

# L'ANGOISSE ET LES TROUBLES ANXIEUX

COMPRENDRE LA MALADIE ET TROUVER DE L'AIDE

ARIANE ZINDER-JEHEBER, psychologue

avec la collaboration d'ANTHÉA BAILLEUX, psychologue

# SOMMAIRE

<b>Préface</b> par Francesca Sacco	5
<b>Avant-propos</b>	
Les troubles anxieux, un mal peu connu et tu ?	9
<b>Témoignage</b>	
« Devenir la proie » par Céline Schwander	15
<b>Qu'est-ce que l'angoisse et les troubles anxieux ? Quelles en sont les causes ?</b>	19
<b>Quels sont les critères diagnostiques des troubles anxieux ?</b>	33
Trouble phobique	37
Trouble de l'anxiété généralisée (TAG)	38
Phobie ou anxiété sociale	39
Trouble panique	40
Agoraphobie	41
Anxiété de séparation	41
Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés (TOC)	43
Autres (induits par une substance ou un médicament/dus à une affection médicale/trouble de stress post-traumatique)	44
<b>Témoignage</b>	
« Explosions » poème par un anonyme	51
<b>Trouver l'aide adéquate et s'aider soi-même</b>	55
<b>Témoignage</b>	
« Pairs praticiens » poème par Niamh Fahy	95
<b>Les troubles anxieux affectent aussi les proches</b>	97
<b>Annexes</b>	
adresses utiles, bibliographie, sites Internet	103
<b>Publications de Pro Mente Sana</b>	112
<b>Permanence téléphonique</b>	117

# PRÉFACE

## Vers des sommets par des chemins étroits

Que celui ou celle qui n'a jamais ressenti de peur, d'angoisse ou d'anxiété lève la main ! C'est à ces sensations fondamentalement humaines que cette brochure est consacrée. On peut dire que Pro Mente Sana a particulièrement bien réussi l'exercice. Toute la palette des manifestations anxieuses est expliquée de manière simple et concise ; les distinctions sont finement décrites et les nombreuses possibilités de traitement méthodiquement présentées, avec une boîte à outils dans laquelle chaque lecteur ou lectrice pourra chercher quelque chose qui lui convient. En ce sens, cette brochure est une démonstration concrète de l'approche d'autonomisation des patients défendue par Pro Mente Sana.

Pourquoi aborder ce sujet ? Une rapide recherche Google répond aisément à la question. Le mot-clé *anxiété* génère plus de 9,2 millions de pages en l'espace d'une demi-seconde. En tapant *angoisse*, on obtient plus de 12 millions de pages ; avec *peur*, c'est plus de 321 millions ! « Au cours des cinquante dernières années et particulièrement dans les sociétés industrialisées, les angoisses ont fortement augmenté, sûrement en lien avec l'isolement croissant des individus et la précarité économique », affirme l'auteure, la psychologue Ariane Zinder-Jeheber.

Les statistiques de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) parlent d'elles-mêmes : environ 13 % de la population suisse estime être confrontée à des difficultés psychiques décrites comme moyennes, avec un sentiment de perte de maîtrise de sa vie et de vide social, de solitude. Et un bon quart des Suisses souffrent, au moins une fois dans leur existence, de troubles anxieux. Autrement dit, personne n'est épargné. Pour preuve, on ne compte pas les célébrités qui ont témoigné avoir traversé des périodes pénibles sur le plan psychique : Adèle, Britney Spears, David Guetta, Elodie Frégé, Jennifer Lopez, George Michael, Lady Gaga, Lana Del Rey, Selena Gomez, Taylor Swift, Benoît Poolvorde, Florence Foresti, Sophie Davant, Vincent Lindon.

Cependant, il règne un certain flou autour de l'angoisse et de l'anxiété. Ces mots « sont utilisés à tout va et s'en retrouvent dénaturés ; ils perdent leur signification première », constate Ariane Zinder-Jeheber. Il y a donc un besoin d'informations, d'éclaircissements, de précisions et de contextualisation ; la brochure que vous tenez entre les mains vise précisément à combler cette lacune. Le sous-titre – *Comprendre la maladie et trouver de l'aide* – n'est pas

usurpé. L'ouvrage s'adresse aux personnes directement concernées, à leurs proches, aux professionnels de la relation d'aide et plus généralement à tous ceux et celles que la problématique interpelle.

On y apprend que la peur, l'anxiété et l'angoisse ne sont pas des mauvaises choses. C'est en quelque sorte une question de dosage. En dessous d'un certain seuil, elles risquent de nous mener à l'excès de confiance ; en dessus, elles peuvent nous paralyser. Il faudrait donc en avoir un peu, mais pas trop ; juste ce qu'il faut pour tirer profit de leurs bons côtés sans subir leurs inconvénients. Elles sont nécessaires à notre équilibre, elles en font partie comme toutes les autres émotions – tristesse, colère, surprise ou dégoût. Elles sont même susceptibles de nous procurer du plaisir. Les attractions type montagnes russes, les films d'horreurs, les sports extrêmes n'auraient sinon pas le pouvoir d'attraction qu'ils exercent manifestement sur leurs adeptes.

On pourrait également comparer ces sentiments que sont la peur, l'anxiété et l'angoisse à des signaux routiers. Ils nous donnent des indications précieuses pour réussir à garder la maîtrise de notre véhicule et prendre la direction que nous souhaitons. J'ai personnellement développé une tactique très simple pour savoir si je dois accepter ou non de travailler avec quelqu'un : je pense à la personne et j'observe ce qui se passe sur mon visage et dans mon corps. S'il me vient spontanément un sourire, si je me sens physiquement détendue, c'est que le travail me convient parfaitement. Inversement, il m'arrive d'ouvrir ma boîte de messagerie et de tomber sur un message qui me donne instantanément le sentiment d'avoir une boule au ventre, rien qu'en lisant le nom de l'expéditeur. N'est-ce pas là un signal d'une importance capitale pour me dissuader de m'aventurer en pure perte sur une chaussée glissante ? Ainsi, « l'avantage de la peur et de l'angoisse est de nous aider à mieux anticiper ou à surveiller des dangers qui nous menacent », écrit très justement Ariane Zinder-Jeheber.

L'astuce consiste à ne pas nous laisser hypnotiser sur place par ces panneaux qui nous signalent des dangers potentiellement effrayants. On dit que la peur donne des ailes, mais elle peut aussi nous paralyser, et tout l'enjeu consiste à apprendre à faire la différence. Une peur sainement dosée permet au randonneur de ne pas se mettre en danger en allant au-delà de ses limites en montagne ; mal contrôlée, elle peut l'inciter à faire fi des consignes de sécurité ou, au contraire, à rester bloqué au beau milieu d'un sentier par crainte des chutes de pierre, là où ce risque est quasi nul. Ainsi, l'inconvénient des manifestations anxieuses est qu'elles peuvent nous pousser « à imaginer tout le temps des dangers, même non concrets, nous les rendant obsédants et incontrôlables », explique l'auteure. « Trop d'anxiété amène à voir des risques partout et à imaginer toujours le pire. Dans la crainte de ce

qui pourrait arriver, des plans catastrophes épuisants ou souvent improbables sont élaborés. »

Pour aider les lecteurs et lectrices à distinguer, Ariane Zinder-Jeheber s'attache à préciser ce qu'il faut entendre par peur, *angoisse* et *anxiété*. On utilise couramment une quantité de mots pour en parler, mais ils ne sont pas forcément d'une grande intelligibilité pour qui cherche à comprendre ce qui lui arrive : être inquiet, craintif, stressé, à cran, tendu, etc. En fait, la *peur* est une réaction émotionnelle face à la perception d'une menace. L'*angoisse*, elle, se manifeste par un malaise diffus qui peut aller jusqu'à la panique. Enfin, l'*anxiété* désigne un état de trouble psychique caractérisé par l'appréhension excessive d'un danger ; ce serait précisément cette anticipation qui la différencierait de l'angoisse. Ainsi, la peur se manifeste devant un danger perçu en tous les cas comme réel, l'angoisse est causée par un danger imprécis et l'anxiété correspond à la crainte d'un danger. C'est lorsque nos peurs sont fortes au point de peser sur notre qualité de vie, notre travail et nos relations personnelles, de nous empêcher de faire des choses que nous aimons, d'exiger des comportements compensatoires susceptibles de dégénérer en une *peur de la peur* qui s'auto-alimente, que les spécialistes parlent de troubles anxieux. En clair, ceux-ci se distinguent de la simple angoisse ou de l'anxiété par leur intensité, leur caractère durable et leurs répercussions sur la vie quotidienne de la personne qui en souffre.

La bonne nouvelle, c'est que le rétablissement est possible. Il serait même la norme. De nombreuses personnes concernées peuvent en témoigner – et c'est ce que certaines font dans cette brochure. Statistiquement, 80 % à 90 % d'entre elles parviennent à se libérer de leurs problèmes après une prise en charge adaptée. Et finalement, qu'y a-t-il de plus beau, de plus noble, que de travailler à triompher sur soi-même ? « Il y a une faille en toute chose, c'est par là qu'entre la lumière », disait Leonard Cohen.

Francesca Sacco

19 juin 2020



*La face cachée*, illustration de Sandra Minotti, 2016-2018

## AVANT-PROPOS

Les troubles anxieux: un mal peu connu et tu ?

.....

Les termes angoisse et anxiété sont utilisés à tout va et s'en trouvent dénaturés ; ils perdent leur signification première. Bien que ces termes soient connus, les connaissances liées aux troubles anxieux le sont moins.

L'origine de l'angoisse et de l'anxiété tout comme la manière de les endiguer suscitent des interrogations.

Le but de cette brochure est de permettre à tous de découvrir ou d'approfondir des notions inhérentes aux maladies liées à l'angoisse et à l'anxiété.

*« Nous ne sommes pas responsables des maladies que nous avons, mais de ce que nous en faisons. »  
pour paraphraser Georges Bernanos*

Chaque personne éprouve de la crainte, avant un rendez-vous important, devant une falaise à escalader et pourra se définir comme plus ou moins craintive. Pour décrire l'angoisse, les termes angoissé, anxieux, stressé, à cran, nerveux, épuisé, inquiet, craintif, tendu ou irrité sont utilisés. Parfois, l'angoisse nous saisit dans des moments anodins. Son intensité est variable, allant du ressenti de léger malaise à des attaques de panique terrifiantes pour certains.

L'avantage de la peur et de l'angoisse est de nous aider à mieux anticiper ou surveiller des dangers qui nous menacent dans le but d'augmenter nos chances de survie.

L'inconvénient, c'est lorsqu'elles nous poussent à imaginer tout le temps des dangers, même non concrets, nous les rendant obsédants et incontrôlables. Lorsque cette peur ou angoisse est démesurée et quasi permanente, qu'elle diminue la qualité de vie, pèse sur le quotidien, le travail, les relations personnelles, que l'angoisse est si forte au point de nous empêcher de sortir, de nous présenter à un examen, d'exiger des comportements d'« exorcisation », que la « peur de la peur » nous tenaille, les spécialistes parlent alors de troubles anxieux.

Les statistiques de 2016 de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) nous apprennent qu'en s'autoévaluant, 60 % de la population suisse se sent pleine d'énergie et de vitalité. Cependant, 5 % de la population suisse estime avoir des problèmes psychiques importants et environ 13 % des problèmes psychiques moyens, avec une perte du sentiment de maîtriser sa vie et une perte de soutien social, voire un sentiment de solitude.

**Entre 14 à 20 % de la population – 25 % des femmes et environ 15 % des hommes – souffrira au moins une fois dans sa vie de troubles anxieux.**

La différence entre hommes et femmes peut s'expliquer notamment par l'éducation et la société, qui incitent davantage les individus de sexe masculin à réprimer leur peur et à être courageux. Les femmes ont davantage tendance à demander de l'aide alors que les hommes expriment différemment l'angoisse, notamment par l'abus de substance.

Bien des célébrités ont osé parler de leur anxiété, que ce soit pour en montrer le côté invalidant du fait de leur célébrité et/ou de leurs activités qui les confrontent très souvent au jugement d'autrui, ou pour déstigmatiser ce vécu en utilisant leur célébrité.

- Les acteurs tels que Lena Dunham, Emma Stone, Rachel Bloom, Marina Hands, Jennifer Lawrence, Gina Rodriguez, Gillian Anderson, Vincent

Lindon, lorsqu'il est devenu père, ou encore Benoît Poelvoorde, avant la dépression.

- Les chanteurs Annie Cordy, Lana Del Rey, Adèle, Elodie Frégé, Britney Spears, Selena Gomez, Taylor Swift, Renaud, George Michael, Zayn Malik (One Direction), Stefie Shock (Revivre), ou Ryan Tedder (OneRepublic).
- Les mannequins Cara Delevigne, Kendall Jenner et Colton Haynes.
- Des célébrités telles que Sophie Davant, très angoissée et toujours en doute, Florence Foresti, angoissée par la mort, Jennifer Lopez et David Ghetta, souffrant d'anxiété lors de séparations amoureuses.
- Amanda Seyfried et Lena Dunham qui ont souffert de troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- Lady Gaga qui a parlé du stress post-traumatique après un viol.

Les **enfants** souffrent aussi de ces troubles. Une étude menée à Zürich dans les années 1990 a montré que 22,5 % des enfants souffraient d'anxiété et que la moitié – 11 % – souffraient de troubles anxieux invalidant leur quotidien. L'anxiété peut être liée aux stades de développement, par exemple une des premières peurs est celle de la séparation. Cette peur de la séparation est normale à 8 mois et ne l'est plus lorsque l'enfant est en âge d'aller à l'école. En outre, des parents anxieux peuvent malgré eux transmettre à leur enfant l'idée que le monde est dangereux. L'enfant va alors, par un phénomène d'imitation, adopter cette vision du monde. Il est important de parler et de pouvoir prendre en charge ces troubles au plus tôt afin qu'ils ne deviennent pas chroniques.

Les personnes issues de la génération des « millennials », soit les jeunes nés après 1980 et à l'ère du numérique, seraient particulièrement sensibles aux angoisses, notamment à cause de la pression sociétale véhiculant l'idée qu'il faut sortir du lot et réussir à tout prix. Les réseaux sociaux peuvent également être source d'angoisse lorsque le regard de l'autre prend trop d'importance ou surtout si ce regard est négatif et placé comme juge.

Des **traitements** ont été développés, et les personnes concernées peuvent avoir accès à plusieurs formes d'aide professionnelle et à des outils pour cheminer vers un mieux-être.

#### **Le saviez-vous ?**

*Un rétablissement est possible pour beaucoup de personnes souffrant de troubles anxieux chroniques. 80 à 90 % se libèrent de leurs troubles anxieux grâce à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et à une médication. Un mieux-être pour tous est accessible avec une bonne hygiène de vie, des techniques de respiration, méditation, relaxation et de gestion du stress.*

Avec la publication de cette brochure, l'association romande Pro Mente Sana désire informer les personnes touchées par les troubles anxieux, les

proches, les professionnels et le grand public intéressés par la thématique. Il tient à cœur à Pro Mente Sana de contribuer à diffuser l'idée selon laquelle il est possible d'avoir une vie pleine et heureuse, avec, sans, ou malgré les symptômes de maladies psychiques.

#### Remerciements

Nous tenons particulièrement à remercier les diverses personnes nous ayant fait confiance et ayant témoigné de leur vécu avec les troubles anxieux. Vous retrouverez ces vécus dans les phrases illustrant les propos.

Un merci particulier à Céline Schwander, Fabien Chéry, Niamh Fahy et à l'anonyme ayant offert un témoignage détaillé pour la brochure.

Une reconnaissance créative aux artistes qui nous ont fait don d'une ou de plusieurs œuvres, afin de pouvoir illustrer et donner de la couleur à cette brochure: Sandra Minotti, DAH et Florian Bonny.

Enfin, nous remercions vivement le Professeur Guido Bondolfi et le Docteur Stéphane Kolly pour le partage de connaissances, ainsi que le Docteur Alexandre Wullschleger pour sa relecture avisée.

Bonnes lecture et découverte

Ariane Zinder-Jeheber,  
psychologue et conseillère psycho-sociale

2020

## TEMOIGNAGE

« Devenir la proie » par Céline Schwander

Célibataire, sans enfant, 42 ans, à l'AI, diagnostiquée anxieuse et bipolaire.

*Ce témoignage est inspiré de l'image de Jason Brueck,  
« Becoming the Hunted ».*

Ce titre, devenir la proie, m'a été inspiré par une photographie artistique vue récemment et qui montrait un ours sur le toit d'une caravane, installée dans une nature sauvage, comme au milieu de nulle part. En voyant cette image, un peu grisée, un peu floue, j'ai ressenti une vive émotion.

J'ai senti mon cœur qui commençait à s'emballer, mon corps entier qui se tendait, aux aguets, mes yeux qui balayaient l'image de droite à gauche pour vérifier d'où allait venir le danger, quelle orientation il allait prendre pour venir jusqu'à moi, piégée, de toute façon. Et puis l'écoute, l'écoute du moindre petit bruit, les sens, tous mes sens, prêts à me signaler quand j'allais être attaquée. Manger ou être mangé, ainsi va la nature sauvage, et les faibles sont les proies les plus faciles, isolées et désorientées, car le prédateur peut venir de partout.

Cette description illustre, avec mes mots, mes références, ce que je ressens « en proie » à mon anxiété sociale. J'ai vraiment ce sentiment étrange de ne pas pouvoir faire un pas dehors, attirer l'attention de qui que ce soit, sans recevoir de signal d'alarme dans mon fort intérieur. L'environnement, l'autre, ce que font et disent les autres, deviennent mes références pour ne surtout pas bouger et attirer l'attention, au risque d'être agressée. Je deviens une statue, muette, figée par le trac, ou encore parfois, mais c'est plus rare, une sprinteuse prête à décamper pour ne plus empiéter sur le territoire des autres.

Cette petite chose discrète et malléable, qui a toujours l'impression d'empiéter sur le pré carré de quelqu'un d'autre, c'est encore la personne que je suis souvent à 42 ans ; cette incapacité à occuper l'espace m'a fortement handicapée tout au long de mon parcours autant privé que professionnel. Je ne sais pas occuper l'espace, je ne sais pas où est ma place dans ce monde, y a-t-il seulement une place, même une petite place pour moi ici ?

Ce monde est-il un monde de grands prédateurs et d'êtres suffisamment grégaires pour s'appuyer les uns sur les autres, faire corps, faire face ?

Je ne suis pas un grand prédateur, je ne suis pas grégaire, où est donc ma place, mon territoire ?

Y penser me donne le vertige. Je ne sais pas comment vivre sur cette planète. Mes peurs sont sans papier, sans ressources, immatérielles. Et ma vie semble être un combat de chaque instant.

Alors comment percevoir mon existence différemment ? Déposer les armes, les griffes, les courses pour fuir ? J'essaie aujourd'hui de changer ma vision du monde, des rapports humains. L'autre est-il forcément dangereux ? Le territoire ne peut-il pas être partagé ? Est-ce qu'une petite « proie » facile et fragile n'a pas elle aussi droit à l'erreur ? Vais-je me faire manger à coup sûr ?

Je me rends compte que mes pensées sont très souvent tournées vers ce qui pourrait arriver de pire, le meilleur ne semble pas avoir sa place dans mon vocabulaire. Je vois la vie comme un champ de bataille et c'est – je pense – cette vision très forte, presque caricaturale de ma façon d'être au monde, qui doit changer. Mettre de la douceur dans mes pensées, au lieu de la douleur, mettre de la fluidité dans mes échanges, des caresses et pas des griffures.

Ce qui m'aide, c'est la bienveillance. Découvrir, pas à pas, que je peux être quelque part sans me sentir sur un champ de mines, bien m'ancrer dans le sol, laisser mes traces de pas, ma présence, ne pas m'effacer. Parler à quelqu'un et avoir un sourire et des mots gentils en retour, et même si ce n'est pas le cas, comprendre que ce n'est pas si grave, que la vie est faite de toutes sortes de situations et d'êtres et que parfois ça se passe bien, parfois moins bien, mais que peu de choses sont vraiment graves et insolubles. La vie n'est pas une lutte de chaque instant où il ne doit en rester qu'un. Un tournoi, une compétition, une rivalité même, pour la vie.

Vivre, c'est partager.



Camouflage, illustration de Sandra Minotti, 2016-2018

## QU'EST-CE QUE L'ANGOISSE ET LES TROUBLES ANXIEUX ? QUELLES EN SONT LES CAUSES ?

.....

Dans la vie quotidienne, nous connaissons tous des angoisses, des peurs plus ou moins fortes ; ces dernières influençant notre façon de ressentir, penser et agir. Elles ont également un impact sur notre capacité à agir sur notre environnement.

Les troubles anxieux se distinguent de l'angoisse ou de l'anxiété parce qu'ils sont plus intenses, plus durables et qu'ils perturbent le quotidien d'une personne, dans son travail, ses activités et/ou ses relations sociales.

## Peur, angoisse, anxiété: qu'est-ce que c'est ?

La peur est une émotion fondamentale de l'humain, au même titre que le bonheur, la tristesse, la colère, la surprise et le dégoût. Ces émotions donnent de la couleur à nos vies. La peur peut assurer la survie ou permettre d'être prudent. Elle peut également être source de plaisir: manèges, films d'horreur ou de suspense, sports extrêmes. Certains peuvent choisir de vivre la peur sans la craindre, voire en l'appréciant. Certaines personnes développant un trouble anxieux spécifique peuvent aussi apprécier une simple peur:

*«J'ai une phobie de tout ce qui est insecte et serpent, par contre je n'ai pas de problèmes pour faire un saut en parachute!»*

La **peur**, l'angoisse et l'anxiété appartiennent au même champ lexical tout en ayant des significations différentes. Dans la pratique, la différence entre ces termes est difficile. Voici quelques définitions pour vous aider à les différencier:

La **peur** est une émotion – ou réaction émotionnelle – accompagnant la prise de conscience d'un danger ou d'une menace, réelle et imminente. La peur a un rôle nécessaire et fondamental; elle déclenche notre mécanisme de défense, en mobilisant des réactions physiologiques et psychologiques et en modifiant notre comportement pour affronter le plus efficacement le danger perçu. Les réponses à la peur sont de trois types: l'effroi, le combat ou la fuite. Elles se sont développées tout au long de l'évolution humaine pour nous protéger et assurer notre survie.

L'**angoisse** se définit par un malaise psychique et physique né du sentiment de l'imminence d'un danger et caractérisé par une crainte diffuse, pouvant aller jusqu'à un état de panique. Ce sentiment s'accompagne de symptômes physiques neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, difficulté à respirer, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.).

L'**anxiété** est l'état de trouble psychique causé par la crainte d'un danger, soit le contenu mental de l'angoisse. C'est une réaction affective provoquée par une anticipation excessive d'éventuelles difficultés, avant même que les problèmes ne soient survenus, ou avant même que la personne repère précisément ce qu'elle redoute. C'est cette anticipation qui différencierait l'anxiété de l'angoisse.

*«J'ai peur quand j'entends les crissements de frein d'une voiture ou que je reçois un diagnostic de maladie grave... Par contre, c'est de l'anxiété quand je crains d'être renversé par une voiture ou que je crois avoir toutes les maladies.»*

L'anxiété peut être constructive avec sa fonction d'alarme permettant d'aiguiser les sens, d'orienter l'attention vers la menace, comme elle peut constituer un défi pour se préparer à agir, pour pousser au changement. Bien des étudiants ont appris qu'un peu d'anxiété avant un examen motive, augmente leur concentration et les rend efficaces pour travailler. Trop d'anxiété amène à voir des risques partout et à imaginer toujours le pire. Dans la crainte de ce qui pourrait arriver, des plans catastrophes épuisants ou souvent improbables sont élaborés.

Le terme anxiogène est utilisé pour ce qui produit l'angoisse, l'anxiété: situation, événement, personne, objet, etc.

Remarque: Plus loin, nous parlerons de la **peur d'avoir peur**, comme un facteur d'entretien de l'anxiété, créée par les interprétations fausses du système d'alarme. C'est un sentiment de terreur installé suite à des anxiétés trop fortes. La personne finit par avoir peur de la peur et cherche à éviter tous symptômes lui rappelant la peur et l'anxiété.

**A retenir:** La peur se manifeste devant un danger réel, l'angoisse se manifeste face à un danger qui est vague ou indéterminé, l'anxiété anticipe la crainte d'un danger.

L'angoisse et l'anxiété peuvent aller jusqu'à altérer la pensée, les émotions, le comportement ou le bien-être physique et les sens d'une personne.

**Pensées:** agitation des pensées ou pensées obsédantes, baisse de la concentration et trouble de la mémoire, indécision, confusion, rêves d'apparence réelle.

**Émotions:** peur irrationnelle ou excessive (jugée par la norme) et inquiétude excessive sur les événements passés ou futurs, irritabilité, impatience, colère, sur le qui-vive, nervosité.

**Comportement:** troubles du sommeil, augmentation de la consommation d'alcool ou autres substances, détresse lors de situations sociales, évitement de situations ou d'objets redoutés.

**Sensations physiques:** fatigabilité (respiration rapide et superficielle, essoufflement, sensation d'étouffement), accélérations du rythme cardiaque (douleurs thoraciques, rougissement), bouche sèche, douleurs d'estomac, nausée, vomissement et diarrhée, envie d'uriner, tonus musculaire affaibli (jambes en coton), tensions et douleurs musculaires (cou, épaule, dos), agitation nerveuse, frissons et tremblements.

**Sens:** vision brouillée, audition affaiblie, sifflements, picotements...

«J'ai l'impression d'étouffer, de suffoquer, je crois mourir.»

«J'ai l'impression que je ne contrôle plus ni ma tête ni mon corps!»

«On peut dire que j'ai la peur au ventre...»

## Résumé des symptômes d'anxiété

Symptômes physiques	Symptômes psychiques	Symptômes comportementaux
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vertiges, maux de tête</li><li>• Vision floue</li><li>• Tension musculaire</li><li>• Rougeur, pâleur</li><li>• Sécheresse buccale</li><li>• Souffle court, détresse respiratoire, sensation d'asphyxie</li><li>• Douleurs thoraciques</li><li>• Transpiration, mains froides</li><li>• Nausées, douleurs abdominales</li><li>• Sensation d'estomac noué</li><li>• Diarrhées, besoin d'uriner impérieux</li><li>• Fourmillements dans les membres</li><li>• Tremblements, tressaillement, faiblesse dans les jambes</li><li>• Fatigabilité</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Peur de mourir</li><li>• Peur de perdre le contrôle</li><li>• Peur de perdre la boule, de devenir fou</li><li>• Sensation d'étrangeté</li><li>• Sensation d'impuissance</li><li>• Difficulté de concentration</li><li>• Hypersensibilité</li><li>• Troubles du sommeil</li><li>• Troubles de la libido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évitement</li><li>• Réaction de fuite</li><li>• Hyperactivité</li><li>• Anticipation</li><li>• Irritabilité, agressivité</li><li>• Blocages et inhibition</li><li>• Demande de réassurances</li><li>• Vérifications</li></ul>

Ce qui marque la différence entre la normalité et la maladie, ce sont la fréquence, la durée et l'intensité des symptômes, ainsi que la détresse générée chez la personne. Lorsque les symptômes sont si envahissants qu'ils altèrent le fonctionnement personnel, social, professionnel, scolaire ou autre, la peur, l'angoisse ou l'anxiété prend alors trop de place. Il est dans ce cas utile d'en parler et de demander de l'aide.

Le tableau ci-dessous vous aidera à déterminer si les phases d'angoisse peuvent être source d'un trouble :

## Questionnaire d'autoévaluation de l'anxiété

Source: L'anxiété, Fondation québécoise des maladies mentales

Dans quelle mesure chacun de ces symptômes vous a-t-il dérangé ou inquiété au cours des 7 derniers jours ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état :

**ANXIÉTÉ** Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

**Nervosité ou sensation de tremblements intérieurs.**

0 1 2 3 4

**Nausées, douleurs ou malaises d'estomac.**

0 1 2 3 4

**Impression d'être effrayé subitement ou sans raison.**

0 1 2 3 4

**Palpitations ou impression que votre cœur bat plus fort, plus vite.**

0 1 2 3 4

**Difficulté importante à vous endormir.**

0 1 2 3 4

**Difficulté à vous détendre.**

0 1 2 3 4

**Tendance à sursauter facilement.**

0 1 2 3 4

**Tendance à être facilement irritable ou importuné**

0 1 2 3 4

**Incapacité à vous libérer de pensées obsédantes.**

0 1 2 3 4

**Tendance à vous éveiller très tôt le matin et à rester éveillé**

0 1 2 3 4

**Vous sentir nerveux lorsque vous êtes seul.**

0 1 2 3 4

## EVALUATION

• Si pour 5 à 6 de ces questions, vous avez indiqué un chiffre entre 3 et 4, votre niveau d'anxiété est important et vous devriez envisager des stratégies

comme une meilleure hygiène de vie, l'apprentissage d'une technique de relaxation, l'ajout d'exercices physiques à votre routine quotidienne.

• Si pour toutes les questions, vous avez indiqué un chiffre de 3 et 4, vous avez atteint un niveau critique et vous devriez consulter un médecin.

#### **Le saviez-vous ?**

##### *L'angoisse d'un point de vue philosophique, existentialiste*

*D'après Jacques Nathanson<sup>1</sup>, l'angoisse se définit aussi par l'inquiétude métaphysique née de la réflexion sur l'existence.*

*Dans la tragédie grecque, l'angoisse résulte de la confrontation à un destin inéluctable, à propos d'événements qui touchent à la naissance et à la culpabilité.*

*Dans la tradition chrétienne, l'angoisse est liée au péché originel qui ne s'atténue que par la découverte de la foi et le salut de la grâce divine.*

*Pour Pascal, à la misère de l'homme face au péché originel s'ajoute la conscience de sa petitesse dans un univers infini.*

*Dans Le Concept de l'angoisse (1843), Kierkegaard caractérise l'angoisse comme angoisse devant la liberté.*

*Heidegger (1927) présente l'angoisse comme saisie du néant et la pense comme une expérience fondamentale de l'homme lui permettant de saisir la réalité du monde, ainsi que la sienne propre (Dasein : l'être-là). L'angoisse rend étranger, entre le rien et le nulle part (unheimlich).*

*Sartre parle de l'angoisse comme appréhension du soi, venant de ce que le rapport entre le présent et le futur n'est pas rigoureux, «je ne suis pas celui que je serai tout à l'heure».*

*L'angoisse joue un rôle important dans la théorie de Freud. Du point de vue psychanalytique, l'angoisse (mot latin angustia : étroitesse, resserrement) renvoie assez naturellement au passage étroit qu'est la naissance, liée à la séparation d'avec la mère. Elle est aussi l'expression de conflits inconscients.*

*Ces philosophies de l'existence ainsi que la psychanalyse nous renvoient au rôle de l'interdit, à la tension entre nécessité et liberté, à l'oubli et au refoulement, à l'importance de la différenciation sexuelle, à la culpabilité, à la volonté de puissance et à la sublimation.*

### **Que se passe-t-il dans notre cerveau avec la peur ou l'anxiété ?**

Le cerveau est la commande centrale des émotions et de toutes les fonctions psychiques. Les chercheurs sont de plus en plus à même de définir une cartographie du cerveau et d'étudier ses zones grâce à des techniques sophistiquées d'imagerie cérébrale. Pour autant, aucune zone spécifique à l'anxiété n'a été découverte à ce jour. En revanche, le système limbique, en relation avec l'hippocampe et l'amygdale cérébrale, joue un rôle important dans les émotions et donc aussi dans l'anxiété.

<sup>1</sup> Nathanson J., « La peur et l'angoisse », in *Imaginaire & Inconscient*, 2008/2 n° 22, p. 161-173, éd. L'Esprit du temps.

Les neuromédiateurs sont des substances chimiques sécrétées par des noyaux du cerveau qui transmettent l'information d'un neurone à l'autre dans le système nerveux central. Le GABA, la sérotonine et la noradrénaline sont les trois neurotransmetteurs les plus impliqués dans l'anxiété.

Le système nerveux central (SNC) et le système nerveux périphérique (SNP) jouent un rôle décisif dans la peur. Le système nerveux périphérique est composé de l'ensemble des nerfs rattachés au SNC. Au niveau du fonctionnement, il existe deux systèmes distincts : le système nerveux somatique (SNS) – en charge de la perception sensorielle et de la production des mouvements volontaires – et le système nerveux autonome (SNA) qui module les fonctions automatiques de l'organisme (digestion, respiration). Ce SNA est composé du système nerveux sympathique (SNS) et du système nerveux parasympathique (SNP), qui interagissent constamment afin de réguler les fonctions qui dépendent du SNA. Le rôle du SNP est de ralentir l'activité générale des organes et de stimuler le système digestif. Le SNS, quant à lui, met en alerte l'organisme et le prépare à l'activité intellectuelle et physique. C'est de ce dernier système que proviennent toutes les sensations ressenties en situation d'alerte ou de danger (changement de température du corps, transpiration, respiration qui s'accélère, etc.).

L'anxiété normale et l'anxiété pathologique font appel aux mêmes structures cérébrales, mais l'anxiété pathologique résulte de réactions automatiques excessives et d'un défaut de régulation du système d'alerte.

La peur et l'angoisse déclenchent le système de fuite (dans le SNS). Ce système primaire est régi par l'instinct de survie. Aussi la peur active-t-elle les systèmes nerveux et hormonal. Deux structures cérébrales sont impliquées : l'amygdale et le noyau du lit de la strie terminale. L'amygdale reçoit des messages des sens qui disent : attention danger ! Elle s'active alors et crée un état de choc pendant lequel il est difficile de savoir que faire.

Puis, après avoir évalué la situation, les structures corticales envoient à l'amygdale un signal qui la désactive, rendant alors possible la prise de décision comme fuir, affronter l'adversaire ou se cacher.

Afin de diminuer le niveau de la peur, le cerveau possède différents systèmes internes comme le neurotransmetteur GABA, principal inhibiteur du système nerveux, souvent présent en trop faible quantité chez les personnes anxieuses. Ou encore l'ocytocine, une hormone inhibant l'activité de l'amygdale et donc la peur. Ces systèmes agissent contre le stress et déclenchent la sécrétion de dopamine, de sérotonine et d'endorphines, impliquées dans les circuits de la récompense et du plaisir, ainsi que dans la stabilisation de l'humeur.

### **Le saviez-vous ?**

A Lausanne, une unité de recherche sur la neurobiologie de l'anxiété et de la peur, dirigée par le Pr. Ron Stoop, se consacre à divers projets :

- Étudier les caractéristiques optogénétiques – alliant optique et génétique – et électrophysiologiques – phénomènes électriques et électrochimiques produits dans les cellules, les neurones et les fibres musculaires – des circuits de l'amygdale centrale et médiale dans l'apprentissage social et de la peur.
- Comparer des lésions spécifiques de l'amygdale chez les humains et les animaux, afin de construire un modèle neurocomportemental de la peur basé sur l'amygdale.
- Caractériser et optimiser une nouvelle classe de médicaments pour les troubles neurodégénératifs et psychiques, plus spécifiquement pour une application thérapeutique dans le cas de troubles anxieux.
- Analyser le possible rôle protecteur de l'ocytocine dans l'autisme et la maladie d'Alzheimer.

Cette unité recrute parfois des patients pour des études : des informations supplémentaires sont accessibles sous <https://www.chuv.ch/fr/psychiatrie/dp-home/recherche/centres-et-unites-de-recherche/centre-de-neurosciences-psychiatriques-cnp/unite-de-recherche-sur-la-neurobiologie-de-lanxiete-et-de-la-peur/>

Dans le cas des troubles anxieux, l'amygdale est très sensible. Elle réagit – ou anticipe – trop fortement face à un objet ou une situation anxiogène. Le corps est en alerte quasi constante et doit régulièrement faire face à des flots d'hormones du stress : adrénaline, noradrénaline et cortisol. En quantité modérée, ces hormones nous permettent de réagir dans des situations de danger réel et donnent de l'énergie pour la journée. A des taux élevés et sur une durée trop prolongée, elles ont un effet sur le cerveau pouvant entraîner le développement de maladies. Ainsi, dans des situations de « fausse alarme », le corps se prépare à faire face au danger et les sensations ressenties sont les mêmes que dans des situations de danger réel.

Certaines régions liées au contrôle cognitif jouent le rôle de chef d'orchestre de nos pensées, aidant à passer d'une idée à l'autre ou au contraire à les arrêter. Une étude récente a démontré que ces régions ont une activité plus faible chez les personnes souffrant de troubles anxieux. Ce fonctionnement plus faible expliquerait pourquoi les personnes ayant un trouble anxieux ou un syndrome de stress post-traumatique ne parviennent pas à inhiber leurs pensées anxiogènes. De plus, si le cerveau se focalise trop souvent sur des images mentales ou pensées générant de l'anxiété, des circuits de neurones « représentant » cette anxiété se créent et peuvent s'activer de manière incontrôlée. L'anxiété devient alors une habitude, un trait, un cercle vicieux.

### **Le saviez-vous ?**

D'après des recherches récentes, le système de mémorisation de la peur pourrait offrir une nouvelle aire d'intervention thérapeutique.

- Lors d'un épisode de peur, les neurones ocytocinergiques (impliqués dans la régulation des émotions, dont la peur) sont activés. Des engrammes hypothalamiques (ensemble de cellules qui constitue une trace mémorielle dans l'hypothalamus) sont alors formés. Il est possible de manipuler ces engrammes afin de moduler l'expression et le souvenir de la peur : leur activation efface l'expression de la peur tandis que leur inhibition empêche l'extinction. Cette découverte constitue une piste pour la prise en charge thérapeutique de phobies et stress post-traumatique. Il s'agirait de mettre au point des molécules pharmacologiques qui viseraient par exemple à effacer ces traces mémorielles que sont les engrammes ou à mieux contrôler la peur « pathologique ».
- C'est lors de la phase de sommeil que notre cerveau œuvre à consolider et à restructurer les souvenirs et les apprentissages. Envoyer des stimuli bien précis à son cerveau endormi aide celui-ci à rejouer des apprentissages acquis pouvant ainsi renforcer – ou même transformer – la mémoire de chacun. Il est possible d'associer des odeurs ou des sons lors d'une phase d'apprentissage, puis de présenter ses odeurs ou sons lors du sommeil de la personne accentuant ainsi la consolidation de la mémoire. Cette nouvelle technique étudiée s'appelle la réactivation de mémoire ciblée (RMC). Elle se montrerait également efficace sur des souvenirs intenses au niveau émotionnel, indésirables ou traumatiques : leur réactivation durant le sommeil réduirait la réponse affective associée. Enfin, elle pourrait être utile pour traiter l'anxiété. Une étude est en cours actuellement aux Hôpitaux Universitaires de Genève pour tester les effets de cette technique RMC sur le long terme. La réactivation de mémoire ciblée agit-elle sur un apprentissage pour un souvenir spécifique sans porter préjudice à d'autres apprentissages ou souvenirs ?

### **Quelles sont les causes de l'anxiété ?**

« La santé dépend toujours d'une interaction entre biologie, psychologie et société. » (Moseley et Butler, 2017)

L'anxiété vécue par chacun dépend de divers paramètres : un élément biologique traité par le cerveau, une vulnérabilité génétique, un certain vécu, des ambiances et des relations liées à l'histoire personnelle.

En matière de santé, de multiples facteurs sont décisifs, comme le mode de vie, l'environnement social, la densité des relations, la perception de soi-même, parfois le travail et ses conditions.

Les personnes les plus à risque de développer des troubles anxieux sont celles qui sont émotionnellement très sensibles et ont tendance à considérer le monde comme une menace. Celles qui sont ou ont été d'une timidité prononcée. Celles qui ont un passé anxieux remontant à l'enfance ou l'adolescence. Celles qui ont vécu un événement traumatique.

«Des sentiments et des comportements difficiles doivent être considéré comme une réponse normale à des circonstances traumatiques, envisagée non pas seulement comme symptomatique ou diagnostique, mais aussi en fonction du contexte, de ce qui s'est passé.» (WRAP, Wellness REcoveryPlan Action, 2015)

Au cours des cinquante dernières années et particulièrement dans les sociétés industrialisées, les angoisses ont fortement augmenté, sûrement en lien avec l'isolement croissant des individus et la précarité économique. Si, dans le passé, des causes comme l'hérédité ou le développement sexuel précoce (Freud) pouvaient expliquer les troubles anxieux, actuellement trois types de facteurs sont mis en avant :

- . la vulnérabilité ou la fragilité ;
- . la survenue d'un élément déclencheur ;
- . les conditions favorisant la persistance des troubles.

La **vulnérabilité** (ou prédisposition) se définit par une forme de fragilité, une moindre capacité de résistance aux événements, une plus grande sensibilité à l'adversité, une probabilité donc plus forte de souffrir d'un trouble anxieux. Elle est en partie héréditaire. Et certains facteurs familiaux peuvent augmenter le risque de troubles anxieux, comme des antécédents de troubles anxieux, une enfance difficile, la pauvreté, un manque de compétences professionnelles, des problèmes d'alcool chez les parents ou la séparation/ le divorce des parents.

«Dans ma famille, j'ai toujours vu ma mère craindre plein de choses : une intrusion dans le domicile conjugal, la peur que nous nous blessions, la crainte de ce que les voisins allaient penser... Et j'ai alors moi aussi développé des craintes qui m'empêchent simplement d'avoir confiance en la vie.»

A cette **vulnérabilité** s'ajoute un **élément déclencheur**, soit un élément perturbateur initial qui va déclencher les peurs et l'anxiété.

Le stress quotidien arrive en première position, surtout le stress qui dure et n'arrive pas à être éliminé. Pourtant, même si vous faites face – ou avez fait face – à du stress ou un problème, cela ne veut pas dire automatiquement qu'il deviendra chronique.

«Mes premières crises d'angoisse sont apparues peu après la naissance de mon premier enfant alors qu'en même temps ma situation professionnelle – risque de licenciement – était précaire.»

L'environnement peut constituer une source de protection. Un soutien social, familial, amical, élevé et favorisant une bonne estime de soi, permet à la majorité des personnes de dépasser ces moments. En revanche, l'isolement compromet cette protection. L'environnement ou certains comportements – comme la réaction inappropriée ou craintive de l'entourage – peuvent maintenir une angoisse excessive.

«Je voyais ma mère hurler devant des araignées et exprimer beaucoup de crainte face à la nuit... J'ai appris comme elle à craindre les araignées et à ne pas aimer la nuit!»

#### **Le saviez-vous ?**

Tout dernièrement, le terme d'éco-anxiété est apparu pour définir une nouvelle crainte face au réchauffement climatique. Plus présente chez les jeunes et les étudiants, elle s'accompagne d'un sentiment de détresse et d'impuissance, mais aussi de tristesse. Une plateforme – [ecopsychologie.ch](http://ecopsychologie.ch) – fait la promotion d'une nouvelle discipline étudiant les effets psychologiques de ce changement. Il s'agit d'accepter cette anxiété tout à fait normale puisqu'il n'y a pas de planète B. Le maître mot est de s'entourer et ne pas rester seul avec ces émotions. Ensemble, il est plus facile d'utiliser cette angoisse pour passer à l'action.

Le **contexte socioculturel** est important pour définir ce qu'est un trouble ou ne l'est pas, la société définissant ce qui est acceptable ou non.

Un groupe social se définit comme un ensemble d'individus partageant des caractéristiques communes (langage, gestes, vêtements, aspects économiques, formation, etc.). Ainsi, un bourgeois se différencie d'un ouvrier. Les troubles anxieux touchent toutes les couches sociales de la société.

La culture définit un ensemble de phénomènes matériels et idéologiques caractérisant un groupe ethnique, une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe. Par exemple, en Occident, 90 % des perceptions se font par le visuel alors que dans les cultures indiennes c'est l'acuité auditive qui importe le plus.

#### **Question de points de vue ?**

L'anxiété semble plus présente dans les cultures occidentales qu'asiatiques. La culture occidentale pense en mode « peur », considérant que tout est « hasard », que l'humain est à la merci de tout, que chacun ne peut compter que sur soi, que le danger est partout. L'individu cherche à avoir le contrôle maximum dans un désir de perfection et d'immortalité.

La culture asiatique pense plutôt en mode « confiance », tout a un sens, la vie est un maître et une école, ce qui arrive à l'humain – de passage – est ce qui peut lui arriver de mieux, chacun se sent solidaire.

«La vie est le meilleur antidote de la peur...»

Ce qui peut se transmettre au niveau **transgénérationnel** – entre les générations et dans des contextes de vie différents – peut aussi avoir une importance et doit être reconsidéré dans son contexte. L'exemple de ces grands-parents – ayant vécu la guerre 1939-45 en France et ayant été témoins de déportations – transmettant continuellement à leur petite-fille des messages comme : « tu ne peux faire confiance à personne », « tout est danger ». Ces messages ne trouvaient plus sens dans le monde sans guerre de la petite-fille et étaient malheureusement générateurs d'angoisse.

## Les facteurs d'entretien

Bien des personnes vivent la peur, l'angoisse, voire quelques épisodes phobiques ou de panique sans pour autant développer des troubles anxieux. Certains facteurs dits d'entretien peuvent expliquer comment une personne développe et entretient le problème, sans le savoir ou le vouloir.

### • Le conditionnement et l'évitement

Les personnes décrivent en général avec moult détails l'événement marquant à l'origine de leur phobie, attaque de panique, etc. Il se produit alors une association très forte entre les sensations décrites et l'anxiété ressentie. Et des sensations identiques induites par des exercices ou d'autres émotions pourront déclencher une alarme ou l'appréhension de son apparition.

*« Avant, j'ai toujours pratiqué beaucoup de sport. Mais depuis une attaque de panique où j'ai cru faire une crise cardiaque et mourir, j'évite tout exercice physique même pour monter les escaliers ou marcher vite, car j'ai les mêmes symptômes... et je ne veux en aucun cas revivre une attaque de panique! »*

L'évitement consiste à ne pas affronter les situations problématiques. Il s'agit alors d'une fuite constante, pouvant aboutir à une perte d'autonomie et de confiance difficile. Des « garanties sécurisantes » (signaux de sécurité) permettent parfois d'affronter les situations. Toutefois, ces garanties entretiennent l'illusion d'un danger possible si elles disparaissent. Par exemple, prendre une bouteille d'eau dans les transports publics pour ne pas avoir la bouche sèche, prendre un comprimé d'anxiolytique au moindre symptôme physique d'anxiété. C'est aussi une façon d'éviter de ne pas se confronter à la situation d'anxiété.

### • L'interprétation catastrophique et l'anxiété d'appréhension, la peur d'avoir peur

Les premières anxiétés déclenchent des signaux d'alarme – crise cardiaque, sensation d'étouffement, perte de conscience, sentiment de devenir fou – dans un contexte où il n'y a pas de danger externe. Le réflexe est de chercher une explication interne à l'activation intense du système nerveux : « ce n'est pas normal de me sentir ainsi, il y a quelque chose qui ne va pas. » Or, la cause recherchée correspond à un déclenchement inapproprié et aléatoire de la réponse d'alarme. Et cette interprétation « catastrophique, irréaliste », dont la personne se convainc, amplifie l'intensité de la panique, nourrit sa peur de paniquer et accroît sa peur d'avoir peur. Les personnes appréhendent alors de ressentir à nouveaux ces sensations perçues à tort comme l'annonce d'une catastrophe imminente. Elles scrutent tout ce qui se passe et restent continuellement en alerte.

*« J'ai eu de terribles crises de panique dans un centre commercial. Je refuse d'y retourner même si ma femme me propose de m'accompagner, j'invente une*

*excuse. Car je ne peux pas m'empêcher d'imaginer, bien longtemps à l'avance et pour toute sortie quelle qu'elle soit, que cela se passera de toute façon mal. »*

D'autres facteurs d'entretien – dit additifs – sont par exemple le soutien social inadéquat et parfois les bénéfices secondaires obtenus.

*« J'ai terriblement peur des transports en métro et en avion. J'utilise ce prétexte pour gérer toutes les activités de ma famille. Chacun se plie à mes besoins pour toute activité de loisirs, et surtout pour la destination des vacances qui se définit sans ces modes de transport. »*

### Le saviez-vous ?

**La stigmatisation de la différence – comme l'auto-stigmatisation – crée de la souffrance.**

*Définition de la stigmatisation au sens psychologique : mise à l'écart d'une personne pour ses différences et difficultés, considérées alors comme contraires aux normes de la société.*

*Les plus petites différences entre les personnes peuvent effrayer le plus. Une personne souffrant elle-même d'anxiété rencontre une autre personne souffrant d'un trouble anxieux. Comportements et discours peuvent souligner les différences et être stigmatisants.*

*« Tu es très différente de moi, tu es beaucoup trop stressée. Angoissée, tu ne peux sortir de chez toi alors que moi ce n'est pas ça. »*

*Si la différence est très marquée, appuyer sur la différence de manière claire est également stigmatisant.*

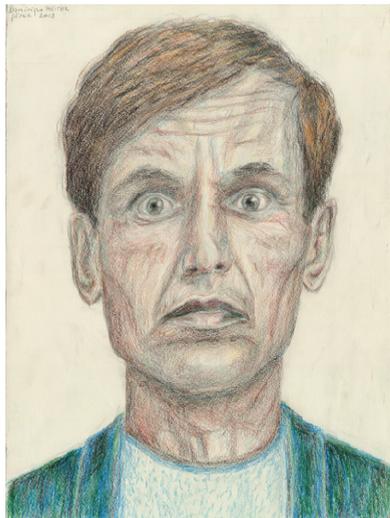
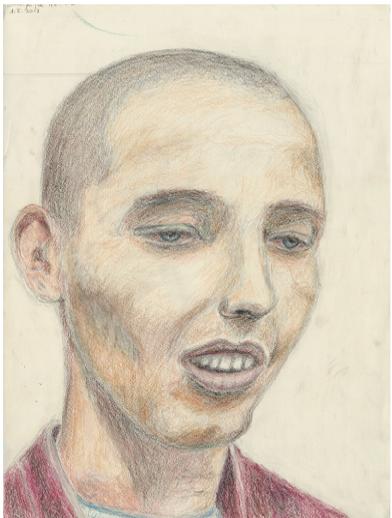
*« Elle, elle souffre vraiment d'un trouble anxieux, Moi, c'est simplement du stress. »*

*Cette difficulté à accepter la différence avec l'autre, couplée aux stéréotypes sur les maladies, fait que la société est peu tolérante avec les personnes ayant des maladies psychiques. Les personnes victimes de stigmatisation souffrent et préfèrent souvent taire leurs difficultés.*

*Il serait toujours préférable de parler depuis une position du « je » sans faire de supposition ou critique de l'autre, le « tu ». Cela laisse alors à l'autre la possibilité de se définir lui-même.*

*« Moi je ressens une forme de stress qui est difficile à gérer. Et toi que ressens-tu ? »*

## QUELS SONT LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES ANXIEUX ?



Dessins DAH

.....

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) – rédigé par l'Association américaine de psychiatrie (APA) – ainsi que la Classification internationale des maladies (CIM-11) – rédigée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – sont des classifications médicales proposées aux professionnels de la santé. Elles ont pour ambition de classer les troubles psychiques selon un certain nombre de critères pour rendre « objectif » le diagnostic psychiatrique.

Ces critères sont utiles pour l'adoption d'un langage commun et la découverte de pistes de traitements. Tous les symptômes décrits ne sont pas forcément présents en même temps. Le diagnostic psychiatrique doit être établi par un médecin ou un psychiatre. Ce chapitre aborde les diagnostics du trouble panique, du trouble phobique, du trouble de l'anxiété généralisée et de l'angoisse de séparation. Un paragraphe spécial parlera des TOC (troubles obsessionnels compulsifs) et quelques remarques seront faites sur les troubles anxieux induits autrement et le SPT (stress post-traumatique).

En 2004, l'OMS a défini la **santé mentale** comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Depuis 2005, le modèle de Keyes propose de définir la santé et la maladie selon un modèle à deux continuums : l'un mesurant l'existence ou l'absence de troubles psychiques et l'autre l'existence ou l'absence de santé mentale. En effet, l'absence de maladie psychique n'implique pas automatiquement une bonne santé psychique.

Il peut être difficile de définir une limite claire entre santé et maladie. Cependant, les systèmes de classification des maladies et de diagnostics tentent de définir des critères considérant ce qui serait pathologique selon des caractéristiques de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée des symptômes, entraînant des souffrances personnelles et des restrictions de fonctionnement.

Les troubles paniques ont été définis et répertoriés dans les diverses classifications dès les années 1990. Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou de situations qui induisent la peur, l'anxiété, le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé. Le terme cognitif (ou cognition) désigne les processus mentaux via lesquels les connaissances sur l'environnement sont acquises (perception, mémoire, raisonnement).

Chaque individu possède sa propre personnalité, toujours en constante évolution. Un diagnostic sera toujours établi dans une situation et à un moment donnés. De plus, chaque individu a une relation singulière avec l'autre. Tout diagnostic doit pouvoir être évoqué avec prudence, être discuté entre le soigné et le soignant et doit faire l'objet de réévaluations régulières.

*« J'avais des attaques de panique, ce qui était dur car, étudiante, cela me paralysait pour les examens ! Mais j'avais aussi un fort élan de vie qui me donnait envie de vivre les choses intensément et qui me poussait. Le diagnostic est peu important pour moi, il me permet cependant de nommer ce que j'ai pour les autres et avoir de la compréhension ! »*

#### **Le saviez-vous ?**

*La classification internationale des maladies de l'OMS (CIM) a été conçue dès 1945 pour permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité dans différents pays ou régions, à diverses époques. Les troubles mentaux apparaissent dès 1949, dans la CIM-6. Dès 2006, la CIM contient 22 chapitres – dont le chapitre F pour les troubles mentaux et du comportement – permettant de noter les maladies selon des*

*codes à 3 ou 4 caractères et propose une description type des maladies. Dès 2018, la CIM-11 révolutionne la classification sous forme d'une plateforme de travail sur internet, permettant une adaptation et des modifications fondées sur des données probantes. A ce jour, seule une version anglaise est en ligne, 15 traductions en d'autres langues sont en cours, dont une en français en préparation lors de l'écriture de cette brochure.*

*La première classification DSM aux États-Unis date de 1952. C'est le DSM-2 en 1968 qui marque la différence entre pathologies d'origine organique et psychogène, ces dernières étant divisées en 2 classes – psychose ou névrose –, sous forte influence de la psychanalyse. Le DSM-3 de 1980 abandonne cette vision analytique et cherche à définir les pathologies avec une liste de critères et des règles d'exclusion, chaque maladie devant alors se définir par des symptômes caractéristiques, avec l'objectif de parvenir à des définitions détachées de toute influence théorique. Le DSM-3-R (révision du DSM-3) ainsi que le DSM-4 (publié en 1994 et revu en 2000) abandonnent le diagnostic d'homosexualité comme maladie mentale. La dernière version – DSM-5 –, de 2013 et traduite en français en 2015, a suscité beaucoup de débats et reste très critiquée. Elle présente un nombre de changements importants, avec une restructuration des groupes de diagnostics, certains incluant une approche dimensionnelle (échelle de sévérité), par exemple pour les troubles de la personnalité, des changements de vocabulaire : autisme devient trouble du spectre autistique. Ces diverses versions présentent un nombre de diagnostics qui explose. Si en 1952, 60 maladies mentales étaient décrites, ce sont 410 maladies psychiques dénombrées en 1994.*

*L'espoir des années 1980 était de découvrir des marqueurs biologiques pour chaque pathologie et de favoriser ainsi la recherche de médicaments. A ce jour encore, aucun marqueur biologique valide, spécifique ou suffisamment fiable n'aide au diagnostic des troubles mentaux/psychiques.*

*La validité de ces classifications a été remise en cause. L'absence de marqueurs biologiques clairs handicape fortement la distinction franche entre maladie et pathologie, donc le diagnostic psychiatrique. De plus, il peut y avoir une combinaison variable entre plusieurs troubles (comorbidité). Chaque catégorie comprend également une classe dite non spécifiée qui aurait dû constituer une exception et qui est trop souvent utilisée. Finalement, la frontière entre pathologie et normalité s'avère nette pour les pathologies sévères, mais franchement imprécise dans les troubles plus légers ou bénins.*

*Cependant, les classifications s'avèrent utiles pour définir un consensus commun, identique même entre plusieurs cultures pour les troubles sévères. Elles sont utilisées par la recherche, les médecins, les experts, l'industrie pharmaceutique, les assurances et dans le cadre de l'enseignement.*

***Gardons en tête qu'il n'y a pas de classification parfaite permettant de guider les politiques de santé et d'optimiser les ressources de soins et de prévention. L'approche « technique, mécaniste » des classifications ne doit en aucun cas faire perdre au médecin et à tout soignant son sens clinique et son humanisme !***

Cet encadré est tiré de l'article de François Gonon « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, 2013/4, vol. 89, p. 285-294.

## Points communs entre le trouble phobique (spécifique), le trouble de l'anxiété généralisée, la phobie ou anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, voire l'anxiété de séparation

Pour tout trouble anxieux, la peur ou l'anxiété est excessive, persistante et dure 6 mois au moins.

- La peur ou l'anxiété est excessive, disproportionnée.
- Les situations et/ou stimuli pouvant induire l'anxiété sont évités. (sauf dans le cas du trouble de l'anxiété généralisée (TAG), dans lequel tout est anxiogène et donc sans déclencheur spécifique)

**A retenir:** L'évitement est un comportement qui consiste à éviter de se confronter à un objet, une situation ou des pensées qui sont source d'angoisse.

Cette notion est reprise pour la thérapie dans le chapitre « Trouver l'aide adéquate et s'aider soi-même ».

- Les symptômes sont suffisamment sévères pour engendrer une détresse ou une détérioration significative du fonctionnement de la personne dans divers cadres (personnel, social, scolaire, professionnel).
- Les symptômes ne sont pas la manifestation d'un quelconque problème de santé ou ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'un traitement sur le système nerveux central.
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

*« J'ai toujours eu peur des araignées. Peu problématique en ville. Mais j'ai déménagé en campagne et c'est la crise lorsque j'en vois une dans la maison. J'appelle mari ou enfants, ils doivent tout de suite la faire disparaître! J'ai honte mais je ne peux pas m'en empêcher ».*

*« Si je me sens détendu, c'est qu'il y a un problème. Je suis inquiet de ne pas m'inquiéter. »*

## Présentation spécifique de chaque trouble anxieux

### Trouble phobique (spécifique)

Concerne 10% de la population

La phobie est une peur instinctive ou immédiate, irrationnelle, intense et persistante ressentie lors de la confrontation ou l'exposition à un objet ou une situation spécifique, n'ayant pas de caractère dangereux objectif.

La phobie spécifique déclenche majoritairement l'évitement, ou une restriction excessive, de l'objet ou de la situation.

- Lorsque l'individu est exposé à un ou plusieurs objets (insecte ou animal) ou situations spécifiques (espaces clos, ascenseur, orages), il ressent une peur ou une anxiété excessive.

*« J'appréhende tout ce qui est serpent! Je ne peux même pas en voir en photo et même de l'évoquer en mot me provoque un malaise. »*

- La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.

*« Je ne peux ni expliquer ni raisonner cette peur des serpents. »*

La prévalence de la phobie des serpents sera plus élevée chez des personnes vivant dans une ville en Suisse que chez des personnes vivant dans des endroits où les serpents sont plus visibles.

- Les objets ou situations phobiques sont évités avec une peur ou anxiété intense.

*« Lorsque j'entends un chien aboyer, je sens l'anxiété monter et je m'éloigne le plus possible de l'endroit d'où provient le son. J'éviterai même de passer à cet endroit une prochaine fois. »*

Les phobies les plus courantes portent sur les araignées, les insectes, les souris, les serpents et le vide, ou encore les animaux, le sang, les piqûres, les orages, les endroits fermés, l'avion. La zoophobie concerne les animaux, l'aérophobie – les avions, l'hydrophobie – l'eau, la géophobie – les ponts, l'hématophobie – le sang, la claustrophobie – les lieux clos, la nyctophobie – l'obscurité, la phagophobie – la peur d'avaler, etc. La liste peut être infinie.

## — Trouble de l'anxiété généralisée (TAG) —

Concerne 4 à 6 % de la population.

Tendance à se faire du souci pour tout, de manière trop excessive. Des symptômes marqués d'anxiété – sans élément déclencheur spécifique – persistent quelques mois et se manifestent par une **appréhension générale** ou une inquiétude excessive focalisée sur des **événements de la vie quotidienne** qui concernent le plus souvent la famille, la santé, les finances, l'école ou le travail.

Remarque : Les populations européennes auraient plus tendance à présenter des troubles de l'anxiété généralisée comparativement aux populations asiatiques ou africaines.

- La personne éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations.

*« Je pense systématiquement que les choses vont aller mal ou alors que je vais être incapable d'y faire face... »*

*« C'est comme si tout autour de moi s'écroulait, que j'étais en chute libre. Je suis assailli par les soucis, je ne contrôle plus rien. Je tombe dans un trou et je cherche désespérément à me raccrocher à quelque chose mais rien ne peut me retenir, ralentir ma chute, m'empêcher de tomber et de sombrer, encore et encore... »*

Bien que l'âge moyen pour l'apparition d'un TAG se situe vers 30 ans, le contenu des inquiétudes varie en fonction de l'âge. Les enfants et jeunes adultes se préoccupent davantage de leurs performances scolaires ou sportives alors que les adultes se feront du souci pour leur famille ou leur état de santé. Le thème des soucis peut s'exprimer sous forme cognitive ou par des symptômes physiques.

- Ces symptômes/manifestations s'accompagnent de symptômes additionnels tels que des tensions musculaires, une agitation motrice, la sensation d'être survolté, une suractivité du système nerveux sympathique, une expérience subjective de nervosité-fatigabilité, de la difficulté à se concentrer, des trous de mémoire, de l'irritabilité ou encore des troubles du sommeil.

*« A chaque fois que je tentais de me concentrer sur une activité, les mêmes pensées et inquiétudes revenaient, je ne pouvais être focalisée sur quoi que ce soit. Le soir, au moment du coucher, ces pensées revenaient, je me sentais très nerveuse et cela m'empêchait de dormir. »*

Ces personnes très anxieuses sont souvent décrites comme étant intolérantes à l'incertitude, c'est-à-dire ayant beaucoup de difficulté à fonctionner dans des situations incertaines. Elles ont aussi tendance à surestimer l'utilité de s'inquiéter et peuvent éprouver des difficultés à résoudre de petits problèmes du quotidien.

Dans le trouble de l'anxiété généralisée, l'évitement, l'irritabilité et l'anxiété ne sont pas associés à un événement traumatique spécifique.

## — Phobie sociale ou anxiété sociale —

Concerne 2 à 4 % de la population. Certains articles parlent même de 10 %. La phobie sociale se définit comme la peur ou l'anxiété irrationnelle, persistante et intense d'être exposé à l'observation d'autrui, **d'être le centre de l'attention par crainte d'être humilié ou jugé négativement**. C'est un inconfort extrême ou un sentiment de peur exagéré dans de multiples situations sociales. Cette phobie sociale se caractérise par des troubles existant depuis 6 mois ou plus et une tendance à éviter les activités sociales.

- La phobie ou l'anxiété sociale survient systématiquement dans des contextes **sociaux spécifiques**, comme lors d'interactions sociales (conversations), en situation de performance (discours), lors de repas pris à l'extérieur, où le sentiment d'être observé prend le dessus.

*« J'hésite à sortir au restaurant ou dans un lieu public, je déteste être vue en train de manger... J'ai de la peine à mener une conversation dans cette situation. »*

- Le sujet a peur d'agir d'une manière gênante ou humiliante ou de montrer des symptômes d'anxiété qui seront **négativement évalués par les autres**.
- La peur, l'anxiété ou l'évitement sont **persistants**. Lorsqu'elles ne peuvent être évitées, les situations sociales sont subies avec une peur ou une anxiété intense.

*« Au travail, alors que ma position peut m'y obliger, je suis terrifié par la prise de parole en public et aussi par les échanges après, lors des cocktails dînatoires! Même des situations d'échanges intimes dans un ascenseur ou une cafétéria me tétanisent... alors je les évite au maximum... j'ai même trouvé un truc, je délègue à un subalterne! »*

- Souvent, la personne qui vit une phobie ou anxiété sociale a été ou est d'une timidité excessive. De plus, étant **enfant**, le comportement inhibé « de ne pas aller vers » a pu être renforcé par une famille protectrice ou relativement repliée sur elle-même, ou encore donnant une importance trop forte au regard et jugement des autres.

*« Déjà enfant, j'étais timide et c'était l'excuse pour ne pas me confronter à l'extérieur. Mes parents d'ailleurs ne me forçaient aucunement, je pouvais rester enfermée des heures dans ma chambre à lire. »*

- Comme la crainte est tournée vers une situation de groupe, le **contexte socioculturel** est à prendre en considération. Par exemple, la communication entre individus respecte un système de langage, de code, d'en-

semblent de significations partagées par des personnes d'une même culture. Ainsi, baisser la tête et le regard est un mouvement qui peut traduire la honte dans la culture occidentale, alors que dans la culture japonaise cela se rapporte au respect, à la soumission ou à la prière.

### Trouble panique

Concerne 2 à 3% de la population.

L'attaque de panique est un **bref épisode brutal et intense** d'anxiété aiguë, qui atteint son plus haut niveau en moins de 10 minutes, voire en quelques secondes.

Il faut distinguer une crise de panique, qui peut arriver une fois et ne se répète pas, d'un trouble panique où la personne est confrontée à des attaques de panique répétées et vit constamment dans la crainte, pendant au moins un mois, d'avoir à nouveau à vivre une attaque de panique, de perdre le contrôle et d'éprouver le sentiment d'avoir une crise cardiaque.

Ce trouble peut être associé à un sentiment de mort imminente accompagné de symptômes de type transpiration, douleur ou gêne thoracique, peur de mourir, palpitations, etc.

- Des attaques de panique récurrentes, **inattendues, sans raison apparente**, qui ne sont pas uniquement liées à des stimuli particuliers. L'attaque de panique peut apparaître dans un état de calme ou d'anxiété.

*« Une fois, j'ai été prise d'une véritable crise de panique alors que je faisais des courses dans un magasin. Depuis, je crains d'aller faire mes courses... »*

- Une **inquiétude constante de réapparition des attaques de panique** ou de l'ampleur de ces dernières (la peur de la peur).

*« J'ai eu tellement souvent de crises de panique la nuit que je crains simplement le fait d'aller me coucher! C'est la peur de la peur d'avoir encore des crises de panique. »*

- Comportements visant à **éviter** l'apparition fréquente d'attaques de panique.

*« Comme j'hésite tellement pour sortir faire des courses, je peux heureusement commander beaucoup de choses par internet. »*

- Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques.

*« Comme je ne peux pas aller faire des courses, soit je n'y vais pas, soit j'exige que mon mari m'accompagne. »*

### Agoraphobie

Concerne 2% de la population.

L'agoraphobie est la **peur des lieux d'où il serait difficile ou gênant de s'échapper ou d'être secouru**. Cette phobie est fondée sur la peur de ne pouvoir trouver aide et sécurité dans l'endroit s'il arrivait quelque chose, sans qu'elle soit liée au lieu en tant que tel.

L'agoraphobie peut s'accompagner d'attaques de panique.

- L'agoraphobie se caractérise par une peur ou une anxiété marquée à l'égard d'au moins deux des cinq situations suivantes:
  - Utiliser les transports en commun.
  - Être dans des endroits ouverts.
  - Être dans des endroits clos.
  - Être dans une file d'attente ou dans une foule.
  - Être seul à l'extérieur du domicile.

*« Pour moi, il a toujours été impensable de prendre l'avion... Au fil des années, c'est même d'être dans un bus, un train ou dans les couloirs souterrains d'un métro qui devient impossible. »*

- La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il sera difficile de s'en échapper ou de trouver de l'aide en cas de symptômes incapacitants ou embarrassants.

*« C'est impossible de prendre l'avion pour moi, je crains trop de manquer d'air ou que celui-ci s'écrase... »*

- Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété. Elles sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.

### Anxiété de séparation

Concerne davantage le jeune âge que l'âge adulte. Apparition vers 6-7 ans et diminution à l'adolescence.

L'anxiété de séparation est caractérisée par une **peur ou une anxiété marquée de la séparation des figures d'attachement spécifiques**. C'est parce que l'anxiété exprimée ne correspond pas à la normalité et qu'elle est disproportionnée par rapport au développement émotionnel attendu qu'elle est considérée comme pathologique.

Chez les enfants, l'anxiété de séparation se focalise surtout sur les pourvoyeurs de soins, les parents ou d'autres membres de la famille. Chez les adultes, elle concerne plutôt le partenaire amoureux ou les enfants.

L'anxiété de séparation peut se manifester diversement :

- Stress et angoisse excessifs et récurrents vis-à-vis de la **séparation d'avec** la maison ou les personnes auxquelles les sujets sont très attachés ou en anticipation de ces situations de séparation (les symptômes sont clairement liés à la séparation plutôt qu'à un événement traumatique).

*« J'ai pris un appartement indépendant mais en fait je continue à venir dormir chez mes parents et j'ai toujours des excuses : je n'aime pas cet appartement, il y a trop de bruit dans la rue et à cause des voisins, etc. »*

Le film Tanguy est aussi un exemple de cette angoisse de séparation.

#### Le saviez-vous ?

La **figure d'attachement** est la personne qui répond aux besoins physiques et émotionnels de l'enfant. Il peut en compter plusieurs, mais la figure d'attachement principale est la personne qui s'occupe le plus souvent de l'enfant (en général la mère). C'est au cours d'une expérience que Konrad Lorenz, biologiste et zoologiste, s'est aperçu que les canards s'attachent au premier objet qu'ils voient bouger à la sortie de l'œuf, c'est ce que l'on appelle l'empreinte. John Bowlby, psychiatre et psychanalyste, s'est inspiré de ces travaux pour élaborer sa théorie de l'attachement ; le bébé est capable d'entrer en contact, en relation avec le monde, ce qui lui permet d'établir des liens d'attachement et de survivre.

- Crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux puisse frapper la figure d'attachement. Cette crainte peut s'exprimer par un besoin de garder le contact avec cette dernière et de savoir où elle se trouve.

*« Mon mari me téléphone plusieurs fois par jour, parfois dix fois dans la matinée, pour être sûr que moi et les enfants allons bien et qu'il ne nous est rien arrivé. »*

- Réticence à aller à l'école, au travail ou à sortir seul.

*« Dans le cadre de ma profession, je suis souvent appelé à voyager et à me retrouver seul dans des hôtels. Cette situation est très difficile à vivre pour moi. J'essaie de refuser de faire le déplacement ou si je ne peux éviter de partir, il m'arrive de laisser la télévision allumée toute la nuit pour ne pas me sentir seul. »*

- Peur ou réticence persistante et excessive de rester seul ou dans d'autres environnements sans les figures d'attachement.

*« J'ai deux filles. Avec la deuxième, qui a 9 ans, le coucher et les nuits sont encore tellement difficiles que j'ai fini par abandonner et que je la laisse dormir avec nous. Je sais que ça n'est pas adéquat ! Et bien sûr il est impossible qu'elle aille dormir chez une copine. »*

- Cauchemars répétés dont le contenu exprime l'angoisse de séparation.

*« La nuit, mon fils de 4 ans se réveille en hurlant à la suite d'un cauchemar récurrent : il rêve que nous sommes à la plage et que son père et moi allons nager. Nous finissons par nous noyer, et il se retrouve seul à pleurer sur la plage. »*

- Symptômes somatiques fréquents, en situation de séparation ou en anticipation : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales. Dans le film Tanguy, le personnage principal fait une crise d'angoisse la nuit, seul chez lui et quand les parents refusent de venir, c'est l'ambulance qui le conduit à l'hôpital alors qu'il n'arrive plus à respirer, entre autres symptômes.

#### Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés (TOC)

Concerne 2 à 4% de la population.

Dans les dernières classifications (DSM-5 et CIM-11), ce qui caractérise le TOC en premier est la **survenue d'obsessions et/ou de compulsions**. Bien que les troubles anxieux soient une composante importante des TOC, les diverses classifications ne les mettent plus dans le chapitre des troubles anxieux. Nous en faisons cependant une description, car dans la pratique actuelle de soins, les TOC sont encore souvent pris en charge par des professionnels s'occupant spécifiquement des troubles anxieux.

La plupart des TOC débutent dans l'enfance déjà. Pour assurer le diagnostic d'un TOC, les obsessions et compulsions doivent être à l'origine d'une perte de temps, d'une détresse ou d'un handicap significatif.

Les **obsessions** sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives, inopportunes, absurdes ou indécentes. Elles entraînent une anxiété ou détresse importante chez la plupart des sujets. L'individu fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces obsessions (ex. : en évitant les déclencheurs ou en utilisant l'arrêt de la pensée). Les pensées récurrentes ou obsessions dans un TOC incluent un contenu étrange, irrationnel ou de nature magique. Les plus fréquentes concernent la peur de la contamination, la symétrie et la minutie, la sécurité, la peur d'être responsable d'une catastrophe ou de commettre un acte répréhensible, les impulsions sexuelles, les impulsions agressives et la religion.

*« Quand j'étais petite et que mes amis venaient jouer dans ma chambre, il y avait du désordre et ça m'angoissait. J'avais l'impression que si ça restait comme ça, une catastrophe allait arriver. »*

Les **compulsions** sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux que la personne se sent poussée à accomplir, en lien avec une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. Le but étant de diminuer la détresse, l'anxiété, la tension induite par ces pensées/

obsessions ou d'empêcher un événement redouté. Les compulsions courantes portent sur le nettoyage, la vérification, la répétition d'actes ou de pensées à caractère conjuratoire, le rangement, le comptage, l'accumulation.

*« Quand je rentre chez moi, je dois enlever tous les vêtements portés la journée et les mettre dans la machine à laver, sinon tous les microbes de l'extérieur vont se répandre dans mon appartement. Cette simple idée m'insupporte ! »*

*« Quand mes enfants sont nés, ça a commencé. Un soir je me suis dit "Et si mes enfants passaient par la fenêtre ?" Alors j'ai commencé à contrôler les fenêtres tous les soirs, et la cuisinière aussi. J'ai fonctionné pendant des années comme ça sans comprendre ce qui se passait. La journée tout allait bien, ça venait toujours le soir. »*

Certaines personnes souffrant de TOC sont en mesure de reconnaître que les croyances qui engendrent leurs TOC ne correspondent pas à la réalité des autres, alors que d'autres sont convaincues que ces croyances sont la réalité.

*« Pour toutes les choses que je dois faire au travail, je dois toujours revérifier ce que je fais ! Mais je ne veux pas que les collègues me voient. Je les envie parfois de ne pas avoir à vérifier tout le temps... j'ai toujours été trop minutieux ! »*

### Troubles anxieux induits par une substance ou un médicament

Des troubles anxieux ou symptômes prononcés d'anxiété ou de panique peuvent survenir à la suite d'une **intoxication** à une substance, mais aussi à la suite du **sevrage** de cette substance (alcool, caféine, cannabis, phencyclidine, hallucinogènes, sédatifs, anxiolytiques, etc.).

Les **médicaments** (insuline, contraceptifs oraux, antalgiques, etc.) ainsi que les **métaux lourds** et les **toxiques** (monoxyde de carbone, substances volatiles comme l'essence et la peinture, gaz nerveux, etc.) peuvent également causer des symptômes anxieux ou de panique.

Ces symptômes d'anxiété doivent être concomitants à l'intoxication ou au sevrage, voire apparaître juste après.

*« Je me retrouvais dans un état lamentable. Les effets secondaires des antidépresseurs étaient devenus tellement anxiogènes que cela avait déclenché des attaques de panique. »*

*« J'ai avalé par inadvertance de l'eau de Javel. Et c'est à partir de ce moment que j'ai ressenti fréquemment des angoisses. »*

Stromae a souffert en 2015 de fortes anxiétés dues, entre autres, aux effets secondaires du Lariam, traitement préventif antipaludique.

### Troubles anxieux dus à une affection médicale

Les symptômes anxieux peuvent être la conséquence physiologique d'une autre affection médicale, comme l'hyperthyroïdie, l'arythmie, les troubles respiratoires, la bronchopneumopathie obstructive chronique ou les troubles du métabolisme dus à une carence en vitamine B12. Les personnes peuvent ressentir des symptômes marqués d'anxiété ou des attaques de panique. Les antécédents médicaux, l'examen physique ou les examens complémentaires doivent permettre de confirmer que les symptômes sont bien expliqués par l'affection physique associée.

*« Lorsque j'ai été hospitalisée pour une opération du dos, j'ai fait une embolie pulmonaire et j'ai eu une attaque de panique. L'équipe médicale a fait appel à un psychiatre de liaison pour que je puisse parler de ce qui se passait. J'ai compris que ma panique était due à la difficulté de respirer. Je n'ai ensuite plus jamais eu d'attaque de panique. »*

### Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Les principales manifestations du TSPT sont des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, des rêves répétitifs et des réactions dissociatives provoquant tous un sentiment de détresse, bien que l'anxiété soit également fortement présente.

Pour qu'une personne développe un TSPT, il faut qu'elle ait été confrontée directement et personnellement à un événement traumatique unique ou répété pendant lequel elle et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort, ont subi des violences sexuelles, ou subi des blessures graves entraînant frayeur, horreur et impuissance.

Après un événement traumatique, seules certaines personnes développeront une dépression ou un état de stress post-traumatique, revivant involontairement des aspects de cette expérience traumatisante avec un sentiment de détresse intense. L'évitement de toute situation ou tout objet rappelant le traumatisme est caractéristique de l'état de stress post-traumatique.

*« Quand j'étais jeune, j'ai failli me noyer dans une piscine. Pendant des années, je ne pouvais pas me baigner là où je n'avais pas pied, ni même passer sur un pont, de peur qu'il ne s'effondre et que je me noie... et je n'arrêtais pas de rêver que je me noyais, me réveillant chaque fois en sueur et désespérée... »*

### Les comorbidités psychiatriques

En psychiatrie, la comorbidité désigne la présence simultanée de plusieurs troubles psychiatriques.

De nombreuses personnes souffrant de troubles anxieux n'entrent pas entièrement dans les cases des différentes catégories des troubles anxieux. Il

arrive aussi fréquemment que la personne présente des caractéristiques de plusieurs troubles anxieux.

Un fort degré d'anxiété éprouvé sur une longue période conduit souvent à une dépression. Pour faire face à leurs difficultés, certains vont consommer de l'alcool ou d'autres substances psychoactives à titre d'automédication, entraînant des troubles liés à cette consommation. De plus, un usage de ces produits peut exacerber l'état d'anxiété.

**Phobie spécifique :** risque de développer d'autres troubles, y compris un trouble anxieux, une dépression, un trouble bipolaire, un trouble lié à l'usage d'une substance, un trouble à symptomatologie somatique ou apparenté et un trouble de la personnalité (surtout personnalité dépendante).

**Trouble de l'anxiété généralisée (TAG) :** plus le TAG apparaît tôt, plus les comorbidités et les altérations du fonctionnement risquent d'être importantes. Le TAG chez les enfants peut ressembler à des préoccupations du type TOC ou phobie sociale. Les personnes touchées par le TAG se répartissent entre un tiers d'hommes et deux tiers de femmes. La comorbidité chez les femmes se limite majoritairement aux autres troubles anxieux et à la dépression unipolaire (dépression sans phases d'exaltation), alors que pour les hommes la comorbidité s'étendra plutôt aux troubles liés à l'usage d'une substance.

**Phobie ou anxiété sociale :** souvent associée à d'autres troubles anxieux, à un trouble dépressif caractérisé ou à des troubles liés à l'usage d'une substance. L'isolement social chronique induit par l'anxiété sociale peut entraîner un trouble dépressif caractérisé. L'anxiété sociale est souvent associée à un trouble bipolaire (phases de dépression suivies de phases d'exaltation) ou à l'obsession d'une dysmorphie corporelle (préoccupations démesurées quant à des imperfections ou défauts physiques non observables ou très légers aux yeux d'autrui). Chez les enfants, on retrouve des comorbidités fréquentes avec le trouble du spectre autistique et le mutisme sélectif (l'enfant, étant normalement capable de parler, se trouve incapable de parler dans des situations particulières).

**Trouble panique :** le taux de comorbidité entre le trouble dépressif caractérisé et le trouble panique varie de 10 % à 65 %. La comorbidité avec d'autres troubles anxieux et avec l'hypocondrie est également fréquente.

**Anxiété de séparation :** chez les enfants, il existe une forte comorbidité avec le TAG et la phobie spécifique. Pour les adultes, une forte comorbidité est observée avec tous les autres troubles anxieux (phobie spécifique, trouble panique, TAG, agoraphobie) de même qu'avec le stress post-traumatique, les TOC, les troubles de la personnalité, les troubles dépressifs et bipolaires.

**TOC :** 76 % des personnes avec un TOC souffrent à un moment de leur vie de trouble panique, d'anxiété sociale, de TAG ou de phobie spécifique. 63 % souffrent de trouble dépressif ou bipolaire quelconque. Jusqu'à 30 % souffrent à un moment de tics.

## En résumé

### Points communs

- Peur et anxiété excessives/disproportionnées
- Évitement des situations, stimuli pouvant induire de l'anxiété (sauf pour le TAG où tout est anxiogène)
- Symptômes suffisamment sévères pour engendrer une détresse ou une détérioration significative du fonctionnement de la personne dans divers cadres.
- Les symptômes ne sont pas la manifestation d'un problème de santé ou dus aux effets d'une substance ou d'un traitement
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble mental

### Troubles anxieux

#### Spécificités

**Trouble phobique**  
(spécifique)  
(cf page 37)

Peur ou anxiété disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique.

**Trouble de l'anxiété**  
généralisée  
(cf page 38)

Difficulté à contrôler ses préoccupations.  
Symptômes additionnels : tensions musculaires, nervosité, difficulté de concentration, etc.

**Phobie sociale**  
ou **anxiété sociale**  
(Cf page 39)

Peur ou anxiété marquée et disproportionnée d'être le centre de l'attention dans des situations sociales.

**Trouble panique**  
(cf page 40)

Attaques de panique récurrentes inattendues avec inquiétude de Stress et angoisse excessifs vis-à-vis :  
. de la séparation (maison, personnes auxquelles le sujet est attaché) ;  
. de la figure d'attachement (crainte de la survenue d'un événement malheureux).

**Anxiété de**  
**séparation**  
(cf page 41)

Réticence à aller à l'école, au travail, à sortir seul.  
Peur ou réticence à rester seul.  
Symptômes somatiques et possibilité de cauchemars.

**TOC** (cf page 43)

Dans les récentes classifications, les TOC ne sont plus classés dans les troubles anxieux ; cependant les traitements les considèrent souvent encore comme tels.

Survenue d'obsessions et/ou de compulsions qui doivent être à l'origine d'une perte de temps, d'une détresse ou d'un handicap significatif.

**Obsessions** : pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes, entraînant une anxiété.

**Compulsions** : comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir pour limiter l'angoisse.

**Remarque** : pour les troubles anxieux induits par une substance, par une affection médicale ou par des troubles de stress post-traumatique, voir pages xx.

### Le saviez-vous ?

*L'angoisse de la mort (peur irraisonnée de la mort en général, de la mort de ses proches et de sa propre mort) ou celle de la vieillesse (peur irraisonnée de vieillir et de tous les signes de vieillissement), déniées ou exprimées, sont parfois présentes chez bien des personnes et plus particulièrement chez des personnes âgées, gravement malades ou en fin de vie.*

*Il est souhaitable de ne pas ignorer cette angoisse. Il convient de l'écouter, la mettre en mots, d'aborder la philosophie de la mort ou de la vieillesse, de faire un travail d'écriture afin d'apprendre à vivre, très tôt, avec ces angoisses inhérentes à la vie même.*

*Trouver un soutien social génère un sentiment de sécurité, renforce l'estime de soi et diminue les effets du stress. En fin de vie, des bénévoles accompagnent cette réflexion.*

## TEMOIGNAGE

« Explosions » poème par un anonyme

*Cassure.  
Déchirure.  
Tout bascule.  
Exil forcé.  
Perte de repères.  
Séparation.  
Mise à distance.*

*Sortie d'exil.*

*Retrouvailles avec les êtres aimés.  
Lent renouement avec un équilibre.*

*Retour sous le toit, auprès des meubles, dans le cocon.  
Rien n'a changé.  
Tout a changé.*

*Accepter le tremblement de terre passé.  
Accepter le temps, le très long temps qui conduira à la reconstruction.  
Accepter les angoisses.*

*Se concentrer sur le phare qui éclaire, celui qui assure que le mieux reviendra.  
Accueillir l'amour inconditionnel et la confiance de ceux qui veillent sur soi.  
Éloigner le sentiment poignant de culpabilité.*

*Croire.  
Croire dans l'apaisement de l'heure suivante, croire dans la douceur du  
lendemain.  
Reprendre pied, même si le radeau tangue encore fortement.  
Reconstruire son nid intérieur.  
Retrouver ses plaisirs.  
Retrouver ses sourires.  
Imaginer la confiance qui nous soutiendra un jour à nouveau.  
Cueillir le soleil, embrasser la lumière, prendre la nature comme un cadeau –  
leur constance est synonyme de force pour la brindille.*

*Observer les progrès.*

*Se féliciter des efforts déployés.*

*Reconnaître chaque mieux, qui se multiplie, qui devient pluriel.*

*Laisser le temps, le corps et l'esprit faire leur subtil travail de l'ombre.*

*Et un jour, ouvrir les yeux et réaliser le chemin parcouru, les racines solidifiées, la confiance retrouvée.*

*Et un jour, constater que le tremblement de terre a fait place à un nouvel espace, une plaine irriguée.*

*Et un jour, comprendre que même si rien n'est stable, même si tout est mouvant, un arbre peut toujours pousser d'une brindille, et la vie renaître d'une explosion.*



Illustration de F. Bonny, 2019

## TROUVER L'AIDE ADÉQUATE ET S'AIDER SOI-MÊME

.....

Lorsque l'on traverse des difficultés ou une maladie, il est utile et nécessaire d'accepter son état, de se laisser aider ou demander de l'aide, de continuer à vivre, d'évoluer de manière dynamique et de ne pas se réduire ou laisser toute la place à la maladie ou aux problèmes. Ces moments difficiles peuvent faire sens dans sa vie. Les études de rétablissement en santé mentale montrent que grâce aux médicaments, aux psychothérapies et à l'aide par les pairs, les personnes présentant des troubles anxieux peuvent vivre mieux. Chercher des informations, s'observer et prévenir, demander de l'aide, s'appuyer sur ses ressources sont autant d'attitudes favorisant ce possible rétablissement.

La personne atteinte de troubles anxieux peut être son principal obstacle. En effet, même consciente de sa «sur-réaction», elle n'y voit pas forcément un problème à traiter.

Les outils et les traitements proposés offrent des perspectives nouvelles complémentaires. Grâce à cette palette de propositions, chacun doit pouvoir choisir et mettre en pratique ce qui correspond le mieux à ses besoins, tout en ayant la possibilité de demander de l'aide et de se faire accompagner par des professionnels si besoin.

*Sagesse amérindienne :*  
*Un vieil Indien explique à son petit-fils que chacun de*  
*nous a en lui deux loups qui se livrent bataille.*  
*L'un est sérénité, amour et confiance,*  
*l'autre est peur, avidité et haine.*  
*« Lequel des deux loups gagne ? » demande l'enfant.*  
*« Celui que tu nourris » répond le grand-père.*

Un certain degré de peur ou d'angoisse est nécessaire pour permettre notre survie. Lorsque la peur ou l'angoisse est obsédante, incontrôlable et invalidante, il est possible de la traiter. Non pas forcément pour l'éradiquer complètement, mais surtout pour apprendre à la reconnaître et en faire une alliée plutôt qu'une ennemie. La maladie peut être envisagée comme une diminution de l'univers des possibles. Divers outils et traitements ont pour tâche d'aider à « rouvrir », autant que faire se peut, cet univers et visent à prévenir et soulager les inconvénients liés aux troubles anxieux. Pouvoir passer de la crise de panique ou du trouble anxieux généralisé à une peur ou une angoisse supportable et avec laquelle il est possible de « faire avec » améliore grandement la qualité de vie de la personne et de son entourage.

*« Je sais que je vivrai avec des crises d'angoisse tout au long de ma vie mais j'essaie d'éviter la crise de panique avec la sensation de mort imminente ! Mon ennemi numéro un : le stress... J'essaie d'apprendre à gérer le stress, à me connaître moi-même, à m'accrocher à mon envie d'aller de l'avant. »*

**Rappelons qu'une bonne santé mentale n'implique pas automatiquement l'absence de maladie psychique.**

**Maintenir l'anxiété dans des limites supportables** nécessite une attitude active pour la personne anxieuse afin de chercher à comprendre et limiter les manifestations excessives de l'anxiété. Savoir demander de l'aide est nécessaire parfois.

Il est utile de **questionner sa motivation à changer**. La personne connaît ses angoisses et anxiétés ainsi que les mécanismes d'évitement mis au point. Parfois, il existe aussi des bénéfices à ces comportements. Le changement n'est pas toujours facile à aborder, et ce d'autant qu'il aura des effets dans la vie quotidienne, les relations, le travail, etc. Le changement peut faire peur. Il faut peser le pour et le contre et découvrir que les avantages liés à un changement prennent nettement le dessus sur les désavantages, comme par exemple pouvoir faire des activités auparavant évitées, élargir son cercle social, ou encore voyager.

Notons qu'il est important de ne pas se réduire à des troubles ou à une maladie. Chacun de nous est une personne à part entière avec des valeurs, des points forts, des points faibles, des compétences, des difficultés, des rêves, des passions. Et plus les points positifs pourront être valorisés et développés, moins les troubles et la maladie prendront de la place.

Tout trouble lié à l'angoisse est vécu différemment par les personnes qui en souffrent. Aussi la prise en charge doit-elle être adaptée aux besoins de chacun. Il est essentiel qu'il existe un partenariat entre soigné et soignant.

*Nous abordons différentes techniques susceptibles d'aider les personnes souffrant de troubles anxieux à mieux les gérer ou à les faire diminuer. Dans toute prise en charge, il est primordial qu'une relation de confiance s'établisse avec le thérapeute. Un dialogue entre le soigné et le soignant, incluant l'information, l'écoute et l'empathie, est une des clés du succès !*  
*Afin de s'assurer du sérieux du thérapeute, une affiliation à une faïtière garantit pour le moins une formation et une éthique, c'est pourquoi vous trouverez à la fin de cet ouvrage des liens vers des faïtières.*  
*Les diverses techniques présentées ci-après peuvent être utilisées de façon plurielle et non exclusive, sans pour autant que cela remplace un traitement médical spécialisé si besoin.*

L'acquisition de compétences en santé et en soins appropriés permet de devenir davantage acteur de sa vie. Certains privilégient la psychothérapie ou l'entraide par les pairs tandis que d'autres se rétablissent hors de tout système. Certains ont recours à la médecine dite classique, alors que d'autres cherchent des pratiques plus alternatives. L'important est de faire un choix et de mener à bien des actions pour mieux vivre avec l'angoisse ou s'en défaire.

Les meilleurs soins ne contribuent qu'à 20 % de l'état de santé d'un individu ! Les 80 % restants résultent de prédispositions génétiques, de l'âge, du sexe et surtout de son mode de vie, seul facteur sur lequel on peut agir. Nos choix de vie ont, de ce fait, un impact considérable, en mal ou en bien, sur notre état de santé. La perfection étant un objectif difficile et inutile à atteindre, l'idéal serait alors de pouvoir viser une « règle du 80/20 » : faire de son mieux 80 % du temps et lâcher un peu la pression les 20 % restants.

## BOÎTE A OUTILS

Nous présentons ci-après une variété de solutions, comme une boîte à outils dans laquelle chacun pourra puiser l'outil adéquat et nécessaire à sa situation. Chacun pourra par ailleurs y ajouter des outils ou techniques personnalisés.

Tout exercice choisi devrait se pratiquer quotidiennement afin que, d'une part, l'habitude ainsi créée puisse être activée au moment de la crise et, d'autre part, que les effets perdurent sur le long terme.

Il nous a semblé plus simple de partir de «l'outil le plus général», sans forcément qu'il soit le plus simple, pour aller progressivement vers des outils «plus spécialisés» dans le traitement des troubles anxieux.

### → Développer une bonne hygiène et qualité de vie

#### « Mens sana in corpore sano »

*« Prendre soin de mon corps, c'est aussi aller mieux dans ma tête et j'essaie de le faire chaque jour. »*

L'hygiène de vie traite des règles et conditions de vie ou d'un ensemble d'habitudes qui visent à favoriser une bonne santé et, par extension, à éviter certains problèmes. Notions souvent conçues comme mesures de prévention, elles sont prescrites de plus en plus comme soins.

#### • Bien manger, bouger, dormir

*« Combattre ma peur et mon stress passe aussi par mon assiette... Une consommation trop importante de sucres m'amène à des comportements anxieux et dépressifs. »*

Adopter une alimentation équilibrée, éviter un surplus de sucre, boire beaucoup d'eau et réduire les boissons sucrées, alcoolisées ou trop riches en caféine.

Dans la mesure du possible, il est préférable de ne pas fumer et d'éviter toutes drogues (cannabis, cocaïne, etc.).

Dans le cas des troubles psychiques, un changement dans les habitudes alimentaires peut être signe de souffrance psychique : par exemple perte d'appétit ou au contraire envie frénétique de manger. De même, le recours trop systématique à des substances (alcool, tabac, cannabis, drogues... et même sucre) utilisées pour se détendre, se calmer, en «automédication» ou pour se mettre en route le matin n'est pas anodin.

#### • Pratiquer une activité physique régulière et adaptée.

*« Mon anxiété m'empêchait de prendre du plaisir... J'ai heureusement pu commencer petit à petit à faire du sport. Le sport me permet d'être dans l'instant présent et d'éviter de ruminer mes pensées négatives. »*

Par exemple, l'exercice physique aide à lutter contre le surpoids, le cholestérol et le diabète. C'est aussi un antidépresseur naturel grâce à la libération d'endorphines. Il est donc fortement recommandé dans des cas de dépression, stress et anxiété. De plus, le mouvement favorise de nouvelles connexions entre les neurones et prévient le déclin cognitif.

A l'âge adulte, l'OMS préconise une activité d'intensité modérée quotidiennement, à savoir au moins 30 minutes par jour, par tranche de 10 minutes minimum en continu : comme marcher, faire du vélo, danser, faire du yoga, ou nager.

#### • Bien dormir

Pour un bon sommeil, il est important d'aménager la chambre à coucher : une bonne literie, pas de téléviseur, du calme et de l'obscurité. Il est par ailleurs utile d'avoir fait de l'exercice physique dans la journée, de se relaxer avant le coucher, de s'endormir en pensant à du positif et de l'agréable, de mettre ses soucis «à distance», de lâcher prise par rapport à ses activités, de boire des tisanes ou prendre des substances naturelles (phytothérapie), d'avoir des horaires réguliers de sommeil.

Il faudrait éviter de faire des efforts physiques juste avant le coucher, de faire des siestes dans la journée, de trop réfléchir ou ruminer ses soucis en se couchant, de consommer des excitants (café, thé, alcool) en trop grande quantité ou en fin d'après-midi, de faire des repas trop copieux le soir, de manger et regarder la télévision au lit.

Dans le cas de troubles psychiques, temporaires ou durables, le sommeil peut être fortement dégradé : par exemple hypersomnies ou insomnies. Une insomnie qui s'installe durablement peut aussi entraîner des troubles anxieux et des dépressions. Si le sommeil est perturbé quotidiennement ou sur une période de plus de deux semaines, et ce malgré les règles d'hygiène, il est alors utile d'en parler à un professionnel.

#### Le saviez-vous ?

*La médecine chinoise donne des conseils d'hygiène pour préserver l'équilibre des énergies Ying et Yang, le déséquilibre de ces dernières provoquant alors problèmes et maladies. Préparer des repas chauds avec des aliments de saison et de la région, respirer en conscience, se coucher avec le soleil et dormir la nuit pour recharger ses batteries, être dans le moment présent et avoir confiance en la vie est considéré comme un sacré antidote à la peur !*

La qualité de vie est définie par l'OMS comme une combinaison de **facteurs psychologiques, physiques, sociaux et matériels** permettant d'évaluer le bien-être de la personne.

• **Trouver un équilibre épanouissant entre vie personnelle, professionnelle, activités et repos**

Cela permet de tenir l'anxiété au maximum éloignée de son quotidien.

Quelques réflexions et questions utiles à se poser :

- La vie que je mène est-elle en accord avec mes valeurs et mes convictions ?
- Qu'est-ce qui est fondamentalement important pour moi ?
- Est-ce que j'arrive à concilier ma vie professionnelle et personnelle, sans que l'un n'empiète sur l'autre ?
- Est-ce que j'arrive à prévenir et éviter les signes d'épuisement ?
- Quelles sont mes activités de loisir permettant de me sentir mieux ?

**Le saviez-vous ?**

*Selon les médecins francophones du Canada, contempler des œuvres d'art permet de se sentir mieux en augmentant le taux de sérotonine et de cortisol. Ils en sont si convaincus qu'ils ont passé un accord avec le Musée des Beaux-Arts de Montréal afin d'ajouter des « prescription muséales » ponctuelles ou régulières à leur ordonnance pour des visites gratuites!  
De même, écouter de la musique – que l'on apprécie – réduit le taux d'anxiété.*

*Les Représentations Relax<sup>2</sup> sont une initiative mise en place en Suisse romande qui facilite l'accès aux théâtres, pour tous et indépendamment des handicaps de chacun. Le public a ainsi la possibilité de se lever, de tamiser l'éclairage, de laisser une porte ouverte, d'adoucir le son.*

<sup>2</sup> <https://www.cpo-ouchy.ch/representations-relax/>

➔ **Respirer et se détendre**

Avec l'anxiété, la respiration se modifie : l'air entre et ressort plus rapidement et superficiellement des poumons ; les alvéoles pulmonaires profondes ne sont pas atteintes. La régénération du sang ne se fait alors plus correctement et le taux de CO<sub>2</sub> augmente, entraînant une sensation de malaise.

Si respirer est naturel, bien respirer n'est pas inné. La respiration est un point d'ancrage précieux pour se centrer sur soi, sur ses sensations corporelles et pour se détendre. La respiration se fait généralement de manière superficielle. Une respiration calme et profonde oxygène mieux le cerveau et le corps. Entraîner consciemment sa respiration s'avère utile.

**Le saviez-vous ?**

*Pour bien respirer, oxygène (O<sub>2</sub>) et dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) sont nécessaires. Le CO<sub>2</sub> permet le passage de l'O<sub>2</sub> du sang dans les tissus et empêche que l'O<sub>2</sub> ne soit relâché. En effet, l'air expiré contient encore 13 à 14 % d'oxygène et ce pourcentage augmente encore si le CO<sub>2</sub> manque.  
Une mauvaise ventilation ou une hyperventilation peuvent créer par elles-mêmes un état d'anxiété. Dans l'urgence d'une crise de panique, le remède de grand-mère consistant à respirer dans un sachet en papier devant sa bouche ou à placer ses mains en coupe devant son nez et sa bouche fera augmenter le niveau de CO<sub>2</sub> dans le sang, permettant transitoirement d'équilibrer les effets de la mauvaise respiration. Notons que cette augmentation est passagère, seul l'apprentissage d'une bonne manière de respirer permet un échange régulier et équilibré d'O<sub>2</sub> et de CO<sub>2</sub>.*

Quelques idées d'exercices :

- Bâiller permet de calmer le cerveau. C'est un mécanisme thermorégulateur qui aide à équilibrer les principaux réseaux cérébraux et qui réduit le stress neurologique. Par exemple, des militaires en entraînement intensif bâillent pour se calmer avant d'appuyer sur la gâchette!
- La *respiration naturelle* se fait par « le haut », les côtes. Se concentrer sur le souffle, en respirant le plus lentement possible, laisser l'air entrer par le nez et sortir par la bouche.
- La *respiration ventrale* permet d'augmenter sa capacité respiratoire et est essentielle pour se relaxer. Les bébés respirent par le ventre! Debout, assis ou couché, placez une main sur le ventre. Inspirez lentement par le nez en gonflant le ventre, la main se soulève. Puis expirez lentement par la bouche en rentrant petit à petit le ventre qui se dégonfle, la main descend. Ne forcez pas. Avec de l'entraînement, l'expiration pourra peu à peu s'allonger.
- La *respiration complète* gonfle à l'inspiration le ventre puis les côtes et

dégonfle à l'expiration le ventre et les côtes! La pratique aidant, l'expiration devrait être 2 à 3 plus longue que l'inspiration.

- La *respiration inversée* entraîne une détente en exerçant un massage interne par le relâchement du diaphragme et tonifie les abdominaux. Allongé ou assis, inspirez longuement par le nez en rentrant le ventre avec la sensation de faire glisser les organes sous les côtes et en contractant le périnée (= se retenir d'uriner). Restez quelques secondes en apnée puis expirez fort par la bouche en contractant les abdominaux.
- La *cohérence cardiaque* et la *variabilité de la fréquence cardiaque* – VFC<sup>3</sup> Lorsque l'activité du système sympathique (agissant sur les neurotransmetteurs comme la noradrénaline par exemple) prépare l'organisme à une réaction de stress, elle fait augmenter la fréquence cardiaque et diminuer sa variabilité (capacité qu'a le cœur à accélérer ou ralentir afin de s'adapter à son environnement). La cohérence cardiaque est une pratique de gestion du stress et des émotions. Issue de recherches médicales en neurosciences et neuro-cardiologie, développée aux États-Unis par l'Institut HeartMath®, cette technique – axée sur le contrôle de la respiration aux fins de réguler son stress et son anxiété – agit sur la variabilité cardiaque. Elle permet aussi de réduire la dépression et la tension artérielle.
- La technique de résonance cardiaque est la plus rapide et la plus simple. La cohérence cardiaque est obtenue par la respiration et la règle du 365 : 3 fois par jour, 6 respirations par minute et pendant 5 minutes. Inspirez 5 secondes et expirez 5 secondes, répétez 6 fois = 1 minute et le faire 5 fois = 5 minutes. Tout le monde peut le faire, même les enfants.
- L'exercice de la « manœuvre vagale » vise à stimuler l'action de ralentissement du système nerveux. A faire en quatre phases : 1. Expiration simple sans effort pendant 5 secondes ; 2. Inspiration légère sans effort pendant 5 secondes ; 3. Rétention pendant 8 secondes de l'air dans les poumons ; 4. Relâchement respiratoire sans effort. Cet exercice entraîne instantanément un ralentissement de la fréquence cardiaque, visible en tâtant son pouls.
- *Youtube* regorge d'exercices de relaxation et de cohérence cardiaque pouvant accompagner chez soi une pratique quotidienne. Il existe aussi des applications téléchargeables, par exemple l'application RespiRelax+.

D'autres techniques peuvent vous aider à mieux respirer et vous relaxer :

- *Pilates*<sup>4</sup>: gymnastique douce alliant une respiration spécifique avec des exercices physiques en vue d'une conscientisation du mouvement.
- *Yoga*<sup>5</sup>: école de philosophie indienne, bien intégrée en Occident, formant

3 [www.cardiac-coherence.ch](http://www.cardiac-coherence.ch)

4 [www.pilates-suisse.ch/fr/spv/](http://www.pilates-suisse.ch/fr/spv/)

5 [www.yoga.ch](http://www.yoga.ch)

à une discipline du corps et de l'esprit avec une variété de techniques : postures physiques (assanas), pratiques respiratoires (pranayama), de relaxation profonde et méditation (yoga nidra). Le yoga favorise la production de GABA, un neurotransmetteur en faible quantité chez les personnes souffrant d'anxiété.

- *Sophrologie*<sup>6</sup>: méthode psychocorporelle conçue par le Dr Alonso Caycedo. Le terme sophrologie vient du grec et signifie harmonisation de la conscience. C'est une méthode de relaxation, qui agit sur le corps et le mental, grâce à des techniques basées sur un état de conscience modifié, travaillant la respiration, la décontraction musculaire et l'imagerie mentale.
- **Toute technique de relaxation psychocorporelle**, prenant en compte le corps et le psychisme, associée à la pratique d'exercices respiratoires, peut s'avérer utile.

Relaxation musculaire de Jacobson : « *Lorsque je suis stressé, je bégaie fortement. Prendre conscience des muscles de ma gorge et de ma langue, apprendre à les relâcher, puis à les maîtriser m'ont permis de mieux parler... et d'aller mieux, de me détendre.* »

Training autogène de Schulz : « *Le thérapeute m'a appris à ressentir de la lourdeur, de la chaleur dans mes membres, à me concentrer sur mon rythme cardiaque et maintenir un rythme "tranquille" en me centrant sur ma respiration... Dans cet état de "déconnexion" et détente, j'ai pu aborder des moments de stress qui se répétaient et induire des mots-clés qui m'ont aidé ensuite dans mon quotidien.* »

- Le *thermalisme* et la *thalassothérapie* apportent également bien-être et détente, sans pour autant être suffisants pour calmer le stress et les troubles anxieux.

#### **Le saviez-vous ?**

**Rire est bon pour la santé mentale et physique.**

*Rire favorise une attitude positive pleine d'espoir et diminue nettement le stress.*

*Le rire et l'humour peuvent aider à retrouver calme et sérénité après un épisode d'anxiété marqué.*

*Mais comment rire si en soi le naturel joyeux ou le sens de l'humour est absent ?*

*Méthodes et techniques existent avec le yoga du rire<sup>7</sup>. Né de l'idée originale du Dr Madan Kataria en Inde en 1995, ce phénomène s'est développé au niveau mondial, et des milliers de clubs de rire se sont développés. Grâce à des respirations yogiques (pranayama), le rire est techniquement créé. Le groupe permet de transformer ce rire technique en rire réel et contagieux. Le concept est basé sur un fait scientifique : le corps ne fait pas la différence entre un rire spontané et un rire simulé, les mêmes avantages physiologiques et psychologiques sont ainsi obtenus !*

6 [www.sophrologiesuisse.com](http://www.sophrologiesuisse.com)

7 [www.sagesse-durire.org](http://www.sagesse-durire.org)

## → Poser ses limites

### • Oser refuser, savoir dire non

Les personnes ayant une propension élevée à l'angoisse et l'anxiété ont de la peine à dire non. Souvent sensibles, elles perçoivent les besoins de leur entourage, au point de les anticiper, au détriment de leurs propres besoins. Dire non permet de créer un espace-temps favorable pour soi.

Chacun a le droit de refuser sans culpabiliser ni perdre pour autant « l'amour, la reconnaissance » de l'autre ; peser le pour et le contre d'une demande ou d'un refus ; formuler clairement sa position, sans céder, voire la répéter deux fois ou plus ; ne pas se perdre dans des justifications excessives ou inutiles que l'autre contrecarre pour faire céder ; peser la possibilité d'un compromis sans désavantage pour soi.

*« J'ai besoin de prendre du temps pour moi et refuser des sollicitations trop fortes d'amis ou de la famille. J'ai appris à déculpabiliser lorsque je prends un dimanche en pyjama avec un bon livre ou à visionner une série dans son entier! »*

### • Oser demander

L'affirmation de soi est la capacité d'exprimer ses émotions, ses pensées, ses opinions de manière directe, honnête et appropriée et de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres.

Exprimer clairement son désir courtoisement et calmement, sans tergiverser ni se justifier tout en reconnaissant les sentiments et la position de l'autre ; savoir insister en reformulant sa demande si besoin ; trouver un compromis ou un arrangement.

*« Je n'aimais pas demander un service à un ami, encore moins devoir demander des renseignements dans la rue. Si je recevais une viande trop cuite dans un restaurant je préférais la manger plutôt que dire quelque chose! Grâce à un cours pour m'affirmer, j'ai appris à mieux définir les valeurs qui m'importent et à pouvoir les présenter à l'autre dans des jeux de rôle. Ce n'est toujours pas simple mais j'arrive à mieux me positionner et on ne me marche plus facilement sur les pieds! »*

### • Oser dire ses pensées et ses opinions

Respecter et assumer ses choix tout en écoutant les positions des autres ; pouvoir prendre la parole dans un petit groupe d'abord entre amis et sur des thèmes légers (film, livre), puis dans des plus grands groupes ou devant des inconnus et sur des thèmes plus graves de société ou politiques ; oser poser des questions, intervenir et débattre avec calme...

*« Lorsque j'étais avec les autres, j'avais beaucoup de peine à dire ce que j'aimais ou pas. Au restaurant je disais « je prends comme toi! ». Pour le choix de mes vêtements, je laissais mon mari décider de peur de lui déplaire. Je finissais par ne pas savoir qui j'étais! Petit à petit, j'ai refusé de m'oublier et ai appris à mieux dire ce que j'aime et pense... et à surprendre mon mari! »*

### • Oser s'estimer

Accepter son corps et son image ; mettre la barre à une hauteur que l'on peut atteindre ; changer par petites touches ce que l'on n'aime pas en soi ; ne pas se dévaloriser systématiquement ; ne pas se laisser influencer continuellement par les diverses opinions des autres.

### Techniques d'affirmation de soi

Des techniques d'affirmation et d'estime de soi permettent d'équilibrer et de développer ces habiletés. Elles s'avèrent particulièrement utiles lors d'anxiété et de phobie sociale.

### • Techniques de libération émotionnelle (Emotional freedom techniques) – EFT<sup>8</sup>

L'EFT est une pratique psycho-corporelle fondée aux États-Unis en 1993 par un ingénieur, Gary Craig. Elle utilise les mêmes principes que l'acupuncture, sans les aiguilles, et réaligne en douceur le système d'énergie du corps à l'aide de tapotements sur les méridiens. Des rapports cliniques suggèrent que l'EFT est particulièrement efficace et rapide pour traiter l'anxiété, les peurs et les phobies, les attaques de panique, les traumatismes, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles du comportement, etc., et pour améliorer l'estime de soi.

*« J'ai eu des sacrés problèmes à l'école, stress et manque de confiance en moi. La thérapeute m'a aidé à exprimer mes émotions et donné une technique simple et rapide de tapotements. J'ai pu l'utiliser seul à l'école et cela m'a aidé à rester dans le programme scolaire et m'y sentir plus à l'aise. »*

### • Programmation neuro-linguistique – PNL<sup>9</sup>

Cette approche, mise au point dans les années 1970 aux USA par R. Bandler et J. Grinder, présente nos comportements comme programmés dans le cerveau. Il est possible de reprogrammer les neurones et de créer ainsi des connexions différentes dans le cerveau. C'est une méthode de gestion mentale (observation et décodage des stratégies mentales) amenant une compréhension sur le plan comportemental, psychique et émotionnel.

*« J'ai pris un poste à responsabilité et je dois régulièrement prendre la parole en public. Je souffre d'horribles angoisses et paniques de peur d'être jugé et critiqué! Avec la PNL, le coach m'a fait chanter les critiques sur mon air de musique favori. J'ai cherché les vertus de ma timidité et j'ai trouvé d'autres qualités comme ma créativité. J'ai poussé des cris de Tarzan. J'ai des trucs comme avoir toujours de l'eau à avaler pour me détresser. Je recherche des appuis extérieurs comme le regard d'amis dans le public... et petit à petit ça a marché, je me sens plus à l'aise. »*

8 [www.eft-suisse.ch](http://www.eft-suisse.ch)

9 [www.pnl.ch/college-pnl/faq/](http://www.pnl.ch/college-pnl/faq/)

## → Gérer au maximum le stress

### Le saviez-vous ?

Si le stress est un concept fourre-tout pour désigner un sentiment de malaise, c'est aussi une réaction biologique réelle à une stimulation extérieure physique, psychique ou sensorielle.

Cela débute par une phase de choc-alarme au moment du stimulus « stressant » : le système nerveux réagit en envoyant un message à l'hypothalamus qui agit alors sur la glande médullo-surrénale pour libérer de l'adrénaline. Cette adrénaline fournit à l'organisme l'énergie dont il a besoin pour augmenter le rythme du cœur afin de mieux oxygéner les muscles et les tissus et pour libérer du sucre et des graisses par le foie. C'est un premier stade où la mémoire et la réflexion sont améliorées.

Si le stimulus stressant persiste, la phase de résistance met l'organisme en position d'alarme et de mobilisation pour capitaliser d'autres ressources. Le corps sécrète d'autres hormones, comme l'endorphine, le cortisol, la dopamine ou la sérotonine. Ces hormones stimulent toujours l'organisme pour lui permettre de réagir et trouver un nouvel équilibre. Cependant, si le stress perdure et que les réactions de l'organisme ne suffisent pas à faire face, un épuisement se crée. Les dépenses énergétiques sont trop importantes, les défenses immunitaires s'affaiblissent, la tension est excessive et ce peut être l'explosion de la fatigue, de la colère et même de la dépression.

Chacun va réagir au stress de manière différente. L'organisme peut aussi développer des réactions plus fortes lors de certains états psychiques comme l'anxiété ou lors de certaines périodes de la vie comme la puberté, une grossesse ou la ménopause-andropause, de conflits dans la vie familiale, de couple, ou au travail, de changements de vie importants comme un déménagement, un mariage ou une séparation, lors d'une maladie grave ou du décès d'un proche, de périodes de chômage ou de changement professionnel, pour certains lors d'interventions chirurgicales ou dentaires. Prévenir est alors une bonne tactique.

### • Bouger, faire du sport

Le sport pratiqué régulièrement contribue à diminuer le niveau d'anxiété. En effet, la pratique du sport augmente la sécrétion de la sérotonine et fabrique des endorphines qui ont pour effet de provoquer une sensation de bien-être et d'atténuer le stress, l'anxiété voire d'améliorer l'humeur, de réduire le risque de démence et d'AVC (accident vasculaire cérébral), et ce dès 8 semaines généralement. Certaines gymnastiques ou pratiques psychocorporelles d'origine asiatique, comme le tai-chi, l'aïkido, le qi gong, etc., contrebalancent le stress, les troubles végétatifs et l'anxiété en mettant en harmonie le corps, l'âme et l'esprit.

« Mon anxiété m'empêchait de prendre du plaisir. Le sport m'a permis d'être dans l'instant présent et d'éviter de ruminer mes pensées négatives. J'avais peur de tout, maintenant j'ai davantage la pêche, j'ai retrouvé l'envie d'aller vers les gens.

*J'ai repris confiance en moi. D'ailleurs, plus je bouge, plus j'ai envie de faire des choses. En remettant en route des énergies qui stagnaient, la chaleur se propage dans tout mon corps et me donne une sensation de bien-être. »*

### • Préserver sa vitalité, ralentir le rythme

La vitalité permet à l'organisme de se régénérer. La société occidentale est fortement régie par un temps « accéléré » ; tant de choses se produisent et à grande allure. Beaucoup d'événements sont absorbés physiquement, psychologiquement et émotionnellement. Or, certains ne peuvent être traités et éliminés. L'excédent de toutes ces choses à digérer crée du stress et de l'anxiété.

Respirer simplement mais de manière ciblée est déjà une clé pour gérer efficacement le stress. Le fait de ralentir sa respiration fait baisser le rythme cardiaque tout en augmentant la détente musculaire. Diminuer le rythme de ses activités réduit également souvent le stress.

### Le saviez-vous ?

*Des recherches en psychologie expérimentale ont montré que 60'000 pensées traversent notre esprit chaque jour et que 90 % d'entre elles sont récurrentes d'un jour à l'autre. Or, elles sont principalement négatives, basées sur le jugement, la critique, le reproche, la doléance, le rétrécissement de l'être. Se relaxer et s'ancrer dans le présent permet de s'évader de ce marasme mental.*

### • Se relaxer, diminuer le stress, rester ancré dans le présent

Ci-dessous, des exemples de techniques ayant prouvé leur action positive sur la relaxation et la diminution du stress :

#### • L'hypnose<sup>10</sup>

Loin des spectacles télévisés, l'hypnose médicale vise à induire un état de conscience modifié où l'imaginaire prend le dessus en vue de transformer un contexte négatif en quelque chose de positif. Méthode de relaxation profonde, elle consiste à se déconnecter du monde extérieur et à maintenir le contact avec le thérapeute qui, par la suggestion, guide le patient vers une résolution de ses problèmes. Elle est particulièrement reconnue dans le traitement des phobies ou des stress post-traumatiques.

La simple évocation d'une situation phobogène déclenche déjà une peur anticipatoire. L'hypnose vise à ce que la personne puisse se projeter dans un endroit, une zone de confort d'où elle peut apprivoiser les symptômes stressants. L'hypnose permet de vivre une expérience de relâchement et de bien-être dans son corps en toute sécurité. Ce vécu différent renforce la possibilité d'un changement. L'entraînement permet de se projeter très vite dans cette zone de confort en cas de stress ou d'angoisse (autohypnose).

*« J'ai une phobie de tout espace restreint comme les espaces publics et les*

10 www.irhys.ch

ascenseurs que j'évite de prendre depuis 40 ans! Or je devais passer une IRM et ensuite me faire opérer d'une tumeur, ce qui me paraissait bien impossible. Mon médecin m'a proposé de faire des séances d'hypnose. J'ai pu ainsi créer un "safe place", endroit imaginaire sécurisé, calme, confortable et visualiser petit à petit l'inimaginable: voir la porte de l'ascenseur s'ouvrir et prendre finalement l'ascenseur m'amenant à l'IRM et à la salle d'opération... et je l'ai pris réellement!»

• La *pleine conscience* ou *méditation de pleine conscience*<sup>11</sup> (*mindfulness* en anglais). En 1979, Jon Kabat-Zinn, Docteur en biologie moléculaire aux États-Unis, pratiquant yoga et méditation, a eu l'intuition d'adapter ces pratiques dans un protocole précis, éducatif et préventif pour gérer le stress, appelé MBSR: *Mindfulness-based stress reduction* (réduction du stress basée sur la pleine conscience). La pleine conscience consiste à porter attention au moment présent de façon volontaire et sans jugement. Elle s'intègre à la vie quotidienne et des exercices plus formels permettent de la développer. En voici quelques exemples:

• Portez attention à la respiration: sentez l'air entrant par le nez, remarquez la dilatation de vos poumons alors qu'ils se remplissent d'air et leur contraction à l'expiration. Observez ce mouvement pendant 10 minutes. Les premières fois, vous passerez plus de temps dans vos pensées qu'à rester concentré sur la respiration. Remarquez simplement ces distractions et concentrez-vous de nouveau sur le mouvement de la respiration.

• Observez les pensées: prenez une position d'observateur des pensées qui surgissent et disparaissent dans l'esprit. Constatez simplement l'existence de ces pensées sans vouloir les arrêter ou les traiter. Cette expérience montre que les pensées sont simplement des formations mentales éphémères qui vont et viennent et que vous pouvez être capable de contrôler l'esprit.

«J'observe simplement mes pensées et les images qui passent... comme des nuages dans le ciel. De cette manière, j'évite d'entrer dans le "pédalage" ou la ruminaton.»

• Observez les émotions: comme les pensées, les émotions surviennent et disparaissent. Vous pouvez aussi nommer les émotions et étendre le vocabulaire pour les sentir, les observer et mieux les reconnaître.

• Portez attention aux sensations du moment présent: lorsque vous marchez, prenez une douche ou mangez, portez attention aux sensations et perceptions de cette activité, prenez conscience de l'esprit qui vagabonde et recentrez votre attention sur les sensations et les perceptions du moment présent.

«J'ai connu et connus de gros moments de panique lorsque je suis dans un bus bondé par exemple. Pour éviter de sortir en courant, j'ai pris l'habitude d'avoir

11 [www.mindfulness.swiss](http://www.mindfulness.swiss)

un objet dans ma poche et je me mets à le tâter, le malaxer, à ressentir sans le voir la douceur ou la rugosité de l'objet, ses contours et creux. J'utilise aussi de la musique avec des écouteurs et me concentre sur les sons et le rythme. J'arrive ainsi la plupart du temps à destination.»

• Le *biofeedback* et/ou le *neurofeedback*<sup>12</sup>

Ces techniques visent à **réguler son propre rythme cardiaque** à l'aide des mesures visibles sur écran ou à réguler le fonctionnement de son cerveau grâce à un électroencéphalogramme mesurant, enregistrant et retournant à la personne l'activité électrique des neurones. Le résultat de ces apprentissages est une plus grande capacité à gérer le stress et à se détendre. Dans le cas de l'anxiété, ces techniques offrent l'espoir d'apprendre à mieux la contrôler.

*Melomind TM*<sup>13</sup>

Ce casque antistress est une première solution d'entraînement cérébral à la relaxation, basée sur le neurofeedback et accessible au grand public. Avec ce casque, le sentiment de relaxation des utilisateurs s'améliore de 29 % et l'anxiété ressentie diminue de 13 %.

• *Emotional and physical rebalancing therapy* (EPRTH), *Thérapie de rééquilibrage émotionnel et physique*<sup>14</sup>

L'EPRTH traite les réactions émotionnelles qui sont générées par le centre de survie (hormones dans le cerveau), en utilisant notamment comme technique professionnelle le **balayage oculaire**. Cette technique permet la déprogrammation des encodages émotionnels qui se sont mis en place dans le cerveau, suite à un ou plusieurs traumatisme(s), des stress répétés ou des habitudes prises sur le long terme. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie, mais d'une technique utilisée lors de la relaxation. Il n'est dès lors pas nécessaire de parler.

• *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires*<sup>15</sup>. Cette technique thérapeutique a été inventée par Francine Shapiro en 1989 à Palo Alto. Une expérience traumatique interrompt le fonctionnement normal du traitement de l'information (neurologie et psychologie). La thérapie EMDR stimule les mécanismes neurologiques pour accélérer le «re-traitement» de l'événement traumatique et permettre l'assimilation de l'événement à l'origine du choc. Une réexposition de courte durée est associée simultanément à des séquences de détente et à des stimulations visuelles, tactiles ou sonores lors de l'évocation du souvenir traumatique.

L'EMDR est principalement utilisée dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique. Cependant, cette technique s'avère aussi efficace sur les

12 [www.bioneurofeedback.ch](http://www.bioneurofeedback.ch)

13 [www.melomind.com](http://www.melomind.com)

14 [www.eprth.com](http://www.eprth.com)

15 [www.emdr-ch.org](http://www.emdr-ch.org)

troubles anxieux résultant soit d'un événement traumatique majeur, soit d'une succession de traumatismes répétés (enfance difficile, harcèlement moral, etc.) et se manifestant ensuite par des attaques de panique, des phobies, une anxiété de séparation, une anxiété généralisée, certains TOC, etc.

« J'ai été sévèrement agressé au couteau dans la rue pour un vol de portemonnaie. L'EMDR m'a permis de pouvoir parler et me souvenir de cet événement sans avoir toutes les émotions négatives avec. Et ne plus avoir d'angoisse pour sortir de chez moi. »

#### **Le saviez-vous ?**

##### **Du vert pour le cerveau et le « non-stress » !**

*Des études récentes ont démontré que le doux bruissement des feuilles, la délicatesse des tons de vert, l'odeur de la terre lors d'une balade en forêt ont des effets bénéfiques tant sur le plan physique que psychique. Les phytoncides, substances aromatiques des arbres, éloignent la vermine et tiennent à distance chez l'homme les bactéries nuisibles, renforçant ainsi le système immunitaire. Au niveau psychique, quelques minutes en forêt suffisent à faire baisser nettement le taux sanguin du cortisol et de l'adrénaline, deux hormones du stress. Or, les troubles anxieux sont associés à un taux de cortisol élevé ! Des tests montrent que l'effet optimum peut être obtenu avec un séjour au vert de 20 à 30 minutes, 2 à 3 fois par semaine, soit en marchant, soit en s'asseyant sur une souche. La simple vue d'une forêt par la fenêtre ou de photos d'arbres et de forêts dans une pièce a des effets bénéfiques sur l'humeur.*

## **Rester en lien, s'entraider**

D'après le rapport de l'Observatoire suisse de la santé publié en 2016 sur la santé psychique de la population suisse, 36 % des personnes interrogées disent se sentir parfois, souvent ou très souvent seules. Or, les études sur le rétablissement montrent que le lien social est essentiel pour recouvrer une meilleure santé mentale. A son rythme, selon sa perception de ce qui est juste et lui convient, chacun devrait pouvoir s'insérer dans un réseau de liens sociaux, que ce soit en instaurant ou restaurant des relations – avec son entourage proche, amical, social –, en intégrant des groupes (pairs, soignants, collègues) ou encore en étant actif dans la société en général.

#### **Le saviez-vous ?**

*« Sagesse des grands-mères » : marqueur culturel ou portée universelle ? Au Zimbabwe, le psychiatre Dixon Chibabda a cherché des « relais » pour aider les personnes anxieuses n'ayant pas les moyens de suivre une thérapie. Il a trouvé les grands-mères, « colonne vertébrale, cœur et raison de nombreuses familles zimbabwéennes », les a formées à des entretiens thérapeutiques et*

*à des jeux de rôle. Elles sont désormais assises sur des « bancs de l'amitié » devant les hôpitaux afin d'écouter la souffrance. Après ces entretiens avec les grand-mères, les patients anxieux présentent 4 fois moins de symptômes dépressifs et 5 fois moins de pensées suicidaires.*

#### **• Rechercher l'interaction**

Ne pas se retrouver seul et isolé, prendre soin des relations avec sa famille et ses amis, pouvoir faire appel à quelqu'un dans les moments de nécessité demande un travail de « jardinage » constant.

Pour diversifier ou intensifier son réseau social, il peut être fructueux de suivre des cours ou activités dans un réseau usuel (école, club, maison de quartier) ou de participer au réseau psychosocial du canton à travers diverses associations s'occupant de santé mentale.

Pour tout renseignement, consultez la permanence du conseil psychosocial de Pro Mente Sana.

**• La présence d'un animal** a démontré des effets positifs pour les personnes souffrant d'anxiété : amélioration des nuits et du sommeil, diminution du sentiment de solitude, meilleure gestion de l'anxiété dans les lieux publics. L'animal dont il faut prendre soin donne en retour de l'affection. Certaines personnes ayant besoin de garder le contrôle pourront donner des ordres à l'animal. Par ailleurs, il favorise l'interactivité et la compassion. Les relations entre les personnes s'initient par le biais de l'animal, ce qui contribue à créer une ambiance conviviale où sourires et bonne humeur sont partagés.

#### **• Les groupes d'entraide**

Les groupes d'entraide se sont multipliés depuis les années 1980. Ces groupes permettent aux personnes d'être entendues, de partager leur vécu – d'égal à égal – avec d'autres personnes vivant les mêmes difficultés, d'y trouver un « effet miroir » et de (re)trouver reconnaissance, confiance en soi et autonomie. Certains groupes militent pour défendre une image ne se référant pas qu'à la maladie, préserver des droits ou en acquérir de nouveaux.

*« Je ne suis pas seul à vivre cela... Je n'ai plus besoin d'expliquer dans les détails, je me sens compris plus vite. »*

*« En fréquentant les groupes d'entraide, j'ai compris que mon expérience est précieuse. J'ai commencé à parler et cela a donné de la valeur à ce que j'ai vécu pour en faire une force et non une faiblesse. »*

Des groupes d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux ont essayé de se créer et de fonctionner, mais malheureusement ils ne semblent pas pouvoir durer sur le long terme. Que faut-il en penser ? D'une

part, beaucoup de personnes sont atteintes de troubles anxieux tout en ayant un travail et une famille et ne se définissent alors pas comme ayant un problème à partager ou à traiter. D'autre part, il y a souvent évitement, voire parfois déni. De plus, parler de la situation anxiogène peut s'avérer très, peut-être même trop, angoissant. Cela peut-il expliquer les difficultés de ces groupes d'entraide ?

Les groupes autogérés – fonctionnant grâce à des pairs et sans l'aide de professionnels – sont recensés sur une plateforme suisse<sup>16</sup>. Des centres ou antennes cantonaux informent sur les groupes existants et aident à la création de nouveaux groupes et à leur gestion. (voir adresse p. 105)

Des **groupes à visée thérapeutique** existent aussi. Ils sont alors menés par des professionnels, psychologues ou psychiatres, et ne sont donc pas autogérés par les personnes concernées. Il est possible, en fonction des professionnels, de donner son avis sur les sujets traités au cours des séances (par exemple [www.anxiete.ch](http://www.anxiete.ch)).

Pour tout renseignement, consultez la permanence du conseil psychosocial de Pro Mente Sana.

16 [www.info-entraidesuisse.ch](http://www.info-entraidesuisse.ch)

## THERAPIES SPECIALISEES EN PSYCHIATRIE pour l'approche et le traitement des troubles anxieux

*« Dans la prise en charge des troubles anxieux, la pharmacologie améliore et la psychothérapie renforce les acquis. »*

Pr. Bondolfi

Le trouble anxieux peut s'améliorer, voire disparaître, grâce à une prise en charge adaptée en partenariat avec un professionnel de la santé formé (psychiatre, psychologue, médecin généraliste).

C'est au contact de l'« autre-thérapeute » que la personne peut partager ses ressentis et chercher une transformation. Ce qui importe avant tout, quel que soit le type de soins ou thérapie proposés, c'est le lien thérapeutique, le lien créé entre la personne et le thérapeute, ainsi que la confiance de la personne dans les techniques et compétences du thérapeute.

*« J'ai toujours pensé que j'étais seule à avoir des angoisses. C'est mon médecin qui m'a expliqué qu'un grand nombre de personnes étaient confrontées à des peurs similaires. »*

Actuellement, la psychiatrie apporte le plus souvent une réponse médicale « rapide, efficace et économique » pour traiter les troubles psychiques. Pour les troubles anxieux, des études montrent que les médicaments ont peu d'effet thérapeutique positif, en raison de l'arrêt du traitement dès l'apparition d'un mieux-être. Pour des effets positifs à plus long terme, beaucoup de spécialistes pensent que l'outil de premier choix devrait être la thérapie comportementale.

Un traitement précoce améliore le trouble et sa chronicité, en prévenant une dépression et en évitant une surconsommation d'alcool ou de produits pris en automédication, calmant l'angoisse.

### **Le saviez-vous ?**

*Un diagnostic posé en conformité avec les classifications ne permet pas de prédire si un patient anxieux verra son état amélioré par une psychothérapie, un anxiolytique, un antidépresseur ou une combinaison de ces divers traitements. Ce qui importera dans la relation thérapeute-patient sera tout d'abord de choisir un traitement, le diagnostic pouvant servir alors de justification « a posteriori » du choix.*

*De 1994 à nos jours, le lien entre les groupes de travail cherchant à classer, définir les maladies (DSM-CIM) et les firmes pharmaceutiques proposant des traitements s'est malheureusement trop renforcé, augmentant le nombre de médicaments disponibles et le pouvoir des firmes pharmaceutiques. L'augmentation de la consommation de médicaments est en partie due à l'inflation des diagnostics chez des personnes souffrant de troubles d'intensité modérée.*

La Hollande a des taux de suicide et de consommation d'antidépresseurs inférieurs à ceux de la moyenne des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques). Dans ce pays, lorsqu'un patient consulte pour des troubles dépressifs ou anxieux, le médecin évalue le niveau d'urgence et de gravité puis propose – chaque fois que cela est possible – d'attendre avant de poser un éventuel diagnostic : cette période « préventive » hors diagnostic est accompagnée par du conseil psychologique et une psychothérapie brève, les cinq premières séances étant prises en charge par la sécurité sociale hollandaise. Cette approche permet dans la majorité des cas d'éviter une prescription médicamenteuse.

## → Aspects pharmacologiques et médicamenteux

Pouvoir parler de la médication en toute confiance avec le médecin est essentiel et demande de la part de chacun une écoute et une ouverture à l'autre. La relation de collaboration permet d'individualiser et d'adapter au mieux le traitement médicamenteux. La patience est également indispensable ! Dans le cas où vous voulez arrêter ou modifier une médication, il est préférable de le faire progressivement et avec l'accompagnement de votre médecin.

La médication est un outil intéressant et surtout utile dans la gestion des crises, pour passer un cap aigu ou en soutien d'une thérapie lorsque les pensées sont trop irrépressibles. Les principaux effets recherchés sont la sédation et la relaxation. La médication a surtout des effets sur le court terme et agit sur la partie physiologique de la symptomatologie.

Les médicaments et les psychotropes agissent rapidement en anesthésiant l'angoisse.

- Les **antidépresseurs** sont les principaux médicaments indiqués dans le traitement des troubles anxieux. Parmi eux, les **ISRS** – inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine – sont recommandés en traitement de première intention ou prévention des attaques de panique, des troubles anxieux généralisés depuis plus de 6 mois, de la phobie ou l'anxiété sociale et des TOC. Leur action principale est d'augmenter les taux de sérotonine dans le cerveau (entre les neurones, ce qu'on appelle la fente synaptique). Toutefois, on ne sait pas encore si la diminution de la sérotonine dans le cerveau des personnes souffrant de troubles anxieux est une cause ou une conséquence de l'anxiété.

*Exemple de substances contenues dans les ISRS : la fluoxétine (Prozac) ; la paroxétine (Deroxat, Divarius, Paxil) ; la sertraline (Zoloft) ; le citalopram (Seropram, Celexa) ; l'escitalopram (Seroplex, Cipralex).*

D'autres antidépresseurs sont également indiqués dans le traitement des troubles anxieux ; ils agissent aussi sur les taux de sérotonine, comme la venlafaxine (Efexor) et la duloxétine (Cymbalta), des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

La prégabaline (Lyrica) est une substance qui agit au niveau de plusieurs récepteurs cérébraux et qui module leur activité, ayant, entre autres, pour effet de réduire l'activité excitatrice du glutamate. Son mécanisme d'action reste cependant encore peu compris. Cette substance est indiquée pour le traitement du TAG en deuxième ligne après les antidépresseurs. En troisième ligne, d'autres substances – comme la buspironne – peuvent être prescrites avec des mécanismes d'action divers, si les autres stratégies médicamenteuses ont échoué.

- Les médicaments du groupe des benzodiazépines sont composés de molécules qui agissent sur le cerveau en se fixant sur les récepteurs spécifiques du GABA, multipliant ainsi leurs effets. Avec des propriétés amnésiantes, anxiolytiques, sédatives, myorelaxantes et anti-convulsivantes, ils possèdent l'effet anxiolytique le plus rapide. Ils sont donc souvent prescrits en traitement de première intention dans les situations d'urgence, mais aussi dans l'anxiété réactionnelle, lors de stress post-traumatique, dans l'anxiété généralisée, la crise de panique et lors d'anxiété due à une affection somatique. Ils ne conviennent pas pour le trouble panique.

En raison d'un risque de dépendance, il faut renoncer aux prescriptions de benzodiazépines pour des traitements de longue durée et les éviter surtout chez les jeunes.

*Exemple de benzodiazépines : diazépam (Valium), clorazépate (Tranxilium), bromazépam (Lexotani), alprazolam (Xanax), lorazépam (Temesta), oxazépam (Seresta).*

- Les **bêtabloquants** bloquent l'action des médiateurs du système adrénergique comme l'adrénaline (hormone du stress), régulent le rythme du cœur, gommant les manifestations du stress et atténuent les symptômes physiologiques de l'anxiété (tremblements, palpitations). S'ils sont utiles lors d'anxiété provoquée par une situation donnée, d'anxiété réactionnelle (examen, entretien d'embauche, conférence) ou en traitement d'appoint, ils ne constituent pas un traitement au long cours des troubles anxieux.

*Exemple de substances : propranolol (Inderal).*

- Certains antihistaminiques à propriété sédative peuvent être administrés également pour diminuer les symptômes d'anxiété.

*Exemple : hydroxyzine (Atarax).*

Des symptômes liés à la diminution ou à l'arrêt des antidépresseurs (particulièrement avec la venlafaxine) peuvent apparaître de manière plus ou moins transitoire. Parfois, l'arrêt de la médication pour l'anxiété provoque des symptômes anxieux. Ces symptômes peu dangereux (insomnie, irritabilité, nausées, maux de tête, troubles sensoriels) justifient cependant que la diminution se fasse progressivement.

En revanche, les benzodiazépines peuvent provoquer une vraie dépendance, semblable aux stupéfiants ou à l'alcool, et tout sevrage brusque peut être dangereux. Il doit être conduit de manière très progressive et, si possible, être accompagné par un professionnel.

Des alternatives à la prescription médicamenteuse connues pour leurs vertus anxiolytiques – par exemple le millepertuis, le ginkgo, certaines fleurs de Bach, des préparations homéopathiques – s'avèrent envisageables et précieuses pour traiter des troubles liés au stress, à l'angoisse et l'anxiété. Et cela même sans étude dite scientifique démontrant leur efficacité.

Attention : ces produits dits naturels ne sont pas anodins. Il est recommandé de vérifier auprès du médecin ou du pharmacien, afin de vérifier la posologie et la complémentarité avec d'autres traitements. Ils ne sont pas remboursés par l'assurance de base, contrairement à certaines assurances complémentaires.

Certaines personnes attribuent des effets anxiolytiques au CBD, cannabidiol, un des constituants du cannabis exempt d'effet psychotrope. En Suisse, le CBD est vendu légalement s'il contient moins de 1 % de THC (tétrahydrocannabinol, autre constituant du cannabis ayant un effet psychotrope), dans des produits tels que des succédanés de tabac, denrées alimentaires, cosmétiques, ou produits chimiques. Ils sont en vente dans des kiosques ou des boutiques spécialisées.

Le CBD n'est pas un principe actif autorisé à titre de médicament. Certains médicaments allient CBD et THC, mais ne sont délivrés que sur prescription médicale nécessitant une autorisation spéciale de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

#### **Le saviez-vous ?**

*Spray à l'ocytocine (ou oxytocine) à l'avenir ?*

*L'ocytocine est une hormone dite de l'attachement et du lien social. La production d'ocytocine peut être stimulée par le contact physique et la compagnie des amis, de la famille et même des animaux, ou encore la méditation et l'exercice physique. Elle est produite naturellement par le cerveau après l'accouchement, jouant un rôle pour établir le lien entre le bébé et la mère, ou après les rapports sexuels, renforçant ainsi le sentiment d'intimité.*

*Elle inhibe l'activité de l'amygdale et diminue la peur.*

*Des essais ont montré qu'elle pouvait réduire l'anxiété, la phobie sociale et les*

*symptômes de timidité. Un spray à l'ocytocine associé aux antidépresseurs a été utilisé en 2017 pour le traitement de l'autisme et a amélioré significativement l'anxiété et la dépression.*

*Cependant, en Suisse actuellement, un spray à l'ocytocine sur prescription médicale n'est disponible que pour favoriser l'accouchement et l'allaitement.*

## Aspect psychothérapeutique

La santé a une réalité matérielle, concrète et une dimension affective, symbolique. La thérapie questionne cette dualité. Elle vise un travail de fond et de transformation sur les pensées, les ruminations, l'évitement, etc. Elle offre en outre des bénéfices sur le long terme.

Les thérapies peuvent se faire en individuel chez un psychiatre privé ou sur le mode d'un accompagnement en individuel et en groupe dans des institutions, publiques ou privées, avec des équipes pluridisciplinaires.

Les thérapies, menées ou prescrites par un psychiatre, sont prises en charge par l'assurance maladie de base jusqu'à un certain nombre de séances, que le psychiatre peut prolonger. La thérapie peut être déléguée à un psychologue pour autant que ce professionnel travaille dans le cabinet du psychiatre.

Pour tout renseignement, consultez la permanence du conseil psychosocial de Pro Mente Sana.

## Thérapie cognitive et comportementale – TCC

La thérapie cognitivo-comportementale est considérée comme un instrument des plus efficaces et des plus rapides pour le traitement des troubles anxieux, avec un taux de réussite de plus de 70 % et des effets durables.

Elle aide les personnes souffrant de troubles panique, de troubles anxieux généralisés, de phobie sociale et phobies spécifiques, ainsi que celles atteintes de TOC ou de stress post-traumatique. Les enfants peuvent aussi suivre une TCC pour des phobies scolaires par exemple. Dans le cas des attaques de panique, la TCC permet d'interpréter différemment les symptômes physiques auxquels les personnes réagissent de façon excessive.

La TCC traite prioritairement les symptômes, sans en chercher la cause. Elle est structurée et limitée dans le temps. La durée de ce type de thérapie dépend de l'importance de l'angoisse et de l'histoire de chacun. Dans la majorité des cas, la TCC permet de diminuer l'angoisse quelle qu'elle soit.

## Principes

La TCC s'appuie sur l'«ici et maintenant» et traite le symptôme sans trop questionner le pourquoi de la construction intrapsychique qui a contribué à son émergence. Face aux situations anxiogènes, la TCC aide à :

- combattre les pensées automatiques et à les modifier pour qu'elles influencent positivement le comportement (versant cognitif) ;
- agir sur les comportements inadaptés et à confronter la personne aux situations stressantes (versant comportemental). L'exposition graduelle à la peur ou l'angoisse est un principe très important de la TCC. Le but est d'inciter les personnes à se confronter aux situations et stimuli associés à de l'anxiété au lieu de les éviter.

## Déconstruire les schémas

Sur le versant cognitif, la personne apprend à mieux connaître ses pensées, et notamment celles dont elle n'a que peu ou pas du tout conscience.

La personne anxieuse a tendance à interpréter toute situation de manière anxieuse, sans fondement précis. Dans les troubles anxieux, la perception de la réalité est déformée ; tout est plus gros, plus effrayant, plus puissant.

*Par exemple, les personnes souffrant d'agoraphobie (peur des lieux d'où il serait difficile ou gênant de s'échapper ou d'être secouru) estiment le lieu public beaucoup plus dangereux qu'il ne l'est en réalité, en tout cas dans nos contrées.*

Il s'agit de comprendre comment ces pensées négatives provoquent et maintiennent les angoisses et par conséquent certains comportements. Le but est de prendre conscience de ces schémas cognitifs dysfonctionnels pour les déconstruire, les assouplir et formuler des alternatives plus neutres ou plus favorables. Pour changer de dynamique, il faut que la personne puisse :

- questionner sa pensée – principe de questionnement ;
- trouver une alternative – principe de réalité ;
- être convaincue que cette option est valable – principe de conviction.

Les pensées, émotions et comportements peuvent être analysés à partir de grilles d'évaluation. La thérapie cognitive propose des exercices d'apprentissage et de répétition de la nouvelle pensée. Elle requiert une réflexion approfondie sur soi et le monde, tant au cours de la thérapie qu'en dehors.

*«Je suis agoraphobe et, lors de ma TCC, j'ai appris à questionner le risque! Sans exagération ni catastrophisme : en quoi un lieu public comme les magasins était-il dangereux? J'ai pu apprendre et garder en conscience que le pourcentage réel d'agression dans un tel lieu était rare, qu'il y avait des facteurs de protection comme des Securitas ou l'appel aux pompiers par exemple... et petit à petit je*

*me suis mise à accepter l'existence même d'un risque inné d'aller dans un magasin! Bon, je ne suis pas encore prête à aller dans un magasin trop loin de chez moi ou quand il y a trop de monde comme le samedi, mais ça viendra un jour!»*

## De la pensée à l'action

Le **versant comportemental** consiste essentiellement à confronter la personne au stimulus redouté et permettre ainsi un déconditionnement de ses peurs.

L'exposition aux situations anxiogènes est utilisée comme outil principal : la personne accepte de s'immerger progressivement dans les situations redoutées ou évitées, dans lesquelles elle appliquera les exercices de restructuration cognitive. Le thérapeute est partenaire et accompagne la personne, soit en situation imaginaire, soit in vivo, afin de l'amener à «accepter et vivre le risque» pour s'y accoutumer. Il s'agit de doser ce qui est supportable dans l'exposition et pouvoir augmenter petit à petit la dose. Entre 2 séances, la personne devrait pouvoir continuer à s'exercer seule.

Avec la **thérapie d'exposition**, le souvenir terrifiant se reconstruit dans un environnement sécurisé et la charge émotionnelle en est atténuée. Le «traumatisme» peut être lié à un contexte, à une odeur, un bruit, etc. Ce type de mémoire associative, mécanisme de défense utile pour se rappeler ce qui peut faire mal, se transforme malheureusement en phobie handicapante en se retournant contre la personne. La thérapie d'exposition permet la création d'une nouvelle mémoire associative qui remplacera la mémoire «phobique». Affronter le souvenir traumatique n'est pas anodin. Il s'agit donc d'être persévérant et de toujours répéter les exercices afin d'éviter une rechute dans l'anxiété.

*«Avec mon thérapeute, j'ai mis en pratique le fait d'aller dans un magasin. D'abord en imaginaire : j'ai visualisé le fait de sortir de chez moi, appris à respirer, à chercher des odeurs ou images agréables sur la route pour me décentrer, approcher du magasin... pouvoir y entrer... cela ne s'est pas fait en une fois! Puis, le thérapeute a accepté de m'accompagner à quelques reprises dans la réalité... J'ai dû entre les séances m'exercer seule... c'est un long chemin mais j'y arrive petit à petit!»*

Le principal écueil de l'exposition est l'**évitement**. En effet, la personne cherche dans un premier temps à contrôler les événements en les évitant afin de ne pas avoir à supporter le risque et l'événement redouté.

*«Je suis agoraphobe et afin de ne pas ressentir la panique, je me suis mise à éviter tous les lieux publics, à m'excuser lors de réunion en trop grand groupe... Oui, je ne ressentais plus la panique mais cela est vite devenu intolérable dans mon quotidien et dans mon travail! Voire cela a même aggravé mon angoisse.»*

## L'évitement aboutit à un cercle vicieux

Perception d'un risque → anxiété-angoisse → évitement du risque → diminution à court terme de l'angoisse → apprentissage que le seul moyen de faire face à l'angoisse est l'évitement → aggravation de la difficulté à gérer le risque → perception d'un risque, etc.

La TCC cherche à briser ce cercle vicieux et à proposer un cercle vertueux : perception d'un risque → anxiété-angoisse → confrontation au risque → anxiété à court terme → diminution de cette angoisse lors de l'exposition → apprentissage que l'exposition est possible → augmentation de la capacité à gérer le risque → perception d'un risque, etc.

Il ne s'agit pas de raisonner la personne en imposant une idée, mais de l'aider et l'accompagner à découvrir elle-même le raisonnement. Découvrir ce qui est de l'ordre de l'angoisse « raisonnable » et ce qui est de l'ordre d'une angoisse « désadaptée ».

En résumé : 2 stratégies avec des conséquences bien différentes

### Évitement – déni

*Perception d'un risque*  
= Anxiété-angoisse  
↓  
*Stratégie d'évitement du risque*  
= Rester dans sa zone de confort  
↓  
*A très court terme*  
= Diminution de l'angoisse  
↓  
*A court et moyen terme*  
= Apprentissage que le seul moyen de faire face à l'angoisse est l'évitement.  
Regrets et insatisfaction  
↓  
*A long terme*  
= Aggravation de la difficulté à gérer le risque + augmentation de l'anxiété et de l'évitement, insatisfactions  
↓  
*Cercle vicieux*  
Situation contraignante, dangereuse qui a tendance à empirer.

### Exposition – confrontation

*Perception d'un risque*  
= Anxiété-angoisse  
↓  
*Stratégie d'exposition au risque*  
= Sortir de sa zone de confort  
↓  
*A très court terme*  
= Stress pour se lancer et oser  
↓  
*A court et moyen terme*  
= Apprentissage que l'exposition est possible.  
Satisfaction, perception positive de soi  
↓  
*A long terme*  
= Diminution de l'anxiété par habitude (apprendre doucement à devenir à l'aise avec l'inconfort)  
Augmentation de ses compétences par l'apprentissage  
↓  
*Cercle vertueux*  
Mécanisme de cause à effet qui améliore le système entier.

L'acupuncture est utilisée, avec succès en complément des TCC, afin de stimuler ou calmer des points spécifiques au stress et à l'anxiété.

### Traitement par TCC intensive possible pour des TOC extrêmes aux États-Unis – un exemple

Une mère témoigne de l'arrivée de son fils de 17 ans dans une des cliniques du Rogers Behavioral Health (USA) pour un programme thérapeutique pédiatrique spécialisé. Un bilan à l'arrivée est effectué pendant lequel il lui est demandé de hiérarchiser ses TOC, du moins pire au pire. A la suite de quoi, le traitement de TCC « exposition en continu » commence dans cet hôpital de jour, de 8 h à

15 h 30, pendant 7 semaines. Au début du traitement, les expositions prennent en compte les TOC les plus légers ou handicapants pour petit à petit, par paliers, considérer les TOC les plus contraignants. Après la journée d'exposition dans la clinique, le fils a des devoirs à faire chez lui, afin de continuer à s'exposer aux situations générant les TOC. Lorsque des améliorations sont observées, des sorties, accompagnées par le thérapeute, sont organisées afin que le fils puisse continuer à s'exercer.

*«Je souffrais de TOC liés à la peur de subir un contrôle mental, donc de tout ce qui était susceptible de pouvoir "m'hypnotiser", par exemple des lumières clignotantes, des objets qui se balancent, des regards fixes, des dessins de spirales, etc. Aussi comme devoir, j'ai dû, après la journée à la clinique et accompagné de ma famille, passer dans un cabinet d'hypnose pour avoir des informations sur ce type de traitement. Ou, le soir, ma famille accrochait des objets oscillants ou des dessins de spirales dans ma chambre, ou encore me faisais des tours de magie avec une "baguette magique". Tout cela avec des instructions précises sur la durée de l'exposition et avec des "trucs" pour m'aider à m'habituer. Petit à petit mon anxiété a diminué et mes TOC aussi.»*

Tous les matins, une réunion entre le patient, le thérapeute et la famille est organisée pour faire le bilan des devoirs. En effet, cette clinique structure aussi les parents, qui aident leur enfant à gérer son anxiété selon des protocoles appris à la clinique. Une fois par semaine, les parents bénéficient d'une thérapie familiale et d'un atelier sur la gestion des TOC. Ils peuvent aussi être présents pendant le travail d'exposition à la clinique. L'enfant étant mineur, un rendez-vous avec le psychiatre est mis en place pour parler de la médication. La mère témoigne que les TOC extrêmes du début sont passés à TOC légers, puis à modérés lors du bilan de sortie.

De retour en Suisse, son fils a pu suivre sa scolarité au collège et obtenir une maturité, de même que le permis de conduire. Il est maintenant inscrit à l'Université et il arrive à suivre une vie dite normale en gérant ses TOC, grâce à la boîte à outils acquise à la clinique.

**Et en Suisse romande ?** Convaincue par l'excellence de ce programme, cette mère se mobilise avec d'autres parents pour que ce traitement intensif soit mis en place en Suisse romande à l'intention d'enfants et de jeunes souffrant de TOC sévères. En cas de besoin, prendre contact avec AETOC et Toc-Passerelles (adresses p.103).

## ➔ Thérapie d'acceptation et d'engagement – ACT

L'ACT, développée par le psychologue américain Steven C. Hayes et ses collègues, est la troisième vague actuelle des TCC (d'abord comportementales, puis cognitives) proposant un modèle dit intégratif, contextuel, qui vise moins à modifier les pensées qu'à intégrer les apports de la pleine conscience. Elle cherche à accepter et faire avec l'anxiété plutôt que de supprimer l'état anxieux.

Des schémas précoces inadaptés et des idéaux exigeants entraînent l'anxiété, de même qu'une certaine rigidité psychologique axée sur le passé, des ruminations et une crainte de l'avenir. L'ACT travaille alors sur la flexibilité psychologique; elle recherche la capacité d'être en contact avec les émotions et les pensées du moment présent, tout en maintenant ou changeant son action afin de poursuivre ses objectifs ou ses valeurs.

*«J'accepte de vivre des événements privés indésirables, il est plus important de poursuivre ce que je désire dans ma vie.»*

En favorisant des habiletés/compétences dites de pleine conscience et en clarifiant les valeurs importantes et significatives pour la personne, l'ACT permet à chacun d'améliorer sa qualité de vie et de poursuivre ses objectifs de vie.

### Six processus cognitifs pour une flexibilité psychologique

1. Rester en contact avec le moment présent/être présent  
Être psychologiquement présent, avoir conscience de l'ici et du maintenant, avec ouverture, intérêt et réceptivité.
2. Défusion/désamorçage cognitif  
Observer ses pensées sans être gouverné par elles. Observer les pensées à mesure qu'elles vont et viennent sans attacher de sens ou de jugement. Apprendre à prendre du recul par rapport à des pensées, des inquiétudes et des souvenirs qui n'aident pas.
3. Acceptation  
Être prêt à vivre des pensées difficiles. Permettre aux pensées et émotions négatives d'aller et venir sans lutter contre elles et sans se laisser submerger. Garder un esprit d'ouverture à tout ce qui arrive.
4. Soi comme contexte, se penser dans une perspective  
Observation de soi, conscience pure des pensées, des comportements, des humeurs.  
Se percevoir comme perméable aux changements induits par le temps et l'expérience. La pratique de la pleine conscience permet de développer ce soi observateur au lieu d'un soi pensant, ruminant.

## 5. Découvrir ses valeurs, se donner une direction

Repérer ce qui est vraiment important pour soi ; savoir ce qui compte dans sa vie, ce qui peut guider ses comportements.

## 6. Accomplir des actions, s'engager

Accomplir des actions – mentales et physiques – efficaces qui soient guidées par ses valeurs. Se fixer des objectifs et les mettre en œuvre de façon responsable.

### **Le saviez-vous ?**

*La réalité virtuelle : innovation prometteuse*

*60 à 80 % des personnes souffrant de phobies ne sollicitent pas les professionnels et 25 % refusent la thérapie en situation réelle, thérapie jugée trop éprouvante et anxiogène !*

*La réalité virtuelle, sorte de jeu vidéo grandeur nature, remplace le in vivo par des images de synthèse dans un environnement plus souple et plus contrôlable. C'est donc une économie de temps et d'argent, d'autant plus que le matériel devient de plus en plus accessible. Les premiers essais thérapeutiques datent de 1992. La technique de réalité virtuelle correspond à une évolution de notre monde actuel et à la révolution informatique. Elle demande un intérêt du thérapeute pour l'informatique et la gestion de programmes. En effet, le thérapeute peut créer lui-même des programmes adaptés à la demande des personnes qu'il suit. Un jeu vidéo comme le gNats Island a été conçu en 2011 par des chercheurs britanniques pour améliorer la communication et la prise de contact avec des jeunes atteints d'anxiété : il s'agit de traquer les gNats, des sales bestioles symbolisant les pensées négatives.*

*Des études préconisent ces séances de réalité virtuelle pour venir à bout de phobies spécifiques, d'agoraphobie, de phobie sociale, de TOC et TAG. Elles s'avèrent également utiles pour le traitement du SPT (syndrome de stress post-traumatique), des troubles alimentaires et se développent pour le traitement des addictions et celui de la schizophrénie.*

*On observe de bons résultats au bout d'une dizaine de séances. 3 à 4 séances sont consacrées à l'apprentissage de techniques de relaxation et 6 à 7 séances aux exercices pratiques d'exposition dans la réalité virtuelle. Dès 10 à 15 minutes de confrontation virtuelle, la personne apprend que l'anxiété n'est qu'une émotion temporaire qui peut être gérée : elle a de moins en moins peur et retrouve confiance en elle. Parallèlement à la démarche virtuelle, et afin de consolider ses acquis, la personne est amenée à les tester dans une situation réelle. Le thérapeute assurera le suivi.*

*La réalité virtuelle a plusieurs avantages. Elle permet notamment de :*

- créer de manière virtuelle des situations, pas toujours accessibles ou faciles à trouver dans la réalité extérieure ;*
- tester et répéter « à l'infini » dans un lieu sécurisé ;*

*· prendre le risque d'avoir une attaque de panique sans le sentiment de honte face à un public.*

*Exemples :*

*Se promener dans un environnement plein d'araignées et de serpents virtuels. Prendre de manière virtuelle un ascenseur et monter d'abord au 5<sup>e</sup> étage puis par étapes jusqu'au 20<sup>e</sup>.*

*Tenter de se balader sur l'avant-toit transparent d'un gratte-ciel ou sur une passerelle entre deux immeubles.*

*La personne affronte la situation anxiogène en simulation via un casque de réalité virtuelle. Les séances se font au rythme de la personne, avec l'objectif d'augmenter progressivement la difficulté et l'exposition au danger. En accord avec le patient et selon son comportement, le thérapeute manipule le danger dans cette réalité virtuelle.*

*Exemples :*

*Faire varier le nombre d'araignées dans la pièce, la grosseur de ces araignées. Mettre ou enlever les barrières sur l'avant-toit de l'immeuble ou sur la passerelle.*

*Pour calmer l'anxiété lors de la simulation, la personne utilise les techniques de relaxation préalablement acquises et peut toujours compter sur le soutien du thérapeute.*

## Psychothérapie psychodynamique

Comme il a été dit précédemment, la TCC traite les symptômes anxieux avec des résultats relativement rapides, sans pour autant prendre en considération les causes du problème.

Si le besoin se fait sentir de rechercher ces causes, une psychothérapie psychodynamique est plus indiquée. Cette thérapie est principalement influencée par la psychanalyse de Freud ; elle fait appel au concept d'inconscient et questionne l'origine des problèmes dans les conflits irrésolus de l'enfance. Le travail thérapeutique se fait dans le cadre d'une relation de confiance établie entre le patient et le thérapeute et peut durer sur plusieurs années.

*Exemple : Prenons le cas d'une peur irraisonnée, d'une phobie des chiens empêchant de sortir de chez soi.*

*La TCC permettra à la personne, d'une part, de modifier le message du cerveau sur la dangerosité des chiens – qui ne concerne pas tous les chiens – et d'autre part, d'acquérir des techniques qui l'aideront à s'exposer petit à petit sans crainte, en regardant des photos de chiens, en allant voir des chiens dans un refuge, en sortant accompagnée, etc. L'objectif final sera de modifier le comportement de la personne et de lui permettre de sortir.*

*La thérapie psychodynamique, quant à elle, tentera de comprendre pourquoi la personne a peur des chiens : quelles attitudes les parents ont-ils eues vis-à-vis des chiens, quels messages ont-ils transmis, que s'est-il passé dans l'enfance, y a-t-il eu un trauma à cause d'un chien à un moment donné, etc. ? L'objectif sera de questionner et modifier la personnalité, son « essence ».*

*Remarque : Pour toute question relative aux différents types de psychothérapies, à leur but, comme à leur remboursement ou aux acteurs du domaine, Pro Mente Sana association romande a édité une brochure « Psychothérapies », téléchargeable sur le site [www.promentesana.org](http://www.promentesana.org), sous brochures thématiques, ou disponible gratuitement sur simple demande en envoyant un email à [brochures@promentesana.org](mailto:brochures@promentesana.org) ou en appelant au 0840 000 040.*

#### **Le saviez-vous ?**

*Depuis peu, il est possible de traiter l'anxiété et d'autres troubles psychiques grâce à l'utilisation de substances psychédéliques telles que le LSD ou la MDMA : c'est la psychothérapie psycholytique. Contrairement à ce qui est largement admis, ces substances ne sont pas addictives.*

*Comment cela fonctionne-t-il ?*

*Avant une séance psychédélique, le psychothérapeute évalue si la personne est apte à recevoir ce type de traitement, en vérifiant s'il n'y a pas de contre-indications (psychose, instabilité, etc.). Puis, dans un cadre thérapeutique sécurisant, la personne consomme ces substances et entre dans un état de conscience modifié profond, les espaces traumatiques bloqués par le mental et/ou l'ego sont alors accessibles. Le thérapeute l'accompagne tout au long de ce « voyage » qui peut durer de 30 minutes à 12 heures et effectue un suivi rigoureux de la personne dans les semaines suivantes.*

*L'imagerie cérébrale a démontré que la prise de substances psychédéliques modifiait la communication entre différentes zones du cerveau. En outre, cela le ferait basculer vers un mode cognitif plus primitif et s'accompagnerait d'une pensée plus créatrice et flexible. Cependant, ce mode de traitement peut s'accompagner d'une telle remise en question pour la personne que c'est plutôt un déséquilibre qui s'ensuit.*

*Cette pratique est actuellement soumise à un contrôle strict : les autorisations sont délivrées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et au compte-gouttes. Il faut prouver à l'OFSP que les divers traitements médicamenteux et thérapeutiques instaurés n'ont pas donné d'effets satisfaisants et que la souffrance de la personne est grande.*

## **Importance de prévenir l'anxiété**

Les thérapies abordent le traitement et les soins de l'anxiété, une fois que celle-ci est devenue handicapante et invalidante dans le quotidien. La prévention cherche à déterminer ce qui se passe avant la survenue d'une situation anxiogène et à établir quelles sont les situations anxiogènes afin de mettre à disposition des outils pour rester attentifs et vivre moins d'anxiété. Nous avons présenté précédemment des outils accessibles à tous qui permettent de prévenir l'anxiété : hygiène et qualité de vie, respiration et détente, pose de limites, gestion du stress, nécessité de maintenir des liens et de trouver de l'entraide, thérapies.

#### *· Psychoéducation et éducation thérapeutique du patient (ETP)*

La psychoéducation s'est développée initialement pour les proches des malades dans les années 1950 et, dès 1980, à l'intention des personnes vivant avec des troubles psychiques. Les termes d'éducation thérapeutique et de psychoéducation sont utilisés pour décrire un processus d'apprentissage par lequel la personne – ou ses proches – acquiert des informations et des compétences pour faire face à la maladie psychique.

Dès 2000, l'OMS a mis en place des programmes ETP donnant lieu à une méthodologie.

Ces programmes s'appuient sur l'acquisition et le maintien d'auto-soins et sur la mobilisation de compétences basées sur le vécu et les expériences antérieures de la personne. Il s'agit aussi pour la personne de clarifier son identité et se réapproprier son pouvoir.

Il est donc nécessaire d'aborder de manière individuelle ce qui est utile à la personne, de piocher dans cette boîte à outils afin de trouver les moyens personnalisés à employer dans les situations d'anxiété intense.

*« J'ai commencé à écrire dans un cahier ce qui se passait chaque fois que je vivais une angoisse insupportable. J'ai pu ainsi mieux déterminer où, comment, ce qui se passait et changer, modifier les outils pour ne pas m'empêcher de faire ce que j'avais envie. »*

*« Lorsque je suis très angoissée, je me gratte inconsciemment jusqu'au sang. Ce sont mes proches qui me font prendre conscience de ce que je fais... »*

### Le saviez-vous ?

Voici un acronyme utile face aux troubles anxieux : **STOP** pour

**S'**arrêter,  
**T**emporiser, prendre quelques respirations,  
**O**bserver ce qui est en train de se passer « ici et maintenant »  
(sensations, pensées, émotions et élargir son champ de conscience),  
**P**oursuivre ou refaire une Pause en se connectant à l'expérience dans l'instant présent.

Cette « auto-observation » est utile pour conjurer l'angoisse.  
Des activités pouvant décentrer l'attention de l'angoisse peuvent s'ajouter au point O : regarder les gens et observer leur coiffure, suivre une conversation autour de soi, écouter de la musique, se connecter aux odeurs présentes dans l'environnement, lire, écrire, etc.

MOODPATH<sup>17</sup> est une application gratuite, en anglais, tout à fait recommandable pour la prévention et le dépistage des troubles anxieux et des épisodes dépressifs. Il s'agit d'un journal de bord permettant de noter ses états d'humeur et par là de mieux prévenir l'anxiété<sup>18</sup>.

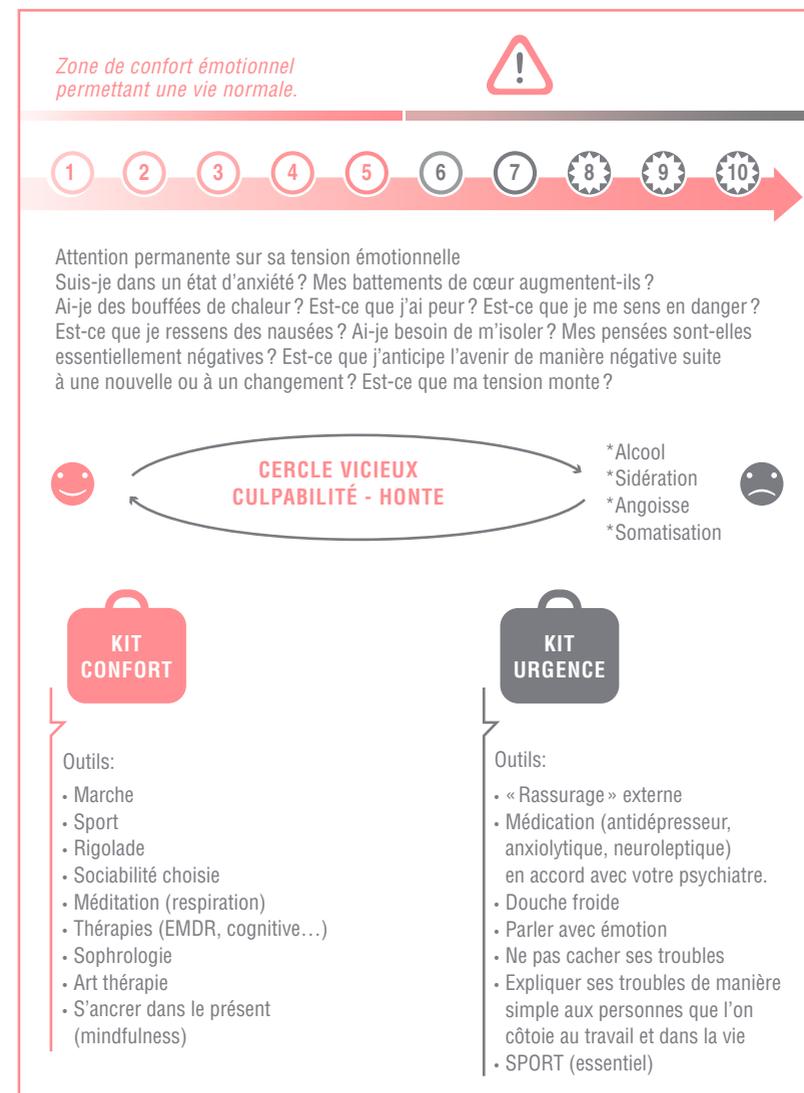
### Présentation d'une prévention personnalisée des troubles anxieux à partir d'une échelle de tension émotionnelle

Dans le cadre de la permanence psychosociale de Pro Mente Sana, alors que la brochure sur les troubles anxieux était en cours d'écriture, un appel de M. Chéry – souffrant de troubles anxieux généralisés (TAG) – apportait un témoignage édifiant avec son échelle de tension émotionnelle qu'il utilise quasi quotidiennement. Cela lui permet de mieux connaître et gérer ce trouble et le place à la fois dans une vision tant curative que préventive. Il a pu définir son kit confort et son kit d'urgence. Il nous offre un résumé exemplaire de son approche dans le tableau – en couleur à la page suivante (p. 89) – qu'il placarde sur son réfrigérateur, comme un appel à la vigilance.

17 [www.mymoodpath.com/en/](http://www.mymoodpath.com/en/)

18 Hess C.W., « Quel est au juste notre savoir » et « Du vert pour notre cerveau », in *Revue Le Cerveau*, 3/2019.

Échelle de tension émotionnelle d'une personne souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée.<sup>19</sup>



Exemple par Fabien Chéry : Lorsque je suis dans une zone de confort émotionnel, j'utilise mon « kit confort » afin de maintenir cet état. En revanche, quand je me sens basculer dans un état d'anxiété plus important, voire intense, je mets en place mon « kit d'urgence », qui m'aide à enrayer les manifestations physiques et psychiques.



## → Se rétablir

*Je suis une personne pas une maladie!*,  
livre de Luc Vigneault et collectif

*«Le rétablissement est un processus et non un point final ou un résultat. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face. Être en rétablissement signifie que je sais que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer et de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente et en acceptant ce que je ne peux pas faire, je découvre ce que je peux être et ce que je peux faire.»* Patricia Deegan (1997)

Le terme *recovery* (adopté du vieux français *recovrer* et du latin *recuperare*) se traduit par guérison, rétablissement ou recouvrement de la santé. Dès les années 1990, un mouvement y est associé qui s'est développé aux États-Unis et dans les pays anglo-saxons. Les tenants du *recovery* affirment qu'il est possible de se rétablir de maladies psychiques graves, de vivre bien tout en ayant une maladie, et que le préjugé selon lequel une personne malade est condamnée à le rester toute sa vie est infondé. Personne ne peut, ni ne doit jamais être réduit à ses troubles ou difficultés. Toute personne – même souffrante – reste porteuse de compétences, de ressources, de désirs, de besoins, de tendresse, de possibilités... et d'une irréductible humanité. Et peut donc vivre une vie pleine et heureuse, avec ou sans troubles psychiques.

Pour être soi, il ne faut donc pas laisser la maladie prendre toute la place dans sa vie, ne pas se réduire à des symptômes. Pour être en bonne ou meilleure santé, il convient d'une part d'utiliser les outils vus précédemment et, d'autre part, de se définir avec des valeurs subjectives comme :

- le sentiment d'être reconnu et de se sentir utile,
- le sentiment d'avoir le pouvoir d'agir face aux difficultés,
- le sentiment de donner du sens à ce qui est vécu, soit en acceptant une certaine réalité pour en faire quelque chose, soit aussi en s'opposant à un diagnostic médical pour se décrire autrement dans son histoire,
- le sentiment d'espoir pour construire son devenir.

La personne devient ainsi experte de son vécu et de sa vie, de ses expériences.

*«Parfois j'ai dû revenir en arrière après une grande crise d'angoisse, m'arrêter, comprendre, me confronter à ce désagréable en moi... et cela m'a ensuite permis de mieux aller de l'avant, de me donner le temps de reprendre ce que je savais et ne faisais plus : respirer, me détendre et ce tous les jours, pas seulement quand ça ne va pas. J'ai ainsi acquis l'expérience que je peux toujours traverser ces moments et en faire quelque chose de positif!»*

Depuis peu, le concept de rétablissement se développe en Suisse :

- Collèges de rétablissement : ce sont des lieux pédagogiques proposant des échanges entre diverses personnes (malades, proches, professionnels et toute personne intéressée) autour d'un thème afin de créer une réflexion et la construction d'un co-savoir à partir de l'expérience et du vécu. Pro Mente Sana association romande porte une expérience pilote (2019-2021) dans le canton de Genève et désire étendre les collèges de rétablissement à d'autres cantons romands. [www.recoverycollege.ch](http://www.recoverycollege.ch)
- Pairs praticiens en santé mentale (PPSM) : ces personnes ont vécu l'expérience d'un trouble psychique et le processus de rétablissement. Ils ont suivi une formation pour communiquer sur la maladie et le rétablissement. L'expérience personnelle de la maladie psychique est ainsi validée et transformée en compétences professionnelles. A terme, le PPSM peut apporter son expérience au sein de la psychiatrie ou du travail social ou encore dans l'animation de groupe. Il peut également être chercheur, formateur ou coach individuel. Son implication diminue le recours aux urgences, augmente la capacité des personnes à gérer leur propre santé et génère chez ces dernières un degré de satisfaction plus élevé. Ce savoir expérientiel complète le savoir des professionnels et favorise une culture de l'espoir et du rétablissement. En collaboration avec la CORAASP et la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), Pro Mente Sana propose depuis 2013 une formation certifiante de pair praticien en santé mentale. Les PPSM formés se sont regroupés dans une association ([www.repairs.ch](http://www.repairs.ch)).

## TEMOIGNAGE

« Pairs praticiens » poème par Niamh Fahy

*En étant Pair Praticien  
On n'est certes pas Magicien  
Mais susceptible de mieux Comprendre  
Que par d'autres façons d'Apprendre...*

*Apprivoiser la souffrance  
La transformer en Expérience.*

*Ramasser les débris épars  
Et en faire une œuvre d'art.*

*Quitter la honte et sa brûlure  
Prendre conscience de ses Blessures.*

*Trouver la force de les panser (penser!)  
Les traverser, se relever*

*Sortir de l'isolement  
Et de son Enfermement,*

*Reconnaître ses Besoins  
Et s'assurer d'en prendre Soins*

*Identifier ses envies  
Pour les offrir à la Vie*

*Mais tout ça, ça prend du temps  
C'est un sacré Cheminement  
Qui nous amène à grandir, et, petit à petit, nous rétablir*

*Alors, psychoses, toxes ou dépressions  
Refusons la stigmatisation  
Car pour faire face au trouble mental  
Il faut un courage MonuMental*

*Et nous les Pairs Praticiens,  
Si on n'est pas des Magiciens,  
On contribue à faire du bien  
Et ça, ce n'est pas Rien!*

## LES TROUBLES ANXIEUX AFFECTENT AUSSI LES PROCHES



Illustration de F. Bonny, 2019

Les angoisses vécues de manière excessive bousculent les relations et n'épargnent pas les proches, au sens large, qui peuvent éprouver des sentiments de culpabilité et de responsabilité. Un cercle vicieux (codépendance) risque de se créer lorsque les angoisses ou le bien-être des uns dépendent de l'état psychologique de l'autre et vice versa. L'espoir et l'optimisme sont des facteurs importants qui apportent la motivation et la persévérance nécessaires pour surmonter les angoisses.

Les proches peuvent apprendre à développer une relation positive et nourrir une attitude bienfaisante. Se procurer des informations sur la maladie, chercher des solutions en faisant partie d'un groupe d'entraide ou de psychoéducation, entreprendre une thérapie de soutien s'avèrent être autant de ressources utiles pour trouver leur propre équilibre.

Lorsqu'un proche est confronté à la maladie psychique d'un membre de son entourage, il doit faire face à de nombreux défis : la stigmatisation de la maladie psychique, la souffrance de la personne concernée ainsi que la sienne, le déni, le traitement, les rechutes mais parfois aussi les procédures administratives (AI, assistante sociale, etc.).

Il est normal d'être inquiet ou de se sentir seul, en colère face à l'incompréhension ou au manque de soutien. Parfois, le proche prend beaucoup sur ses épaules, se sentant responsable de la personne concernée et voulant l'aider à tout prix.

*«Je forme un couple à trois : moi, mon mari... et l'angoisse!»*

Dans le cas des troubles anxieux, la personne essaie d'éviter les situations anxiogènes. Le proche, naturellement poussé à vouloir diminuer la détresse de l'être cher, peut devenir, malgré lui, complice de ces comportements d'évitement, confortant ainsi la personne dans sa perception d'un monde dangereux. Or, le comportement d'évitement, renforcé par chaque action évitée, mène la personne dans un cycle infernal dont elle ne voit plus comment sortir. Elle peut ainsi devenir à la fois tyran et dépendante d'autrui.

*«Notre sœur a peur d'aller faire ses courses ? On y va pour elle ! Elle a peur de conduire ou prendre des transports en commun ? On se transforme en chauffeur personnel et on l'emmène où elle veut en voiture.»*

Comment faire ? Il peut être utile de réfléchir à faire, non pas à la place de la personne, mais avec la personne. L'accompagner dans ses démarches pour aller mieux, ses déplacements, essayer de l'aider dans la déconstruction de ses comportements d'évitement. La bousculer tout en la laissant aller à son rythme, sans entreprendre quoi que ce soit contre sa volonté.

*«Nous avons accompagné puis encouragé notre sœur à aller petit à petit faire ses courses chez un commerçant du quartier sympathique. Nous l'avons félicitée lorsqu'elle y arrivait et lorsque cela était trop difficile, nous l'avons à nouveau accompagnée.»*

Bien que cela ne soit pas toujours facile, il est utile de faire preuve de compréhension envers la personne et sa souffrance réelle, engendrée par ses troubles anxieux. Il est nécessaire de se renseigner sur le trouble anxieux afin de mieux comprendre la maladie et son fonctionnement, d'une part, et de remettre en question ou d'ajuster son propre comportement, d'autre part.

Il convient également de faire preuve de patience. Chacun progresse à son rythme. Certaines personnes pourront obtenir des résultats plus rapidement que d'autres.

Adopter une attitude bienveillante et d'encouragement sera plus productif que de critiquer, forcer, humilier ou culpabiliser la personne.

Ne pas rendre sa présence et son aide indispensables et viser la plus grande autonomie possible. Accompagner pas à pas, comme lorsqu'on apprend à faire du vélo. Avant de rouler sur deux roues, il y a le tricycle ou les 2 petites roues ajoutées sur la roue arrière.

Il est aussi primordial de faire ensemble des activités valorisantes dans lesquelles il n'y a pas d'anxiété. Personne ne peut se résumer à ses difficultés, il y a toujours en soi une partie vivante et saine. Partager ces expériences positives permet de reprendre confiance et espoir. En outre, il appartient à la personne de prendre en charge sa maladie. Pour cela, elle peut faire appel à des professionnels. Le proche ne devrait pas se focaliser seulement sur la maladie et ses aspects négatifs.

Changer son comportement envers l'autre remet en question l'équilibre de la relation, pouvant provoquer tensions ou rupture. Ne plus vouloir faire à la place de l'autre « comme d'habitude » risque d'être source d'incompréhension, voire d'être interprété comme une injustice ou une trahison. Le dialogue permet de définir une stratégie conjointe pour mettre en place ce changement progressivement. Dialoguer permet de prendre sa place de proche et d'expliquer ses raisons et ses limites.

*«Je ne t'abandonne pas, je serai toujours avec toi, mais je ne peux continuer à prendre en charge cette angoisse qui ne m'appartient pas, j'ai besoin de faire autrement.»*

*«Je crois que les autres m'aimaient plus que je ne m'aimais moi-même. Leur peur et crainte pour moi étaient tellement contagieuses que j'ai choisi de m'éloigner d'eux physiquement pour avoir mon espace de bien-être et pouvoir être en dehors de leurs jugements et attentes. Nous n'avons pas réussi à faire que leur espoir et confiance soient contagieux et positifs.»*

Le proche peut avoir un rôle « préventif » en signalant – sans forcément les prendre en charge – des comportements, des attitudes plus prononcés et/ou plus fréquents que d'habitude : plus d'anxiété ou plus de difficulté à se calmer par exemple. Faire part à l'autre de ses observations et de ses ressentis va l'aider à se questionner, à prendre conscience de certains blocages ou régressions et lui permettre de demander de l'aide si nécessaire.

Penser à soi est essentiel. Souvent le proche en arrive à s'oublier, à s'éloigner de ses propres désirs et envies afin d'apporter le plus d'aide possible, se soumettant aux désirs et dictats de l'autre.

*«Mon mari est tellement angoissé à l'idée de partir de chez lui que finalement nous ne prenons plus de vacances!»*

« J'avais désormais un excellent prétexte pour me dispenser d'aller à tel ou tel endroit, et j'ai fait subir à mon entourage l'excuse de l'agoraphobie. »

Savoir dire non est nécessaire pour les proches ; vouloir être présent pour l'être cher ne signifie pas nécessairement l'oubli de soi. Il est tout aussi important de prévenir et de mettre au point des stratégies : solliciter l'aide d'autres personnes, diversifier les contacts téléphoniques en cas d'urgence.

Il semble utile de faire la distinction entre aide et codépendance (selon la méthode des AA et des AI-Anon, proches des personnes alcooliques). Accompagner quelqu'un dans la maladie ou vivre à ses côtés n'est pas chose aisée, il faut trouver le juste milieu entre codépendance et aide.

#### La codépendance, c'est...

...faire à la place de l'autre et se sentir responsable de lui.

« Je suis si inquiète qu'il fasse une crise d'angoisse, que je sens qu'il est de mon devoir de faire ce que je peux pour éviter ça. »

...vouloir tout contrôler et avoir le sentiment de ne jamais en faire assez.

« Je m'épuise à penser à tout, à tout anticiper pour éviter à mon fils de ressentir de l'anxiété et j'ai souvent le sentiment que je pourrais faire mieux. »

...se sentir exister dans les rapports à l'autre et être désœuvré en dehors de la relation d'aide.

« Dans ma vie de tous les jours, j'ai besoin de savoir que ma femme va avoir besoin de moi, sans quoi, j'ai le sentiment que mon existence ne rime à rien. »

...aller au-delà de ses limites sans tenir compte de ce que l'on ressent et, ainsi, accumuler du ressentiment et/ou aider jusqu'à en tomber malade.

« Ça faisait quelques semaines que mon amie me parlait tout le temps de ses angoisses, j'étais toujours disponible pour un appel, même la nuit ou tard le soir. J'avais mal à la tête et je me sentais surmenée... mais je serrais les dents, elle avait besoin de moi. »

« Je suis devenue le médicament anti-angoisse de mon compagnon, dès que je ne suis pas là, son angoisse remonte. Je suis épuisée. »

#### Alors que la relation d'aide permet...

...d'assumer des responsabilités envers autrui tout en sachant dire non.

« Mon conjoint a des angoisses quand il est au travail. A une époque, il m'appelait jusqu'à 12 fois pendant la journée, alors que j'étais au travail. Je commençais à avoir des remarques de mon patron et de mes collègues. C'est alors que j'ai pris conscience que ça n'était pas normal. Je lui ai dit que j'étais là pour lui mais que je ne pouvais plus constamment le rassurer, qu'il avait peut-être besoin de l'aide d'un professionnel. »

...d'aller bien soi-même pour pouvoir aider l'autre

...de respecter ses limites ainsi que ses besoins et rester en contact avec ses sentiments.

« La pratique du yoga m'a appris à me recentrer. Je suis plus à même de sentir

quand une situation me demande plus que ce que je suis capable d'offrir. J'y mets donc tout de suite un terme. »

...de prendre du temps pour soi, faire des activités plaisantes et valorisantes

« J'aime faire de la marche seule en forêt, c'est la détente assurée! »

« Aller jouer au volley avec mon équipe tous les samedis me permet de décompresser et de rire, c'est le meilleur remède à mes tracas. »

...de lâcher prise et laisser l'autre grandir, lui faire confiance.

« Ma cousine traverse une période difficile. Elle sait qu'elle peut compter sur moi mais je sais qu'elle s'en sortira, elle est déjà sur la bonne pente. »

Il est important d'exprimer ses propres ressentis, ses besoins et de pouvoir être entendu, compris.

- Il existe des groupes d'entraide pour les proches de personnes vivant avec un trouble psychique.
- Le travail fait par les proches aidants est de plus en plus valorisé sans être toutefois complètement reconnu. Des groupes et sites sur ce thème existent.
- Une thérapie de soutien – consulter soi-même un professionnel – peut être un atout pour s'octroyer un rendez-vous avec soi-même, régulièrement, dans son agenda. Tout comme parler et prendre soin de soi, de ses propres besoins et limites, élaborer des mots pour les partager avec l'autre.
- Certains troubles anxieux, comme l'agoraphobie, le TAG et les TOC peuvent devenir très irritants pour les autres membres de la famille et être source de tensions. Une psychothérapie de couple ou familiale peut être indiquée, en complément de la TCC suivie individuellement. Si chacun est « pris par le problème », chacun peut aussi apporter un bout de solution pour enrichir positivement les relations.

Pour obtenir des adresses de thérapeutes, reportez-vous à la partie Annexes p. 103, ou pour tout renseignement, consultez la permanence du conseil psychosocial de Pro Mente Sana.

## ANNEXES

Il existe une psychiatrie publique dans les services hospitaliers et ambulatoires des divers cantons et une psychiatrie dite privée qui se réfère aux cabinets de psychiatrie et psychothérapie.

Ci-dessous vous trouverez diverses adresses de services hospitaliers et ambulatoires pour les personnes souffrant de troubles anxieux, de groupes d'entraide et d'organisations faitières.

En dehors de ces adresses, votre généraliste, psychiatre, psychologue ou l'hôpital le plus proche doivent pouvoir vous renseigner.

Remarque : il est indispensable de vous informer préalablement auprès de votre assurance maladie pour être sûr que les coûts engendrés par la thérapie seront pris en charge.

### Thérapies spécifiques pour les personnes souffrant de troubles anxieux

#### GENÈVE

**HUG, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise**

**Programme Troubles anxieux**

Bd de la Cluse 51

1205 Genève

Tél. 022 372 48 70

Responsable : Pr. Guido Bondolfi

#### VAUD

**CHUV, Département de psychiatrie, Service de psychiatrie générale**

**Section «Karl Jaspers» : troubles anxieux, de l'humeur,**

**et de la personnalité**

Consultations de Chauderon

Place Chauderon 18

1003 Lausanne

Tél. 021 314 00 50

Responsable : Dr Stéphane Kolly

### Thérapie par réalité virtuelle

#### GENÈVE

**Dre Chrystel Jouan**

Rue du Mont-Blanc 17

1201 Genève

Tél. 079 869 21 18

## VAUD

Dr Stéphane Simonazzi  
Chemin des Dents-du-Midi 46  
1860 Aigle  
Tél. 024 466 85 00

## FRIBOURG, NEUCHÂTEL, VALAIS, VAUD

« Les Toises », établissements privés de consultation ambulatoire pour les personnes souffrant de troubles psychiques, pratiquent la thérapie par réalité virtuelle.  
www.lestoises.ch  
Renseignement : Tél. 0 584 580 580

## AUTRES CANTONS

**Institutions offrant une prise en charge psychiatrique générale sans prise en charge spécifique pour les troubles anxieux**

### FRIBOURG

Réseau fribourgeois de santé mentale  
Centre de soins hospitaliers  
Urgences et demande de consultation  
Tél. 026 305 77 77

### JURA

Hôpital du jura bernois SA  
Département pôle santé mentale  
Tél. 032 484 72 72

### NEUCHÂTEL

Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)  
Consultation ambulatoire (adultes) du Littoral neuchâtelois  
Tél. 032 722 12 21  
Tél. central 032 755 15 00

### VALAIS

Hôpital du Valais  
Permanence psychiatrique du Valais romand  
Tél. 0800 012 210

## Groupes d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux

Des groupes d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux ont essayé de se créer et de fonctionner, mais malheureusement ils n'ont pas duré sur le long terme.  
Aussi, à la date de la parution de la brochure, n'avons-nous pas de groupes spécifiques à mentionner.

**Pour obtenir des informations sur les groupes d'entraide ou le soutien aux personnes souffrantes et à leurs proches**

### Dans le domaine de la santé mentale

**Pro Mente Sana, conseil psychosocial**  
Tél. 0840 000 062 ou 022 718 78 42  
info@promentesana.org

### Pour tous les groupes d'entraide existants

#### Info-Entraide Suisse

Les centres ou antennes d'Info-Entraide assurent la promotion et la mise en réseau de tous les groupes d'entraide existant dans une région et les divers cantons suisses.  
Plateforme d'accueil, d'information, de conseil, de formation, ils peuvent vous aider à créer ou faire vivre un groupe d'entraide.  
<https://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/fr.html> avec le terme anxiété

### Pour les proches

Un proche aidant est un proche soutenant une personne atteinte dans sa santé ou son autonomie, à titre non professionnel, de près ou de loin, régulièrement ou non.  
Tél. 0800 77 88 00  
<https://proches-aidants.ch/>

### Pour les TOC

### GENÈVE

**AETOC**  
www.aetoc.ch  
Tél. 079 828 16 33  
aetoc@bluewin.ch

### **OCA Obsessionnel Compulsif Anonymes**

Rue du Vieux-Billard 23  
1205 Genève  
Réunion tous les mercredis soir de 20 h à 21 h 15  
Contacter Nicolas au 076 200 60 37

### **VAUD**

#### **TOCS PASSERELLES**

www.tocspasserelles.ch  
Agathe Gumy, présidente  
Tél. 079 414 80 36  
agathe.gumy@tocspasserelles.ch

### **Organisations faitières de médecins et psychothérapeutes**

#### **Pour obtenir des adresses de thérapeutes en ambulatoire**

### **SSPP**

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie  
<https://www.psychiatrie.ch/sspp/>  
Altenbergstrasse 29, Case postale 686, 3000 Berne 8  
Tél. 031 313 88 33  
sgpp@psychiatrie.ch

### **Pour trouver un/e psychiatre**

<https://www.psychiatrie.ch/sspp/patients-et-proches/recherche-de-psychiatres/>

### **ASP**

Association suisse des psychothérapeutes  
<https://psychotherapie.ch/wsp/fr/>  
Secrétariat : Riedtlistrasse 8, 8006 Zürich  
Tél. 043 268 93 00  
asp@psychotherapie.ch

### **Pour trouver un/e psychothérapeute:**

<http://therapieplatzvermittlung.ch/content/f/thv/thv.php?N1=Therapieplatzvermittlung>

### **FSP**

Fédération suisse des psychologues  
www.psychologie.ch/fr  
Effingerstrasse 15, 3008 Berne  
Tél. 031 388 88 00  
fsp@fsp.psychologie.ch

### **Pour trouver un/e psychologue:**

<https://www.psychologie.ch/fr/members>

### **ASCA**

Fondation suisse pour les médecines complémentaires  
<http://www.asca.ch/>  
Rue St-Pierre 6A, Boîte postale 548,1701 Fribourg  
Tél. 026 351 10 10  
fondation@asca.ch

Pour tout renseignement sur les associations professionnelles cantonales ou d'autres organisations faitières, consultez la permanence du conseil psychosocial de Pro Mente Sana.

### **INTERNET**

<http://aphs.ch/>, Angst und Panikhilfe Schweiz: site en allemand avec quelques documents en français concernant les troubles anxieux

<https://proredientes.jimdo.com/>, Les Progredientes: site présentant des informations, livres et témoignages sur les troubles anxieux

<https://severinecherix.com/>: blog créé par Séverine Cherix, ancienne agoraphobe.

<https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/sante-psychique-chiffres-cles-2016>, Observatoire suisse de la santé: site pour les statistiques

### **Pour les TOC:**

<https://www.youtube.com/watch?v=1J-SjgUedCA>

<http://anxietyocdtampa.com/> Anxiety and OCD Treatment of Tempa Bay: établissement privé en Floride, aux Etats-Unis, spécialisé dans le traitement des troubles anxieux, célèbre pour ses thérapies d'exposition intensives.

## BIBLIOGRAPHIE

### CLASSIFICATION PSYCHIATRIQUE

Avis : ces classifications servent de guide pour poser un diagnostic à un moment précis et devraient être utilisées comme un outil de dialogue à l'usage conjoint du médecin et du patient :

- en soumettant la classification à l'approbation du patient ;
- en confrontant les critères diagnostiques au vécu du patient ;
- en prenant en considération que le diagnostic posé n'est pas immuable.

Classification américaine

DSM-5®, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition, éd. Masson, 2015 : « Troubles anxieux », p. 221-274, « Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés », p. 275-281.

Classification de l'OMS

CIM-10, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Ed. Masson, 10e révision, 2012, F30.39.

CIM-11, 2019, version internet en anglais : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Modèle de Keyes

Provencher H. et Keyes C.L.M., « Une conception élargie du rétablissement », in *L'Information psychiatrique*, 2010/7, Vol. 86, p. 579-589.

### OUVRAGES ET ARTICLES

#### Livres

AFTOC, Hantouche E. et Trybou V., *TOC : Vivre avec et s'en libérer*, éd. Josette Lyon, 2017.

André C., Légeron P., *La peur des autres*, éd. Odile Jacob, 2003.

André C., *Psychologie de la peur, Craintes, angoisses et phobies*, éd. Odile Jacob, 2005.

Bisserbe J.-C., Boyer P., Gérard A., *Angoisses, Se soigner sans se droguer*, éd. générales First, 1994.

Braconnier A., *Petit ou grand anxieux ?*, éd. Odile Jacob, 2002.

Buhler F., *Les Grands Ecrivains bipolaires, Art et santé mentale*, tome 1, éd. Publibook, 2018.

Cohen D., Cailoux-Cohen S., AGIDD-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'âme*, éd. de l'Homme, 1995.

Emery J.-L., *Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, éd. Odile Jacob, 2002.

Favre G., *Autant en emporte le diable*, éd. Bookelis, 2019.

Grob P., *Troubles paniques et agoraphobie*, Lundbeck, 2004.

Haines S., Standing S., *L'anxiété, quelle chose étrange*, éd. Ça et là, mars 2019 (présentation sous forme de BD).

Kabat Zin J., *Où tu vas, tu es. Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*, éd. J'ai lu, 1994.

Kitchener B., Jorm A., Kelly C., PSSM France, *Manuel des premiers secours en santé mentale*, Impression Chevillon, avril 2019.

Malbos E., Oppenheimer R., Lançon Ch., *Se libérer des troubles anxieux par la réalité virtuelle*, éd. Eyrolles, 2018.

Marchand A., Letarte A., Seidah A., *La peur d'avoir peur, guide du traitement du trouble panique et de l'agoraphobie*, éd. du Trécarré, 4e éd. 2018.

Michel J.-D., *Chamans, guérisseurs, médiums*, éd. Favre, 2011.

Mougel P., *Qu'est-ce qui nous arrive ? Stress, épuisement, angoisses, burn-out...*, édité par l'auteur, 2018.

Olié J.-P., *Guérir la souffrance psychique*, éd. Odile Jacob, 2009.

Servant D., *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même*, éd. Odile Jacob, 2003.

Soumaille S., *J'ai envie de comprendre... La dépression*, éd. Médecine & Hygiène, 2012.

Soumaille S., Bondolfi G., *J'ai envie de comprendre... L'anxiété et les troubles anxieux*, éd. Médecine & Hygiène, 2015.

#### Articles

Bacon E., Viennot F., « Le système complexe des récepteurs GABA-benzodiazépine », *Médecine/Sciences*, vol. 6, 1990.

Billoux S., Chapelle F., Giocanti-Belmote C., Callahan S., « A study of the relationship between early maladaptive schemas, coping strategies and psychological flexibility in patients with anxiety disorders », in *Science Direct*, 10, 2016.

Borgeat F., Zulino D., Dossier « Les troubles anxieux », in *Santé mentale au Québec*, vol. XXIX, no 1, printemps 2004.

Brégnac A., « Des thérapies pour chasser l'angoisse », in *Pulsations*, éd. HUG, octobre 2017.

Charlet A., « Un engramme ocytocinergétique pour apprendre et contrôler sa peur », in *CNRS université de Strasbourg*, mai 2019.

Gonon F., « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes », in *L'information psychiatrique*, 2013/4, vol. 89, p. 285-294.

Grimaldi L., Dossier « Le pari de la prévention », *Pulsations*, éd. HUG, octobre-décembre 2019.

Henson R., « Physical activity and the brain », in *Lifebrain*, October 2019.

Hess C.W., « Le cerveau sain de la personne âgée », in *Ligue suisse pour le cerveau*, 2018.

Hess C.W., « Quel est au juste notre savoir » et « Du vert pour notre cerveau », in *Revue Le Cerveau*, 3/2019.

Janiri D., Moser D. A., Doucet G. E., Luber M. J., Rasgon A., Lee W. H., Frangou S., « Shared Neural Phenotypes for Mood and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 226 Task-Related Functional Imaging Studies », *JAMA psychiatry*, p. 1-8, 2019.

Lefrançois C., Van Dijk A., Bardel M. H., Fradin J., El Massioui F., « L'affirmation de soi revisitée pour diminuer l'anxiété sociale », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2011, p. 17-23.

Maori P., « Les différents visages de l'anxiété », in *Pulsations*, éd. HUG, décembre 2007-janvier 2008.

Natanson J., « La peur et l'angoisse », in *Imaginaire & Inconscient*, 2008/2 n° 22, p. 161-173, éd. L'Esprit du temps.

Pautex S., Tono V., Bossert P. et al., « Anxiété dans le cadre des soins palliatifs », in *Revue médicale suisse*, 2006, vol. 2, n° 85, p. 2478-2487.

Piccard-Deland C., « Réactivation de mémoire ciblée : comment influencer la mémoire en dormant », in *Pharmacologie-physiologie.umontreal.ca*, juin 2018.

Psychologies no 394, *Gagner en liberté*, février 2019.

Rimondi A., « La peur laisse des traces dans le cerveau », in *Le Matin*, 31.7.2019.

Santé et société, Dossier « Tour d'horizon du cannabis dans les soins », in *Soins infirmiers*, mars 2019, p. 56-62.

Servant D., Logier R., Moustier Y., Goudemand M., « La variabilité de la fréquence cardiaque. Intérêts en psychiatrie », in *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 2009, p. 423-428.

Szymanski J., « Tous égaux face à l'anxiété ? », in *Quotidien de La Côte*, novembre 2016.

Smaga D., Cheseaux N., Forster A., Colombo S., Rentsch D., Tonnac N. de, « L'hypnose et les troubles anxieux », in *Revue médicale*, 17.2. 2010, vol. 6, p. 330-333.

Yurkina O., « Souvenirs à effacer », *Le Temps*, mars 2019.

## Sites internet

- Angst und Panikhilfe Schweiz : [www.aphs.ch](http://www.aphs.ch)  
Brochure « Troubles anxieux ou quand l'inquiétude devient peur », 2015.
- Futura Sciences : [www.futura-sciences.com](http://www.futura-sciences.com)  
Deluzarche Céline, *Endorphines*
- Huffington post : [huffingtonpost.fr](http://huffingtonpost.fr)  
Gregoire Carolyn, *Ce que le sucre fait à votre cerveau : mémoire, dépression, stress ou encore sénilité*, on fait le point, octobre 2016.
- Macroéditions : [www.macroeditions.com/blog](http://www.macroeditions.com/blog)  
Ferraro Fiamma, *Réguler la respiration et apprendre à respirer de manière correcte permet de résoudre de manière naturelle des problèmes d'anxiété, de panique ou des états dépressifs*
- Neon : [neonmag.fr](http://neonmag.fr)  
Cabanes Morgane, *Anxiété, déprime : on a identifié les zones du cerveau défaillantes*, novembre 2019.
- Planète santé : [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)  
Raimondi A., « La peur laisse des traces dans notre cerveau », juillet 2019.  
Bregnac A., « De quoi sont faites les phobies, planète santé », décembre 2018.  
Gordon E., « Comment le cerveau gère-t-il la peur », mars 2018.  
Szymanski J., « Maîtriser son anxiété, c'est possible », novembre 2016.  
Perrier B., « Une anxiété durable peut cacher un trouble profond », mars 2014.  
Dussex P.-A., Wicky S., Forclaz V., Milone S., « Troubles anxieux : bon débarras », novembre 2011.  
Lavigne E., « L'hypnose au secours », octobre 2011.  
Canuto A., « Je suis angoissée », mars 2011.
- Psychomédia : [www.psychomedia.qc.ca](http://www.psychomedia.qc.ca)  
Psychomédia, *L'hormone ocytocine pour réduire l'anxiété (ou phobie) sociale*, 23 juin 2008.
- Pro Mente Sana : [www.promentesana.org](http://www.promentesana.org)  
Lettre trimestrielle no 25, *Le rétablissement en santé mentale : quelques perspectives*, septembre 2004.
- Santé psy : [www.santepsy.ch](http://www.santepsy.ch)  
*Vie et santé psychique. Troubles anxieux.*
- Stimulab : [www.stimulab.fr](http://www.stimulab.fr)  
Etienne, « Que se passe-t-il chimiquement quand nous sommes stressés ? », février 2019.

# PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA

## Collection psychosociale



### *Crise psychique – Que faire ?*

Disponible en sept langues  
(français, italien, portugais, espagnol,  
albanais, serbo-croate-bosniaque et turc)  
Pro Mente Sana  
Genève 2010



### *Recovery – Vers le rétablissement. Maladies psychiques.*

Pro Mente Sana  
Genève 2011



### *Témoignages de Recovery – Récits de rétablissements en santé mentale.*

Entretiens et textes par Samia Riche  
et Ildiko Dao Lamunière.  
Pro Mente Sana  
Genève 2012



### *Psychothérapies*

Par Evelyne Kolatte, psychiatre et  
psychothérapeute FMH avec la collaboration  
d'Ariane Zinder et Esther Hartmann, psychologues.  
Pro Mente Sana  
Genève 2013



### *Le trouble de la personnalité borderline. Comprendre la maladie et trouver de l'aide.*

Andreas Knuf  
Pro Mente Sana  
Genève 2014



### *Les troubles bipolaires. Comprendre la maladie et trouver de l'aide.*

Ariane Zinder-Jeheber  
Pro Mente Sana  
Genève 2016



### *Les médicaments psychotropes – Informations pour un usage éclairé des psychotropes.*

Andreas Knuf et Margret Osterfeld  
Pro Mente Sana  
Genève 2017

# PUBLICATIONS DE PRO MENTE SANA

## Collection juridique



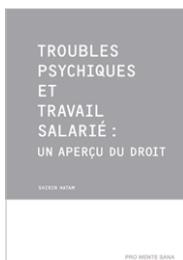
*Directives anticipées – Prévoir une incapacité de discernement, rédiger des directives anticipées.*

Shirin Hatam  
Pro Mente Sana  
Genève rééd. 2014



*L'incapacité de discernement et ses conséquences économiques*

Shirin Hatam  
Pro Mente Sana  
Genève rééd. 2015



*Troubles psychiques et travail salarié : un aperçu du droit*

Shirin Hatam  
Pro Mente Sana  
Genève rééd. 2018



*Obligation de soin en cas de maladie psychique. Guide juridique à l'usage des patients en Suisse romande*

Shirin Hatam  
avec la collaboration de Tatiana Gurbanov  
Pro Mente Sana  
Genève rééd. 2019



*Proches d'une personne souffrant de troubles psychiques. Petit guide juridique suisse romand*

Shirin Hatam  
avec la collaboration d'Asuman Kardes  
Pro Mente Sana  
Genève rééd. 2020 révisée et augmentée

