

**PSYCHOLOGIE
DE LA PEUR
ET DES PHOBIES**

**Docteur Christophe ANDRÉ
SHU, Centre Hospitalier Sainte-Anne
Paris**

LA PSYCHOLOGIE DE LA PEUR

**« Un frisson d'épouvante me surprit,
Et fit cliqueter tous mes os :
Un souffle passait sur ma face,
hérissait le poil de ma chair ! »**

Job, IV, 14

DÉFINITION DE LA PEUR

Ensemble des phénomènes somatiques et psychologiques accompagnant la prise de conscience d'un danger.

PEURS DANS LE RÈGNE ANIMAL

- **Complexification progressive au sein des espèces animales (insectes, canards, singes, humains...)**
- **Nombreuses peurs « préparées » chez l'humain, que les expériences et apprentissages ultérieurs environnement vont ensuite aggraver ou alléger.**

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

Sartre, Le sursis

PEUR ET PSYCHOLOGIE ÉVOLUTIONNISTE

La peur est l'une des émotions fondamentales, impliquées dans la survie des principales espèces animales. Au sein d'une même espèce, peu de variations culturelles dans :

- Déclencheurs**
- Expression faciale**
- Manifestations somatiques**
- Présence dès l'enfance**
- Etc...**

(Ekman, 1973)

**« Qui creuse une fosse tombe dedans,
Qui sape un mur, un serpent le mord,
Qui extrait des pierres peut se blesser avec,
Qui fend du bois court un danger.... »**

L'Ecclésiaste, 10, 8

LES MALADIES DE LA PEUR

**« Je restais là figé, impuissant,
frissonnant, conscient pour la première
fois d'avoir été frappé non par de simples
angoisses, mais par une maladie
grave... »**

William Styron, Face aux ténèbres

LES VISAGES DE LA PEUR CHEZ L'HUMAIN

- **Anxiété (peur anticipée, parfois sans objet)**
- **Attaques de panique (peurs incontrôlables)**
- **Phobies (peurs allergiques)**
- **Peurs post-traumatiques (peurs « incarcérées »)**
- **Etc...**

Intelligences sous influence...

ÉTIOLOGIES :

LE MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL

- **Prédispositions biologiques, innées ou acquises précocément.**
- **Influences psycho-développementales**
(modèles parentaux, styles affectifs et éducatifs, événements de vie...).
- **Influences sociales**
(modes de vie, valeurs...).

PHOBIES : LE MODÈLE DES PEURS ALLERGIQUES ?

- **Réaction naturelle de protection
(défense ou alarme)**
- **Devient explosive et dommageable**
- **Peur pathologique : intensité (amygdale) et
déficit de régulation (cortex préfrontal)**

NÉCESSITÉ DE THÉRAPIES À « IMPACT AMYGDALIEN » ?

- **Données récentes sur le rôle de l'amygdale cérébrale (LeDoux 2003).**
- **Efficacité inconstante des thérapies d'inspiration analytique dans leur forme actuelle (Inserm 2004).**
- **Normalisation des anomalies fonctionnelles cérébrales dans les phobies après TCC : neuroplasticité (Paquette et al. 2002, Furmark et al. 2003).**

FLUX SANGUINS CÉRÉBRAUX ET PRISE DE PAROLE EN PUBLIC

- **Augmentation des flux sanguins cérébraux dans les régions amygdaliennes en situation anxiogène**
- **Étude auprès de 18 sujets Psoc. et Contr. sous PET-Scan, lors de prises de parole anxiogènes**
- **Chez les patients Psoc. % Contr. : augmentation des DSR dans la zone amygdalienne droite, et diminution (ou moindre élévation) des DSR aux différents niveaux corticaux.**
- **« Peur intense et tête vide »**

(Tilfors et al, American Journal of Psychiatry 2001)

IMAGERIE CÉRÉBRALE PRÉ ET POST-TRAITEMENTS

- **PET-Scan lors prise de parole anxiogène pré et post traitement (9 semaines) chez 18 Psoc.**
- **Randomisé en 3 groupes : TCC, ISRS, LdA**
- **Chez les patients traités, diminution du pré au post de l'activation de la région amygdalienne**
- **Différences significatives entre TCC/ISRS et LdA, et entre répondeurs et non-répondeurs**
- **Ces modifications prédisent le maintien des gains thérapeutiques 1 an après le traitement**

(Furmark et al, Archives of General Psychiatry 2002)

**TRAITEMENT
ET PRISE EN CHARGE
DES MALADIES
DE LA PEUR**

STRATÉGIES MÉDICAMENTEUSES

MÉDICAMENTS DANS LES TROUBLES ANXIEUX ET PHOBIQUES

- **Benzodiazépines**
(mais suspicions sur l'apprentissage émotionnel)
- **Béta-bloquants**
(désamorcent la spirale cognitivo-somatique de l'anxiété)
- **Sérotoninergiques**
(régulateurs émotionnels)

TCC ET CATALYSEURS MÉDICAMENTEUX

- **28 patients acrophobes, bénéficiant de 2 séances de TCC par RV (2 x 45 mn, à 1 semaine d'intervalle)**
- **Répartis en 2 groupes : prise unique de D-cycloserine avant TCC, ou placebo**
- **Évaluation à 1 semaine et à 3 mois**
- **Différences significatives entre les 2 groupes (conductance cutanée, expositions spontanées in vivo, questionnaires...)**

(Ressler et al., Archives of General Psychiatry 2004, 61 : 1136-1144)

PHOBIE SOCIALE ET D-CYCLOSERINE

- **26 patients sociophobes (peur de parler en public), bénéficiant de 5 séances de TCC par RV (2 x 45 mn, à 1 semaine d'intervalle).**
- **Répartis en 2 groupes : prise de D-cycloserine avant chaque séance de TCC, ou placebo.**
- **Évaluation à la fin du traitement et à 1 mois.**
- **Différences significatives entre les 2 groupes.**

Hofmann et al. Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. Archives of General Psychiatry 2006, 63 : 298-304.

Etudes contrôlées

Auteurs	Indication	n	Dose (mg)	Prises	Nb de prises	Résultat
Ressler et al. (2004)	Acrophobie	28	50 / 500	2 à 4h avant	2	Positif en fin de TCC et à 3 mois
Guastella et al. (2007)	Arachnophobie	100	50 / 500	2 à 3h avant	1	Négatif
Hofmann et al. (2006)	Phobie sociale	27	50	1 h avant	4	Positif en fin de TCC et à un mois
Guastella et al. (2008)	Phobie sociale	56	50	1 h avant	4	Positif en fin de TCC et à un mois
Kushner et al. (2007)	TOC	32	125	2h avant	10	Négatif en fin de TCC et à trois mois
Storch et al. (2007)	TOC	24	250	4h avant	12	Négatif
Wilhem et al. (2008)	TOC	23	100	1h avant	10	Positif à la 4ème séance
Tolin et al. (2007)	Trouble panique		50	1h avant	3	Positif

STRATÉGIES PSYCHOTHÉRAPIQUES

Pourquoi la peur existe ?

Pourquoi la peur persiste ?

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES EN TCC DES PHOBIES

- **Exposition +++++**
- **Restructuration cognitive +++**
- **Entraînement attentionnel (PhSoc ++, TPA+)**
- **Entraînement aux compétences sociales (PhSoc, TPA) ++**
- **Relaxation et méditation +**

FAIRE FACE À SES PEURS : UNE DOUBLE EXIGENCE

- **Se confronter à ses peurs
(cheminement extérieur)**
- **Accepter ses peurs
(cheminement intérieur)**

**« L'expérience instruit plus
sûrement que le conseil... »**

*André Gide,
Les Faux-Monnayeurs*

EXPOSITIONS « NATURELLES » VS. EXPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES

EXPOSITIONS NATURELLES	EXPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES
Non prévisibles	Prévisibles et contrôlables
Brèves ou écourtées	Prolongées
Sporadiques	Régulières
Incomplètes	Complètes
Cognitions incontrôlées et subies	Attitude cognitive active
Peu efficaces : pas de désensibilisation, ou risque de sensibilisation	Efficaces : désensibilisation

L'EXPOSITION DANS LES TROUBLES PHOBiques : DÉMARCHE SIMPLE MAIS RÈGLES STRICTES

**Pour être efficaces, les exercices d'exposition
doivent être :**

- **Librement consentis, et contrôlables à tout moment par le patient**
- **Progressifs**
- **Prolongés**
- **Répétés, rapprochés, réguliers**
- **Complets (attention aux évitements subtils)**

L'EXPOSITION : UNE STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE PLUS COMPLEXE ET PLUS COMPLÈTE QU'IL N'Y PARAÎT

Permet d'obtenir :

- **Une tolérance accrue aux émotions négatives**
- **Une modification de la vision du monde**
- **L'émergence de comportements adaptés**

CAPITAL : LES EXERCICES ENTRE LES SÉANCES

**Indispensables à l'érosion de l'hyper-réactivité émotionnelle
(métaphore du cours de musique) et à la neuroplasticité.**

Caractéristiques :

- **Sous le contrôle du patient**
- **Répétables quotidiennement (15 à 30 mn)**
- **Faible activation émotionnelle**
- **Pas forcément utiles ni nécessaires pour la vie quotidienne**
- **Tester auparavant avec le thérapeute**

TCC D'UNE PHOBIE DU SANG, DES PIQÛRES ET DES INJECTIONS

- **STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES :**

- Exposition in vivo
- Gestion des syncopes
- Information et restructuration cognitive

- **ÉTAPES POUR L'EXPOSITION**

- Écouter des mots évocateurs
- Regarder des photos médicales

- Se rendre à l'infirmierie du service
- Se rendre au laboratoire de l'hôpital
- Regarder une vidéo pédagogique de soins infirmiers

- Simuler une prise de sang avec une infirmière
- Accompagner un proche faire une prise de sang
- Se faire faire une prise de sang

TCC DU TROUBLE PANIQUE

- **Information et éducation**
- **Restructuration cognitive**
- **Expositions intéroceptives**
- **Expositions situationnelles**
- **Éventuellement, affirmation de soi et expression des émotions**

EXERCICES D'EXPOSITION DANS L'ANXIÉTÉ SOCIALE

- **Situation d'observation**
- **Situation d'interaction**

EXERCICES D'EXPOSITION DANS L'ANXIÉTÉ SOCIALE : SITUATIONS D'OBSERVATION

Être observé alors qu'on ne fait rien

(être assis ou debout, marcher, entrer dans une pièce...)

Être observé alors qu'on fait quelque chose

(écrire, manger, boire, téléphoner, parler, danser, jouer de la musique...)

Être observé alors qu'on présente des symptômes de malaise émotionnel

(rougir, transpirer, trembler...)

EXERCICES D'EXPOSITION DANS L'ANXIÉTÉ SOCIALE : SITUATIONS **D'INTERACTION**

Performances sociales : *prises de parole en public, entretiens importants...*

Interactions brèves ou superficielles : *banalités, silence, saluer, raconter une histoire...*

Interactions approfondies (révélation de soi) : *ses opinions, sa vie, ses symptômes d'émotivité et d'anxiété sociale...*

Entre les deux : *Répondre à la question « quoi de neuf ? », ou « que deviens-tu ? »*

Affirmation de soi : *demander, refuser, réclamer, donner son avis, recevoir ou faire des compliments...*

DONNER DU SENS AUX EXERCICES D'EXPOSITION

Apprentissage d'une meilleure résistance-
tolérance-acceptation des émotions.

- *« Ce n'est que de la peur, que de la honte. Ce n'est pas parce que je ressens cela qu'il y a un vrai problème »*
- *« Me laisser soulever comme un bouchon, ou me laisser recouvrir par la vague de l'émotion, sans m'affoler. Je peux résister à ça. »*

TECHNIQUES FAVORISANT L'ACCEPTATION DE LA PEUR

- **Thérapie cognitive (discussion de la peur : différences entre faits et pensées, repérage des croyances...)**
- **Méditation (acceptation de la peur et des scénarios-catastrophe)**

PRINCIPALES CIBLES COGNITIVES

- **Le traitement de l'information (cognitions, distorsions, croyances)**
- **Ruminations et anticipations**
- **Les évitements de certaines idées et images**

CONTENUS COGNITIFS DANS LA PHOBIE SOCIALE

- **Cognitions sur soi
(fragile et incompetent)**
- **Cognitions sur les autres
(observent et jugent)**
- **Cognitions sur l'avenir
(échec, rejet , aggression)**

DISTORSIONS COGNITIVES DANS L'ANXIÉTÉ SOCIALE

- **Raisonnement émotionnel (« se sentir ridicule, c'est être ridicule »)**
- **Lecture de pensée (« je vois bien qu'ils me trouvent nul »)**
- **Généralisation (« j'ai rougi, j'ai perdu leur confiance »)**
- **Raisonnement dichotomique (« j'ai bafouillé, c'est fichu... »)**
- **Etc...**

CROYANCES DYSFUNCTIONNELLES DANS L'ANXIÉTÉ SOCIALE

- **"On me juge en tout moment et en tout lieu"**
- **"Mon malaise intérieur se remarque instantanément"**
- **"On porte toujours un jugement négatif sur les gens émotifs"**
- **"Et cela peut avoir pour conséquence des comportements de rejet, de dominance ou d'agression »"**
- **"Seules solutions pour éviter les ennuis : cacher, contrôler, éviter"**

RAPPELS SUR LE TRAVAIL COGNITIF

- **« Just do it »**
- **Ne pas chercher à forcer l'adhésion du patient : identifier, discuter, envisager alternatives (parts de gâteau)**
- **À faire en pré-, per- et post-exposition.**

TRAVAIL COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

- **Ne pas oublier les épreuves de réalité
(tester les prédictions)**
- **Travailler aussi sur les cognitions
« chaudes », en situation**

RELAXATION ET MÉDITATION

MÉDITATION	RELAXATION
Centrée sur le psychologique	Centrée sur le physiologique
Être présent	Être détendu
Recul : acceptation, <u>puis</u> décisions et actions	Bien-être
Exercices prolongés, extension à vie quotidienne, puis attitude existentielle	

TECHNIQUES DE MÉDITATION DE TYPE « MINDFULNESS » (PLEINE CONSCIENCE)

- **Caractéristiques (Kabat-Zin 1992) :**
 - *Apaisement physiologique,*
 - *Présence à l'instant,*
 - *Régulation de l'attention,*
 - *Attitude mentale de non-jugement.*
- **Validité démontrée pour la prévention des rechutes dépressives (Segal et coll, 2002)**
- **À valider pour les troubles anxieux et phobiques (Mohlman 2004)**

ENTRAÎNEMENT ATTENTIONNEL

(phobie sociale et TPA notamment)

Contrôle Attentionnel vers la Tâche Sociale (CATS)

- **Entraînement attentionnel** efficace dans les troubles anxieux (Wells et al, 1995-1997), dans l'anxiété de performance et dans la préparation des sportifs
- “*Task Concentration Training*” (Bögels, 1997-2006) **spécifiquement pour l'éreutophobie**



(Pélissolo 2007)

Contrôle attentionnel vers la tâche sociale (CATS)

- **Comportements à modifier**
 - Evitement de la communication
 - Hyper-conscience de soi, « auto-focus »
 - Distractibilité par le rougissement
- **Méthodes**
 - Repérage de la répartition attentionnelle
 - Entraînement au contrôle attentionnel
 - Orientation attentionnelle vers la tâche sociale



(Pélissolo 2007)

Repérage de la répartition attentionnelle

- Principe d'un **quantité limitée** d'attention (100%)
- Répartition en **trois cibles** distinctes
 1. Soi (pensée, sensations, comportements, etc.)
 2. L'autre ou les autres (discours, attitude, aspect, etc.)
 3. Environnement non social (décors, bruit, odeurs, etc.)
- Possibilité **d'estimer** la division attentionnelle
- Possibilité de la **modifier** avec un entraînement

**AFFIRMATION DE SOI
ET EXPRESSION DE SES
BESOINS ET ÉMOTIONS**

(phobie sociale et TPA notamment)

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Méta-analyses pour l'évaluation des TCC pour les phobies sociales (INSERM 2004)

Références Appréciation méthodologique	Nombre d'études	Résultats
Gould et coll., 1997 note : 4/7	24 études	Efficacité comparable des TCC et de la pharmacothérapie Effet des TCC sur la phobie sociale
Taylor, 1996 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	42 études	Supériorité de l'association exposition et thérapies cognitives sur le placebo Effet des TCC sur la phobie sociale
Fedoroff et Taylor, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	108 études	Efficacité de l'exposition par rapport à la liste d'attente, surtout sur le suivi Effet des TC sur la phobie sociale

*Résultats des TCC de groupe auprès de 60 patients phobiques sociaux en pré et post-
thérapie (Camart, André et coll. Encéphale 2006, 32 : 1011-1018)*

Instruments	Moyennes pré-thérapie (Ecart-type)	Moyennes post- thérapie (Ecart-type)	Différences moyennes pré / post- thérapie	t (test de Student) (dl = 59, p < .001)	Grandeurs d'effet (<i>effect size</i>)
LSAS - Anxiété	45,46 (9,17)	33,71 (10,82)	11,74	8,73	- 1,28
LSAS - Evitement	37,11 (11,47)	23,79 (10,04)	13,31	9,02	- 1,16
LSAS Total	82,57 (19,45)	57,50 (19,70)	25,06	9,37	- 1,29
Rathus	126,70 (17,84)	108,83 (20,86)	17,87	7,65	-1,00
Sheehan – Travail (1)	5,98 (2,47)	3,93 (2,50)	2,05	6,27	- 0,82
Sheehan - Vie sociale et loisirs (2)	6,33 (2,17)	4,36 (2,20)	1,96	6,92	- 0,90
Sheehan – Vie de famille et responsabilités domestiques (3)	4,43 (2,82)	3,00 (2,44)	1,43	4,84	- 0,51
Sheehan Total	16,75 (5,16)	11,30 (5,38)	5,45	8,69	- 1,06
HAD - Anxiété	11,85 (3,31)	8,92 (4,07)	2,93	6,55	- 0,88
HAD - Dépression	5,96 (3,22)	4,04 (2,81)	1,93	4,88	- 0,60
HAD Total	17,82 (5,24)	12,96 (6,07)	4,85	6,88	- 0,93
BDI - 13	10,33 (5,86)	6,42 (4,94)	3,91	5,95	- 0,67
Rosenberg	24,08 (4,40)	27,81 (4,03)	3,72	6,10	- 0,85

- **LSAS** : Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*).
- **HAD** : Echelle hospitalière d'anxiété et de dépression (*Hospital Anxiety Depression Scale*).
- **BDI - 13** : Inventaire abrégé de dépression de Beck à 13 items (*Beck shortened Depression Inventory*).
- **Sheehan - Travail (1)** : Item 1 ; **Sheehan - Vie sociale et loisirs (2)** : Item 2 ; **Sheehan - Vie de famille et responsabilités domestiques (3)** : Item 3.

Moyennes (et écarts-types) obtenus par des sujets de contrôle aux échelles de Liebowitz (LSAS), de Rathus, à l'inventaire de Beck (BDI - 13) et à l'échelle de Rosenberg :

- **LSAS - Anxiété (n = 36) : 20 (13,67)**
- **LSAS - Evitement (n = 36) : 16 (12,2)**
- **Rathus (n = 36) : 92,10 (19,01)**
- **BDI - 13 (n = 36) : 3,81 (5)**
- **Rosenberg (n = 200) : 28,06 (4,81)**

Remarque : Pour les échelles HAD - Anxiété et HAD - Dépression, il n'existe pas de normes mais des notes seuils : de 10 (voire de 8 selon les cas).

THÉRAPIES DE TERRAIN ET ÉTUDES CONTRÔLÉES

**Auprès de 217 patients traités par 57
thérapeutes différents. Évaluations 6 semaines
après la fin de la thérapie : efficacité
comparable à celles des méta-analyses des
études contrôlées.**

*Lincoln et al. Effectiveness of an empirically supported
treatment for social phobia in the field.*

BRAT 2003, 41 : 1251-1269.

RECALIBRAGE ÉMOTIONNEL ET ENGAGEMENT PERSONNEL DU PATIENT

- **La phobies et les maladies de la peur comme des dérèglements chroniques d'un système d'alarme naturel (cf. allergie), quelles qu'en soient les causes.**
- **Nécessité de recalibrages à chaud (réactiver les émotions) pour l'efficacité du traitement.**
- **Nécessité d'exercices réguliers pour obtenir une neuroplasticité (cf. cours de piano et gammes).**
- **Nécessité de règles d'hygiène de vie (cf. HTA) pour la prévention des rechutes.**

TRAITEMENT UNIFIÉ DES TROUBLES ANXIEUX

(Barlow 2004)

- **Psycho-éducation.**
- **Travail cognitif simplifié.**
- **Exposition aux émotions redoutées (par le biais de mises en situations).**
- **Modification des réponses comportementales induites par l'émotion perturbée.**

CHRISTOPHE ANDRÉ
PATRICK LÉGERON

LA PEUR DES AUTRES
TRAC, TIMIDITÉ ET PHOBIE SOCIALE



CHRISTOPHE ANDRÉ

LES ÉTATS D'ÂME
UN APPRENTISSAGE DE LA SÉRÉNITÉ



Christophe André & Muzo
**PETITES
ANGOISSES
ET GROSSES
PHOBIES**
SEUIL



CHRISTOPHE ANDRÉ

**PSYCHOLOGIE
DE LA PEUR**

CRAINTES, ANGOISSES ET PHOBIES

