PHOBIES

Définition :

La peur représente un signal d'alarme destiné à facilité notre vigilance face aux dangers et à augmenter nos chances de survie.

La peur est une émotion fondamentale, universelle et inévitable.

Ce signal d'alarme peut être plus ou moins bien réglé.

Certaines peurs sont innées -comme celle des serpents-, d'autres ont été apprises par des expériences de vie.

Le siège de nos réactions émotionnelles de peur se situe dans le cerveau limbique ou cerveau émotionnel. La peur échappe à notre volonté quant à son déclenchement.

Mais grâce au néocortex nous sommes capables de décoder et de réguler nos émotions.

Anxiété : peur sans objet, peur anticipée
Angoisse : Anxiété à laquelle s'ajoute des signes physiques.

Peur normale et peur pathologique.

Peur normale.

L'alarme de peur ne se déclenche que devant un "vrai" danger, son intensité est proportionnelle au danger. La peur normale s'éteint vite et facilement une fois le danger passé. La peur protège.

Peur pathologique.

Une peur pathologique se déclenche trop souvent pour des seuils de dangerosité trop bas. La peur pathologique met très longtemps à redescendre et à se calmer. Ces peurs pathologiques sont le terrain de la phobie.

Différence entre peur et phobie.

Peur normale	Peur phobique
Registre de l'émotion	Registre de la maladie
Peur d'intensité limitée, souvent contrôlable	Peur pouvant aller jusqu'à la panique, souvent incontrôlable
Associée à des situations objectivement dangereuses	Associée à des situations parfois non dangereuses
Evitement modéré, handicap léger	Evitement important, handicap significatif
Peu d'anxiété anticipatoire	Anxiété anticipatoire majeure

Caractéristiques de la phobie:

- Maladie
- Intensité de la peur importante
- Peur incontrôlable
- Evitement pour échapper à la peur
- Handicap
- Anticipation de la peur

Apprentissage des peurs et des phobies.

Il existe quatre grands types d'apprentissage pouvant favoriser l'apparition d'une très grande peur :

- Evènements de vie traumatisant (agression, accident)
- Evènements de vie pénibles et répétés (humiliation, insécurité)
- Imitation de modèles.
- Intégration des messages de mise en garde.

L'acquisition des phobies peut s'expliquer par la prise en compte de trois dimensions :

- **biologique** : prédisposition biologique à ressentir de grandes peurs

- **psychologique** : Styles éducatifs, évènements de vie, modèles environnementaux

- **social** : Impact des cultures et sociétés.

Le fonctionnement de la peur.

Comprendre comment fonctionnent la peur excessive est un préliminaire fondamental à la guérison de cette dernière. Les explications données au patient augmentent toujours son implication.

Les trois dimensions des peurs et des phobies.

- Dimension comportementale (Toujours surveiller pour être prèt à fuir).

Il s'agira de se confronter aux situations que l'on redoute. Les évitements constituent le meilleur moyen de maintenir la peur. (Renforcement négatif) L'évitement soulage dans l'immédiat mais maintient le patient dans une dépendance anxieuse à ses conduites d'évitement. Toutefois se forcer simplement à la confrontation ne peut suffire : il faut également changer son regard sur le monde et les dangers qu'il peut recéler.

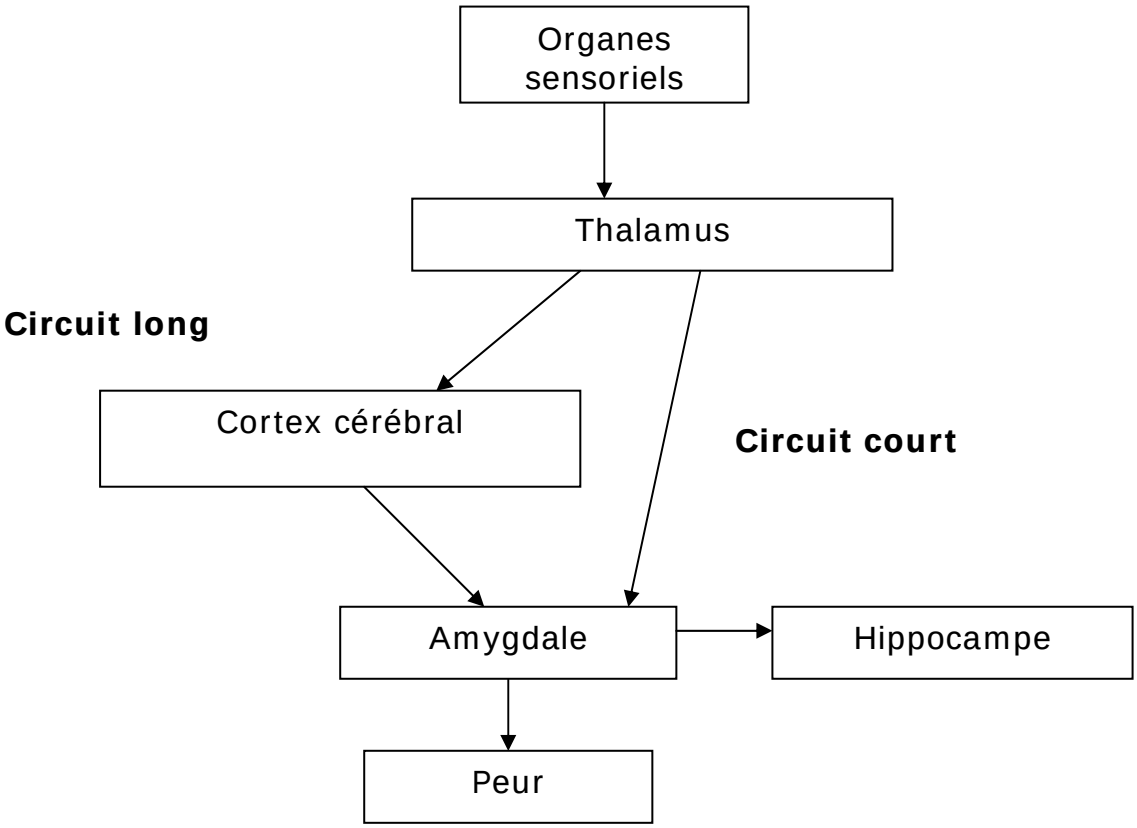
- Dimension psychologique (voir le monde comme un lieu de dangers potentiels)

Il s'agira de modifier sa vision du monde, de remettre en question ses certitudes phobiques. Les phobiques ont le sentiment que renoncer à leur hyper vigilance va les mettre en danger. C'est souvent faux mais pas toujours.

- Dimension émotionnelle (vécu oppressant)

La confrontation aux situations et la remise en cause de sa vision du monde va user petit à petit la relation émotionnelle de peur. Le système d'alarme qu'est la peur est toujours réglé au maximum.

Le circuit cérébral de la peur.



Face à une menace, notre corps a toujours peur avant notre esprit. (circuit court)

C'est l'amygdale qui décide de lancer cette réaction d'alarme qu'est la peur.

L'hippocampe joue le rôle d'un comparateur avec nos expériences passées.

Le cortex préfrontal fonctionne comme le régulateur des réactions automatiques de peur.

Si l'hippocampe ou le cortex préfrontal ne freinent pas l'alarme lancée par l'amygdale alors la peur ne connaît plus de barrière.

Dans les peurs pathologiques c'est l'amygdale qui a pris le pouvoir.

Faire face à la peur.

➢ Passer du subir à l'agir, de la position de victime à celle du combattant.

➢ Obtenir toutes les informations sur l'objet de la crainte. Il faut aller jusqu'au bout de la recherche d'informations.

➢ La peur est normale, le but n'est pas de la supprimer mais de la régler à un niveau qui soit utile sans être éprouvant.

➢ Axe cognitif : Modifier sa vision du monde :

- Le monde est dangereux (le danger règne à l'extérieur)
- J'ai peur de mes propres réactions (le danger peut venir de l'intérieur)
- Je ne suis pas capable de faire face.

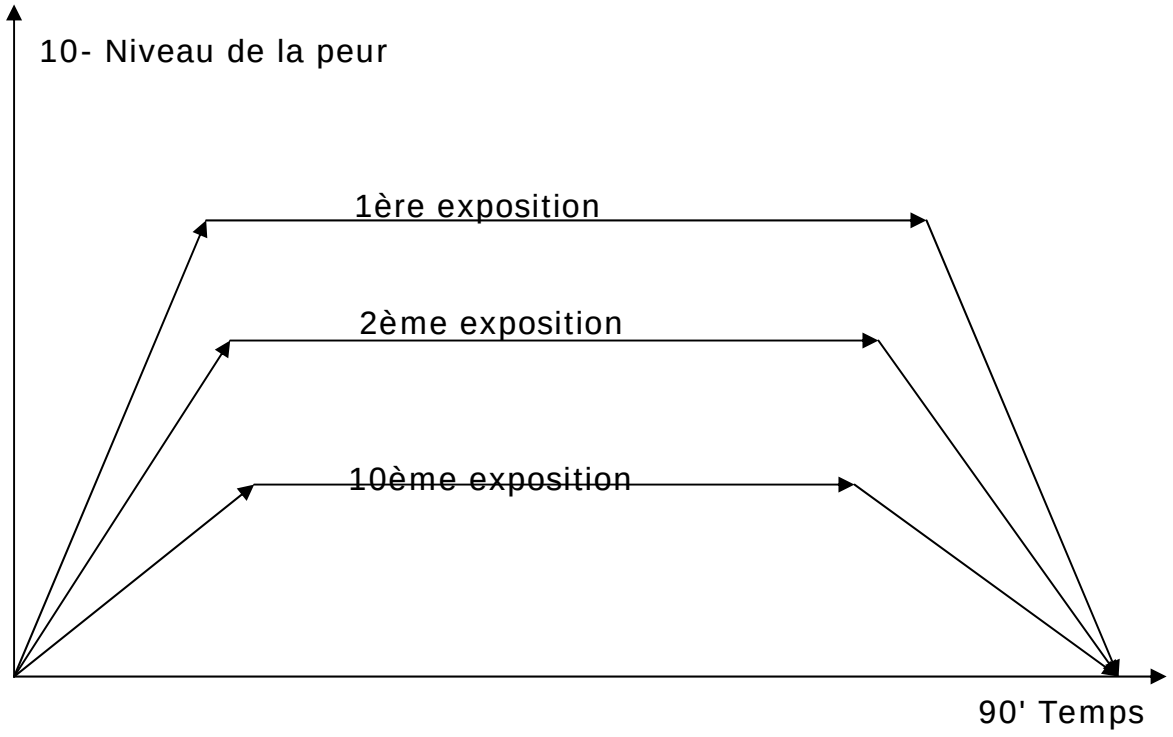
➢ Axe comportemental : Se confronter à la réalité avec les règles suivantes :

- L'exposition doit être **longue** (60' à 90'). L'anxiété doit avoir diminuée de 50% avant de terminer l'exposition.

- L'exposition doit être **complète** (par exemple regarder une araignée en continu sans détourner le regard à certains moments)

- Les expositions doivent être **répétées**

- L'exposition doit être **progressive** (graduée)



Au fur et à mesure des expositions, l'anxiété montera moins haut et durera moins longtemps

L'objectif n'est pas de devenir une personne sans peur, mais une personne qui ne se laisse plus diriger ni déborder par ses peurs.

Il est important de parler de ses peurs, car les cacher représente un surcoût émotionnel important.

➢ Tout exercice physique est bénéfique aux personnes qui souffrent de très grandes peurs.

➢ Eviter le café qui augmente la sensibilité à la peur.

➢ Apprendre à se relaxer et à méditer
La relaxation permet de "muscler" le système nerveux parasympathique, celui qui facilite le ralentissement cardiaque.

➢ On reste toujours un ancien phobique, il faut continuer les exercices d'exposition à la peur d'une manière graduée. Ces **piqûres de rappel** représente une arme anti-rechute. La guérison d'une phobie suppose la très nette diminution de ses symptômes en nombre et en intensité. Le but d'une thérapie c'est que la peur reste modérée dans son intensité et qu'elle reste surmontable. La peur ne disparaît pas en une seule fois, il y aura de nouvelles éruptions mais plus rares et moins intenses. Il s'agit de développer une capacité à faire face au retour de la peur (Return of Fear : ROF)

➢ Antidépresseurs sérotoninergiques (Deroxat, Effexor) Traitement de 6 à 12 mois.

➢ Benzodiazépines en en faisant un usage ponctuel.

➢ Efficacité des TCC dans le traitement des phobies.

- Exposition (désensibilisation de la peur)
- Restructuration cognitive
- Relaxation
- Contrôle respiratoire
- Affirmation de soi

Plan thérapeutique :

1) Expliquer au patient la nature et le fonctionnement des peurs phobiques

2) Préciser l'objectif de la thérapie

3) Définir avec le patient l'objet et la nature spécifique de ses peurs.

4) Etablir une liste hiérarchisée de situations déclenchant la peur

5) Apprendre une technique de relaxation

6) Vérifier la pertinence des informations dont dispose le patient à propos de ses peurs.

7) Discuter les scénarios catastrophes.

8) Jeux de rôles

9) Exercices de confrontation, avec des exercices à domicile

Les familles de phobie.

Les phobies spécifiques

- animaux (oiseaux, araignées, serpent)
- éléments naturels (eau, vide, orage, obscurité)
- situations (espaces clos, tunnels, ascenseurs, avion, train, voiture)
- sang et blessures (prise de sang)

Les phobies sociales

Gêne lors de certaines situations sociales : prise de parole en public, rencontre avec des inconnus importants, déclaration d'amour

Crainte exagéré du regard et du jugement d'autrui. Tendance à se focaliser sur soi et non sur la situation sociale en cours. Peur du regard et de l'évaluation d'autrui. La personne redoute de révéler à un observateur ou interlocuteur sa vulnérabilité ou ses limites. La personne se sent jugée.

- Situation de performance
- Situation d'observation
- Situation d'affirmation
- Situation de révélation de soi
- Situation d'interactions superficielles

A la peur se mêle parfois de la honte. Dans les cas les plus extrêmes, certains patients décrivent des attaques de honte comme si ils allaient perdre leur statut et leur valeur aux yeux d'autrui.

Le trouble panique avec agoraphobie

- Crainte de ressentir un malaise, dans certains lieux publics, de na pas être secouru en cas de problèmes, de ne pouvoir s'échapper.

Dans le cas de présence de plusieurs phobies, il semble plus efficace de commencer à aborder la phobie la plus invalidante.

- **Attaque de panique** : Crise d'angoisse aiguë, très brutale et très intense

L'intensité maximale est atteinte en quelque minutes : tachycardie, palpitations, sensation d'étouffement, frissons, bouffées de chaleur, vertige, déréalisation, dépersonnalisation, nausées, gêne abdominale, transpiration.

Le sujet pense qu'il va mourir ou devenir fou

Attention : Il est important de noter que certaines attaques de panique peuvent être induites par le calme, le silence, la méditation, la relaxation.

- **Le trouble panique** : répétition d'attaques de paniques

Cette interprétation de sensations corporelles fugaces et bénignes angoissent le sujet et cette angoisse maintient et aggrave elle-même les premières sensations ce qui augmente l'angoisse.

La fréquence et l'intensité des attaques de panique peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre et aussi d'une période à l'autre.

- **Agoraphobie** : restriction dans les sorties, les déplacements, les activités

La spirale panique :

1) La personne paniqueuse ressent comme tout le monde de petites sensations physiques (modification du rythme cardiaque, tête qui tourne)

2) S'ensuit une réaction de peur qui amplifie ces sensations physiques et intensifie la peur, etc...

3) Face à cette peur des sensations physiques, la personne procède à des évitements.

Dans le trouble panique avec agoraphobie (TPA), les premières peurs sont celles qui proviennent de la personne elle-même.

Apprendre à se confronter à ces sensations, à ne plus en avoir peur, va donc représenter une étape fondamentale et indispensable du traitement du TPA.

Principale peurs rapportées par les patients agoraphobes.

- Conduite automobile
- Grands magasins
- Solitude
- Foule
- S'éloigner de son domicile
- Restaurants
- Ascenseurs...

Attention : Il est possible de déclencher des attaques de panique uniquement par l'évocation verbale de symptômes physiques.

Certaines personnes souffrant de trouble panique présentent une tendance à l'hyperventilation (diminution du CO_2 dans le sang) ce qui explique que la respiration est une des cibles du traitement des patients souffrant de TPA.

Thérapie :

1) Contrôle respiratoire (respiration 5s, pause 1s, expiration 5s)

2) Relaxation

3) Pertinence des pensées automatiques, des interprétations anxieuses

4) Exposition en imagination

5) Exposition in vivo aux situations évitées

6) Benzodiazépines

7) Anti dépresseurs sérotoninergiques