

**PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
DU TROUBLE PANIQUE ET DE L'AGORAPHOBIE**

MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ À LA CLIENTÈLE

Jean Goulet, M.D.

Table des matières

Étape 1 : Évaluation

Étape 2 : Information

Étape 3 : Fixer des objectifs

Étape 4 : Prescrire les médicaments au besoin

Étape 5 : Hygiène de vie

Étape 6 : Rééducation respiratoire et relaxation

Étape 7 : Restructuration cognitive

Étape 8 : Exposition aux sensations physiques de la panique

Étape 9 : Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie

Étape 10 : Maintien et prévention des rechutes

Étape 1 : Évaluation

Votre thérapeute fera d'abord une évaluation de vos difficultés. Il se peut qu'il vous invite à compléter des questionnaires et échelles de mesure qui permettent de mieux apprécier la sévérité des symptômes et de suivre leur évolution en cours de route. Ces échelles vous permettent aussi de bien observer vos symptômes et les facteurs qui semblent les influencer.

Étape 2 : information

Votre thérapeute vous informera sur ses impressions diagnostiques. Si vous lisez ce guide, il est vraisemblable qu'un diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA) a été posé. Il est primordial que vous soyez bien informé. Le fait d'éprouver de tels symptômes sans en comprendre l'origine, alimente davantage l'anxiété et crée un cercle vicieux.

Vous serez aussi informé des différentes options de traitement et de leur efficacité. Dans le traitement du trouble panique, les études cliniques démontrent que la réponse à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est généralement très bonne (75 à 90% d'amélioration notable). Ces conclusions sont soutenues par de multiples études scientifiques. La TCC se retrouve d'ailleurs parmi les recommandations de premier choix des guides de pratiques les plus reconnus. Les études de suivi démontrent que les patients qui ont une réponse favorable à la TCC maintiennent généralement cette amélioration après la fin du traitement et souvent continuent de s'améliorer.

Dans le but de vous permettre de mieux comprendre le TPA, nous aborderons maintenant les sujets suivants :

- l'anxiété en tant qu'émotion normale
- l'anxiété excessive
- l'attaque de panique
- le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)
- le modèle cognitivo-comportemental du TPA.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le volume de Marchand et Letarte et celui d'Emery (références à la fin du document).

L'anxiété en tant qu'émotion normale : L'anxiété est une émotion que l'on ressent lorsqu'on interprète qu'un danger nous menace. Il est normal et utile de ressentir de l'anxiété

dans ces situations. Elle permet de nous préparer à réagir au danger soit en fuyant ou en se défendant. Pour préparer notre corps, l'anxiété va généralement activer le système nerveux autonome sympathique qui va accélérer notre rythme cardiaque, élever légèrement notre tension artérielle, accélérer notre rythme respiratoire, tendre nos muscles, ralentir notre système digestif, etc.

L'anxiété excessive : Lorsqu'elle devient trop fréquente, trop prolongée ou trop intense, l'anxiété peut nuire à notre fonctionnement ou engendrer une grande souffrance. Il arrive à tout le monde de ressentir de l'anxiété de façon un peu excessive à l'occasion. Cependant, lorsque cela se répète l'impact peut devenir significatif et on parlera alors d'un véritable problème de santé. L'anxiété excessive peut être provoquée par plusieurs problèmes de santé comme certaines affections médicales, les problèmes de consommation d'alcool, de drogue ou certains médicaments, des difficultés d'adaptation, une dépression, un trouble anxieux ou autre. Il existe plusieurs troubles anxieux : le TPA, le trouble anxiété sociale, l'état de stress post-traumatique, le trouble anxiété généralisée, le trouble obsessionnel compulsif, les phobies spécifiques...

L'attaque de panique

Notre cerveau est équipé d'un système d'alarme qui s'active en cas de danger grave et imminent. Le système nerveux autonome sympathique sera alors activé de façon majeure ce qui engendrera plusieurs symptômes physiques et psychologiques intenses qui favorisent la survie en préparant l'individu à se défendre ou à fuir. Lorsque ce système d'alarme se déclenche en l'absence d'un danger grave et immédiat, l'apparition rapide et délimitée dans le temps de ces symptômes se nomme une attaque de panique.

L'attaque de panique se définit comme suit dans le manuel des diagnostics (DSM-5) (traduction de l'auteur, la version française n'étant pas disponible au moment d'écrire ses lignes) :

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

1. *Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.*
2. *Transpiration.*
3. *Tremblements ou secousses musculaires.*
4. *Sensation de «souffle coupé» ou impression d'étouffement.*

5. *Sensation d'étranglement.*
6. *Douleur ou gêne thoraciques.*
7. *Nausées ou gêne abdominales.*
8. *Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.*
9. *Déréalisation (sentiment 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 (sensation d'engourdissements ou de picotements).*
13. *Frissons ou bouffées de chaleur.*

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)

Des attaques de paniques peuvent être provoquées par des facteurs divers. Par exemple, une personne qui souffre d'une phobie des chiens pourrait bien présenter une attaque de panique lorsqu'elle doit faire face à un chien. Si les attaques de paniques ne surviennent que dans ce type de situations, il ne s'agit pas d'un trouble panique. Ce qui est caractéristique du trouble panique, c'est que le signal d'alarme se déclenche parfois de façon inattendue et spontanée. Dans la plupart des cas, les personnes qui souffrent de telles attaques de manière répétée sans comprendre ce qui leur arrive, développent une peur persistante de les voir se reproduire. Elles vont souvent craindre de retourner dans les endroits où ces malaises sont apparus.

Les critères diagnostiques du trouble panique (DSM-5) se lisent comme suit :

- A) *Attaques de panique récurrentes et inattendues.*
- B) *Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :*
 - 1) *Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences. (par exemple, perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, «devenir fou»).*
 - 2) *Changement significatif de comportement important en relation avec les attaques (par exemple comportements adoptés pour éviter d'avoir des attaques de paniques, comme éviter certaines activités physiques ou des endroits qui ne sont pas familiers).*

La majorité (mais pas la totalité) des personnes qui souffrent d'un trouble panique vont développer un certain degré d'agoraphobie. L'agoraphobie ne se limite pas, comme son nom le suggère, à une crainte des places publiques, mais de façon plus large, il s'agit d'une anxiété

et/ou d'évitements associés à des endroits d'où il serait difficile de s'échapper ou d'avoir de l'aide advenant une attaque. C'est la raison pour laquelle l'agoraphobe peut éviter des situations en apparence aussi différentes que de circuler seul sur une route de campagne isolée ou d'assister à un spectacle au milieu d'une foule immense. L'agoraphobie est généralement une conséquence du trouble panique, mais arrive parfois qu'on puisse en souffrir sans qu'il y ait un trouble panique associé.

Le modèle cognitivo-comportemental du TPA

Le modèle cognitivo-comportemental du TPA repose avant tout sur une bonne compréhension des facteurs qui l'influencent ainsi que de leurs interactions. Nous pouvons les diviser en trois principaux groupes :

- A. Les facteurs prédisposants : ils sont présents avant le début du trouble panique et constituent des facteurs de risque.
- B. Les facteurs précipitants : ils sont associés au déclenchement du TPA et surviennent donc généralement juste avant le déclenchement du TPA.
- C. Les facteurs entretenants : ils sont très importants, car ils expliquent pourquoi un problème aussi désagréable et handicapant se maintient dans le temps et peut continuer indéfiniment si aucun traitement n'est entrepris.

Pour une vue d'ensemble schématique, voir la Figure 5.

A) LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Il existe trois principaux facteurs prédisposants dans le TPA.

1. **La vulnérabilité biologique** : il s'agit d'une vulnérabilité héréditaire qui rend la personne plus sujette à déclencher une réaction physiologique d'alarme. Le TPA n'est pas une maladie purement génétique, mais le risque d'en souffrir est plus grand lorsque des membres de la famille en sont atteints.
2. **Les influences environnementales** : ici plusieurs facteurs peuvent jouer tels l'éducation, les expériences vécues, des parents surprotecteurs, etc. Ces facteurs varient beaucoup d'une personne à l'autre.
3. **Les facteurs psychologiques** : les interprétations catastrophiques et l'appréhension jouent un rôle important.

B) LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Ceux-ci sont essentiellement constitués par les stressseurs aigus (décès, accident, pathologie organique, pertes diverses ou autres) ou chroniques (conflits conjugaux, familiaux, au travail, maladie chronique ou autre).

L'âge semble aussi être un facteur précipitant important. Sans qu'on sache pour quelle raison, le TPA a tendance à débiter dans la vingtaine ou au début de la trentaine.

Lorsqu'une personne présentant plusieurs facteurs prédisposants atteint l'âge d'incidence et fait face à des stressseurs aigus ou chroniques, elle devient alors susceptible de présenter une première attaque de panique.

L'attaque de panique se manifeste par une série de symptômes (voir critère diagnostique de l'attaque de panique) qui se regroupent principalement en cinq catégories :

1. Des symptômes cardiovasculaires, en particulier de la tachycardie, des extrasystoles et des douleurs thoraciques.
2. Des symptômes respiratoires, surtout une sensation d'étouffement combinée à une accélération du rythme respiratoire (responsable de l'hyperventilation et de ses conséquences comme nous l'avons vu).
3. Des symptômes vestibulaires (le système qui s'occupe de notre équilibre), en particulier des étourdissements et des nausées.
4. Des symptômes consécutifs à l'hyperventilation. Il s'agit surtout d'une sensation d'irréalité se manifestant plus particulièrement par un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation (voir Tableau 2), mais aussi des engourdissements, sensation de faiblesse ou d'être sur le point de perdre conscience.
5. Des symptômes liés à la tension musculaire tels les tremblements et les raideurs musculaires.

Ces cinq groupes de symptômes ne sont pas nécessairement tous présents à chaque attaque de panique, mais on retrouve toujours au moins une partie d'entre eux.

En réalité, l'attaque de panique est une réaction physiologique d'alarme qui serait adaptée en présence d'un danger grave et imminent. En effet, si votre vie est menacée, vous aurez une réaction vous préparant à vous défendre ou à fuir «*fight or flight*». Pour ce faire, vos

muscles doivent être tendus, plus de sang doit leur être dirigé d'où l'accélération du rythme cardiaque; plus d'oxygène doit être disponible d'où la sensation d'étouffement qui augmente le rythme respiratoire; les contractions musculaires au niveau de l'abdomen et au niveau thoracique augmentent aussi cette sensation d'étouffement; le système digestif est mis au ralenti d'où la sécheresse de la bouche; l'excédent de chaleur émis par les muscles doit être évacué d'où les sueurs, chaleurs et frissons. Ultimement, si aucune issue ne semble possible, on passe à la troisième étape de la réaction au cours de laquelle la personne a l'impression d'approcher de l'évanouissement (*fight, flight or faint*). Elle ressentira alors des étourdissements, des faiblesses dans les jambes et un sentiment d'irréalité. Notons qu'une attaque de panique ne provoque à peu près jamais de perte de conscience. Tout au plus, ceux qui en souffrent se sentent si faibles qu'ils doivent s'asseoir ou s'étendre, mais ils ont le temps de prendre les mesures nécessaires pour le faire sans se blesser, et ce, même s'ils conduisent une automobile.

Ce qui est anormal n'est donc pas tant la réaction physiologique comme telle, mais le fait qu'elle survienne de façon spontanée ou inappropriée à la situation.

Cette consommation accrue d'oxygène et cette expulsion accrue du CO₂ seraient adaptées à une situation où le sujet doit faire une activité physique violente. Dans le cas d'attaque de panique, cela n'est généralement pas le cas et des manifestations d'hyperventilation peuvent s'ensuivre accentuant la symptomatologie et provoquant davantage d'inquiétude chez le sujet.

Tableau 1
**Les manifestations déclenchées
par l'hyperventilation**

- Difficultés respiratoires, sensation de manquer d'air.
- Sensation de tête vide ou cotonneuse, étourdissements.
- Mal à la tête.
- Sensation vertigineuse, vision brouillée.
- Impression d'irréalité, sentiment de dépersonnalisation.
- Moiteur des mains, bouffées de chaleur.
- Picotements aux extrémités, engourdissement.
- Raideur musculaire, crampes.
- Douleurs thoraciques.
- Accélération de la fréquence cardiaque et extrasystoles.

D'après Émery 2000.

C) LES FACTEURS ENTRETENANTS

L'interprétation que la personne fera de ces symptômes deviendra alors un facteur perpétuant important (voir facteurs entretenants cognitifs) et pourra faire la différence entre une réaction d'alarme qui se résorbe rapidement et une véritable attaque de panique sévère qui s'étend sur 15 à 60 minutes. Comme on le voit dans les figures 1 et 2, les symptômes physiques d'anxiété apparaissent spontanément ou suite à un évènement extérieur. Les interprétations alarmistes à propos de ces symptômes accentuent l'anxiété, ce qui augmente les symptômes créant ainsi un cercle vicieux.

Figure 1
Réaction d'alarme spontanée
évoluant jusqu'à l'attaque de panique

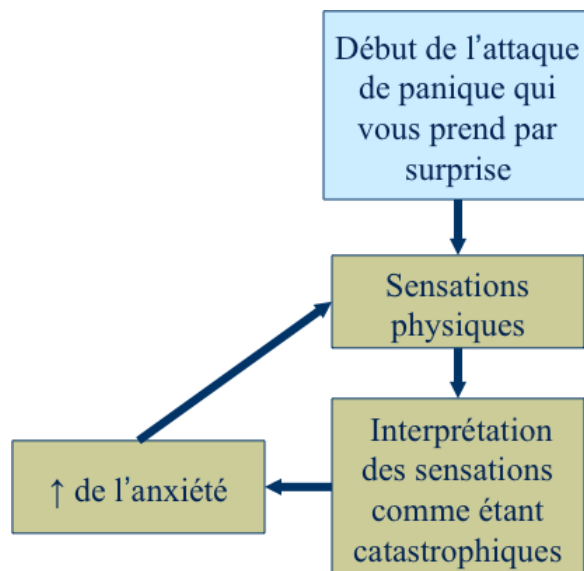
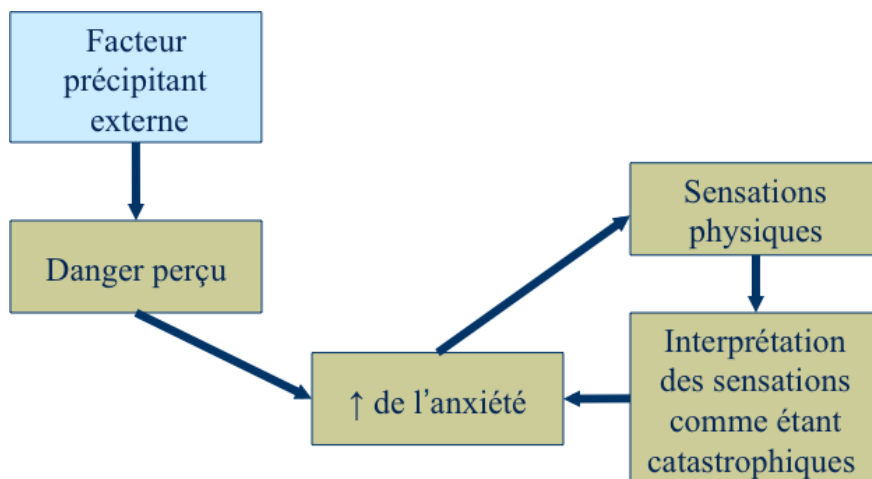


Figure 2
Réaction d'alarme évoluant en cercle vicieux
jusqu'à l'attaque de panique suite à un facteur précipitant externe (par exemple exposition à un stimulus phobogène)

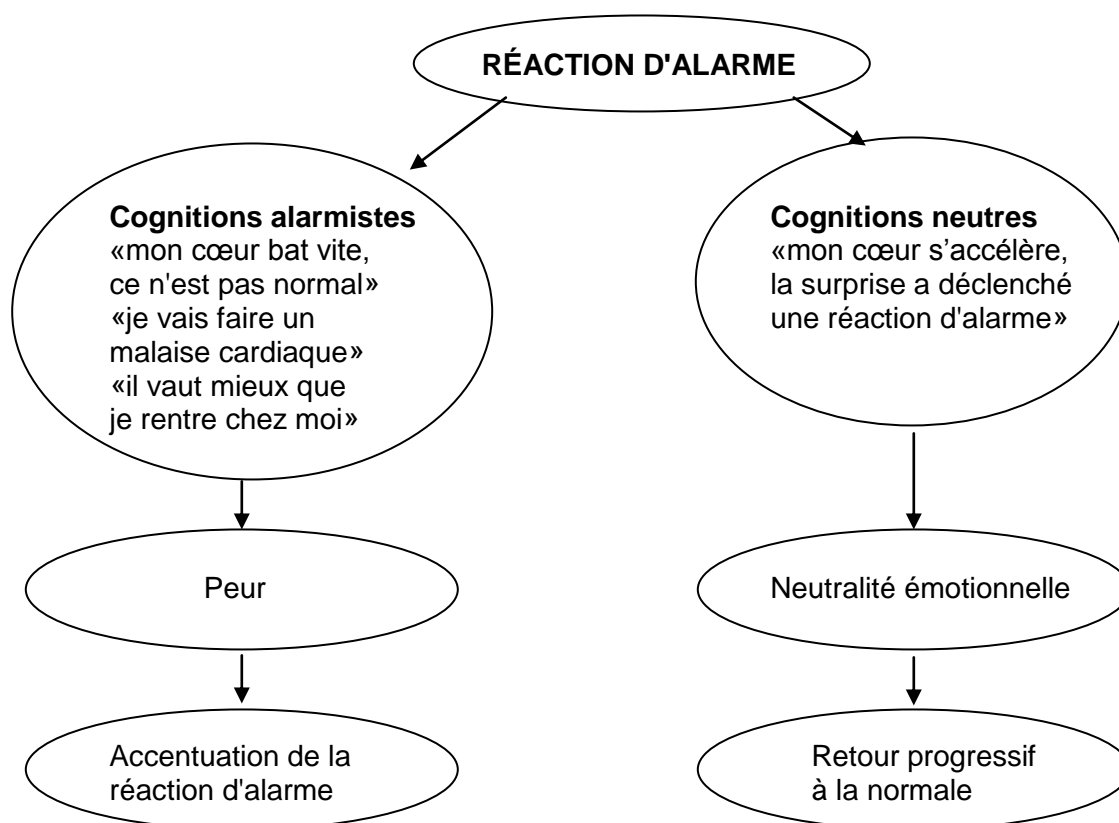


À partir de la première attaque de panique, toute une série de facteurs se constitue qui contribue à maintenir et à aggraver la maladie. Les principaux sont les suivants :

- Des **inquiétudes non justifiées au moment des attaques de panique** : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle, de devenir fou ou autres. Ces inquiétudes contribuent à augmenter toute la symptomatologie, y compris les symptômes physiologiques dont elles proviennent.

Figure 3

**Les conséquences cognitives
de la réaction d'alarme**



D'après Émery 2000

- Ces mêmes inquiétudes vont également provoquer des craintes exagérées concernant la survenue d'autres attaques de panique dans les situations où se sont produites les attaques antérieures. Elles sont à l'origine d'une **anxiété d'anticipation** appelée «peur d'avoir peur» qui rend la personne plus vulnérable avant même d'avoir fait face à la situation en question.
- *Des facteurs comportementaux* : Parfois l'anxiété devient si forte au moment d'une attaque de panique que le sujet fuit la situation phobogène dans laquelle elle survient et qu'il rend responsable de l'attaque. Cette fuite pendant l'attaque se nomme «échappement». Par ailleurs, on nomme «évitement» le comportement qui consiste à contourner ou à renoncer à faire face à un endroit ou une situation à cause de l'anxiété. Si l'évitement est choisi trop souvent, le sujet peut s'en trouver sérieusement handicapé. C'est ainsi que se développe l'agoraphobie.
- *Les renforcements*: Lorsque la personne fuit ou évite une situation phobogène, elle ressent le plus souvent un important soulagement dû à la diminution de l'anxiété. Ce soulagement devient un renforcement qui contribue à maintenir et à accentuer les comportements d'évitement.
- *Autres comportements de sécurité* : Des signaux de sécurité (aussi appelés comportements de sécurité) plus subtils sont aussi souvent présents et constituent des facteurs perpétuants importants. Ils peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de formes subtiles d'évitement partiel (par exemple aller au cinéma, mais en s'assoiant près de la porte de sortie). On voit aussi souvent l'utilisation de personnes ou d'objets sécurisants (membre de la famille, téléphone cellulaire, bouteille d'eau, etc.). Les comportements de sécurité empêchent l'individu aux prises avec des attaques de panique de réaliser que même s'il n'a pas recours à ces personnes, rituels ou objets sécurisants, rien de grave ne va lui arriver. Il subsiste donc un doute dans son esprit : « Jusqu'à présent, rien de grave ne m'est arrivé, mais c'est parce que j'ai fait X. La prochaine fois, si j'ai une attaque de panique, mais que je ne peux pas faire X, je vais certainement y passer... »

Les neutralisations constituent aussi des signaux de sécurité très importants. Il s'agit de stratégies visant à rester physiquement dans la situation tout en évitant d'être en contact avec ses pensées et ses émotions. Par exemple, la personne peut écouter de la musique pour se distraire, se fermer les yeux, s'imaginer qu'elle est ailleurs ou utiliser la pensée positive irréaliste (« tout va bien, il n'y pas de problème... »).

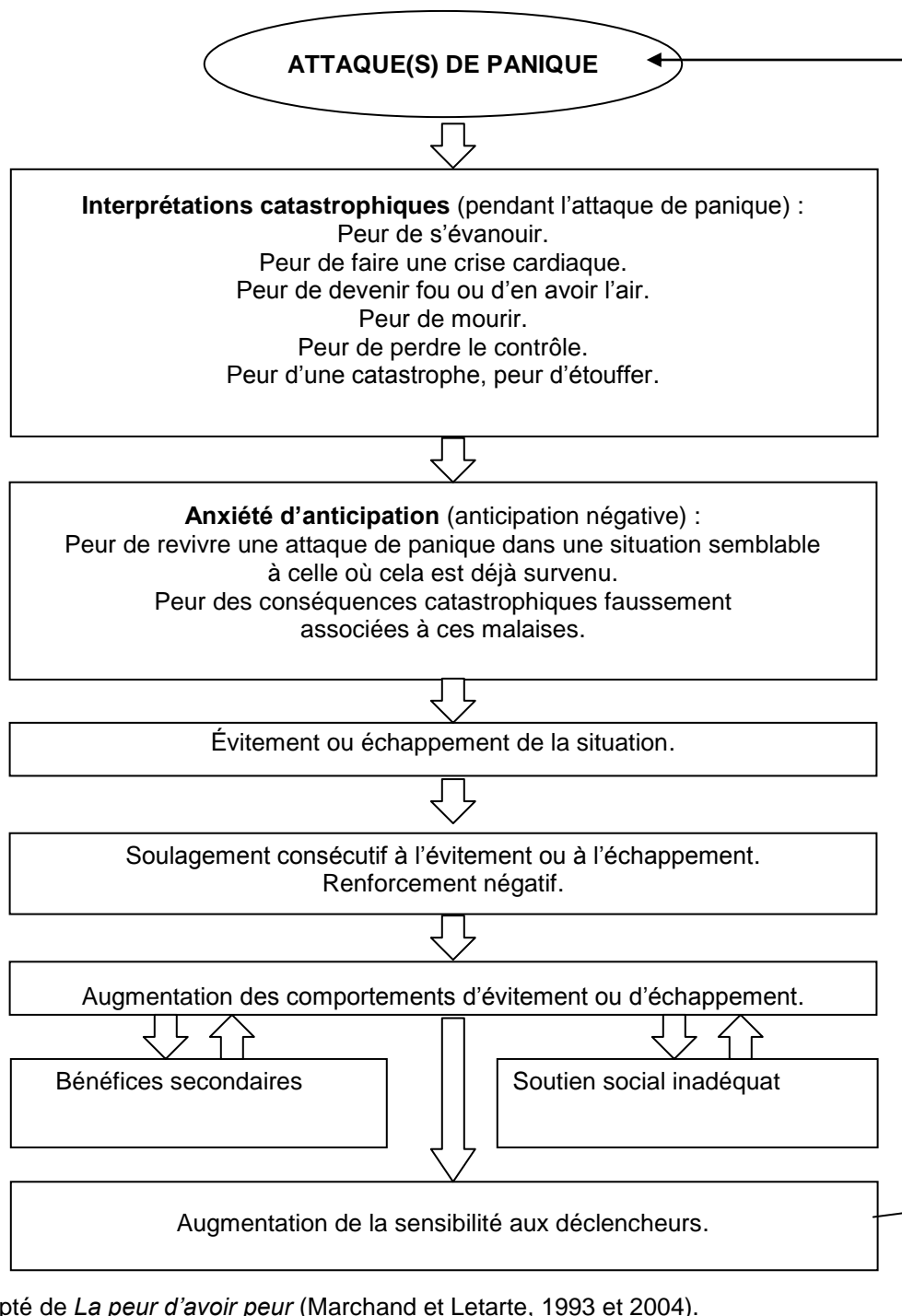
- *Les bénéfiques secondaires* : Certaines personnes tirent des bénéfiques de leur agoraphobie. Elles sont par exemple soulagées de tâches qu'elles n'aiment pas ou elles obtiennent

davantage d'attention de leurs proches. Ces bénéfices sont aussi des renforcements qui peuvent contribuer à maintenir et à accroître la symptomatologie.

- *Les facteurs interpersonnels* : À ce niveau, on peut avoir des bénéfices secondaires (déjà mentionnés), mais aussi des déficits de socialisation ou une accentuation des traits de personnalité, ou des difficultés d'affirmation de soi.

La Figure 4 illustre les cercles vicieux qui entretiennent le trouble panique avec agoraphobie.

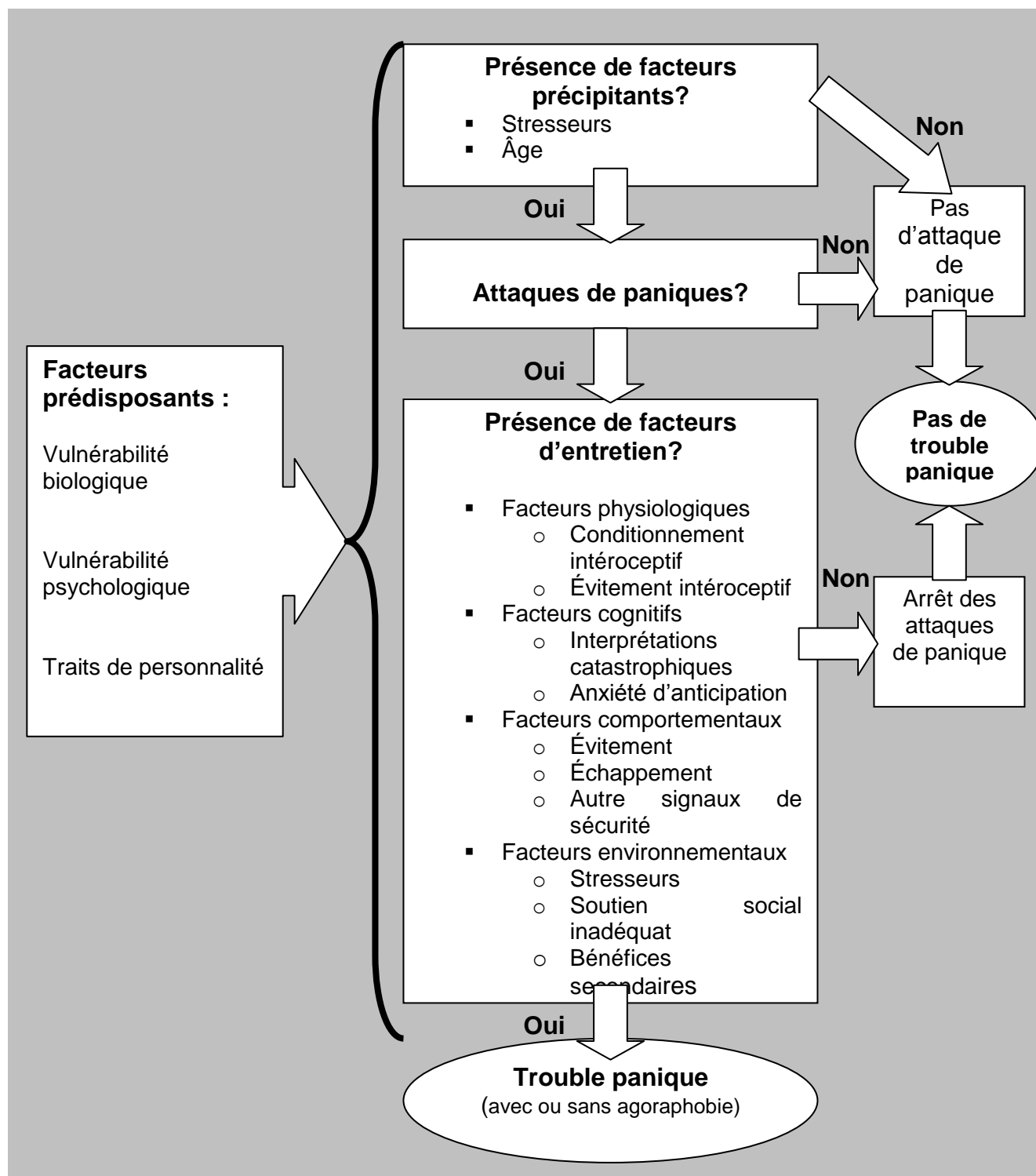
Figure 4
Cycle des facteurs d'entretien
du trouble panique avec agoraphobie*



* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

Figure 5

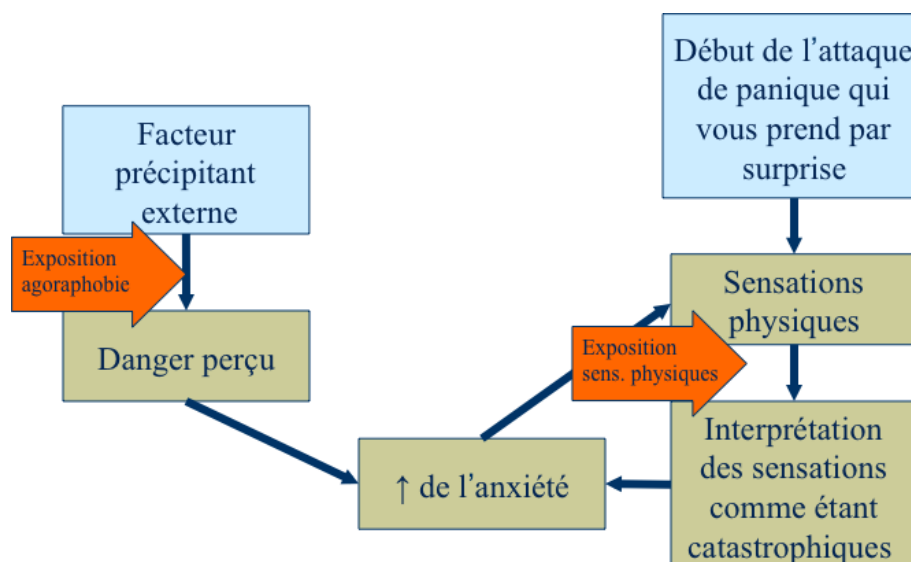
Séquence de développement du trouble panique avec agoraphobie*



* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

La figure ci-dessous permet de voir où les différentes techniques utilisées viennent rompre les cercles vicieux qui entretiennent le TPA. L'exposition graduée pour l'agoraphobie fait en sorte que la personne aura de moins en moins de réactions d'alarme lorsqu'elle se retrouve dans ces situations. De façon similaire, l'exposition aux sensations physiques permet de devenir moins sensible aux sensations physiques d'alarme ce qui bloque le cercle vicieux. Pour sa part, la restructuration cognitive qui vise à modifier la façon de penser permet de diminuer la perception de danger dans les situations d'agoraphobie et les interprétations catastrophiques face aux sensations physiologiques d'alarme.

Figure 6
Action des techniques utilisées sur les facteurs entretenant



Étape 3 : fixer des objectifs

À cette étape, vous êtes invité à réfléchir à vos objectifs et à vos priorités. Ceci permettra à votre thérapeute de vous proposer un plan d'intervention personnalisé. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de traitement qui permette de guérir le TPA. Cependant, avec des efforts soutenus, il est souvent réaliste d'espérer obtenir un bon contrôle des symptômes faisant en sorte qu'ils ne vous empêchent plus d'avoir une vie active et plaisante. Les attaques de paniques complètes et spontanées vont souvent cesser et ne laisser que des malaises nettement moins intenses (appelés attaques paucisymptomatiques ce qui signifie avec peu de symptômes) et moins fréquents. Des efforts soutenus en thérapie permettent souvent de diminuer l'agoraphobie de manière importante. Il y a même de nombreux patients qui arrivent à reprendre toutes leurs activités habituelles.

Étape 4 : Prescrire les médicaments au besoin

Au besoin, votre médecin pourra prescrire et ajuster les dosages de vos médicaments. Il vérifiera les bénéfices que vous en tirez de même que les effets secondaires.

Étape 5 : Hygiène de vie

Plusieurs médicaments, les stimulants comme le café, le thé, le chocolat, les boissons gazeuses brunes et les boissons énergisantes, l'alcool et plusieurs drogues comme la cocaïne, les stéroïdes et la marijuana; peuvent aggraver sérieusement le TPA. Vous serez encouragé à diminuer l'utilisation de ces substances le cas échéant. Rappelons que des horaires de lever et de coucher réguliers peuvent aussi aider les patients anxieux. Plusieurs personnes qui souffrent de TPA craignent à tort de faire de l'activité physique. En effet, l'activité physique régulière, même intense peut être bénéfique pour le contrôle du TPA. Il faudra évidemment s'assurer que vous n'avez pas de contre-indication médicale.

Étape 6 : Rééducation respiratoire et relaxation

Nous avons vu que l'hyperventilation est souvent responsable d'une bonne partie de la symptomatologie dans le TPA. Au moment d'une attaque de panique, le rythme respiratoire s'accélère et la respiration devient superficielle en ce sens qu'elle est actionnée surtout par les muscles des côtes et des épaules plutôt que par le diaphragme. Le traitement du TPA commence donc souvent par une rééducation respiratoire dont l'objectif est de vous amener à prendre conscience de ces mauvaises habitudes respiratoires pour ensuite les corriger. Vous apprendrez à respirer plus lentement et plus profondément, c'est-à-dire en utilisant davantage

vosre diaphragme plutôt que vos muscles intercostaux. Autrement dit on respire plus par le ventre et moins par les épaules. Il en résultera une diminution de l'hyperventilation. C'est une façon non pas d'empêcher ou de contrôler l'attaque de panique, mais plutôt de mieux la tolérer, de l'accepter et de moins l'amplifier.

Cette rééducation respiratoire peut être couplée à de la relaxation.

On peut aussi utiliser une autre approche qui consiste à remplacer la rééducation respiratoire par un exercice de centration sur la respiration d'une durée de 5 à 10 minutes. Cet exercice s'apparente à de la méditation. Quel que soit l'exercice choisi, les bénéfices s'obtiennent généralement en pratiquant de manière régulière. Vous pourrez trouver de tels exercices gratuits en parcourant les sites internet ci-dessous.

- Baladodiffusion de relaxation et méditation de passeport santé:
<http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>
- Site francophone de pleine conscience (MP3 de méditation, références...):
<http://www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/>

Étape 7 : Restructuration cognitive

Parmi les facteurs cognitifs responsables de l'aggravation du TPA, on retrouve en premier lieu des peurs survenant au cours des attaques de panique et déclenchées par les symptômes physiologiques inhérents à celles-ci : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle de soi ou autres. En second lieu, lorsque vous devez à nouveau faire face à certaines situations, la crainte qu'un tel malaise se répète provoque l'apparition d'une angoisse d'anticipation qui peut vous rendre plus vulnérable aux attaques de panique avant même d'avoir affronté la situation.

La restructuration cognitive a pour but de vous amener à prendre pleinement conscience de ces peurs et de votre discours intérieur au moment des attaques de panique et aussi lorsque vous devez faire face à des situations que vous craignez. Avec l'aide de votre thérapeute, vous apprendrez par la suite à les restructurer, c'est-à-dire à les remplacer par des pensées à la fois plus réalistes et plus appropriées à la situation. Les données scientifiques récentes suggèrent que dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble panique, les éléments comportementaux d'exposition (c'est à dire faire face graduellement à ses peurs) sont très importants. Il ne faut pas que le travail sur les pensées soit une façon de trop remettre à plus tard, voire d'éviter les exercices d'exposition qui suivent. De plus, rien ne vous permettra de modifier vos pensées de manière aussi convaincante que le fait d'avoir expérimenté vous même que l'attaque de panique bien qu'extrêmement désagréable n'est absolument pas

dangereuse, qu'elle finit toujours par passer et que vous pouvez affronter votre agoraphobie sans que rien de grave ne survienne.

Étape 8 : Exposition aux sensations physiques de la panique

L'exposition aux sensations physiques consiste à reproduire les divers symptômes des attaques de panique au moyen d'exercices spécifiquement conçus à cet effet. En vous exposant régulièrement et graduellement à ces sensations désagréables, vous deviendrez plus familier avec ces malaises et il en résultera une dédramatisation lorsque vous vous rendrez compte qu'ils ne sont pas dangereux. Les sensations provoqueront alors de moins en moins d'anxiété lorsqu'elles surviennent spontanément, c'est-à-dire au moment des attaques de panique. Ceci vient rompre le cercle vicieux qui alimente l'attaque de panique (figure 6).

Mentionnons aussi qu'en plus de l'effet psychologique d'une telle désensibilisation, on note la présence d'une baisse réelle du degré de sensibilité à la sensation physique elle-même. Il s'agit ici du même principe qu'utilisent par exemple les entraîneurs en patinage artistique pour progressivement diminuer la sensibilité des patineuses à la sensation d'étourdissement et de vertige reliée au tournoiement rapide.

Classiquement, ces exercices sont au nombre de huit :

1. Placer sa tête entre ses genoux pendant 30 secondes et la relever rapidement. But : exposition aux étourdissements.
2. Secouer la tête rapidement de gauche à droite pendant 30 secondes (il faudra être prudent si vous avez déjà souffert de douleurs au cou). But : exposition aux étourdissements.
3. Monter et descendre rapidement un escalier ou une marche d'escalier pendant une minute (il faudra s'assurer que votre affection médicale permet ce type d'exercice). But : exposition à la sensation qui apparaît lorsque votre cœur bat vite. Si on n'a pas de marche d'escalier disponible, on peut utiliser une autre technique qui consiste à tendre les bras à l'horizontale devant soi, à s'accroupir et se redresser rapidement 10 fois de suite.
4. Retenir sa respiration pendant 30 secondes. But : exposition à la sensation d'étouffement.
5. Contracter tout son corps pendant une minute. But : exposition à la tension musculaire ou aux tremblements provoqués par l'anxiété.

6. S'asseoir sur une chaise pivotante et tourner sur place pendant une minute. But : exposition aux étourdissements. Une alternative consiste à tourner sur soi debout en prenant soin d'éloigner les meubles sur lesquels on pourrait trébucher.
7. Respirer à l'aide d'une paille étroite, en prenant soin de boucher le nez et de ne pas laisser passer d'air par les côtés, mais seulement par la lumière de la paille. On poursuit cet exercice pendant une minute. But : exposition à la sensation d'étouffement.
8. Hyperventiler pendant une minute. But : exposition aux conséquences de l'hyperventilation, en particulier aux étourdissements, à la dépersonnalisation et à la déréalisation.

Certains thérapeutes se limitent aux exercices 3, 6, 7 et 8 qu'ils considèrent comme étant les plus utiles. D'autres utilisent des exercices légèrement différents. On peut aussi vous suggérer de mettre l'accent sur les exercices qui rappellent davantage vos attaques de panique. Par exemple, on pourrait inviter une personne qui a des sensations intenses de chaleurs lors de ces attaques à aller visiter régulièrement un sauna.

Vous pourrez ensuite reprendre graduellement toutes les activités que vous évitez à cause des sensations physiques qu'elles provoquent (activités physiques, relations sexuelles, sauna...). On les distingue de l'agoraphobie où la sensation physique n'est pas inhérente à la situation (par exemple, le fait de conduire sa voiture sur une autoroute ne provoquera pas de sensation physique désagréable à une personne qui ne souffre pas d'agoraphobie). L'agoraphobie est abordée à l'étape suivante.

Étape 9 : Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie

À ce stade, vous aurez appris à respirer différemment, à penser autrement et vous aurez apprivoisé les sensations physiques autrefois redoutées. Il est maintenant temps de faire face aux situations dans lesquelles surviennent ces attaques de panique. C'est cette étape qu'on appelle l'exposition aux situations phobogènes ou exposition graduée *in vivo* pour l'agoraphobie.

Vous établirez une liste des situations que vous évitez avec l'aide de votre thérapeute. Cette liste vous permettra d'établir une hiérarchie des principales situations phobogènes allant de la plus facile à la plus difficile.

Vous serez ensuite invité à faire face graduellement, dans la réalité (*in vivo*), à chacune de ces situations en commençant par la plus facile. Nous vous suggérons de décrire

précisément vos exercices d'exposition (lieu, durée, fréquence, comportements de sécurité à éviter...).

Faites vos exercices de façon régulière, idéalement à tous les jours. C'est la principale clé du succès. Il faut généralement rester dans la situation tant que l'anxiété n'est pas réduite d'au moins 50 %. L'exercice idéal provoquera une anxiété légère à modérée et sera prolongé. En cas de difficulté, mieux vaut un exercice un peu plus facile, mais assez prolongé pour que l'habituance puisse se faire. Pendant l'exercice, restez sur place, parlez-vous de façon réaliste et acceptez les sensations. **En résumé : les exercices sont prolongés, répétés, rapprochés et il faut alors rester sur place, se parler et accepter les sensations. Ne pas éviter, ne pas s'échapper, ne pas neutraliser et ne pas adopter de comportements de sécurité.**

Étape 10 : Maintien et prévention des rechutes

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme :

- Entrevues de consolidation (booster sessions).
- Quelques entrevues espacées après la fin de la thérapie peuvent vous aider à garder de bonnes habitudes.
- Résumé de la thérapie.

Votre thérapeute peut vous inviter à faire un résumé de ce qui vous a été le plus utile en thérapie. Vous pourrez y référer ultérieurement en cas de difficulté.

- Fiche thérapeutique (*coping card*) de prévention de rechute.

Vous pouvez aussi préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «Est-ce que je fais une rechute?». Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les ouvrages suivants:

- Marchand A., Letarte A. *La peur d'avoir peur*, Montréal, Éditions Stanké, 1993, 2001(2^e édition) et 2004 (3^e édition).
- Emery J.L. *Dans la série, guide pour s'aider soi-même, surmonter vos peurs : vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Édition Odile Jacob, Paris, 2000.