propices au changement.

Cas clinique n°4 « la relaxation »

Jean-Jacques L., 43 ans vient aux urgences de Nantes pour oppression respiratoire

Antécédents : - son père a présenté deux infarctus dont le premier à cinquante ans et a bénéficié de deux angioplasties

- sa mère est diabétique insulino-dépendante

Depuis trois ans, une à deux fois par mois (avec une majoration en hiver), il présente, en dehors de tout contexte (le matin au réveil, l'après-midi après le repas, la nuit au travail) des sensations de bouffées de chaleur sans frisson, associées à des palpitations et à une sensation d'étouffement. La crise semble se résoudre quand il part faire un tour dehors.

Monsieur L. ne présente plus de gêne lors de l'examen clinique. L'électrocardiogramme est normal, il s'est présenté avec son bilan sanguin prescrit par son médecin traitant la semaine précédente. Celui-ci s'avère normal (bilan thyroïdien compris) hormis une élévation des Gama G T.

Monsieur L. vit chez ses parents, il n'a pas de relation sentimentale et semble avoir peu de relations sociales hormis le contact avec ses parents.

Il n'a pas vraiment de loisir, hormis la télévision, et se définit lui-même comme « quelqu'un de peu intéressant ».

J'insiste bien, dans un premier temps, sur le fait que son cœur n'est pas en cause (infarctus du père), et j'en profite pour lui demander si l'accident de son père n'a pas été trop difficile à vivre. Ce à quoi il répond ne pas être venu parler de son père (doucement mais fermement).

La possibilité d'une origine anxieuse est évoquée. Le patient est surpris mais accepte l'idée.

Pour lui les troubles viendraient du fait qu'il mange trop vite et qu'il travaille de nuit (cependant, il a toujours travaillé de nuit et présente des troubles depuis trois ans). Les propositions du patient sont validées, mais une porte est laissée ouverte au

patient : «effectivement le fait de manger trop vite peut entraîner un inconfort et le travail de nuit impose un rythme pouvant favoriser l'apparition de l'angoisse »

On essaie alors de faire préciser sa demande :

Interne (I.) - « Comment puis-je vous aider ? »

Monsieur L. (M.L.) - «Je veux juste savoir que je n'ai rien»

I. - « Votre corps va très bien, je ne suis pas inquiet pour lui.»

(M.L.) - « Mais si ça revient ? »

I. - «Si cela revient vous avez déjà quelque chose à votre disposition et qui marche : le fait de faire un tour. De plus, vous savez que ce que vous ressentez finit toujours par passer. »

(M.L.) - «Y'a pas un petit médicament qui pourrait faire passer tout ça ? Pas le magnésium, ça marche pas. »

I. - « Le problème des médicaments, c'est qu'il faut toujours les avoir sur soi, et bien souvent après on peut pas s'en passer. En plus je n'ai pas l'impression que vous ayez besoin de médicaments. Par contre, je peux, si vous le voulez vous donner deux ou trois petits trucs de relaxation, qui pourront vous aider tout de suite si vous sentez qu'une crise approche. Etes vous d'accord ?»

(M.L.) - « ouaih, on peut essayer »

(Ce qui suit est un résumé d'une conversation qui a pris entre 5 et 10 minutes et qui s'est déroulée sur un mode hypnotique (les mots en caractère gras sont répétés).

I. - « bien, installez vous **confortablement**, quand vous vous sentirez **à l'aise**, vous pourrez si vous le voulez fermer les yeux (du bruit survient du box d'à côté) bien, il y a du monde autour de nous aussi vous pouvez vous sentir parfaitement en **sécurité** avec moi. Peut être pouvez vous remarquer que votre respiration commence à changer... doucement... oui... peut être pouvez ressentir cette chaleur dans votre corps... par vague...oui...vous pouvez ressentir la **puissance** de vos muscles respiratoires...tout **fonctionne** très **bien**...voilà (le patient présente une polypnée)...maintenant vous pouvez restez concentré sur votre respiration ... et sentir que son rythme se **ralentit**... c'est bien...vous pouvez **ressentir** ce bien être de respirer **confortablement**...peut être cette sensation viens dans vos jambes, vos bras (le patient pose sa tête sur le dossier) c'est bien, cette sensation agréable vient jusque vers votre cou puis vers la tête... vous pouvez **profiter** d'être bien... en sachant l'importance de ce que vous avez **appris**... vous êtes capable d'être bien...vous avez réussi à **contrôler** votre respiration... avant d'ouvrir les yeux vous saurez que vous possédez cette **capacité**...c'est bien...(le patient se « réveille » doucement)

Comment vous sentez-vous? »

(M.L.) - «Très bien ça m'a fait du bien, je me sens bien »

I. - « Pensez-vous être prêt à le refaire ? »

(M.L.) - «Je ne suis pas sûr.»

I. - « Vous devriez essayer quand ça va bien et peut être que quand vous serez bien entraîné, ça pourra vous servir ? Je suis sûr que cela peut aller très vite, vous m'avez l'air très doué. Je peux vous conseiller un collègue qui vous aidera à perfectionner cela. »

(Je note le numéro et le nom sur un papier)

(M.L.) - «c'est un psychiatre ? »

I. - « Oui, mais vous ferez grosso modo des choses comme on vient de faire et vu que vous avez un petit problème et que vous me semblez très réceptif je ne pense pas que cela va durer très longtemps. »

(M.L.) - «hum, j'aime pas trop ça, je vais voir... enfin merci pour la petite séance docteur »

DISCUSSION

Il apparaît important dans ce cas de se recentrer sur la demande du patient et de bien préciser les objectifs. Je ne me suis pas appesanti sur l'infarctus du père, ce patient semble disposer de peu de recul (insight) et de toute façon il ne souhaitait pas en parler.

Après une démarche rigoureuse, on peut donc ici, complètement rassurer le patient quant à l'absence d'organicité du problème. On lui montre aussi, qu'il a déjà trouvé des solutions qui marchent (valorisation). Les gens viennent parfois juste pour qu'on leur dise qu'ils font bien les choses ; je valide donc ses solutions qui semblent marcher. Mais la réassurance ne lui suffit pas : il veut quelque chose à utiliser tout de suite en cas de crise. Il est possible de lui montrer une technique de relaxation, pour qu'il apprenne lui-même à juguler ses crises. C'est volontairement que les termes d'attaques de panique et d'hypnose n'ont pas été utilisés. Le patient n'est pas dupe, mais poser ces étiquettes n'aurait peut être pas été très utile (ce que le « j'aime pas trop ça » de la fin semble corroborer). De plus, le fait qu'il vienne aux urgences - où il conserve son anonymat- et non pas chez son médecin traitant, peut aussi aller dans le sens d'une appréhension/honte d'un diagnostic psychiatrique.

Le vocabulaire utilisé en hypnose est simple, le but est de faire expérimenter au patient une reprise de contrôle. Le bruit de l'urgence qui pourrait gêner, est utilisé pour accentuer l'idée de sécurité : « il y a un hôpital autour de moi il ne peut rien m'arriver ». Tout ce qui vient du patient est accepté, validé et accompagné : je lui propose de ressentir un bien être dans ses jambes et il pose sa tête, bien, donc on « repart » vers la tête. Ses aptitudes à contrôler son

rythme respiratoire sont régulièrement valorisées dans le but qu'elles deviennent ses propres capacités.

L'exercice aurait sans doute dû être répété pour bien ancrer cette ressource chez le patient. Il aurait été aussi sans doute intéressant de savoir pourquoi, alors que ces troubles durent depuis trois ans, il ne va voir un médecin que maintenant. Pourquoi est-ce difficile **maintenant** de faire des attaques de panique ?

Cas Clinique n°5 « Le diagnostic »

Je travaille alors aux urgences pédiatriques de Saint-Nazaire, nous sommes début septembre.

Frédéric L. a 13 ans, il vient en catastrophe à l'urgence pédiatrique, adressé par un pédiatre pour dépression et idées suicidaires, accompagné par sa mère.

C'est elle qui parlera pendant tout le début de l'entretien.

Antécédents :

Ses parents ont eu deux autres enfants et se sont séparés depuis 6 mois, il voit son père régulièrement.

Sa mère a trois enfants d'un précédent mariage, elle a déjà été hospitalisée en psychiatrie pour tentative de suicide à l'âge de 19 ans.

L'une de ses sœurs a subi un avortement thérapeutique l'an dernier qui aurait bouleversé Frédéric.

Frédéric a vu son cousin hospitalisé pour une leucémie (pour laquelle il est en rémission) en avril de cette année. Il éprouverait depuis une grande tristesse qui s'est majorée au départ de son père en juin. Frédéric n'a alors pas voulu aller en classe jusqu'à la fin de l'année. Il a vu un psychiatre en juin qu'« il n'a pas aimé ».

Sa mère a un dossier de surendettement, les huissiers sont venus chez elle faire un état de ce qu'elle possédait deux semaines auparavant. Frédéric était alors présent et a vu toute la scène.

Il refuse depuis d'aller à l'école et a menacé de se tuer si sa mère le forçait. Sa mère a pris rendez-vous avec un psychiatre qui ne pourra pas voir Frédéric avant un mois et demi.

Après cet entretien, sa mère me demande si je préfère voir Frédéric seul. Elle pense que cela sera plus utile.

Interne (I.) - « Très bien. »

Frédéric est un jeune garçon intelligent, il ne présente pas d'idée de mort, il a un peu honte d'avoir dit cela à sa mère et n'y a jamais pensé. On retrouve une difficulté d'endormissement et une difficulté à la concentration. Il a des copains à l'école et il aime bien son collègue ; mais pourtant il ne veut plus y retourner.

Je lui demande alors si ce n'est pas le fait de partir de chez lui qui est plus un problème. Il acquiesce. « Et que se passe-t-il quand tu pars de chez toi ? ». Frédéric me décrit alors une attaque de panique associée au sentiment de devenir fou. Il ne se sentirait bien que chez lui.

I. - « Et que risque-t-il d'arriver si tu n'es pas chez toi ? »

Frédéric a un mouvement léger de la tête vers la salle d'attente où est sa mère.

F. - « je ne sais pas. »

Nous discutons alors un peu de la mort, de la maladie de son cousin, de l'avortement...

Frédéric semble assez demandeur d'explication.

Je lui explique qu'à sa place, avec l'histoire des huissiers, de son père, je ferais aussi les mêmes crises que lui. Il me paraît avoir une réaction normale pour un jeune homme qui fait face à tant de problèmes.

Mais, il ne pourra pas régler les affaires de ses parents.

I. - « à moins que ? »

F. - « quoi ? »

I. - « combien tu gagnes par mois ? »

Il éclate alors de rire.

Nous convenons que la meilleure façon de s'aider et d'aider sa mère est pour l'instant d'aller à l'école, même si cela semble très difficile et que nous allions voir cela avec sa maman.

Je fais rentrer la maman et je lui explique que Frédéric ne semble pas déprimé mais plutôt trop soucieux des autres.

Sa mère me répond : « c'est exactement comme moi, je me dévoue pour tout le monde ... »

I. - « C'est vrai, vous avez bien fait de prendre rendez-vous avec ce psychiatre et de venir ce matin. Je vois bien que vous faites ce que vous pouvez pour Frédéric. Mais justement, est-ce que vous ne pensez pas que vous auriez besoin d'un peu d'aide ? »

La mère - « oui, c'est vrai je pensais demander à ma sœur de venir, elle habite sur Nantes et elle ne travaille pas. »

I. - « Frédéric tu penses que c'est une bonne idée ? »

Il a l'air plutôt d'accord. Je décide de rappeler le psychiatre (en assurant Frédéric que c'est un bon) pour essayer d'avancer le début de la prise en charge. Il pourra les prendre le lundi suivant.

DISCUSSION

Frédéric ne présente donc pas de dépression, mais des attaques de panique. Sa mère parle ouvertement de sa tentative de suicide alors qu'elle était plus jeune. L'avortement thérapeutique et la maladie de son cousin font baigner Frédéric dans un climat morbide depuis un an. De plus les gens peuvent partir (son père par exemple). Grâce aussi à Frédéric (le léger mouvement de tête vers sa mère dans la salle d'attente) on peut raisonnablement penser que s'il a peur de partir de chez lui ce n'est pas parce qu'il est agoraphobe mais plutôt car il a peur que sa mère se fasse du mal.

Le rire permet l'alliance, Frédéric me fait confiance, mais je ne sais pas quoi lui proposer et un « bon, maintenant qu'on a tout compris tout les deux, tu vas aller à l'école » n'a pas beaucoup de chance de marcher.

Je dis à la maman que c'est une « bonne mère » ce qui est vrai. Mais d'un autre côté je pense qu'elle doit donc aussi y être pour quelque chose dans ce climat d'insécurité (la présence de Frédéric pendant le passage des huissiers n'était peut être pas indispensable, parler de ses T.S non plus...). Même si cela paraît peu thérapeutique de lui faire remarquer, j'ai l'impression qu'elle représente le nœud de l'affaire. Je lui propose donc une aide, après avoir parlé du psychiatre pour Frédéric, je pensais qu'elle comprendrait donc une aide psychologique. Volontairement ou non, elle parle de sa sœur.

Ce compromis me semble pour l'instant acceptable, elle me permet de trouver une réponse temporaire au problème de Frédéric. S'il sait que sa mère est avec sa sœur, il devrait accepter plus volontiers d'aller en cours et moins se soucier de sa sécurité. Frédéric valide cette proposition. Il semble me faire confiance et avoir compris que pour le bien être général, il faut qu'il aille en cours. De plus, la prise en charge est avancée, avec un psychiatre qui est lui aussi validé.

CONCLUSION (107)

Au cours de la vie, des événements peuvent entraîner le dépassement des possibilités d'adaptation du patient. Ce dépassement peut prendre le masque de l'attaque de panique qui aura autant de présentations différentes qu'il existe de personnalités différentes. Le retour à l'état d'équilibre peut valider l'intérêt de l'attaque de panique comme mode de fonctionnement (un peu comme l'évitement dans les phobies, tel que l'ont formalisé les T.C.C., qui soulage rapidement mais qui contribue à la formation du cercle vicieux). Ainsi, ce mode de fonctionnement peut devenir récurrent et automatique, au point de gommer complètement l'événement qui a favorisé sa naissance. Cet automatisme peut devenir un mode de réponse à chaque fois que le patient sentira que ses facultés d'adaptation sont submergées : ce pourra être le trouble panique.

Le thérapeute doit permettre au patient d'aboutir à un nouvel état d'équilibre ; de faire franchir une marche d'où il aura peut être une meilleure visibilité pour pouvoir faire, de nouveau, des choix. Nous espérons avoir présenté quelques outils permettant de franchir cette marche et d'éviter ainsi la pérennisation du trouble et la survenue de complications.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cazenave M. L'encyclopédie des symboles. Paris: Livre de Poche; 1999.
2. Lenoir F, Tardan-Masquelier Y. L'encyclopédie des religions: Bayard; 2000.
3. Estin C, Hélène L. Le livre de la mythologie grecque et romaine: Gallimard; 1987.
4. Bouchet Pd. La mythologie grecque, adoptée par les romains: hatier; 1987.
5. Pichot P. [Panic: attack and disorder. History of the word and concepts]. *Encephale* 1996;22 Spec No 5:3-8.
6. Brissaud. De l'anxiété paroxystique. *semaine médicale* 1890;10:410-411.
7. Jaspers C. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin; 1913.
8. Morel B. Du délire émotif. *Arch Gen Med* 1866;7:285-402.
9. Beard G. *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia)*. New York: Wood; 1880.
10. Freud S. Obsessions et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie. *Rev Neurol* 1895;3:33-8.
11. Freud. *Inhibition, Symptôme et Angoisse*; 1926.
12. Kempf E. *Psychopathology*. St. Louis: Mosby; 1920.
13. Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramin. *Amer J Psychiat* 1962;119:432-8.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed)*. Washington: APA Press; 1980.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (3rd ed. revised)*. Washington: APA Press; 1987.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington: APA Press; 1994.
17. Abbar M. [Panic disorder and panic attack]. *Encephale* 1996;22 Spec No 5:13-8.
18. Rouillon F. [Epidemiology of panic disorder]. *Encephale* 1996;22 Spec No 5:25-34.
19. Lecrubier Y, Ustun TB. Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 Suppl 4:S7-11.
20. Katon W. Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care. *J Clin Psychiatry* 1986;47 Suppl:21-30.
21. Chignon JM. [Cardiovascular pathology and panic disorder]. *Can J Psychiatry* 1993;38(2):127-33.
22. Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, Burelle D, Arsenault A, Beitman BD. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. *Am J Med* 1996;101(4):371-80.
23. Clum GA, Luscomb RL, Patsiokas AT. On the stress/parasuicide or parasuicide/stress relationship. *Psychol Rep* 1991;68(3 Pt 2):1317-8.
24. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988;338:33-42.
25. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151(3):413-20.
26. Gorwood P, Feingold J, Ades J. [Genetic epidemiology and psychiatry (I): scope and limitations of familial studies. Case of panic disorder]. *Encephale* 1999;25(1):21-9.
27. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(10):1085-9.
28. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women.

- Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(5):374-83.
29. Bowlby J. Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *Am J Psychoanal* 1984;44(1):9-27, 29-31.
 30. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS. Personality disorders in patients with panic disorder: association with childhood anxiety disorders, early trauma, comorbidity, and chronicity. *Compr Psychiatry* 1992;33(2):78-83.
 31. Wittchen HU, Essau CA. Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *J Psychiatr Res* 1993;27 Suppl 1:47-68.
 32. Zvolensky MJ, Bernstein A, Marshall EC, Feldner MT. Panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: associations with substance use, abuse, and dependence. *Curr Psychiatry Rep* 2006;8(4):279-85.
 33. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):144-9.
 34. Lepine JP. [Comorbidity of anxiety and depression: epidemiologic perspectives]. *Encephale* 1994;20 Spec No 4:683-92.
 35. Weissman MM, Leaf PJ, Blazer DG, Boyd JH, Florio L. The relationship between panic disorder and agoraphobia: an epidemiologic perspective. *Psychopharmacol Bull* 1986;22(3):787-91.
 36. Goisman RM, Warshaw MG, Peterson LG, Rogers MP, Cuneo P, Hunt MF, et al. Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia. Data from a multicenter anxiety disorders study. *J Nerv Ment Dis* 1994;182(2):72-9.
 37. Friedman S, Jones JC, Chernen L, Barlow DH. Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatient clinics. *Am J Psychiatry* 1992;149(5):680-5.
 38. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989;321(18):1209-14.
 39. Servant D, Parquet PJ. [Diagnosis and management of panic disorder in psychiatry (PANDA Study)]. *Encephale* 2000;26(2):33-7.
 40. Péliissolo A. Spasmophilie, tétanie et hyperventilation psychogène. In: SFMU, editor. *Urgence* 2003; 2003: SFMU; 2003.
 41. Péliissolo A. *Anxiété généralisée, attaques de panique et agoraphobie*. Paris: Odile Jacob; 2002.
 42. Pelissolo A, Lepine JP. [Acute anxiety attack. Diagnostic orientation and management in an emergency situation]. *Rev Prat* 1998;48(9):1029-32.
 43. Llorca PM. [Acute anxiety attack. Diagnostic orientation and management in an emergency situation with drug dosage]. *Rev Prat* 2001;51(3):309-12.
 44. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, den Boer JA, et al. Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 8:47-54.
 45. Carré A. *L'Encéphale* 1996;Sp 5:11-12.
 46. Noyes R, Jr., Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder. Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(9):809-18.
 47. Katschnig H, Amering M, Stolk JM, Klerman GL, Ballenger JC, Briggs A, et al. Long-term follow-up after a drug trial for panic disorder. *Br J Psychiatry* 1995;167(4):487-94.
 48. Lepola U, Koponen H, Leinonen E. A naturalistic 6-year follow-up study of patients with panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(3):181-3.
 49. Milrod B, Busch F. Long-term outcome of panic disorder treatment. A review of the literature. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(12):723-30.

50. Buller R, Winter P, Amering M, Katschnig H, Lavori PW, Deltito JA, et al. Center differences and cross-national invariance in help-seeking for panic disorder. A report from the cross-national collaborative panic study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27(3):135-41.
51. Klerman GL, Hirschfeld RMA. Panic anxiety and its treatments. In: World Psychiatric Association Presidential Educational Task Force; 1993: American Psychiatric Press; 1993.
52. Ferrari P, Speranza M, Raynaud JP. *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Flammarion; 2001.
53. Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10(4):239-45.
54. Megglé D. *Histoire des Thérapies Brèves. Hypnose et Thérapies Brèves* 2006;1:6-7.
55. Freud S. *L'Analyse avec fin et l'analyse sans fin*. Paris: PUF; 1937.
56. L'essentiel de cette partie provient du livre "A la recherche de l'école de Palo Alto"
57. Garcia T, Wittezaele JJ. *A la recherche de l'école de Palo Alto*: Seuil; 1992.
58. Darwin C. *De l'Origine des Espèces*. 1859.
59. Lipset D. *Bateson: The Legacy of a Scientist*. Boston: Beacon Press; 1980.
60. Bateson G. *Naven: a survey of the Problems suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea tribe drawn from three Points of view*. New York: Cambridge University Press; 1936.
61. Bateson G. *Naven*. Stanford: Stanford University Press; 1958.
62. Cannon WB. *The Wisdom of the Body*. New York: Norton; 1932.
63. Bateson G. *La Nature et la Pensée*. Paris: Edition du Seuil; 1984.
64. Bateson G. *Learning Model*. In: von Foerster; 1974.
65. Haley J. *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapie*. Floride: Grunne and Straton; 1967.
66. Rosen S. *My Voice will go with You*. New York: Norton; 1982.
67. Haley J. *Un thérapeute hors du commun*. Paris: Desclée de Brouwer; 1984.
68. l'essentiel de cette réflexion provient du livre de Jay Halley "un thérapeute hors du commun"
69. Haley J. In: Brouwer Dd, editor. *Un thérapeute hors du commun*. Paris; 1984. p. 54.
70. Zeig JK. *La technique d'Erickson. Hommes et Groupes* ed: Broché; 1988.
71. L'essentiel des informations de cette partie provient de l'ouvrage "tactiques du changement"
72. Fisch R, Weakland JH, Segal L. *The Tactics of Change. Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass; 1982.
73. Nardone G. *Paura, Panico, Fobie*. Firenze: Ponte alle Grazie; 1993.
74. Nardone G. In: *Peur, Panique, Phobies: L'Esprit du Temps*; 1996. p. 42.
75. Nardone G. In: *Peur, Panique, Phobies: L'Esprit du Temps*; 1996. p. 36-37.
76. INSERM. *Psychothérapie Trois approches évaluées*. Paris: INSERM; 2004.
77. Sheehan DV, Sheehan KH. The classification of phobic disorders. *Int J Psychiatry Med* 1982;12(4):243-66.
78. Clark DM, Salkovskis PM, Chalkley AJ. Respiratory control as a treatment for panic attacks. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1985;16(1):23-30.
79. Barlow D. *Anxiety and its disorder. The nature and treatment of anxiety and Panic*. New York: Guilford Press; 1988.
80. Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Harper collin; 1985.
81. Emery JL. *Surmontez vos peurs Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*. Odile Jacob ed. Paris; 2000.

82. Emery JL. In: Jacob O, editor. *Surmontez vos peurs Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*. Paris; 2000. p. 99.
83. Shin LM, McNally RJ, Kosslyn SM, Thompson WL, Rauch SL, Alpert NM, et al. A positron emission tomographic study of symptom provocation in PTSD. *Ann N Y Acad Sci* 1997;821:521-3.
84. Phelps EA. Human emotion and memory: interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current Opinion in Neurobiology* 2004;14:198-202.
85. Lostra F. le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2002;29:73-86.
86. Quirk GJ. Extinction: new excitement for an old phenomenon. *Biol Psychiatry* 2006;60(4):317-8.
87. Quirk GJ, Garcia R, Gonzalez-Lima F. Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear. *Biol Psychiatry* 2006;60(4):337-43.
88. Mezzasalma MA, Valenca AM, Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Nardi AE. [Neuroanatomy of panic disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):202-6.
89. Gorman JM, Kent JM, Sullivan GM, Coplan JD. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):493-505.
90. Bourin M. [From inducers of panic attack to neurobiology of panic disorder]. *Encephale* 1996;22 Spec No 5:35-41.
91. Bourin M, Baker GB, Bradwejn J. Neurobiology of panic disorder. *J Psychosom Res* 1998;44(1):163-80.
92. Gourion D. Les traitements médicamenteux des troubles anxieux. *Ann. méd. psychol.* 2003;161(3):255-259.
93. Affsaps. *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux*. Paris: affsaps; 2006.
94. Lecrubier Y, Judge R. Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder. Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(2):153-60.
95. Humble M, Wistedt B. Serotonin, panic disorder and agoraphobia: short-term and long-term efficacy of citalopram in panic disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 1992;6 Suppl 5:21-39.
96. H.A.S. *Indication du seroplex*. Paris: HAS; 2004.
97. Shear MK, Pilkonis PA, Cloitre M, Leon AC. Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(5):395-401.
98. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(8):689-94.
99. Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H, Anastasiades P, Gelder M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 1994;164(6):759-69.
100. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Jama* 2000;283(19):2529-36.
101. Mattick RP, Andrews G, Hadzi-Pavlovic D, Christensen H. Treatment of panic and agoraphobia. An integrative review. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(9):567-76.
102. Cox BJ, Endler NS, Lee PS, Swinson RP. A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1992;23(3):175-82.
103. Clum GA, Surls R. A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(2):317-26.

104. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 1995;15:819-844.
105. van Balkom AJ, Bakker A, Spinhoven P, Blaauw BM, Smeenk S, Ruesink B. A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(8):510-6.
106. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 1998;155(5 Suppl):1-34.
107. Martineau W, La crise : Opportunité de changement ? Communication au congrès d'hypnose et thérapies brèves de Saint-Malo. 2006

ANNEXES

Annexes de l'historique

Annexe 1

CRITERES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE SELON LE DSM IV

N.B. Une Attaque de panique ne peut pas être codée en tant que telle. Coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'Attaque de panique (p. ex. F40.01 [300.21]. Trouble panique avec agoraphobie [p. 473]).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

- (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
- (2) transpirations
- (3) tremblements ou secousses musculaires
- (4) sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
- (5) sensation d'étranglement
- (6) douleur ou gêne thoracique
- (7) nausée ou gêne abdominale
- (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- (11) peur de mourir
- (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- (13) frissons ou bouffées de chaleur

Annexe 2

CRITERES DE L'AGORAPHOBIE SELON LE DSM IV

N.B. L'Agoraphobie ne peut pas être codée en tant que telle. Attribuer le code en rapport avec le trouble spécifique dans lequel survient l'Agoraphobie (p. ex. F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie ou F40.00 [300.22] Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique).

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 typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver 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 accompagnant.

C- L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex : évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un trouble obsessionnel-compulsif (p. ex : évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un Etat de stress post-traumatique (p .ex. : évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

Annexe 3

CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE SELON LE DSM IV

A. A la fois (1) et (2) :

(1) attaques de panique récurrentes et inattendues

(2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.

(b) préoccupations 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.

B. Présence d'Agoraphobie

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p.ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p.ex. : lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un Etat de stress post-traumatique (ex, en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex. : en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

CRITERES DIAGNOSTIQUES DUTROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE SELON LE DSM IV

A A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues.

(2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.

(b) préoccupations 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.

B Absence d'Agoraphobie. (Voir p. 465).

C Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un Etat de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

Annexe 4

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTECEDENT DE TROUBLE PANIQUE SELON LE DSM IV

A Présence d'agoraphobie liée à la peur de développer des symptômes de type panique (p. ex. : vertiges ou diarrhée).

B N'a jamais satisfait aux critères du Trouble panique (voir p. 466).

C La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directes d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D Si une affection médicale générale associée est présente, la peur décrite dans le critère A est manifestement excessive par rapport à celle habituellement associée à cette affection.

Annexe 5

CRITERES DU TROUBLE PANIQUE (ANXIETE EPISODIQUE PARXYSTIQUE) SELON LA CIM-10 (F41.0).

A. Attaques de panique récurrentes, non exclusivement associées à une situation ou à un objet spécifiques, et souvent spontanées (c'est à dire que les épisodes sont imprévisibles). Les attaques de panique surviennent en dehors de circonstances impliquant des efforts physiques importants, un danger ou un risque vital.

B. Une attaque de panique se caractérise par la présence de chacun des éléments suivants :

(1) Elle constitue un épisode bien délimité de crainte ou de gêne intense.

(2) Elle survient brutalement.

(3) Elle atteint son acmé en quelques minutes et persiste au moins quelques minutes.

(4) Elle s'accompagne d'au moins de quatre des symptômes de la liste suivante, l'un au moins de ces symptômes étant obligatoirement parmi les items a) à d) :

Symptômes liés à une hyperactivité neurovégétative :

a) palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie),

b) transpiration,

c) tremblements ou secousses musculaires,

d) bouche sèche (non due à des médicaments ou une déshydratation).

Symptômes concernant les systèmes respiratoire et gastro-intestinal :

e) respiration difficile,

f) sensation d'étranglement,

g) gêne ou douleur thoracique,

h) nausée ou gêne abdominale.

Symptôme concernant l'état mental :

i) sensations d'étourdissement, de faiblesse, d'instabilité ou de « tête vide »,

j) impression que les objets ne sont pas réels (déréalisation) ou que l'on est soi-même « pas vraiment là » ou « à distance » (dépersonnalisation),

k) peur de perdre le contrôle, de devenir fou ou de s'évanouir,

l) peur de mourir.

Symptômes généraux :

m) bouffées de chaleur ou frissons,

n) sensations d'engourdissement ou picotements (paresthésies).

C. Critères d'exclusion. Les attaques de panique ne sont pas dues à :

un trouble somatique,

un trouble mental organique,

un autre trouble mental telle une schizophrénie ou des troubles apparentés,

un trouble de l'humeur (affectif),

un trouble somatoforme.

Il existe des variations considérables quant au contenu et à la gravité du trouble. Si besoin, on peut utiliser le 5^{ième} caractère du code pour spécifier deux degrés d'intensité, moyen et sévère du trouble :

F41.00 Trouble panique, moyen: au moins 4 attaques de panique en l'espace de 4 semaines,

F41.01 Trouble panique, sévère : au moins 4 attaques de panique par semaine, en l'espace de 4 semaines.

AGORAPHOBIE (F40.0)

Crainte ou évitement net et constant d'au moins deux des situations suivantes :

les foules ;

les endroits publics ;

les déplacements sans être accompagné ;

les déplacements en dehors du domicile.

Survenue de symptômes anxieux dans la situation phobogène, avec présence simultanée, au moins une fois depuis le début du trouble, d'au moins deux des symptômes de la liste suivante, l'un au moins de ces symptômes étant obligatoirement parmi les items (1) à (4) :

Symptômes liés à une hyperactivité neurovégétative

(1) palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie) ;

(2) transpiration ;

(3) tremblements ou secousses musculaires ;

(4) bouche sèche (non due à des médicaments ou une déshydratation) ;

Symptômes concernant les systèmes respiratoire et gastro-intestinal

(5) respiration difficile ;

(6) sensation d'étranglement ;

(7) gêne ou douleur thoracique ;

(8) nausées ou gêne abdominale (par ex estomac qui « se tord » ou « se noue ») ;

Symptômes concernant l'état mental

(9) sensations d'étourdissements, de faiblesse, d'instabilité ou de « tête vide » ;

(10) impression que les objets ne sont pas réels (déréalisation), ou que l'on est soi-même « pas vraiment là » ou « à distance » (dépersonnalisation) ;

(11) peur de perdre le contrôle, de devenir fou, ou de s'évanouir ;

(12) peur de mourir ;

Symptômes généraux

(13) bouffées de chaleur ou frissons ;

(14) sensations d'engourdissement ou picotements (paresthésies).

Détresse émotionnelle significative due à l'évitement ou aux symptômes anxieux, avec conscience du caractère excessif ou irraisonné de ces derniers.

Les symptômes surviennent exclusivement ou prédominent dans les situations redoutées ou quand le sujet pense à ces situations.

Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. Les craintes ou l'évitement des situations (critère A) ne sont pas dus à des idées délirantes, à des hallucinations ou à d'autres troubles, tels un trouble mental organique (F00-F09), une schizophrénie ou des troubles apparentés (F20-F29), un trouble de l'humeur [affectif] (F30-F39), ou un trouble obsessionnel – compulsif (F42.-) et ne sont pas secondaires à des croyances d'ordre culturel.

La présence ou l'absence d'un trouble panique (F41.0) dans la plupart des situations agoraphobogènes peut-être spécifiée à l'aide du cinquième caractère du code :

F40.00 agoraphobie sans trouble panique

F40.01 agoraphobie avec trouble panique

Appréciation du degré de sévérité

Pour apprécier la sévérité de F40.00, on peut spécifier le degré de l'évitement, compte tenu du contexte culturel spécifique.

Pour apprécier la sévérité de F40.01, on peut se fonder sur le nombre d'attaques de panique.

Annexes d'une autre histoire

Annexe 6

Jay Haley raconte une intervention d'Erickson

Une jeune fille, âgée de vingt et un ans, vint voir Erickson en disant qu'elle avait besoin d'aide. Elle désirait se marier, fonder un foyer et avoir des enfants, mais elle n'avait jamais eu de petit ami; elle croyait qu'elle était un cas sans espoir et qu'elle finirait vieille fille. Elle disait: « Je pense que je ne suis pas assez bien pour vivre. Je n'ai pas d'amis, je reste seule dans mon coin, et je suis trop laide pour me marier. J'ai eu l'idée de consulter un psychiatre avant de me suicider. Je vais faire un essai avec vous pendant trois mois, et puis si les choses ne se sont pas arrangées d'ici là, j'en finirai avec l'existence. »

La jeune femme travaillait comme secrétaire dans une entreprise de bâtiment, et sa vie sociale était inexistante. Elle n'était jamais sortie avec un garçon. Au bureau où elle travaillait, il y avait un jeune homme qui arrivait comme par hasard chaque fois qu'elle venait prendre un verre d'eau au robinet; il lui plaisait et tentait de nouer des relations avec elle, mais, malgré les avances qu'il lui faisait, elle l'ignorait et ne lui adressait jamais la parole. Elle vivait seule et ses parents étaient morts.

La jeune fille était jolie, mais elle faisait en sorte de s'enlaidir : ses cheveux étaient rebelles et mal coupés, son chemisier et sa jupe n'allaient pas ensemble; il y avait un accroc à sa jupe, et ses chaussures éraflées ignoraient le cirage. D'après elle, son défaut physique le plus grave consistait en un écart excessif entre ses deux incisives supérieures, défaut qu'elle dissimulait en mettant la main devant sa bouche quand elle parlait. En fait, l'écart de ses dents dépassait à peine trois millimètres et n'avait rien de disgracieux. D'une manière générale cette jeune fille s'enfonçait dans la dépression, elle allait tout droit vers le suicide, était incapable de se tirer d'affaire seule et opposait une résistance à tout ce qui aurait pu l'aider à atteindre le but qu'elle s'était fixé, c'est-à-dire se marier et avoir des enfants.

Erickson adopta pour ce problème une approche en deux temps. Il proposa à la jeune fille, puisque de toute façon son état empirait, de faire au moins une dernière folie en vidant son compte en banque et en dépensant cet argent pour elle. Il lui indiquerait un magasin où se rendre, et là, on l'aiderait à choisir une toilette seyante; de même, elle irait dans un institut où on la coifferait correctement. La jeune fille ne repoussa pas cette idée, puisque tout cela ne semblait pas viser à ce qu'elle aille mieux, mais n'était qu'une dernière folie avant la dégringolade finale.

Puis Erickson lui assigna une tâche: elle devait rentrer chez elle, et, seule dans sa salle de bains, faire gicler de l'eau entre ses dents de devant jusqu'à ce qu'elle puisse atteindre avec précision un objectif situé à deux mètres environ. Elle se dit que c'était stupide, mais c'est en partie à cause de cela qu'elle rentra chez elle et s'exerça consciencieusement à cracher à travers l'interstice qui séparait ses dents. Maintenant, la jeune fille, convenablement vêtue, était séduisante, et elle savait parfaitement bien faire gicler de l'eau entre ses dents de devant ; Erickson lui fit alors une suggestion, et voici ce qu'il lui proposa: le lundi suivant, à son travail, elle allait faire une farce. Lorsque le jeune homme arriverait en même temps qu'elle quand elle irait boire, elle prendrait dans sa bouche une gorgée d'eau qu'elle ferait gicler sur lui. Puis elle ferait demi-tour et se sauverait en courant, mais pas avant de s'être d'abord précipitée vers le jeune homme pour ensuite prendre ses jambes à son cou et repartir en sens inverse dans le couloir « comme si elle avait eu le diable à ses trousses ».

La jeune fille commença par déclarer qu'elle ne pouvait pas faire cela. Puis elle envisagea la

chose comme une lubie assez amusante, mais dépourvue de raffinement. En fin de compte, elle décida de s'exécuter. De toute façon, elle était dans l'état d'esprit qui convient pour se livrer à une dernière extravagance. Le lundi suivant, elle arriva à son travail bien coiffée et vêtue de sa nouvelle toilette. Elle alla boire, et lorsque le jeune homme approcha, elle prit une bonne gorgée d'eau qu'elle projeta sur lui. Le jeune homme dit quelque chose qui ressemblait à: « Sale petite garce! » Cela la fit rire pendant qu'elle prenait la fuite, et le jeune homme courut après elle et la rattrapa. A sa grande consternation, il la saisit et l'embrassa. Le jour suivant, la jeune femme s'approcha du robinet avec une certaine excitation; le jeune homme bondit de derrière une cabine téléphonique et l'aspergea avec un pistolet à eau. Le lendemain soir, ils allèrent dîner ensemble. Elle revint voir Erickson et lui raconta ce qui s'était passé. Elle lui dit qu'elle était en train de réviser l'opinion qu'elle avait d'elle-même, et elle désirait qu'il fasse le point à son sujet. Il acquiesça, faisant remarquer entre autres choses qu'elle avait coopéré avec lui de façon satisfaisante, que si naguère elle était mal habillée, ce n'était plus le cas maintenant, et qu'avant, elle pensait que ses dents étaient mal rangées au lieu de considérer cela comme un avantage. Quelques mois plus tard, elle envoya à Erickson une coupure de presse où on faisait part de son mariage avec le jeune homme.

Annexe 7

« Dans un cas semblable, j'ai tendance à introduire ce que l'on pourrait appeler une colère vengeresse. J'ai un entretien avec le mari et un autre avec l'épouse, et en général, je m'aperçois que celle-ci est vraiment en colère. Son mari a assombri son existence en la manipulant avec ses craintes de crise cardiaque, et tout ce qu'il est capable de faire, c'est geindre et gémir sans cesse. L'épouse mène une existence malheureuse, et, une fois qu'elle est sûre que l'état cardiaque de son mari est satisfaisant, elle se sent poussée à agir. Je fis en sorte, avec une épouse qui se trouvait dans cette situation, que jamais elle ne fût prise au dépourvu quand son mari commençait à dire qu'il avait peur de mourir d'une crise cardiaque. Elle se procura des prospectus publicitaires dans toutes les entreprises de pompes funèbres de la ville. Elle avait des dépliants qui décrivaient les diverses classes de funérailles, des publicités pour les concessions perpétuelles, et ainsi de suite. Lorsque son mari disait qu'il avait peur d'avoir une crise cardiaque, elle répliquait: « Il faut que je m'occupe un peu de cette pièce et que je la range comme il faut. » Puis elle disposait les dépliants des entreprises de pompes funèbres. Son mari se mettait en colère et les jetait, mais elle en avait d'autres qu'elle plaçait un peu partout dans la maison. Il en vint à ne plus oser faire allusion à ses craintes, et celles-ci disparurent. C'est en cela que consiste l'introduction d'un comportement de vengeance - oeil pour oeil, dent pour dent. De temps à autre, pour introduire une variante, elle ajoutait des formulaires de polices d'assurances. Une telle approche oblige le mari à négocier avec sa femme.

Annexe 8

En 1943, la femme d'un de mes élèves m'aborda et me déclara: « Je dois faire face avec mon mari à un problème très difficile. Nous sommes très amoureux, et il fait son service militaire en poursuivant ses études de médecine; il aura son diplôme en 1945. Nous espérons que d'ici là, la guerre sera terminée. Lorsqu'il aura fini son service, nous souhaitons avoir des enfants, mais cela me fait peur. Mon mari a des frères et soeurs, et il appartient à une famille équilibrée. Je suis fille unique. Mon père est très riche, ses affaires l'appellent à Chicago, New

York et Miami. Il vient me voir de temps en temps. »

Ma mère est une personnalité en vue dans la haute société. Elle n'arrête pas d'assister à des manifestations mondaines à New York, à Londres, à Paris ou en Italie. J'ai été élevée par un certain nombre de gouvernantes. C'est elles qui se sont occupées de moi dès ma plus tendre enfance parce que les obligations mondaines de ma mère étaient incompatibles avec les soins et l'éducation à donner à un enfant. Du reste, elle affirmait qu'une gouvernante dont c'était le métier saurait bien mieux s'y prendre qu'elle-même n'aurait pu le faire. Je ne voyais pas ma mère très souvent. Avant que j'aie en classe, chaque fois que ma mère revenait à la maison, elle donnait une grande réception: on me faisait parader en montrant mes bonnes manières et en récitant de petits poèmes devant les invités de ma mère, puis on me renvoyait vite dans les coulisses. Maman me rapportait toujours des cadeaux, parfois une magnifique poupée qui devait rester quelque part sur une étagère pour qu'on pût l'admirer, mais elle ne me donnait jamais rien qui fût vraiment un jouet. Pour ma mère, quand par hasard elle se trouvait à la maison, je n'étais qu'un objet que l'on montrait. Mon père était différent. Quand il venait à la maison, il s'arrangeait pour me faire faire des choses amusantes. Il m'emmenait au cirque, à des fêtes foraines ou à des kermesses de bienfaisance, à des arbres de Noël, et parfois il restait à la maison assez longtemps pour m'emmener dîner dans divers restaurants où il me laissait commander tout ce dont je pouvais avoir envie. J'aimais vraiment mon père, et il était si gentil avec moi qu'il me manquait. Dès que j'eus l'âge requis, on me mit en pension, et l'été, j'allais dans un camp de vacances « comme il faut ». Tout était tellement « comme il faut » ! Pour finir, on m'envoya parachever mon éducation dans une institution pour jeunes filles de bonne famille où j'appris l'art de tenir une conversation. Par l'intermédiaire de mon école, les filles de ma classe furent invitées à une soirée dansante dans un collège. C'est là que j'ai rencontré mon futur mari. Nous nous sommes écrit, et nous avons fait en sorte de nous voir de plus en plus souvent; en fin de compte, mon père donna son consentement au mariage, mais ma mère éprouva l'arbre généalogique de mon mari avant de donner son accord. Elle voulait organiser un très grand mariage et elle a été scandalisée quand mon mari et moi avons pris les devants en nous enfuyant ensemble. Je savais que je ne pourrais pas supporter que mon mariage devienne le genre d'événement mondain que ma mère voulait que ce soit. Pour me punir de cette fugue, elle partit pour Paris. Mon père nous dit: « Bravo, les enfants. » Il n'avait jamais vraiment apprécié la vie mondaine de ma mère. Mon problème actuel, c'est que j'ai vraiment très peur d'avoir des enfants. J'ai été si malheureuse étant enfant, je me suis sentie si seule; et il n'y avait personne pour s'assurer que mes gouvernantes s'acquittaient convenablement de leur tâche, et elles me considéraient comme une source d'embêtements. Je n'avais pas d'amis avec qui jouer, et j'ai vraiment très peur de la façon dont je traiterai mes enfants. Pour moi, l'enfance ne signifie vraiment rien d'agréable, mais je désire des enfants, mon mari aussi, et nous voulons tous deux qu'ils soient heureux. Mon mari m'a envoyée vous voir; peut être pourriez vous me traiter par l'hypnose pour apaiser mes craintes. »

Je réfléchis plusieurs jours à ce problème, puis j'entrepris d'utiliser l'hypnose d'une manière qui, à mon avis, serait efficace. Voici la procédure que j'envisageais d'appliquer : d'abord, voir si la jeune femme était un sujet apte à se prêter à un traitement hypnotique. Il se révéla qu'elle était somnambule et qu'elle réagissait très bien à des suggestions de toute sorte. Sachant donc qu'elle était un sujet susceptible d'être hypnotisé, j'induisis une transe et je la fis régresser à un âge situé « approximativement vers quatre ou cinq ans ». Je lui donnai la directive suivante: une fois qu'elle serait revenue à cet âge, elle irait « au rez-de-chaussée, dans le salon », où elle « verrait un homme qu'elle ne connaissait pas » qui bavarderait avec elle.

Elle régressa de façon satisfaisante et me regarda de ses yeux grand ouverts, posant sur moi le regard interrogateur d'une enfant; elle me demanda: « Qui êtes-vous ? » Je lui répondis: « Je suis l'Homme de Février. Je suis un ami de votre père. Je suis en train de l'attendre, car j'ai des affaires à régler avec lui. Pendant que j'attends, voudriez-vous bavarder un peu avec moi ? »

Elle accepta ma proposition et me dit que son anniversaire tombait en février. Elle dit que son père lui enverrait probablement de beaux cadeaux, ou peut-être même viendrait-il les lui apporter. Elle parlait sans aucune contrainte, comme une petite fille de quatre ou cinq ans qui se sent très seule, et elle montra une affection très visible pour l'« Homme de Février ». Après que ma visite se fut prolongée pendant environ une demi-heure, je lui dis que son père arrivait et que je voulais le voir d'abord, pendant qu'elle remonterait à l'étage au-dessus. Après m'avoir quitté, elle descendrait pour voir son père, elle pouvait en être sûre. Elle demanda si l'Homme de Février reviendrait, et je lui affirmai que oui; j'ajoutai que je ne pensais pas qu'il pourrait venir avant juin. Cependant, il se montra en avril, en juin, et un peu avant Thanksgiving et Noël. J'éveillais la patiente entre chacune des visites de l'Homme de Février, et nous tenions des propos à bâtons rompus, sans rien qui diffère d'une conversation banale à l'état de veille.

Je poursuivis cette thérapie pendant plusieurs mois, parfois au rythme de deux séances par semaine. Une amnésie se produisait spontanément pour les événements survenus en état de transe, mais en état de régression hypnotique, elle pouvait se souvenir des visites précédentes de l'Homme de Février. Lors du premier entretien avec la patiente, j'avais pris soin de m'assurer des dates importantes de son existence, afin qu'il ne se produisit aucune interférence accidentelle de l'Homme de Février avec un souvenir important. La thérapie suivait son cours, et, au fur et à mesure, les intervalles augmentaient de plus en plus entre les visites de l'Homme de Février; chaque régression reportait la patiente à un âge plus élevé, de sorte que lorsqu'elle atteignit quatorze ans, il fut possible de situer des rencontres faites « par hasard » dans des endroits où elle était réellement allée à divers moments de son existence. Ce procédé des rencontres fortuites fut fréquemment employé, plaçant ces rencontres seulement quelques jours avant un souvenir réel de son existence. Elle approchait maintenant de ses vingt ans; les visites de l'Homme de Février continuaient, et elle ne se lassait pas de le voir, manifestant un plaisir évident à parler avec lui de tout ce qui peut intéresser une adolescente. A mesure que j'en apprenais davantage sur elle, je pouvais, lorsque apparaissait quelque nouveau souvenir d'enfance, la faire régresser à cet âge-là, me manifester quelques jours avant un événement vraiment important de son existence, et partager son attente avec elle. D'autres fois, au contraire, je me manifestais après et nous parlions de ce qu'elle venait de vivre. Cette méthode permettait d'intercaler dans ses souvenirs le sentiment d'être reconnue et acceptée, et lui faisait aussi vivre l'expérience qui consiste à partager un grand nombre d'événements de son existence avec une personne réelle. Chaque fois, elle demandait à l'Homme de Février si elle le reverrait bientôt, et quand elle réclamait des cadeaux, il lui offrait quelque chose de fugace. C'est ainsi qu'elle se vit offrir l'impression éprouvée juste après avoir mangé un bonbon, ou bien encore celle d'avoir fait une promenade avec l'Homme de Février dans un jardin rempli de fleurs. Par tous ces procédés divers, il me semblait que j'avais réussi à l'amener à ajouter à ses souvenirs du passé les impressions laissées par une enfance satisfaisante sur le plan affectif.

A mesure que la thérapie progressait, la patiente, quand elle se trouvait dans son état de conscience ordinaire, manifestait de moins en moins de doutes à propos de ses éventuelles capacités maternelles. Elle me demanda à plusieurs reprises ce que je pouvais bien faire pendant les trances pour qu'elle éprouve un tel sentiment de confiance, l'impression qu'elle saurait assumer comme il convient ses responsabilités maternelles, quel que soit l'âge des enfants. Je lui avais toujours dit, aussi bien à l'état de veille qu'en état d'hypnose, de ne se souvenir consciemment de rien de ce qui était arrivé en état de transe, pour autant qu'il s'agît du contenu verbal. Mais elle en conservait la valeur affective, elle l'apprécierait et la partagerait en fin de compte avec tous les enfants qu'elle aurait. Plusieurs années après, j'ai appris qu'elle avait trois enfants et qu'elle était heureuse de les voir grandir et s'épanouir.

Annexe 9

Robert (il avait trois ans) tomba dans l'escalier, s'ouvrit la lèvre, et, sous le choc, une de ses dents se trouva renfoncée dans le maxillaire supérieur. Il saignait abondamment et hurlait de douleur et de peur. Sa mère et moi vînmes à son aide. Il criait, étendu par terre; sa bouche saignait beaucoup et le sang avait éclaboussé le carrelage: un simple coup d'oeil révélait qu'il y avait urgence et qu'il fallait agir vite et bien.

Nous n'avons pas essayé de le ramasser. Au lieu de cela, profitant de ce qu'il reprenait son souffle avant de recommencer à crier, je lui dis vite, simplement, avec compassion et conviction: « Ça fait terriblement mal, Robert. Affreusement mal. »

Dès lors, mon fils avait la certitude absolue que je savais de quoi je parlais. Nous pouvions nous entendre, car il savait que j'étais entièrement du même avis que lui. Il pouvait donc tenir compte de ce que je lui dirais: j'avais en effet prouvé que je comprenais tout à fait la situation. En hypnothérapie appliquée à la pédiatrie, le problème de loin le plus important est celui de parler au patient de manière qu'il soit d'accord avec vous et reconnaisse que vous saisissez intelligemment la situation selon ses propres critères.

Je dis ensuite à Robert : « Et ça va continuer à te faire mal. » En faisant cette simple remarque, j'exprimais ses craintes de façon explicite, j'apportais une confirmation à la façon dont il jugeait la situation, je lui prouvais que je comprenais parfaitement bien toute l'affaire et que j'étais entièrement d'accord avec lui, puisqu'à cet instant, tout ce qu'il pouvait attendre de l'existence, c'étaient de l'angoisse et de la souffrance. Comme il reprenait à nouveau son souffle, nous déclarâmes ensemble d'une seule voix: « Et pourvu que ça cesse de faire mal! » Nous étions là encore tout à fait d'accord, et son voeu était approuvé et même encouragé. Et c'était ce qu'il souhaitait, lui, cela venait entièrement de lui et constituait son désir le plus urgent. La situation était maintenant nettement déterminée, je pouvais dès lors faire une suggestion qui avait de bonnes chances d'être accueillie favorablement. Voici ce que j'avançai: « Mais peut-être que ça va bientôt cesser de faire mal, juste dans une ou deux minutes. » Cette suggestion correspondait tout à fait à ses besoins et à ses désirs, et le « peut-être » qui la nuancait faisait qu'elle n'était pas en contradiction avec la façon dont il percevait la situation. Il pouvait donc accepter cette idée et commencer à y réagir.

Sa réaction permettrait de passer à une autre étape importante pour lui en tant qu'individu souffrant, importante également pour la portée psychologique globale de l'événement dans son ensemble, et ce passage à l'étape suivante était important en soi: c'était un acte essentiel qui allait permettre de faire évoluer et de modifier la situation.

Trop souvent en hypnothérapie, ou à propos d'une quelconque utilisation de l'hypnose, on a tendance à insister exagérément sur ce qui est évident et à renouveler sans nécessité des suggestions déjà acceptées, au lieu de créer une situation d'attente qui permette aux réactions attendues de se produire. Tous les boxeurs connaissent bien les inconvénients d'un entraînement trop poussé, et tous les vendeurs savent qu'il ne faut pas trop en faire. Les mêmes risques inhérents à la nature humaine existent dans l'application des techniques hypnotiques.

Dans le cas de Robert, l'étape suivante consistait à reconnaître ce que cette blessure représentait pour lui ; douleur , hémorragie, atteinte corporelle, blessure d'amour-propre et perte de l'intégrité du narcissisme normal à cet âge, disparition du sentiment de bien-être physique tellement indispensable aux êtres vivants.

Robert savait qu'il avait mal et qu'il était blessé; il pouvait voir son sang répandu sur le carrelage, il en sentait le goût dans sa bouche et en voyait la trace sur ses mains. Et pourtant, poussé par le narcissisme qui existe en tout être humain, il désirait que son malheur soit

reconnu et plus encore qu'il en résulte un certain réconfort. Personne n'a envie d'avoir un petit mal de tête de rien du tout; s'il faut avoir mal à la tête, autant que la victime de cette douleur tellement atroce soit seule capable de l'endurer. L'orgueil humain console et réconforte de si étrange façon! L'attention de Robert fut donc doublement attirée sur deux questions essentielles qui avaient pour lui une importance compréhensible, et cela au moyen de remarques toutes simples: « Quelle énorme quantité de sang sur le carrelage! Est-ce que c'est du bon sang, bien rouge et bien épais ? Regarde bien, Maman. Je pense que oui, mais je voudrais que tu vérifies. »

C'était ainsi une autre façon de reconnaître ouvertement et sans crainte des valeurs importantes pour Robert. Il avait besoin de savoir que son infortune apparaissait aussi catastrophique au regard des autres qu'au sien propre, et il lui fallait une preuve tangible qu'il puisse vérifier lui-même. Quand je déclarais qu'il y avait « une énorme quantité de sang », Robert pouvait là encore reconnaître que je jugeais la situation avec intelligence et compétence, d'une façon qui répondait à ses besoins informés mais cependant réels. Les remarques sur la bonne qualité, la couleur rouge et la densité de son sang étaient des éléments qui avaient une importance psychologique et correspondaient à ce que cet accident signifiait pour Robert. Dans une situation où l'on a l'impression d'être gravement atteint, on éprouve avant tout par compensation le besoin d'une satisfaction consistant à se sentir vertueux. En conséquence, sa mère et moi, nous avons examiné le sang qui était sur le carrelage, et nous avons tous deux exprimé l'opinion que c'était du beau sang rouge et de bonne qualité. De cette façon, nous l'avons rassuré, mais pas seulement pour lui procurer un réconfort sur le plan affectif ; nous nous sommes livrés à l'examen d'éléments réels de manière à lui apprendre quelque chose.

Toutefois, nous avons émis quelques réserves à cet avis favorable en déclarant qu'il faudrait que nous examinions ce sang sur le fond blanc du lavabo de la salle de bain, ce qui permettrait de mieux le voir. A ce moment-là, Robert avait cessé de pleurer, et il n'était plus dominé par la douleur et la peur qu'il avait éprouvées au début. Au lieu de cela, il était intéressé et absorbé par le problème passionnant de la qualité de son sang. Sa mère le ramassa et le porta jusqu'à la salle de bain; là, on lui versa de l'eau sur le visage pour voir si le sang « se mélangeait bien à l'eau » et la « colorait bien en rose ». Puis on prit soin de constater et de réaffirmer qu'il était rouge, à la suite de quoi on vérifia, en le lavant à nouveau convenablement, que le « rose » apparaissait alors: Robert était extrêmement satisfait d'avoir du beau sang rouge et épais, qui colorait bien l'eau en rose.

Puis vint la question de savoir si sa bouche « saignait et enflait bien comme il faut ». Un examen minutieux permit de conclure à nouveau, au grand contentement de Robert et à sa satisfaction totale, que tout se passait bien comme il le fallait, et c'étaient autant de preuves formelles et réconfortantes de sa robuste constitution.

Ensuite, il fallut parler des points de suture que nécessitait l'état de sa lèvre. Cette question aurait facilement pu provoquer une réaction négative, aussi les choses lui furent-elles présentées de façon négative pour prévenir ses objections tout en évoquant un nouveau point très important. Voilà comment l'affaire fut amenée: je lui fis remarquer que c'était bien dommage, mais qu'on n'allait certainement pas pouvoir lui mettre autant de fils qu'il était capable d'en compter. En fait, on ne lui en mettrait peut-être même pas dix, et pourtant, il savait compter jusqu'à vingt. Quel dommage qu'on ne puisse pas lui en mettre dix-sept, comme à sa soeur Betty-Alice, ou douze, comme à son frère Allan ; mais il fut réconforté par l'assurance qu'il en aurait plus que ses frères et soeur Bert, Lance ou Carol. De cette façon, tout ce qui lui était arrivé devenait une expérience vécue qu'il pourrait partager avec ses frères et soeurs plus âgés, avec en outre un réconfortant sentiment d'égalité et même de supériorité. Il avait ainsi la possibilité d'affronter la perspective de l'acte chirurgical sans crainte ni angoisse, en espérant même que sa coopération avec le chirurgien donnerait un résultat très satisfaisant; en sus, il

mourait d'envie de s'acquitter correctement de la tâche qui lui avait été assignée, c'est-à-dire « d'être certain de bien compter ses points de suture ». De cette manière, il n'était pas nécessaire de le rassurer, ni d'émettre des suggestions pour le rendre moins dépendant vis-à-vis de la douleur.

Il ne fallut que sept points, et Robert fut déçu, mais le chirurgien insista sur le fait que le fil à suturer était plus récent et de meilleure qualité que celui qui avait été utilisé pour ses frères et soeurs ; en outre, la cicatrice aurait la forme d'un W : presque personne n'en avait une comme ça, et c'était aussi l'emblème du collège de Papa. Cela compensait donc amplement le petit nombre des points de suture.

Annexe 10

Une mère, âgée de vingt-sept ans, commença à se heurter à de sérieuses difficultés avec son fils de huit ans; il devenait de plus en plus insolent et elle avait l'impression qu'il inventait chaque jour une nouvelle manière de la défier. Elle avait divorcé deux ans auparavant; elle et son ex-mari avaient considéré que cette décision était fondée. Outre son fils, elle avait deux filles âgées de six et neuf ans. Après quelques mois pendant lesquels elle avait eu de temps en temps des relations avec des hommes qu'elle espérait épouser, elle s'aperçut que son fils était devenu très indocile et posait maintenant un problème inattendu. Pendant une brève période, la fille aînée avait adopté une attitude semblable à celle de son frère. La mère avait pu venir à bout des tentatives de rébellion de sa fille en appliquant les méthodes habituelles pour la mater: colère, cris, réprimandes et menaces suivies d'une bonne fessée, avant d'avoir avec l'enfant une conversation intelligente, raisonnable et objective. Auparavant, cela avait toujours été efficace avec ses enfants. Toutefois, avec Joe, son fils, ces méthodes ne donnaient aucun résultat, et que ce soient les fessées, les privations réitérées, les larmes ou la mobilisation des membres de la famille qui venaient lui prêter main forte, rien n'y faisait. Joe, très satisfait, se contentait de déclarer avec entrain qu'il avait l'intention de n'en faire qu'à sa tête, et que rien, strictement rien ne pourrait l'en empêcher.

Il se mit à se comporter de la même manière à l'école et avec les voisins, et il n'y avait littéralement rien qui fût à l'abri de ses déprédations. Il s'attaquait au matériel scolaire, il bravait les professeurs et agressait ses camarades de classe. Il cassait les vitres des voisins et saccageait leurs plates-bandes. Les voisins et les professeurs essayèrent de faire quelque chose, mais ils ne parvinrent qu'à effrayer l'enfant. Finalement, il se mit à détruire des objets de valeur qui se trouvaient chez lui ; il agissait surtout la nuit quand sa mère dormait, et puis, le lendemain matin, il la mettait en fureur en soutenant effrontément qu'il n'y était pour rien.

C'est cette dernière série de méfaits qui, pour finir, décida la mère à amener son fils en consultation afin de remédier à cet état de choses. Pendant qu'elle exposait les faits, Joe écoutait en arborant un large sourire. Lorsqu'elle eut terminé son récit, il déclara avec forfanterie que je n'avais aucun moyen de l'empêcher d'agir comme il l'entendait, et qu'il allait continuer à faire ce que bon lui semblait. Je lui affirmai d'un air extrêmement sérieux et convaincu que je n'avais nul besoin de faire quoi que ce soit pour modifier son comportement: un garçon comme lui, grand, fort et très malin, était capable de modifier ses façons d'agir tout seul, sans l'aide de personne. Je lui garantis que sa mère ferait ce qu'il faudrait pour lui permettre de changer de conduite « tout seul ». Joe accueillit cette déclaration avec une incrédulité sarcastique. Je lui dis que je suggérerais à sa mère de faire quelques petites choses simples pour qu'il puisse modifier son comportement; puis je le fis sortir de mon cabinet. Je l'invitai également avec beaucoup d'amabilité à essayer d'imaginer

en quoi pourraient bien consister ces petites choses simples. Cela eut pour effet de le déconcerter suffisamment pour qu'il attende tranquillement sa mère, occupé qu'il était à réfléchir à tout cela.

Resté seul avec la mère, je lui expliquai l'exigence fondamentale pour un enfant de vivre dans un monde où il ait la certitude de trouver plus fort et plus puissant que lui. Jusque-là, son fils, avec un désespoir toujours plus grand, avait apporté la preuve que le monde était un endroit où régnait l'insécurité : la seule personne forte que l'on y trouvait, c'était lui, petit garçon de huit ans. Ensuite, je donnai à la mère des instructions précises et détaillées à propos de ce qu'elle allait avoir à faire les deux jours suivants.

Plus tard, au moment où ils quittaient mon cabinet, le jeune garçon demanda d'un air de défi si j'avais conseillé les fessées. Je lui affirmai qu'aucune mesure ne serait prise, à part lui donner toute latitude de modifier son propre comportement ; personne d'autre que lui ne réaliserait cette modification. Cette réponse le remplit de perplexité. Sur le chemin du retour, sa mère lui donna une bonne correction pour le contraindre à la laisser conduire sans risques. J'avais prévu qu'il agirait ainsi, et j'avais conseillé à la mère de réagir de manière expéditive et sans phrases inutiles. La soirée se passa comme d'habitude, sa mère le laissa regarder la télévision autant qu'il en avait envie.

Le lendemain matin, les grands-parents vinrent chercher les deux filles. Joe, qui avait prévu d'aller à la piscine, réclama son petit déjeuner. Il fut très intrigué de voir sa mère apporter dans le salon des sandwiches emballés, des fruits, un thermos rempli de jus de fruit et un autre de café, ainsi qu'une pile de serviettes de toilette. Elle posa tout cela bien d'aplomb sur un gros canapé avec le téléphone et quelques livres. Joe exigea que son petit déjeuner lui fût servi sans délai, faute de quoi il menaçait de détruire la première chose qui lui tomberait sous la main si sa mère ne se dépêchait pas. Elle se contenta de sourire, l'empoigna, le jeta rapidement à plat ventre sur le sol et s'assit sur lui en pesant de tout son poids. Lorsqu'il lui cria de se retirer, elle lui répondit qu'elle avait déjà pris son petit déjeuner et qu'elle n'avait rien d'autre à faire qu'à essayer d'imaginer des moyens de modifier son comportement. Elle lui fit toutefois remarquer qu'elle était certaine de ne connaître aucun moyen. Cela dépendait donc totalement de lui. Le jeune garçon engagea une lutte furieuse mais vouée à l'échec contre sa mère, avouée qu'elle était par son poids, sa force et son habileté vigilante. Il poussa des cris, des hurlements, lança des jurons et des obscénités, sanglota et finit par promettre pitoyablement d'être toujours sage. Sa mère lui répondit que cette promesse ne signifiait rien parce qu'elle n'avait pas encore trouvé comment modifier son comportement à lui, Joe. Cela suscita de la part de celui-ci un autre accès de rage qui finit par s'apaiser; ensuite, il demanda avec insistance la permission de se rendre aux toilettes. Sa mère lui expliqua avec gentillesse qu'elle n'avait pas fini de réfléchir ; elle lui proposa une serviette pour s'essuyer afin qu'il ne fût pas trop mouillé. Cela provoqua un autre déchaînement de révolte qui ne tarda pas à l'épuiser. Sa mère profita de l'accalmie pour téléphoner à la grand-mère. Tandis que Joe écoutait, elle expliqua d'un air détaché que ses réflexions n'avaient encore abouti à aucune conclusion et qu'elle croyait vraiment que c'était Joe qui devrait arriver à modifier son comportement. Le jeune garçon accueillit ces propos en poussant le cri le plus fort qu'il fût capable d'émettre. Sa mère fit remarquer dans sa conversation au téléphone que Joe était trop occupé à hurler pour songer à modifier son comportement, et elle lui mit le combiné devant la bouche pour qu'il puisse crier dans le récepteur.

Joe s'enferma dans un silence renfrogné coupé de brusques accès de cris, d'exigences, de violents efforts et de sanglots, interrompus par de pitoyables supplications. A tout cela, sa mère répondait de la même manière, du tac au tac mais sans colère. Comme le temps passait, elle se servit du café et du jus de fruit, mangea des sandwiches et se mit à lire. Peu avant midi, le jeune garçon lui dit poliment qu'il fallait vraiment qu'il aille aux toilettes. Elle reconnut que c'était également son cas. Elle expliqua que ce serait possible s'il était d'accord pour revenir,

reprendre sa position sur le sol et la laisser s'asseoir confortablement sur lui. Après quelques larmes, il y consentit. Il tint sa promesse, mais presque immédiatement il déclencha à nouveau une violente attaque destinée à la déloger. Chaque fois qu'il était près de réussir, il faisait une nouvelle tentative, ce qui l'épuisait encore plus. Pendant qu'il se reposait, elle mangea des fruits et but du café, donna un coup de téléphone sans importance et reprit sa lecture.

Au bout de cinq heures, Joe capitula lamentablement sans condition en déclarant qu'il ferait absolument tout ce qu'elle lui dirait de faire. Sa mère répliqua simplement d'une façon tout aussi sérieuse qu'elle avait réfléchi en vain; elle ne savait vraiment pas quoi lui dire. Il éclata en larmes en entendant cela, mais peu après, il lui dit en sanglotant qu'il savait quoi faire. Elle répondit aimablement qu'elle était très satisfaite de cela, mais qu'elle pensait qu'il n'avait pas eu suffisamment de temps pour y penser assez longuement. Peut-être que cela l'aiderait de réfléchir encore environ une heure. Joe attendit sans rien dire que l'heure s'écoule pendant que sa mère, toujours assise sur lui, lisait tranquillement. Lorsque l'heure fut dépassée, elle fit une remarque à ce propos, mais elle dit qu'elle avait envie de terminer son chapitre. Joe soupira en frissonnant et sanglota doucement pour lui tout seul pendant que sa mère finissait sa lecture. Quand le chapitre fut enfin terminé, la mère se leva, et Joe aussi. Il demanda timidement quelque chose à manger. Sa mère lui expliqua avec un grand luxe de détails que l'heure du déjeuner était passée, que l'on prend toujours le petit déjeuner avant le déjeuner, et qu'il était trop tard pour servir le petit déjeuner. Elle lui suggéra, à la place du repas, de boire un verre d'eau fraîche et d'aller s'installer confortablement dans son lit pour se reposer pendant le reste de l'après-midi.

Joe s'endormit rapidement, mais il fut réveillé par d'alléchantes odeurs de nourriture. Ses soeurs étaient revenues, et il se prépara à les rejoindre à table pour le repas du soir .

Sa mère lui expliqua sérieusement, d'une manière simple, claire et détaillée que, d'habitude, on prenait d'abord le petit déjeuner, puis le déjeuner avant de dîner. Malheureusement, comme il avait sauté le petit déjeuner, il devrait aussi se passer de dîner. Pas de dîner ce soir, mais heureusement, le lendemain matin, il entamerait une nouvelle journée. Joe retourna dans sa chambre et s'endormit à force de pleurer. Cette nuit là, sa mère ne dormit que d'une oreille, mais Joe ne se leva pas avant qu'elle eût fini de préparer le petit déjeuner.

Joe entra dans la cuisine avec ses soeurs pour prendre son petit déjeuner et s'assit tout content pendant que sa mère servait à ses soeurs des crêpes et des saucisses. A la place de Joe, il y avait un grand bol. Sa mère lui expliqua qu'elle lui avait fait un petit déjeuner spécial, des flocons d'avoine. Il n'aimait pas tellement cela, et les larmes lui vinrent aux yeux, mais quand elle le servit, il la remercia, se conformant en cela à la coutume familiale et il se jeta sur sa nourriture. Sa mère lui expliqua qu'elle en avait fait assez pour qu'il puisse se resservir. Elle annonça avec entrain qu'elle espérait qu'il lui en resterait suffisamment pour le déjeuner. Joe s'attaqua vaillamment aux flocons d'avoine pour essayer d'éviter cela, mais sa mère en avait cuit une quantité remarquablement abondante. Après le petit déjeuner, Joe entreprit tout à fait spontanément de faire le ménage de sa chambre. Après cela, il demanda à sa mère s'il pouvait aller voir les voisins. Elle n'avait aucune idée de ce qu'il en ressortirait, mais elle accorda la permission. De derrière les rideaux de la fenêtre, elle le vit aller sonner chez les voisins d'à côté. Lorsque la porte s'ouvrit, il sembla qu'il disait quelques mots au voisin, et puis il s'éloigna dans la rue. Comme elle l'apprit ensuite, il entreprit, de façon aussi systématique que quand il jouait les terreurs, de faire la tournée des voisins pour leur présenter ses excuses et leur promettre de venir dès qu'il le pourrait réparer les dommages qu'il avait causés. Il expliqua que cela lui prendrait très longtemps pour remettre en état tout ce qu'il avait abîmé. Joe revint pour le déjeuner, mangea des tranches de bouillie d'avoine froide tartinées de beurre, aida spontanément à essuyer la vaisselle, et passa l'après-midi et la soirée à faire son travail scolaire pendant que ses soeurs regardaient la télévision.

Au repas du soir, abondant mais composé de restes, Joe mangea tranquillement sans faire de

commentaires. Au moment du coucher, il alla au lit de son plein gré, tandis que ses soeurs attendaient comme d'habitude les remontrances maternelles. Le lendemain, Joe alla en classe, et là, il présenta des excuses et fit des promesses qui furent accueillies avec circonspection. Le soir, comme le font habituellement les enfants, il commença à se disputer avec sa soeur aînée qui poussa des cris perçants pour appeler sa mère. Comme celle-ci entra dans la pièce, Joe se mit à trembler de façon visible. Elle dit aux deux enfants de s'asseoir, et la soeur fut priée de raconter d'abord sa propre version des faits. Lorsque vint son tour de parler, Joe dit qu'il était d'accord avec sa soeur. Sa mère lui expliqua alors qu'elle attendait de lui qu'il se conduise normalement comme un garçon de huit ans est censé le faire, et qu'il était normal aussi qu'il s'attire les ennuis habituels de tous les garçons de cet âge. Puis elle fit remarquer aux deux enfants qu'ils se disputaient pour pas grand-chose et qu'ils feraient mieux de ne pas continuer. Ils en convinrent tous les deux.

Pour que la mère de Joe soit capable de faire face au problème de son fils en se conformant jusqu'au bout à mes directives, il fallut d'une certaine façon l'éduquer, et ce fut une tâche plutôt difficile. Elle avait fait des études supérieures, et c'était une jeune femme extrêmement intelligente; elle s'intéressait à son environnement social et à la communauté à laquelle elle appartenait; elle y avait des responsabilités. Au cours de l'entretien, je lui avais demandé de faire une description aussi complète que possible des dommages que Joe avait commis à l'école et dans le voisinage. Cette description provoqua chez elle une tendance à terriblement exagérer les dégâts. (Les plantes repoussent, les vitres cassées et les vêtements déchirés se remplacent, mais dans son compte rendu de la situation, elle ne laissait nulle place pour cette pensée reconfortante.)

Ensuite, je lui avais demandé de me décrire Joe « comme il était autrefois », c'est-à-dire un enfant relativement heureux, bien élevé et pour tout dire, réellement brillant. Je lui fis établir de très fréquentes comparaisons entre le comportement qu'il avait eu dans le passé et sa conduite actuelle, comparaisons de plus en plus succinctes, mais qui insistaient davantage sur les points essentiels. Puis je lui demandai de s'interroger sur l'avenir de Joe, d'abord « tel qu'il aurait dû être », et en second lieu « tel qu'il semblait prévisible maintenant au vu de son comportement actuel ». Je lui présentai des suggestions susceptibles de l'aider à aviver encore le contraste entre les deux « images d'un avenir probable » qu'elle était censée esquisser. Après cette conversation, je lui demandai de considérer toutes les possibilités envisageables et le genre de rôle qu'elle devrait assumer avec Joe tout au long du week-end. Comme elle n'avait pas d'idée précise à ce sujet, cela la plaçait dans une situation de totale passivité qui me permettait de proposer un plan. La rancune et l'hostilité réprimées qu'elle ressentait à l'encontre de son fils en raison de son comportement, et aussi la culpabilité qui résultait de ces sentiments, tout cela fut pris en compte. Je m'efforçai au maximum de transformer ces sentiments et d'en faire par avance une vigilance calculée, délibérée et satisfaisante, visant à contrecarrer les tentatives que faisait son fils pour confirmer le sentiment d'insécurité qu'il éprouvait et pour prouver qu'elle ne pouvait rien changer à la situation.

Quand elle déclarait, à juste titre, semblait-il, qu'avec ses soixante-huit kilos, elle était beaucoup trop lourde pour peser de tout son poids sur le corps d'un garçon de huit ans, c'était en fait un facteur très important pour obtenir sa coopération totale. Au début, cet argument fut soigneusement évité. Ainsi je mettais la mère en mesure de déployer de façon systématique toutes les objections qu'elle opposait à mes propositions, et à les déployer à la suite de cet argument apparemment indispensable selon lequel son poids était trop important pour pouvoir être supporté par un enfant. Comme elle se retranchait davantage dans ce système de défense, une conversation aux termes judicieusement choisis lui permit d'éprouver de plus en plus vivement le désir de pouvoir accomplir les diverses choses dont je donnais un aperçu tout en entrant dans le détail des possibilités pour toute la durée du week-end.

Lorsqu'elle sembla avoir atteint le degré émotionnel requis, ce fut le moment favorable pour

démolir l'argument que constituait son poids. Je me contentai de lui garantir qu'elle n'avait nul besoin d'un avis médical, mais que son fils, le lendemain, se chargerait de lui démontrer que le poids maternel n'avait pas grande importance pour lui. En fait, outre son poids, elle n'aurait pas trop de toute sa force, de toute son adresse et de toute sa vigilance pour maîtriser la situation. Elle aurait peut-être même le dessous parce qu'elle n'était pas assez lourde. (Elle ne pouvait pas analyser la signification contraignante de cet argument qui lui était présenté si simplement. Elle se trouvait dans une situation où elle devait essayer de prouver que son poids était vraiment trop important. Pour ce faire, elle avait besoin de la coopération de son fils, et j'étais sûr que le tempérament agressif du jeune garçon, loin d'être jugulé par le poids de sa mère, empêcherait toute soumission passive de la part de ce garçon. De cette façon, c'est lui qui apprendrait à sa mère à passer outre à ses résistances à mes suggestions, et c'est la violence même du comportement de son fils qui la pousserait à accepter ces suggestions.) Comme la jeune femme l'expliqua plus tard, « à la manière dont ce poulain sauvage ruait et me jetait de côté et d'autre, je me rendis compte qu'il allait falloir que je m'accroche sérieusement si je ne voulais pas être désarçonnée. C'était maintenant à qui se montrerait le plus astucieux, et je m'aperçus que j'allais avoir fort à faire. Puis je commençai à m'amuser à prévoir ses mouvements, à les contrer. C'était presque comme de jouer aux échecs. J'ai certainement appris à admirer et à respecter sa détermination et j'ai éprouvé une immense satisfaction à m'opposer à lui tout à fait comme il s'était opposé à moi ».

« Il y a pourtant eu un moment affreusement difficile! C'est quand il revint des toilettes et qu'il entreprit de se recoucher sur le sol: il me regarda d'un air tellement lamentable que j'ai eu envie de le prendre dans mes bras. Mais je me suis souvenue que vous m'aviez dit de ne pas accepter de céder par pitié, mais seulement lorsque les choses seraient claires. C'est à ce moment-là que j'ai compris que j'avais gagné, aussi j'ai pris grand soin de ne laisser s'infiltrer en moi aucune trace de pitié. Cela rendit le reste facile et me permit de comprendre vraiment ce que j'étais en train de faire et pourquoi je le faisais. « Pendant les quelques mois qui suivirent - en fait jusqu'au milieu de l'été - tout alla bien. Puis, sans raison valable, ou peut-être une dispute sans rien de remarquable mais qui avait injustement tourné à l'avantage de sa soeur, Joe déclara calmement mais fermement qu'il « en avait marre de toutes ces salades ». Il dit qu'il était capable de « piétiner » n'importe qui, et moi en particulier; il mettait sa mère au défi de l'emmener me voir le soir même. Ne sachant que faire, sa mère l'accompagna immédiatement à mon cabinet. Au moment où ils entraient, elle déclara de façon quelque peu inexacte que Joe menaçait de « piétiner » mon cabinet. Aussitôt, je dis à celui-ci d'un air méprisant qu'il ne serait probablement pas capable de piétiner mon cabinet assez fort pour que cela en vaille la peine. Avec rage, Joe leva un pied chaussé d'une botte de cow-boy et frappa violemment le sol recouvert de moquette. Je lui dis avec condescendance que c'était un effort vraiment remarquable pour un petit garçon de huit ans, et qu'il pourrait probablement recommencer un certain nombre de fois, mais que cela n'irait pas très loin. Joe, furieux, cria qu'il pouvait taper aussi fort cinquante, cent, mille fois s'il en avait envie. Je rétorquai qu'il n'avait que huit ans, et qu'il avait beau être très en colère, il ne pourrait pas taper mille fois du pied. En fait, il ne parviendrait même pas à la moitié, ce qui ferait seulement cinq cents fois. S'il essayait, il serait vite fatigué, l'amplitude et la force de ses coups diminueraient, et il devrait changer de jambe et se reposer. Qui pis est, je lui dis que quand il se reposerait, il ne serait même pas capable de rester immobile sans se tortiller, et qu'il aurait envie de s'asseoir. S'il ne me croyait pas, il n'avait qu'à essayer et se mettre à taper du pied. Quand il serait à bout de fatigue, comme un petit garçon qu'il était, il pourrait se reposer en restant immobile, jusqu'à ce qu'il se rende compte qu'il n'en était même pas capable, et qu'il se tortillait et avait envie de s'asseoir. Avec une dignité offensée et rageuse, Joe déclara solennellement qu'il avait l'intention de taper du pied jusqu'à ce qu'il y ait un trou dans le sol, même s'il devait s'y reprendre à cent millions de fois.

Je renvoyai sa mère en lui demandant de revenir à la « racine carrée de quatre », ce qu'elle traduisit par « au bout de deux heures ». De cette façon, tout en ayant compris qu'un adulte communiquait à un autre adulte une heure précise, Joe ignorait à quel moment elle reviendrait. Comme sa mère refermait la porte du cabinet, Joe prit fermement appui sur sa jambe gauche et écrasa le sol du pied droit. Je pris un air étonné en faisant remarquer à Joe qu'il avait tapé beaucoup plus fort que je ne m'y étais attendu, mais que je ne pensais pas qu'il puisse continuer longtemps comme cela. Je lui dis qu'il n'allait pas tarder à se fatiguer et qu'il se rendrait compte alors qu'il ne pouvait même pas rester immobile. Avec mépris, Joe tapa du pied à plusieurs reprises avant que je puisse émettre des commentaires désobligeants à propos de la diminution de l'énergie de ses coups.

Ayant accru ses efforts, Joe parvint au chiffre de trente coups: c'est alors qu'il se rendit compte qu'il avait vraiment surestimé ses capacités, et cela se vit à l'expression de son visage; d'un air condescendant, je lui proposai alors de se contenter de toucher mille fois le sol du pied, puisqu'en fait il n'était pas capable de rester immobile et qu'il avait envie de s'asseoir. En s'efforçant désespérément de garder sa dignité, il rejeta mes propositions et annonça son intention de rester immobile. Sans tarder, il se plaça en face de moi en position de garde-à-vous. Je lui montrai immédiatement la pendule du bureau, et je lui fis observer la lenteur de la grande aiguille, et la lenteur encore plus grande de la petite aiguille, malgré la rapidité apparente du tic-tac de la pendule. Je me tournai vers mon bureau et j'entrepris de rédiger des notes pour le dossier de Joe, puis je passai à d'autres travaux d'écriture.

Un quart d'heure ne s'était pas écoulé que Joe faisait passer son poids d'un pied sur l'autre en se tordant le cou et en remuant les épaules. Au bout d'une demi-heure, il allongeait le bras pour se reposer un peu en s'appuyant à l'accoudoir du fauteuil qui se trouvait près de lui. Cependant, il retirait vite la main chaque fois que je faisais mine de lever les yeux pour jeter un regard pensif à travers la pièce. Au bout d'une heure environ, je lui demandai de m'excuser de quitter un moment mon cabinet. Joe mit à profit cette absence et plusieurs autres: il ne reprenait jamais tout à fait exactement la position qu'il occupait auparavant à côté du fauteuil. Lorsque sa mère frappa à la porte de mon cabinet, je dis à Joe : « Quand ta mère entrera, fais exactement ce que je te dirai. » Je fis entrer la mère qui s'assit en regardant avec étonnement Joe qui se tenait tout droit devant le bureau. En faisant signe à la mère de se taire, je me tournai vers Joe et je lui commandai d'un ton autoritaire: « Joe, montre à ta mère avec quelle force tu es encore capable de taper du pied. » Joe fut très surpris, mais il se montra à la hauteur des circonstances. « Maintenant, Joe, montre-lui comme tu restes bien droit sans remuer. » L'instant d'après, je donnai deux autres ordres : « Madame, l'entretien que nous venons d'avoir, Joe et moi, est un secret entre nous deux. Et toi, Joe, pas un seul mot à ta mère à propos de ce qui s'est passé dans mon cabinet. Nous sommes au courant tous les deux, et cela suffit. D'accord ? » Tous deux hochèrent affirmativement la tête. Joe avait un air de satisfaction pensive et sa mère semblait légèrement perplexe. Pendant le trajet de retour, Joe ne dit rien et resta assis tout près d'elle. Environ à mi-parcours, il rompit le silence en faisant remarquer que j'étais un « gentil docteur ». Comme sa mère le raconta plus tard, elle avait été inexplicablement soulagée de l'entendre faire cette déclaration, et sa perplexité avait disparu. Elle ne posa jamais aucune question à propos de ce qui s'était passé dans mon cabinet, et Joe ne lui donna aucune explication. Tout ce qu'elle savait, c'est que Joe m'aimait bien, me respectait et avait confiance en moi, et qu'il était content de me rencontrer de temps en temps chez des amis ou du moins dans des circonstances pas vraiment professionnelles.

Le comportement de Joe continua à être celui d'un garçon normal, doué d'une vive intelligence, qui commettait de temps à autre les sottises auxquelles on s'attend normalement chez un garçon de cet âge.

Les années passèrent, et la mère de Joe fut sur le point de se remarier. Joe aimait bien son futur beau-père, mais il posa à sa mère une seule question dont la réponse avait pour lui une

importance primordiale - est-ce que cet homme me faisait bonne impression ? Lorsqu'il fut dûment convaincu que j'appréciais son futur beau-père, il n'éleva plus aucune objection. Dans un monde aux contours flous, où les fluctuations intellectuelles et émotionnelles créent une ambiance d'incertitude qui varie selon les moments et les circonstances, il ne peut y avoir que doute et insécurité. Joe était en quête de quelque chose de réellement solide, ferme et sûr, et sa méthode d'apprentissage était efficace, tout comme on apprend qu'il faut protéger ses mains avant de saisir un cactus, ou encore qu'il vaut mieux éviter d'utiliser son pied nu pour taper dans un caillou.

Annexe 11

Une patiente vint me voir parce qu'elle souffrait de crises d'étouffement et de suffocation, elle se sentait complètement à bout et craignait de mourir dans la demi-heure suivante. Quand ces phénomènes survenaient-ils ? Elle répondit qu'ils se produisaient à n'importe quel moment du jour ou de la nuit. Mais je ne fus pas long à m'apercevoir qu'ils avaient tendance à apparaître au moment du coucher. Je découvris aussi qu'ils apparaissaient à midi, le soir, à l'heure du déjeuner, quand des amis venaient en visite ou si l'on racontait des histoires un peu crues ». Et ainsi je laissai ma patiente croire qu'elle s'efforçait de nier le rapport de cette symptomatologie avec la chambre à coucher en reliant également le problème aux visites fortuites de voisins ou d'amis. Mais dans nos entretiens, je m'arrangeais toujours pour qu'elle pense à une histoire osée racontée par un voisin ou entendue lors d'une sortie chez des amis. En général, je m'opposais à ce que la patiente me raconte cette histoire ; je provoquais ainsi une inhibition. Le but recherché était de contraindre les inhibitions à se manifester; mais cette fois-ci dans un autre domaine; mieux vaut qu'elle ne puisse pas raconter son histoire plutôt que d'éprouver des difficultés respiratoires. Cela ne rime à rien d'essayer de l'empêcher d'entraver le type de conduite qui lui est habituel et qui inclut ses inhibitions. Donnons-lui maintes et maintes occasions de recourir à l'inhibition. Et c'est pourquoi je la laisse s'empêcher de me raconter ces histoires osées, mais c'est moi qui lui ai donné la consigne d'agir ainsi. De toute façon, elle ne me les aurait pas racontées, seulement c'est moi qui ai pris l'initiative d'un tel comportement. Puis je lui fis remarquer que ces étouffements et ces suffocations juste avant qu'elle n'aille au lit devaient certainement rendre pénibles les préparatifs du coucher. Est-ce que la vapeur dégagée par l'eau de la douche aggravait ses difficultés respiratoires ? Elle dut réfléchir à cela, mais ce qu'elle ne savait pas, c'est qu'ainsi, elle évoquait sa nudité. Et cette question me permettait de l'obliger à penser son corps nu sans avoir eu besoin de penser avant à la phase du déshabillage. Ainsi, en réfléchissant à cette question, elle travaillait dans un sens qui m'aidait. Puis je lui demandais si le brusque changement de température provoqué par le passage de la douche au tapis de bain - de l'atmosphère chaude et humide à l'air relativement frais de la salle de bain -, si le fait de soumettre sa peau à ce brusque écart de température augmentait ou non ses troubles respiratoires et aggravait la suffocation et l'étouffement. Si c'était le cas, est-ce qu'une amélioration se produisait quand elle s'essuyait et se frictionnait avec sa serviette, ou bien qu'est-ce que cela provoquait ? Cette femme se trouve ainsi très occupée à penser à elle-même lorsqu'elle se trouve nue dans sa salle de bain, sans rideau de douche qui la dissimule, et elle parle de cela avec moi sans réticence.

Je voulus passer ensuite à une autre étape en soulevant avec elle la question de ce qui, dans la chambre à coucher, était susceptible de provoquer ces étouffements, ces suffocations et cette sensation pénible qu'elle éprouvait dans sa poitrine. En effet, ces phénomènes apparaissaient peut-être une heure ou une heure et demie avant le moment du coucher. Il s'agissait donc de l'anticipation psychologique de quelque chose qui se trouvait dans la chambre à coucher. Quelque chose qui s'y trouvait! Non pas quelque chose qui allait y avoir lieu, mais quelque

chose qui s'y trouvait. Je suppose que son problème est en relation avec la chambre à coucher: ce qui me fait penser cela, c'est la façon qu'elle a de défroisser sa robe avec un soin maniaque, de bien ranger ses pieds sous sa chaise, de se tenir raide et guindée; c'est aussi le col montant de son corsage, la façon dont elle tire ses cheveux en arrière avec une austérité tout à fait dépourvue de fantaisie; et je sais également qu'elle n'a qu'un enfant. Tout en elle est contraint, effacé et pudique à l'excès, et tout son comportement le suggère. En fait, j'ignore s'il en est vraiment ainsi, mais cette femme réservée, compassée et guindée étouffe et suffoque toutes les nuits.

Déjà, au cours de la conversation que j'ai eue avec elle, elle a affronté la réalité de son corps nu au milieu de la pièce, et elle est en train de parler de sa peau nue avec une personne qu'elle ne connaît pas. Cela s'est passé très vite et très facilement, mais c'est un fait, cela s'est déjà produit. Cela lui apprendra qu'en regardant en face ce qui se trouve dans la chambre à coucher, elle devra du même coup affronter un certain nombre de problèmes liés à cette pièce.

Maintenant, il est fort probable qu'à un moment quelconque de l'entretien, j'ai laissé entendre que, sans aucun doute, cette symptomatologie apparaît également lorsque ma patiente rend visite à son père ou à sa mère, ou bien à des amis: cela signifie en fait que ces manifestations ne sont pas forcément en relation seulement avec sa chambre à coucher, et cela dissimule le fait que je sois conscient de ce qu'il puisse exister un lien éventuel entre ces symptômes et son mari. Je l'aide à éviter de prendre conscience de cette possibilité. Au contraire, je l'aide à se dissimuler cela. Maintenant, qu'y a-t-il dans la chambre à coucher ? Eh bien! Vous savez qu'il y a des fenêtres avec des rideaux, des sièges et une coiffeuse. Voici la question que je lui posai avec beaucoup d'intérêt: « Est-ce que votre coffre de mariée se trouve dans cette chambre ? » Vous rendez-vous compte à quel point un meuble comme celui-là concrétise ou symbolise les hésitations ou les incertitudes d'une fille nubile à propos du mariage et de la sexualité, et aussi toutes les incertitudes, toutes les inhibitions possibles et imaginables. Heureusement, le coffre était bien là. Je ne le savais pas, mais je voulais en être certain. Lorsqu'elle me parla de son coffre, je lui demandai s'il était en cèdre massif, ou s'il s'agissait d'« un de ces si jolis meubles en bois plaqué, ou bien une association des deux, placage à l'intérieur et revêtement de cèdre à l'extérieur ? » J'ai oublié comment il était. Elle me fit une description de ce joli coffre, et je lui demandai alors: « Depuis combien de temps êtes-vous mariée » - « Une douzaine d'années. » Je lui dis alors: « Il s'est produit de nombreux changements dans votre coffre, surtout après la naissance de votre fille. » « De nombreux changements dans votre coffre » - et pas de précisions ni d'explications supplémentaires. Mais un très, très long silence, un silence méditatif destiné à lui permettre, tant au niveau conscient qu'au niveau inconscient, de penser à tous les changements qui s'étaient produits depuis que les espoirs symbolisés par le coffre avaient été pour la première fois remplacés par la réalité ; douze ans de vie conjugale avaient passé.

Qu'y a-t-il d'autre dans cette chambre ? Evidemment, il y a un tapis. Evidemment, il y a un tapis. Vous voyez ce qu'est ce genre d'affirmation ? Il s'agit d'une insistance très grande sur une évidence. Il est évident qu'il y a un tapis - il est évident qu'il y a un lit. Mais j'ai fait allusion à ce lit avec beaucoup d'insistance en disant: « Evidemment, il y a un tapis. » En fait c'est comme si j'avais nommé et décrit ce lit. Et évidemment, il y a toutes les autres choses - rappelez-vous, j'ai parlé de la coiffeuse, des rideaux et des sièges. Ma patiente a conscience de l'existence du reste du mobilier, et moi je n'ai pas parlé de tout ce qu'il y avait. La tâche est inachevée, incomplète, et elle le sait. Ça ne l'intéresse pas vraiment que je fasse allusion au lit. J'ai donc répondu au souhait de ma patiente en ne mentionnant pas le lit. Mais elle souhaite tout de même qu'on en parle; c'est pour cela qu'elle est venue me voir. Et maintenant, après cette énumération incomplète du mobilier de la chambre, j'en termine enfin en déclarant: « Evidemment, il y a un tapis. » Cet « évidemment » signifie: « Eh bien! c'est une chambre à coucher, et il n'est pas nécessaire de nommer tout ce qu'il y a dans cette chambre. »

Maintenant, ma patiente sait que je vais me mettre à poser des questions à propos de ce qui se passe dans la chambre. Que font les psychiatres ? Ma patiente a fait des études supérieures. Le moment est venu de parler de sexualité. Je vais forcément poser cette question: « Que faites-vous dans la chambre à coucher ? » Et je lui demande: « Voyons, lorsque vous rangez vos vêtements le soir, les mettez-vous sur le dossier d'une chaise, à un endroit précis dans la pièce ? » Je suis en fait en train de lui demander de quel côté du lit elle se déshabille - à droite, à gauche, ou bien au pied du lit. Mais j'en parle sans en parler. Je parle de l'endroit où elle suspend ses vêtements. Par exemple, est-ce que vous mettez votre corsage sur le dos ou sur le bras du fauteuil ? Comme si cette question avait de l'importance - et en fait, elle en a; le mot « dos » ou le mot « bras » se sont glissés dans les questions et personne ne l'a remarqué, sauf l'inconscient à cause de sa sensibilité. Parce que voilà une femme en qui, je le soupçonne, se livre un conflit qui résulte des craintes ou de l'angoisse que lui inspire la sexualité. Et ainsi nous voilà en train de nous interroger sur l'endroit où elle place ses vêtements lorsqu'elle les a retirés. Et puis cette question évoque à nouveau la salle de bain. Je ne sais vraiment pas quel genre de métabolisme est le vôtre. Il y a des gens qui ont besoin de beaucoup de chaleur pour dormir la nuit; il leur faut un pyjama et des couvertures. Il y en a d'autres qui se couvrent très peu; certaines femmes aiment porter de ces chemises de nuit très courtes, elles les apprécient vraiment. Il y en a qui aiment les pyjamas courts, et d'autres qui aiment les pyjamas longs ou les longues chemises de nuit. Cela dépend en général de la façon dont la peau réagit à un changement de température. Et nous voilà encore en train de parler d'entrer dans un lit lorsque nous faisons allusion à la température du corps, aux sensations de la peau et à la façon de se couvrir plus ou moins pour la nuit. Je peux après cela faire remarquer qu'il y a souvent un problème entre les conjoints parce que leurs réactions physiologiques sont différentes; c'est une question de température du corps pendant le sommeil. Parfois un mari à besoin d'un grand nombre de couvertures et parfois il n'en veut aucune. Lorsqu'un mari et une femme s'accordent sur le plan physiologique, il n'est pas nécessaire de mettre une couverture d'un côté du lit et deux de l'autre côté. Par ce biais, j'ai fait allusion aux désaccords conjugaux et aux difficultés d'adaptation entre un mari et une femme. Elle répondit que Joe aimait dormir nu et elle vêtue d'une très longue chemise de nuit. J'ai obtenu ces renseignements sans aucune difficulté, en me servant pour cela de toutes ses inhibitions sans exception. Ensuite je lui parlais des différents types de sommeil. Certaines personnes ont un sommeil très profond, d'autres un sommeil très léger, et d'autres encore un sommeil très paisible. Je ne sais pas quel effet ces suffocations et ces étouffements produisent sur votre sommeil. Mais je voudrais que vous observiez la façon dont dorment votre fille et votre mari, et que vous réfléchissiez ensuite à votre façon de dormir à vous. Elle me dit que sa fille dormait comme un loir. La maison aurait pu brûler de fond en comble sans qu'elle s'éveillât. Je fis remarquer : « Vous voyez, si vous aviez un deuxième ou un troisième enfant, vous auriez sans aucun doute constaté que leurs façons de dormir étaient différentes. A propos, quand vous avez eu votre fille, était-ce un succès du planning familial, et ne désirez-vous qu'un seul enfant, ou aimeriez-vous vraiment avoir une famille plus nombreuse ? » Ces questions sur la planification de la naissance de sa fille, sur le choix d'un enfant unique ou son contraire l'éventualité d'autres naissances, sur quoi portent-elles en réalité ? Planifiaient-ils leurs relations sexuelles d'une manière très précises, en est-il encore ainsi actuellement ? Et pourtant ce sont des questions non systématiques qui pourraient très bien être posées par un ami attentionné. Elle répondit que la naissance de l'enfant avait été planifié, qu'ils avaient terriblement envie d'avoir d'autres enfants, mais qu'apparemment cela ne marchait pas - « cela ne marchait pas ». Ainsi, sans aucune réticence, la voilà qui parle de relations sexuelles. Ensuite, je changeai immédiatement de sujet en parlant de sa longue chemise de nuit. « Avez-vous froid aux pieds la nuit ? » Maintenant, nous savons tous ce que signifient des pieds froids. « Et y a-t-il quelque chose qui semble aggraver particulièrement vos suffocations et vos

étouffements ? Par exemple, quand votre mari vous embrasse pour vous dire bonsoir, cela augmente-t-il vos troubles respiratoires ? » Elle répondit: « Nous ne nous embrassons pas pour nous dire bonsoir; il veut toujours me serrer dans ses bras quand il m'embrasse, et je ne peux pas supporter cette sensation d'étau sur ma poitrine. » Je compatis et je fis remarquer qu'évidemment cela devait aussi les gêner pour faire l'amour, n'est-ce pas ? Mais, voyez-vous, il s'agit là d'une remarque qui s'écarte un peu du sujet. Ce dont nous parlons réellement, c'est de s'embrasser pour se dire bonsoir, et je remarque en passant que, si elle supporte mal que son mari la serre dans ses bras, cela ne doit pas rendre les relations sexuelles faciles. En présentant les choses de cette façon, je lui ai fourni une explication qui lui permet de sauver la face, et elle peut me répondre très vite et très facilement. Je lui ai donné un moyen de défense à utiliser lorsqu'elle doit expliquer ses difficultés sexuelles. Je préfère de beaucoup qu'elle se justifie en utilisant mon explication au lieu de tout ce qu'elle aurait pu imaginer : en effet, cela place le débat sur mon terrain. Si les choses avaient été présentées d'une autre façon, elle aurait pu dire que tout allait bien de ce côté-là. C'est pourquoi j'ai soulevé cette question des difficultés dans les relations sexuelles. Ce que je sous-entends en fait, c'est essentiellement ceci: vous savez, tôt ou tard, il aurait vraiment fallu aborder cette question de l'entente sexuelle avec votre mari; à mon avis, nous pourrions aussi bien le faire maintenant. Je ne sais pas jusqu'à quel point il nous faudra entrer dans les détails, mais je dirais que tout ce que vous considérez comme particulièrement insolite mériterait que l'on en parle. Maintenant, je ne sais pas si vous trouvez agréable d'avoir des relations sexuelles ou si vous avez des difficultés à parvenir à l'orgasme. Je suppose que vos ennuis respiratoires vous gênent pour parvenir à une satisfaction totale. Mais je me demande s'il y a quelque chose de particulier qu'à votre avis je considérerais comme inhabituel ou sortant de l'ordinaire. Elle dit: « Eh bien! je suppose que vous allez vous moquer de moi si je vous dis que je me déshabille toujours dans le noir. » Je lui ai d'abord demandé de penser comme elle avait l'habitude de le faire, puis en fonction de l'objectif qui était le sien en venant me voir. Eh bien! Elle est accoutumée à sa propre manière de penser, qui n'offre absolument aucun risque. Elle se met donc à penser de cette manière dépourvue de risque et puis je lui demande de se mettre à réfléchir en fonction du but qu'elle cherche à atteindre en venant me voir. C'est elle qui est venue me voir, et cela ne présentait pas de risque puisque c'était elle qui avait décidé de venir me voir. Elle me dit donc cela, et puis elle me demande de ne pas me moquer d'elle. Je lui demandai si elle pensait qu'il fallait rire de quelque chose qui avait déterminé le comportement de quelqu'un pendant douze années de vie conjugale. Elle répondit que non. J'avais dit: « déterminé son comportement pendant douze années de vie conjugale ». En quoi a consisté sa façon de se comporter pendant ces douze années ? C'est une manière élégante de résumer douze ans de relations sexuelles. C'est pourquoi je lui demandai: « Votre mari apprécie-t-il que vous vous montriez aussi pudique ? » Il n'appréciait pas. « Reprochez vous à votre mari de faire preuve d'intolérance à l'égard de cette pudeur extrême qui est la vôtre, ou admettez-vous que c'est un homme, et qu'il pense et se comporte en tant que tel ? »

Ici, j'ai compris quelque chose de très important à propos de son comportement. Une femme qui se déshabille dans le noir - cela me suggère que son mari aimerait que la lumière soit allumée; il aimerait regarder sa femme se déshabiller. C'est pourquoi j'ajoute: « Bien sûr, vous faites la même chose quand vous êtes seule chez vous, n'est-ce pas ? » Et là, de quelle manière est-ce que j'agis sur elle ? Elle ne peut pas vraiment reconnaître qu'elle a tellement peur de son mari, et je ne veux pas qu'elle s'humilie en confessant que c'est vraiment à contre-cœur qu'elle remplit son devoir conjugal. Parce que cela ne ferait que renforcer le jugement qu'elle porte déjà sur elle-même en se considérant comme fortement coupable. Aussi ai-je insisté sur le fait que, bien sûr, elle agit ainsi même si elle est seule chez elle.

J'avais auparavant fait allusion aux rideaux, et maintenant j'en sais beaucoup plus sur la façon dont elle se comporte lorsqu'elle se déshabille; je reviens donc en arrière et je me renseigne à

propos des rideaux. Je découvre que ce sont des rideaux très particuliers, et que chaque fenêtre est équipée de stores, de stores vénitiens et de rideaux; quant à la fenêtre de la salle de bain, outre des vitres de verre dépoli, elle est garnie de rideaux imperméables d'un modèle très spécial. Après avoir recueilli l'ensemble de ces renseignements sans l'inquiéter en rien, je lui demandai: « Imaginez la chose la plus impensable que vous pourriez faire au moment d'aller vous coucher. Quelle pourrait être la chose la plus inconcevable que vous soyez capable de faire ? Imaginez ce que cela pourrait être mais ne me dites pas de quoi il s'agit, contentez-vous de l'imaginer. Je pense que cela va vous apporter un point de vue tout à fait nouveau sur la nature de votre problème, bien que je ne puisse pas en être absolument certain. Mais ne me dites pas de quoi il s'agit, parce que je veux que vous soyez libre d'imaginer la chose la plus horrible que vous puissiez faire en allant vous coucher. » Elle était assise là, plongée dans ses pensées ; elle rougit puis pâlit, et pendant qu'elle rougissait, je dis : « C'est bien la dernière chose dont vous avez envie de me parler, n'est-ce pas ? » Cela l'amena à se demander si elle était vraiment sûre de ne pas vouloir m'en parler; ceci n'est en fait rien d'autre qu'une consigne. « Laissez-vous aller à ce fantasme, quel qu'il soit. Elaborez-le dans les moindres détails, parce que vous n'aurez pas à m'en parler. » En fin de compte, elle éclata de rire et dit: « C'est réellement si ridicule que je préférerais presque vous dire de quoi il s'agit. » Je lui répondis: « Eh bien! Commencez par vérifier que vous avez vraiment envie de m'en parler, mais si c'est si drôle que ça, j'aimerais savoir de quoi il s'agit. » Elle reprit: « Joe tomberait raide mort si je me mettais toute nue et que j'entre en dansant dans la chambre. » Je répondis: il ne faudrait pas qu'à cause de nous, Joe ait un arrêt cardiaque. Vous voyez ce qui se passe ? Nous allons offrir quelque chose à Joe, mais pas un arrêt cardiaque. Voilà établies très vite et très solidement les bases sur lesquelles je vais m'appuyer. Je lui ai dit qu'elle allait faire quelque chose. Ensuite je reprends: naturellement, vous savez bien que Joe ne mourrait pas d'un arrêt cardiaque à vous voir entrer toute nue en dansant dans la chambre, mais vous pouvez imaginer quantité d'autres choses qu'il pourrait faire. « D'un air très agité, elle répondit: Oui. » Je poursuivis: Bien sûr, vous pourriez imaginer que vous entrez comme ça dans la chambre. Vous savez ce que vous pouvez effectivement faire ? C'est vous déshabiller dans le noir et vous mettre toute nue; votre mari éteint sûrement la lumière, d'habitude, parce que c'est un homme plein d'égards, n'est-ce pas ? Vous pouvez entrer toute nue et en dansant dans la chambre plongée dans l'obscurité, il ne s'en apercevra même pas. Voyez-vous le résultat que cela va avoir sur l'attitude de ma patiente à l'égard de la sexualité ? J'étais littéralement en train de lui dire: Vous pouvez réaliser ce fantasme ridicule. Vous pouvez trouver cela amusant. Vous pouvez, sans aucun risque, vous laisser envahir par une foule de sensations. Je l'ai donc engagée dans un processus qui consiste à affronter véritablement sa propre réalité, ses propres sensations. Et puis j'ai bien sûr ajouté une double contrainte je lui ai dit que je ne pensais pas qu'elle doive faire cela « trop tôt ». Je lui déconseillai très vivement de faire ça le lendemain ou le surlendemain, ou même la semaine suivante, mais d'attendre plutôt la semaine d'après. J'ajoutais enfin que je ne savais pas si cela se passerait en début ou en fin de semaine. Elle me demanda à quoi cela rimait de faire vraiment quelque chose d'aussi puéril. Je lui dis qu'il y avait un moyen de le savoir. Pendant que sa fille serait au jardin d'enfants, elle serait seule chez elle; pourquoi ne pas tirer tous les rideaux et découvrir pour elle toute seule la sensation très agréable que l'on éprouve lorsqu'on est entièrement nu. Puis j'en vins à parler du plaisir de nager nu. Les gens se rendent rarement compte de la gêne que procure un maillot de bain avant d'avoir éprouvé le contact de l'eau sur leur corps nu et non sur leur maillot de bain. Le plaisir de se baigner est beaucoup plus intense. Et si elle éprouvait quelques doutes à ce sujet, qu'elle prenne effectivement un bain avec un maillot de bain. Elle s'apercevrait de la gêne provoquée par les vêtements. Ensuite je lui demandais quel genre de danse elle aimait. Eh bien! Elle apprécie les danses folkloriques - elle a pratiqué le quadrille - et elle va de temps en temps assister à une représentation de ballets. Cela lui plait. Elle fait aussi beaucoup

de tricot, de broderie, de crochet et de couture. Elle confectionne des poignées de casserole et des écharpes comme cadeaux de Noël. Elle aime coudre. Après avoir découvert cela, je lui demandai ensuite si elle cousait elle-même ses chemises de nuit. Je lui fis remarquer qu'elle devrait les faire, au moins les « monter » rapidement. J'utilisai ce terme un peu plus tard. C'est un terme de couture, monter une robe, un corsage. Lors d'un entretien ultérieur, je parlai de laisser sa chemise de nuit lui remonter jusqu'au cou, et plus tard, j'employai l'expression monter au lit. Elle dansa toute nue, et elle y prit plaisir. Elle m'en parla. Elle me dit qu'elle s'était endormie en pouffant de rire et que son mari avait voulu savoir ce qui la faisait rire.

Que ressentent les jeunes enfants lorsqu'ils ont fait quelque chose qu'ils considèrent comme comique et audacieux ? Ils pouffent de rire tout seuls. Surtout lorsqu'il s'agit d'une chose dont ils ne peuvent parler à personne. Ils n'arrêtent pas de rire sous cape. Elle s'endormit en pouffant de rire sans dire à son mari pourquoi elle était d'humeur si joyeuse; et le sommeil lui vint sans qu'apparaissent ni étouffements ni suffocations. Cette chose embarrassante, comique et audacieuse qu'elle avait faite lui communiquait une impression tellement fantastique qu'il était hors de question qu'elle pense aux ennuis respiratoires qui l'attendaient une fois couchée. Elle avait quantité d'inhibitions qui l'empêchaient de parler à son mari ou d'étaler sa nudité aux regards de celui-ci, et toutes ces inhibitions prêtaient à rire. Ensuite je lui fis remarquer: « Vous savez, quand vous aviez le fou rire, votre mari a dû être étonné. C'est vraiment dommage que vous n'ayez pas fait l'amour, parce que toute cette gaieté vous avait certainement mise dans des dispositions favorables. » Vous auriez dû voir quelle expression méditative traversa alors son regard. Pourtant, j'avais lancé cette remarque en passant. Puis je lui demandai ce qu'elle devrait faire d'autre. Cette sensation de liberté physique lui était-elle vraiment agréable ? Et où était sa chemise de nuit lorsqu'elle entra nue dans la chambre en dansant ? Elle répondit: « Je l'avais mise comme une écharpe et je l'ai enfilée avant d'entrer dans le lit. »

J'abordai directement avec elle les problèmes sexuels en lui demandant: « Que ressentez-vous lorsque vous avez des relations sexuelles avec lui ? Vous savez, nous devrions en venir vraiment au fait et considérer la réalité sans fard en ce qui concerne vos difficultés sexuelles. Faites-moi comprendre jusqu'à quel point vous pensez pouvoir aller en abordant cette question. Faites-le moi comprendre directement ou indirectement, peu importe, et si je suis trop stupide pour reconnaître une allusion indirecte, faites en sorte d'attirer mon attention. « Dès l'entretien suivant, elle me dit: « J'aimerais que vous me parliez des rapports sexuels, de la façon dont l'homme et la femme se comportent dans ce domaine. » Puis elle me décrit tout à fait correctement sa propre frigidité, ses craintes, ses angoisses, la façon dont elle étouffait et suffoquait, le blocage respiratoire provoqué par la seule idée d'être pénétrée ou par le souvenir de sa défloration; elle parla de ses troubles respiratoires, mais aussi de la gaucherie et de la maladresse de Joe, des incertitudes et des craintes qu'il manifestait. Elle me parla après cela des principes stricts et stupides que sa mère lui avait inculqués, et des inhibitions qui avaient été les siennes quand elle fréquentait le lycée et l'université; elle évitait tout ce qui aurait pu lui apprendre quelque chose en matière de sexualité. Elle n'avait jamais été réellement capable d'y réfléchir avec précision. Elle voulait savoir en quoi consistait un orgasme et me demanda de le lui décrire ; quelle impression éprouvait une femme qui avait un orgasme ? Je lui dis que toutes les femmes avaient des sensations orgasmiques différentes. « Je peux seulement vous décrire ce que diverses femmes m'ont dit mais cela ne vous apprendra pas grand-chose. Il faut avoir fait soi-même l'expérience de cette sensation et aussi avoir appris à l'éprouver. Maintenant, que voulez-vous que je vous aide à accomplir pour enrichir votre vie sexuelle avec votre mari ? Voilà longtemps que vous utilisez vos ennuis respiratoires pour éviter les rapports sexuels. Et que diriez-vous si je vous apprenais comment les utiliser pour autre chose, quelque chose d'entièrement différent ? »

Combien de patients éprouvent un ressentiment quand vous les privez de leur problème ?

Combien d'appendices enfermés dans des flacons sont considérés comme des trésors familiaux ? Vous est-il déjà arrivé d'écouter quelqu'un vous dire : « Voici l'appendice que le docteur m'a enlevé. Savez-vous combien j'ai eu de crises d'appendicite ? » Ils conservent précieusement leur problème, mais ils veulent le faire en toute sécurité. Ce que j'étais en train de lui dire, c'était: « conservez vos étouffements et vos suffocations en sécurité dans un bocal et gardez-les, ils vous appartiennent. » Elle m'expliqua elle-même à quoi pourraient lui servir ses troubles respiratoires: « Il y a un couple de personnes que nous fréquentons depuis longtemps, et je ne les aime pas. Chaque fois qu'ils viennent, ils veulent boire, et ils boivent toujours trop. Ils sont toujours en train de faire des critiques sauf si nous leur offrons notre meilleur whisky. Joe les aime bien, mais pas moi. Joe fait toujours semblant de ne pas s'apercevoir d'un fait particulier : chaque fois que sa femme n'est pas dans la pièce, le mari en profite régulièrement pour parler d'une belle blonde qu'il a vue récemment. Je sais qu'il trompe sa femme. Je veux me débarrasser d'eux. Je ne veux pas continuer à les voir. » Chaque fois que ce couple leur rendrait visite, elle aurait une crise d'étouffement et de suffocation; maintenant, elle est débarrassée d'eux.

Actuellement, Ann parle de sexualité sans aucune réticence. Elle se couche nue et met sa chemise de nuit après avoir eu des relations sexuelles; elle aime dormir en chemise de nuit et être nue pour faire l'amour. Elle a des rapports sexuels trois ou quatre fois par semaine, parfois samedi soir, dimanche matin et dimanche soir. Parfois, lorsqu'ils sont seuls et que leur fille est chez une de ses amies, cela leur arrive le dimanche après-midi. La liberté, quoi! Elle essaya des déshabillés et des nuisettes en présence de son mari et devant sa mère. Celle-ci en resta figée d'horreur. Ann dit: « Vous savez, j'étais désolé pour Maman, parce que je savais exactement ce qu'elle ressentait, et j'aurais préféré qu'il en soit autrement pour elle. »

Annexe 12

Je fus présenté à Joe, qui se montra envers moi courtois et amical. Je pense qu'il ignorait la raison de ma présence chez lui. En l'examinant, je remarquai que, à la suite de l'intervention chirurgicale - et aussi parce que la plaie avait macéré, s'était ulcérée et nécrosée -, la majeure partie d'un côté de son visage et de son cou avait disparu. Il avait dû subir une trachéotomie, et il ne pouvait pas parler. Il communiquait au moyen d'un crayon et d'une feuille de papier. Il dormait peu et avait des infirmières à domicile toujours prêtes à s'occuper de lui; pourtant il sautait constamment hors de son lit et multipliait les notes écrites à propos de son travail et de sa famille. Il souffrait sans arrêt, de façon très intense, et il n'arrivait pas à comprendre que les médecins ne s'acquittent pas de leur tâche avec autant d'efficacité et de compétence que lui quand il s'occupait de ses fleurs.

Après les présentations, Joe écrivit: « Que voulez-vous ? » Je doutais d'être capable de l'aider, et pourtant j'avais le sentiment que si je m'intéressais sincèrement à lui et si je désirais l'aider, cela serait un réconfort pour lui et également pour les membres de sa famille qui se trouvaient à portée de voix dans la pièce à côté. J'entamai une approche de l'hypnose qui constitue ce que j'appelle la technique de saupoudrage: cela consiste à s'exprimer comme dans une conversation à bâtons rompus, mais en insistant tout particulièrement sur certains mots et certaines expressions en sorte qu'ils deviennent effectivement des suggestions. (Dans le texte qui suit, ils sont écrits en gras.) Je dis: « Joe, j'aimerais vous parler. Je sais que vous êtes fleuriste et que vous cultivez aussi des fleurs; j'ai passé toute mon enfance dans une ferme du Wisconsin, j'aimais faire pousser des fleurs, et j'aime encore cela. Aussi je voudrais bien que vous vous installiez sur cette chaise longue pendant que je vous parle. Je vais vous parler de beaucoup de choses, mais ce ne sera pas à propos de fleurs parce que, sur ce sujet-là, vous en

savez beaucoup plus que moi. **Ce n'est pas ce que vous voulez.** A présent, pendant que je parle, et je peux le faire **confortablement**, je souhaite que vous **m'écoutez confortablement** pendant que je vous parle d'un plant de tomate. C'est un drôle de sujet de conversation, qui a de quoi éveiller la **curiosité**. **Pourquoi parler d'un plant de tomate ?** On met une graine de tomate en terre. On peut **espérer** qu'elle va germer et donner naissance à une plante qui **sera source de satisfaction** parce qu'elle donnera des fruits. La graine absorbe de l'eau, et **sans trop de difficultés** à cause de la pluie qui **apporte paix et réconfort**, ainsi que le plaisir de cultiver des fleurs et des tomates. Cette petite semence, Joe, gonfle lentement et il en sort une minuscule racine garnie de radicelles. A présent peut-être ne savez-vous pas ce que sont les radicelles: c'est ce qui aide le plant de tomate à se développer, à surgir de terre parce qu'il a poussé, et **vous pouvez m'écouter**, Joe, c'est pourquoi je vais continuer à parler, **et vous pouvez continuer** à écouter, **en vous demandant, simplement en vous demandant ce que vous pouvez réellement apprendre**, et voilà votre crayon et votre bloc, mais pour en revenir au plant de tomate, il met tellement de temps à pousser! **Vous ne pouvez pas le voir grandir, vous ne pouvez pas non plus l'entendre**, mais pourtant il grandit - voici qu'apparaissent les premières ébauches de feuilles sur la tige, le duvet si fin sur la hampe. Il y a aussi du duvet sur les feuilles, comme il y a des radicelles sur les racines; grâce à eux, le plant de tomate est placé dans un état de **bien-être et de confort maximum**, si vous pouvez concevoir qu'un végétal puisse ressentir cela, et pourtant, **vous ne pouvez pas le voir grandir, vous ne pouvez pas le sentir grandir**, mais une autre feuille fait son apparition sur la petite tige, et puis une autre encore. Peut-être - et c'est un langage un peu puéril - peut-être que ce plant de tomate **ressent vraiment une impression de confort et de paix** pendant qu'il pousse. Chaque jour il pousse davantage, **c'est tellement confortable**, Joe, de regarder pousser une plante et de ne pas la voir pousser, **de ne pas avoir l'impression** qu'elle pousse, mais simplement de savoir que **tout va de mieux en mieux** pour ce petit plant de tomate où apparaissent une feuille, et puis encore une autre, et maintenant une petite branche; et il pousse **confortablement** dans toutes les directions. » (Une grande partie de ce qui vient d'être dit maintenant - qu'il s'agit d'expressions ou de phrases - avait été répété à maintes reprises, et j'avais pris soin de changer la formulation et aussi de répéter les suggestions hypnotiques. Un peu plus tard, la femme de Joe entra sur la pointe des pieds en apportant un bout de papier sur lequel elle avait inscrit une question : « Quand allez-vous commencer l'hypnose ? » Je ne regardai pas ce qu'elle avait écrit, aussi fut-elle obligée de mettre son papier devant moi et par conséquent devant Joe. Je poursuivais sans m'arrêter la description du plant de tomate, et la femme de Joe, en regardant celui-ci, s'aperçut qu'il ne la voyait pas et qu'il ignorait qu'elle se trouvait là; elle se rendit compte qu'il était en état de transe somnambulique. Elle s'en alla aussitôt.) « Et dès que le plant de tomate aura un bourgeon, sur n'importe quelle branche - mais cela n'a pas d'importance parce que toutes les branches, le plant de tomate tout entier, auront bientôt de jolis petits bourgeons. Je me demande si ce plant de tomate peut **éprouver, Joe, réellement éprouver une impression de confort**. Vous savez, Joe, une plante est une chose merveilleuse, et c'est **si bon et si agréable** de pouvoir penser à une plante comme s'il s'agissait d'un être humain. Une telle plante **éprouverait une impression agréable**, un sentiment de confort pendant que les tomates minuscules commencent à se former, si petites et pourtant si **pleines de promesse afin de vous donner le désir de manger** une tomate succulente, gorgée de soleil, c'est si **agréable d'avoir l'estomac rempli de nourriture**, c'est cette merveilleuse sensation qu'éprouve un enfant, un enfant qui a soif lorsqu'il **veut à boire**. **Joe**, est-ce cette impression que ressent le plant de tomate lorsque la pluie tombe et purifie tout, de sorte que le **bien-être soit général ?** » (Pause) **Vous savez, Joe**, un plant de tomate prospère chaque jour mais **seulement un jour à la fois**. J'aime imaginer que le plant de tomate est capable de **connaître chaque jour un bien-être total**. **Vous savez bien, Joe, seulement un jour à la fois**, pour ce plant de tomate. Il en est ainsi pour tous les plants de

tomate. " (Joe sortit soudain de sa transe, l'air désorienté; il bondit sur son lit et se mit à agiter les bras; son comportement était tout à fait évocateur des accès subits qui apparaissent lors d'une intoxication aux barbituriques chez des patients qui les tolèrent mal. Joe sembla ne m'entendre ni ne me voir jusqu'au moment où il ressortit de son lit et se dirigea vers moi. Je l'attrapai fermement par le bras et je desserrai immédiatement mon étreinte. L'infirmière fut appelée. Elle essuya les gouttes de transpiration qui coulaient sur son front, changea ses pansements et lui donna de l'eau glacée au moyen d'une sonde gastrique. A ce moment, Joe me laissa le ramener à sa chaise longue. Après que j'avais feint de m'intéresser à l'avant-bras de Joe, celui-ci avait saisi son papier et son crayon et avait écrit: «Parlez, parlez » Oh! Oui, Joe, j'ai passé mon enfance dans une ferme, je pense qu'un plant de tomate est une chose merveilleuse; **imaginez, Joe, imaginez** que dans cette petite graine **dort si calmement, si confortablement**, une belle plante qui ne s'est pas encore développée et qui portera des feuilles et des branches si intéressantes. Les feuilles, les branches sont si belles, elles ont une si jolie couleur: **vous pouvez vous sentir vraiment heureux** en regardant une graine de tomate, en imaginant la merveilleuse plante qu'elle renferme et qui **dort et se repose confortablement, Joe**. Je vais aller déjeuner, mais je reviendrai et je vous parlerai encore. » En dépit de l'intoxication dont il souffrait et qui se manifestait de façon intermittente, Joe était maintenant sans aucun doute d'un abord facile. Qui plus est, son apprentissage fut rapide en dépit de l'amateurisme absurde de cet éloge enthousiaste que j'avais fait de la graine et du plant de tomate. Joe ne s'intéressait pas particulièrement à ces propos sans rime ni raison. Ce qu'il voulait, c'est être débarrassé de sa souffrance, se sentir bien et dormir. C'est à cela qu'il pensait avant tout autre chose, c'était ce qu'émotionnellement il désirait au plus haut point, et il était poussé par le besoin irrépressible d'essayer de trouver dans mes bavardages quelque chose de valable pour lui. Ce quelque chose de valable qu'il désirait était là, exprimé de telle façon que Joe pouvait littéralement le recevoir sans même s'en rendre compte. Joe était sorti de sa transe seulement quelques minutes après ma proposition en apparence anodine: « Voulez-vous boire, Joe ? » Il ne fut pas difficile de réinduire cette transe: ce fut fait au moyen de deux petites phrases: « Imaginez, Joe, imaginez » et « Dormez si calmement, si confortablement », noyées dans un flot d'idées dénuées de sens. Mais ce que Joe voulait, ce dont il avait besoin, se trouvait dans ce récit par ailleurs dénué de sens, et il ne fut pas long à l'accepter.

Au moment du déjeuner, Joe fut d'abord calme, et puis il montra progressivement une certaine agitation; une autre manifestation d'intoxication survint, comme le raconta l'infirmière. Le temps que je revienne, Joe m'attendait avec impatience. Il voulait communiquer au moyen de notes écrites. Certaines d'entre elles étaient rendues illisibles par la précipitation qu'il mettait à écrire. Il les écrivait à nouveau avec irritation. Un des membres de sa famille m'aidait à lire ces billets. Ils concernaient Joe, son passé, son travail, sa famille, et « la semaine dernière a été épouvantable », « la journée d'hier aussi ». Il n'y avait ni plainte ni réclamation, mais il voulait avoir des renseignements à mon sujet. Tant bien que mal, nous réussîmes à avoir une conversation satisfaisante, comme nous permit d'en juger une diminution progressive de son agitation. Lorsque je lui suggérai de cesser ses allées et venues et de s'asseoir sur la chaise longue où il s'était installé auparavant, il le fit de bon gré en me regardant d'un air d'attendre ce que j'allais dire.

« **Vous savez, Joe, je pourrais continuer à vous parler du plant de tomate, et si je le faisais, il est probable que vous vous endormiriez, en fait, ce serait un bon sommeil, bien profond.** » (Ces propos préliminaires ont toutes les caractéristiques d'une simple remarque banale faite en passant. Si le patient a une réaction hypnotique, comme ce fut sans attendre le cas pour Joe, c'est parfait. Si le patient ne manifeste pas de réaction, vous avez simplement fait une remarque banale sans aucune importance. Si Joe n'était pas entré immédiatement en état de transe, j'aurais pu introduire une variante comme par exemple: « Mais au lieu de cela,

parlons de la fleur de la tomate. Vous avez vu au cinéma des fleurs qui s'ouvrent **lentement, très lentement**, et l'on éprouve en les regardant s'épanouir un **sentiment de paix et de bien-être**. C'est un spectacle si beau, **si paisible**. On peut ressentir un **bien-être infini** en regardant un tel film. »)

Cet après-midi là, la réaction de Joe fut excellente, en dépit de plusieurs épisodes provoqués par l'intoxication barbiturique, et aussi plusieurs fois où je provoquai sciemment une interruption du travail en cours pour mieux juger de la qualité et de la quantité de ce que Joe avait appris.

Lorsque je partis ce soir-là, Joe me serra cordialement la main. Ses symptômes d'intoxication s'étaient beaucoup atténués; il ne se plaignait pas, les douleurs pénibles qui l'accablaient semblaient avoir disparu, et il paraissait content et heureux.

Les membres de la famille s'inquiétaient au sujet des suggestions posthypnotiques, mais je les assurai que celles-ci avaient effectivement été faites. J'avais procédé tout à fait en douceur en décrivant avec force détails et répétitions la croissance du plant de tomate, et ensuite en disant avec une insistance prudente: « Vous savez bien, Joe : savourer chaque jour un bien être total », et encore: « Vous savez bien, Joe, vivre seulement un jour à la fois. »

Environ un mois plus tard, aux alentours de la mi-novembre, je demandai à voir à nouveau Joe. On m'apprit une histoire assez regrettable mais pas vraiment fâcheuse. Après que j'avais quitté Joe à la suite de notre première rencontre, il avait continué à avoir d'excellentes réactions, mais les bruits de couloir à l'hôpital avaient propagé l'histoire de Joe et de sa séance d'hypnose, et les externes, les internes, certains membres de l'équipe médicale étaient venus profiter des aptitudes de Joe à se montrer un sujet réceptif. Ils avaient commis toutes les erreurs possibles susceptibles d'être commises par les amateurs incompetents ayant au sujet de l'hypnose une conception erronée et apparentée à la superstition. Leur comportement avait rendu Joe fou de rage: il savait, lui, que je ne m'étais livré à aucune des pratiques déplaisantes qu'ils essayaient de mettre en application. Il était heureux qu'il s'en soit rendu compte: cela lui permit de conserver tout le bénéfice de ce que j'avais fait et ne fit pas entrer en ligne de compte les préventions qu'il nourrissait à l'encontre de l'hypnose. Après avoir subi ces tracasseries pendant plusieurs jours, Joe quitta l'hôpital pour rentrer chez lui; une seule infirmière s'occupait de lui à temps complet, mais les interventions requises par les soins étaient relativement rares.

Au cours de ce mois passé chez lui, il reprit effectivement du poids et des forces. Il était rare que survienne une crise douloureuse, et quand cela se produisait, il était possible d'y remédier en lui administrant soit de l'aspirine, soit 25 milligrammes de Demerol*. Joe était très heureux d'être dans sa famille.

A ma seconde visite, l'accueil de Joe témoignait d'un plaisir certain. Cependant, je remarquai qu'il me regardait d'un air circonspect, aussi fis-je bien attention de me comporter de façon tout à fait naturelle et d'éviter le moindre geste de la main susceptible d'être mal interprété et pris pour une « passe hypnotique » comme celles qu'avaient exécutées les gens de l'hôpital. Un des membres de la famille, très doué, avait peint des tableaux qui étaient suspendus aux murs et que l'on était visiblement fier de montrer. Nous tenions de nombreux propos à bâtons rompus au sujet de l'amélioration de l'état de Joe et de son gain de poids, et à plusieurs reprises j'eus beaucoup de difficultés à trouver des réponses simples pour dissimuler les suggestions efficaces. Joe proposa spontanément de s'asseoir pour m'écouter parler. Malgré mon comportement tout à fait naturel, il s'agissait là, à mon avis, d'une situation très difficile à manipuler sans éveiller les soupçons de Joe. Peut-être m'inquiétai-je sans raison, mais je voulais me montrer très prudent. Pour finir, je fis allusion à « notre rencontre en octobre dernier ». Joe ne se rendit pas compte combien le souvenir de cette visite pouvait lui être rappelé facilement et agréablement au moyen d'une déclaration aussi simple que: « A ce moment là, je vous **avais parlé d'un plant de tomate**, et c'est presque comme si j'étais en

train d'en parler maintenant. C'est tellement agréable de parler d'une graine, d'une plante. » Ainsi, sur le plan clinique, il existait une re-création de tous les aspects favorables de cette première entrevue.

Joe avait beaucoup insisté ce jour-là pour se charger de la confection de mon déjeuner, un steak grillé au barbecue sous son oeil vigilant; le barbecue était installé derrière la maison, à côté de la piscine, et les quatre personnes réunies là appréciaient manifestement d'être ensemble; Joe, c'était évident, était très heureux.

Après le déjeuner, Joe me montra avec fierté les innombrables plantes - certaines étaient des espèces rares - qu'il avait lui-même fait pousser dans le vaste jardin qui se trouvait derrière la maison. La femme de Joe donnait le nom latin et l'appellation courante de ces végétaux, et Joe était tout content lorsque je reconnaissais un spécimen rare et que je faisais quelques remarques à ce propos. Il ne s'agissait pas de ma part d'un intérêt simulé, puisque cela m'intéresse encore maintenant de cultiver des plantes. Joe considérait cet intérêt partagé comme un lien d'amitié.

Pendant l'après-midi, Joe s'assit de son plein gré, et tout dans sa façon d'être indiquait que j'étais libre de faire tout ce que je voulais. J'entamai un long monologue contenant des suggestions psychothérapeutiques destinées à faire durer la tranquillité et le bien-être qu'il éprouvait, la suppression de la souffrance, la joie d'être avec sa famille, son bon appétit, et le plaisir de continuer à s'intéresser à tout ce qui l'entourait. Toutes ces suggestions, et d'autres du même genre, se trouvaient discrètement intercalées au sein d'un grand nombre de remarques. Celles-ci avaient trait à une multitude de sujets afin que Joe ne puisse pas analyser ou reconnaître les suggestions qui s'y trouvaient intercalées. Et pour pouvoir dissimuler convenablement ces suggestions, j'avais moi aussi besoin d'aborder un grand nombre de sujets. Qu'un tel luxe de précautions ait été nécessaire ou non pour obtenir un résultat valable est un point discutable, mais je préférerais ne pas prendre de risques. Médicalement, l'évolution de la tumeur maligne se poursuivait, mais malgré cela, Joe était en bien meilleure condition physique qu'un mois auparavant. Lorsque je pris congé, Joe me demanda de revenir. Joe savait que je devais partir pour une tournée de conférences fin novembre et début décembre. Alors que je ne m'y attendais pas du tout, je reçus un appel téléphonique interurbain juste avant mon départ. C'était la femme de Joe qui m'appelait; elle dit: « Joe est à l'autre poste et veut vous dire bonjour; écoutez-le. » J'entendis par deux fois le bruit de l'air que l'on expire. Joe avait placé le combiné devant son tube de trachéotomie et il avait fait deux expirations forcées en guise de « bonjour ». Sa femme me dit que Joe et elle m'envoyaient tous leurs souhaits de bon voyage, et nous parlâmes à bâtons rompus, la femme de Joe lisant ce qu'écrivait son mari.

Au moment de Noël, je reçus une carte de voeux de Joe et de sa famille. Dans une lettre qu'elle m'avait adressée à part, sa femme écrivait : « l'hypnose marche bien, mais l'état de Joe se détériore. » début janvier, Joe s'était affaibli, mais il se sentait bien. En fin de compte (c'est sa femme qui parle) « Joe mourut paisiblement le 21 janvier », quatre mois après l'apparition des premiers symptômes.

Annexes relatives à la T.C.C

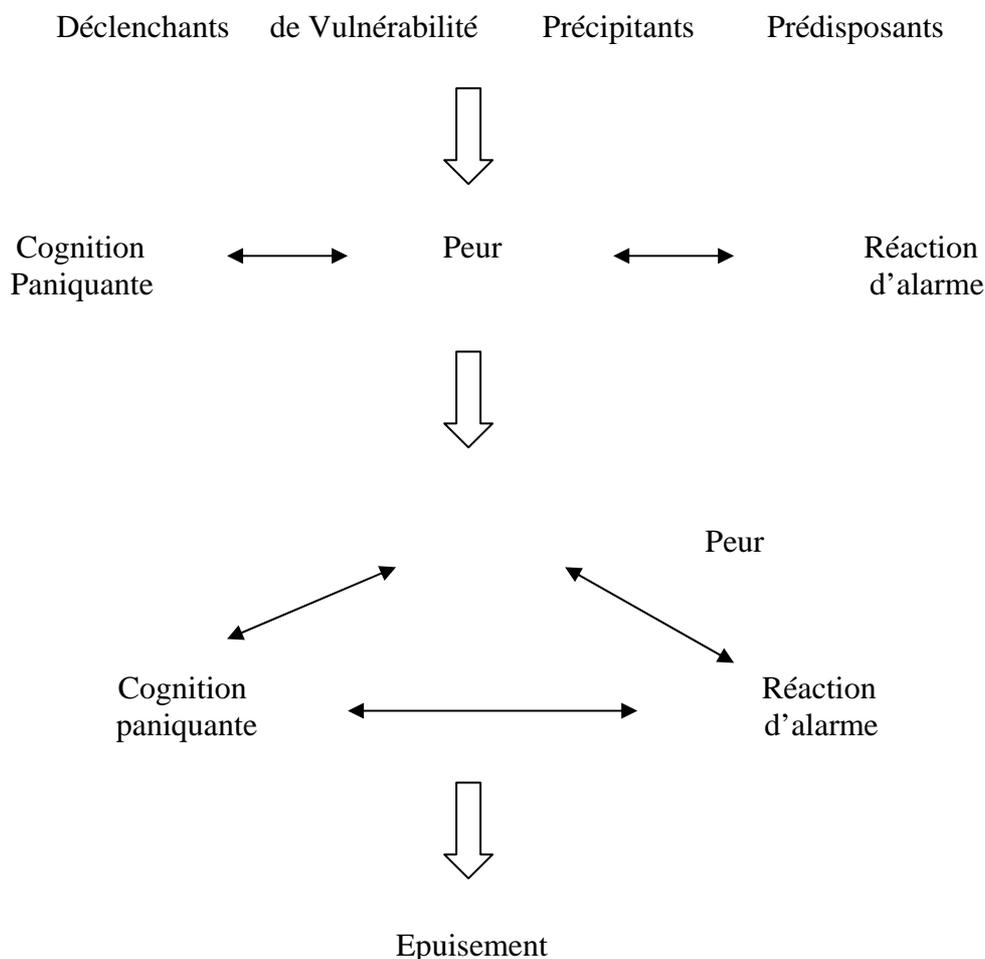
Annexe 13

Odile, trente-sept ans est agent de service dans le métro:

« Je la sentais arriver depuis plusieurs semaines. Il faut dire que, cette année, les ennuis ne m'ont pas épargnée. Mon mari a été opéré plusieurs fois pour une infection osseuse après une fracture du tibia. C'était hospitalisation sur hospitalisation. J'avais l'impression qu'on ne s'en sortirait jamais. En plus, moi qui ne supporte pas les hôpitaux... je ne vous explique pas. J'étais dans un état de nerfs terrible. J'ai essayé une fois un somnifère, mais impossible de fermer l'oeil. je ne récupérais plus. Ça m'a pris dans le métro, je me suis sentie faible. Je transpirais, et mon coeur s'est mis brutalement à accélérer. j'ai tout de suite pensé à une crise cardiaque. Depuis, je suis en arrêt de travail, impossible d'entrer dans le métro. Ça recommence immédiatement. Je sais bien ce que c'est, ma mère a fait beaucoup d'attaques de panique. Elle prend toujours des médicaments. Je ne veux pas être droguée comme elle toute ma vie. Je préfère prendre sur moi. »

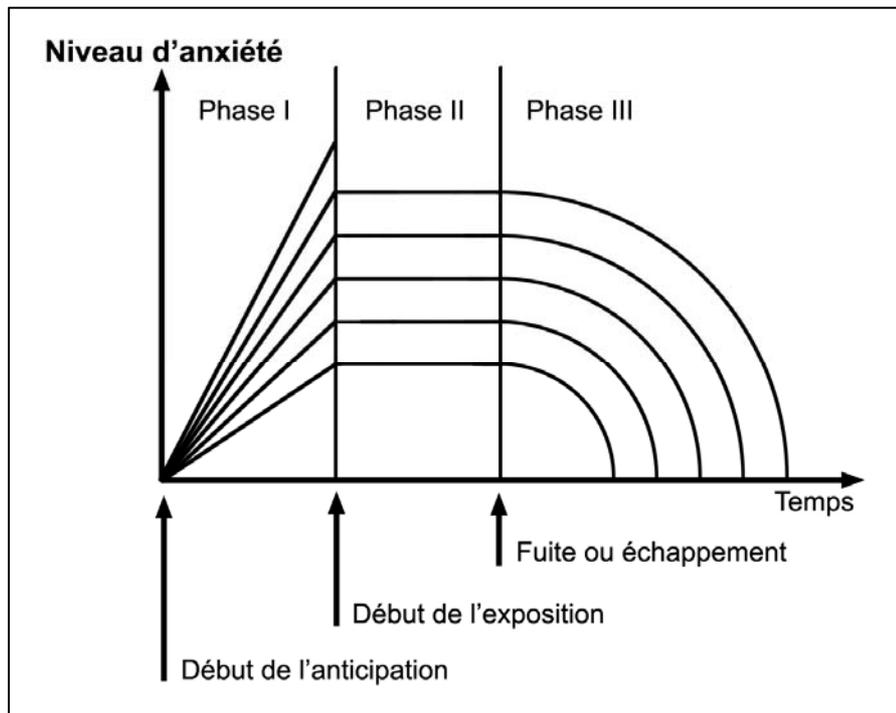
Annexe 14

FACTEURS



Annexe 15

Le phénomène de sensibilisation en cas d'évitement et d'échappements

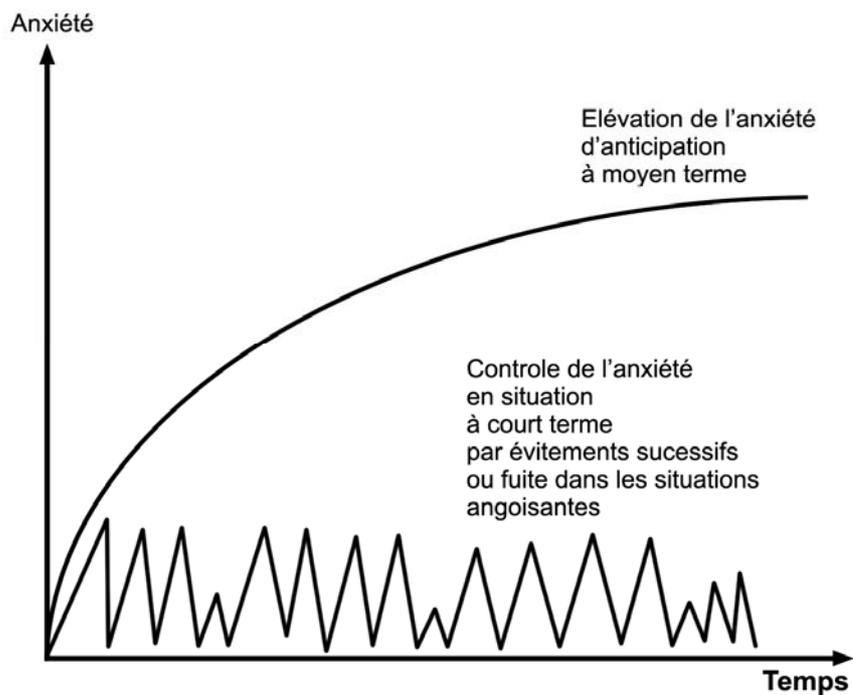


I : Phase de montée de l'anxiété (de plus en plus rapide)

II : Phase de maintien de l'anxiété

III : Phase de diminution de l'anxiété (par la fuite ou l'échappement)

Annexe 16



Annexe 17

Avez-vous déjà ressenti une ou plusieurs des sensations physiques suivantes pendant plus de dix minutes ?	oui	non
Oppression respiratoire Palpitations Crise de tremblements Nausée Douleurs abdominales Sensations vertigineuses Sensation de tête vide, cotonneuse Picotement des extrémités Certaines des peurs suivantes accompagnaient-elles vos sensations physiques ? Peur d'une crise cardiaque Peur d'étouffer Peur de s'évanouir Peur de perdre le contrôle de soi Peur de perdre la raison		
TOTAL		

Annexe 18

- *Pensées paniquantes*

« Je vais étouffer »

- *Réalité*

Des contractions musculaires limitent les mouvements respiratoires naturels. Il s'agit simplement d'une gêne respiratoire. À aucun moment il n'y a un manque d'oxygène.

- *Pensées paniquantes*

« C'est un endroit où on manque d'air. »

- *Réalité*

La pression atmosphérique est très forte, donc l'air s'infiltré partout. Il n'y a pas plus d'air dans la rue que dans le métro mais la chaleur ou l'odeur sont effectivement différentes.

- *Pensées paniquantes*

«Ma respiration va se bloquer. »

- *Réalité*

Comme le coeur, le diaphragme se contracte automatiquement et assure l'automatisme respiratoire en toute occasion, notamment pendant le sommeil. Il est impossible de bloquer l'automatisme respiratoire.

Annexe 19

TABLEAU D'AUTO-OBSERVATION		
Situation d'exposition : prendre le métro pendant six stations, accompagnée de son mari. Intensité de l'anxiété maximale pendant l'exposition : 4/10		
Cognitions	Sensations physiques	Comportements
« Ca ne va pas aller, je ne peux pas respirer normalement. »	Gêne respiratoire	Je me rapproche de la porte pour avoir plus d'air
« Si la rame se bloque entre deux stations, je ne vais jamais tenir le coup. »	Légers picotements autour des lèvres	J'essaie de respirer lentement
« Pour l'instant, je n'étouffe pas. »	Sueurs et tremblements	Je m'assois pour terminer le trajet

Annexe 20

Signification des symptômes :

Gêne respiratoire: la gêne respiratoire correspond à une contraction musculaire de la paroi de l'abdomen, à une contraction des muscles intercostaux et des muscles du cou, et à une augmentation de la puissance de contraction du diaphragme. Les tensions musculaires apparaissent avec la peur et traduisent le déclenchement de la réaction d'alarme. La gêne respiratoire causée par les contractions musculaires ne présente aucun danger même si elle est très désagréable. Ces contractions ne peuvent pas aboutir à un étouffement.

Picotements autour des lèvres: ils font partie des symptômes classiques du syndrome d'hyperventilation. Celle-ci diminue l'apport d'oxygène dans certaines zones du corps, ce qui peut déclencher des sensations d'engourdissement ou de picotement dans les extrémités. Ces sensations sont facilement recréées par l'exercice d'hyperventilation. Elles sont inoffensives et disparaissent une ou deux minutes après la fin de l'exercice.

Sueurs et tremblements: la réaction d'alarme augmente le tonus musculaire. Elle est responsable d'une augmentation des fins tremblements qui existent très discrètement en dehors des réactions d'alarme. Les sueurs sont dues à la fois à l'effort musculaire déployé pour hyperventiler et aux effets de l'hyperventilation sur la circulation sanguine.

Annexe 21

Jusqu'à quel point les pensées étaient-elles vraies ?

« Ça ne va pas aller, je ne peux pas respirer normalement. »

- Quelle est la part de réalité de ma cognition ?

Je ne respirais pas normalement, c'est vrai. J'avais une gêne respiratoire à cause de mon anxiété.

- Quels arguments ai-je pour dire que ça ne va pas aller ?

Les sensations physiques sont celles que j'ai déjà ressenties dans des attaques de panique. Si j'ai une gêne respiratoire, ça veut dire que je manque d'air. Si je manque d'air, je pourrais faire un malaise.

- Quelle est la réalité de mes arguments ?

Ce sont bien les sensations que j'ai ressenties dans des attaques de panique. Par contre, si j'ai une gêne respiratoire, ça ne veut pas dire que je manque d'air. Les sensations désagréables et la gêne respiratoire sont des signes d'hyperventilation. Pour déclencher un malaise, il faut un manque d'air très important et prolongé. Ce n'était pas le cas dans cette situation.

- Quels sont les arguments qui contredisent la cognition ? Quand on manque d'air, les extrémités deviennent bleues. Quand j'étais gênée pour respirer, mes ongles étaient rose pâle, donc je ne manquais pas d'air.

« Si la rame se bloque entre deux stations, je ne vais pas tenir le coup. »

- Quels sont mes arguments pour dire que je ne vais pas tenir le coup si la rame se bloque entre deux stations ?

Si je respire mal, c'est plus dangereux quand je suis entre deux stations. Si on est en danger, les secours ne peuvent pas être aussi rapides qu'à l'extérieur du métro. Il y a moins d'air au

fond des tunnels.

- Quelle est la réalité de mes arguments ?

En fait, il y a autant d'air dans les stations que dans les tunnels. La gêne respiratoire ne veut pas dire que je suis en danger. Les secours seraient moins rapides en cas de problème, mais, dans le cas de l'oppression respiratoire que j'ai ressentie, il n'y a pas besoin de secours.

Annexe 22

Les cognitions se sont-elles vérifiées ?

J'étais vraiment gênée pour respirer, mais je n'ai pas manqué d'air. J'avais l'impression que j'allais étouffer, mais j'ai constaté que je pouvais contrôler ma respiration. L'exercice d'exposition était vraiment très désagréable, mais je n'ai pas fait d'attaque de panique. Si la rame s'était arrêtée entre deux stations, je ne sais pas ce qui se serait passé.

Annexe 23

Quel est le principe qui donne une impression de danger ?

C'est dangereux d'être gênée pour respirer, ça me fait paniquer. Si je panique, je ne peux plus contrôler ma respiration, je risque de m'étouffer. Si je me trouve coincée entre deux stations, je vais paniquer. Quand je panique je n'arrive plus à respirer.

Annexe 24

En quoi cet exercice d'exposition remet-il en cause le principe de danger ?

J'ai eu des difficultés à respirer, des picotements autour de la bouche et j'ai beaucoup transpiré. Quand j'ai respiré lentement, ça ne s'est pas aggravé. Cela veut dire que mes sensations n'étaient pas dues au manque d'air, sinon cela se serait aggravé quand j'ai ralenti ma respiration. Quand on a des difficultés à respirer, ça ne veut donc pas forcément dire qu'on manque d'air. Quand je suis angoissée, je dois faire attention à ne pas accélérer ma respiration même si j'ai l'impression de manquer d'air. Si je suis angoissée, je ne perds pas forcément le contrôle de ma respiration.

Annexe 25

Exemple de hiérarchisation

- 1° Prendre les transports en commun avec quelqu'un.
- 2° Faire les courses le samedi accompagné de quelqu'un.
- 3° Se promener dans les rues d'une ville, seul, sans objectif
- 4° Faire les courses le samedi seul.
- 5° Prendre les transports en commun seul.
- 6° Rester seul à la maison pendant une heure.
- 7° Se promener seul en forêt.
- 8° Faire du sport.
- 9° Conduire seul dans le quartier.
- 10° Conduire seul sur une autoroute.

Titre de thèse : Prise en charge de l'attaque de panique aux urgences.

RESUME

L'attaque de panique est un problème fréquemment rencontré aux urgences. L'urgence est un endroit clé, permettant à certaines personnes, isolées des structures de soin, de rencontrer un médecin pendant ce moment de crise. La prise en charge adaptée de la première attaque de panique, qui peut être isolée ou faire partie des symptômes d'une autre affection, peut permettre de limiter le risque de développer des complications : trouble panique, dépression, dépendance médicamenteuse...

Vue au stade des complications, l'attaque de panique nécessite une bonne connaissance des différentes prises en charge que l'on peut proposer au patient.

Dans ce sens, quatre modèles (psychodynamique / systémique / cognitivo-comportementale / pharmacologique) et leurs implications thérapeutiques sont développés et évalués. Quelques cas cliniques viennent illustrer des tentatives d'interventions thérapeutiques dès l'émergence du trouble dans un service d'urgence.

MOTS-CLES

**Attaque de panique
Trouble panique
Service d'accueil des urgences
Thérapie brève systémique
Thérapie stratégique**