

Modèles explicatifs des psychothérapies

« Celui qui veut continuellement « s'élever » doit s'attendre à avoir un jour le vertige. Qu'est-ce que le vertige ? La peur de tomber ? Mais pourquoi avons-nous le vertige sur un belvédère pourvu d'un solide garde-fou ? Le vertige, c'est autre chose que la peur de tomber. C'est la voix du vide au-dessous de nous qui nous attire et nous envoûte, le désir de chute dont nous nous défendons ensuite avec effroi. »

Milan Kundera, *L'insoutenable légèreté de l'être*

PLAN DU CHAPITRE

- **Modèles d'inspiration psychanalytique**
 - Modèles freudiens de l'anxiété
 - Névroses phobiques
 - Anxiété de l'enfant
 - Attachement
 - Thérapies psychodynamiques
 - Principes des psychothérapies d'inspiration psychanalytique
- **Modèles comportementaux et cognitifs**
 - Modèle behavioriste
 - Techniques comportementales
 - Des schémas cognitifs aux thérapies cognitives
 - Modèles fondés sur les émotions
 - Relaxation
 - Thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles (TCCE)

Les grands modèles psychologiques de l'anxiété et des troubles anxieux proposent de mieux comprendre leur étiologie et ont conduit à élaborer différentes psychothérapies. J'aborderai brièvement dans cet ouvrage les modèles historiques et détaillerai l'approche comportementale cognitive et émotionnelle qui est à la base de la gestion de l'anxiété traitée dans cet ouvrage.

Modèles d'inspiration psychanalytique

Le modèle freudien des psychonévroses est resté le modèle quasi exclusif en France jusqu'aux années 1970 pour laisser place aux théories de l'attachement et aux modèles comportementaux cognitifs et émotionnels.

Modèles freudiens de l'angoisse

Les conceptions concernant l'angoisse de Freud ont beaucoup évolué tout au long de son œuvre. Dans sa première théorie datant de 1895, l'étiologie de la névrose d'angoisse est rattachée à des perturbations de la vie sexuelle (absence de décharge de l'excitation sexuelle). Freud postule le fait qu'un effroi unique ne provoque jamais une névrose d'angoisse. Il distingue l'affect d'angoisse, lié au fait que la psyché se sent incapable de liquider une tâche provenant de l'extérieur (danger), de la névrose d'angoisse, où la psyché est incapable de régler l'excitation d'origine endogène (sexuelle). Ces deux types de réactions sont différents par leur durée : l'affect est un état passager alors que la névrose d'angoisse est un état chronique.

Les premières hypothèses sont publiées dès 1905 dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* : la libido se change en angoisse dès que la pulsion ne peut atteindre une satisfaction, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. L'angoisse résulterait d'une dérivaison de l'excitation sexuelle somatique hors du psychisme.

En 1909, la publication de « L'analyse d'un cas de phobie des chevaux chez un garçon de 5 ans », célèbre cas du petit Hans, rapproche la phobie de l'hystérie de conversion à qui Freud donne le terme d'hystérie d'angoisse. Pour lui, la naissance de l'évitement phobique est, comme dans l'hystérie, un évitement avant tout sexuel. L'événement traumatique n'est pas toujours réel ; il peut se trouver au niveau du fantasme. Le conflit sexuel se situe au niveau du complexe d'Œdipe. Selon Freud, chez Hans, le conflit découle de la rivalité avec son père pour l'amour de sa mère. Cette pulsion inavouable est refoulée dans l'inconscient. Pour Freud, « le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivaison de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation, qui en est la conséquence ». L'origine sexuelle serait le facteur spécifique auquel peuvent s'ajouter des facteurs provocateurs tels qu'un surmenage ou le décès d'un proche. Dans l'angoisse, le Moi cherche à fuir les exigences de la libido refoulée. Le refoulement tend à maintenir le conflit psychique

hors de la conscience. Quand l'énergie psychique devient trop forte pour pouvoir être contenue par le refoulement, le champ de la conscience est envahi de ces éléments refoulés sous forme masquée (manifestation somatique). Il s'agit donc d'un échec du refoulement. En 1916, Freud modifie sa théorie et distingue l'angoisse réelle de l'angoisse névrotique. L'angoisse névrotique est due à un refoulement de la libido qui se transforme en angoisse. Lorsque l'angoisse provoquée par le refoulement de la libido se fixe sur un danger extérieur, elle se présente comme phobie. Lorsque le sujet tente de la refouler, elle conduit à des obsessions.

Dans la dernière théorie de Freud sur l'angoisse en 1926, l'angoisse n'est plus la conséquence du refoulement mais sa cause. Freud propose sa nouvelle théorie de l'appareil psychique qui comprend le Ça (pulsions, désirs refoulés et fantasmes), le Surmoi (émanant des interdictions parentales, sociales et culturelles) et le Moi qui est chargé d'organiser les processus mentaux. L'angoisse est déclenchée par des pulsions libidinales et devient le signal d'alarme de la mise en place des mécanismes de défense. Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (Freud, 1926/1968), elle est définie comme un état d'affect face à une situation de danger révélant un caractère particulier de déplaisir accompagné de manifestations corporelles. Freud distingue l'angoisse automatique de l'angoisse névrotique. L'angoisse automatique est une angoisse signal face à un danger réel de l'environnement, et l'angoisse névrotique, face à un danger inconnu, un danger pulsionnel se ramenant à une perte ou une séparation.

Névroses phobiques

La psychanalyse propose que l'origine des phobies soit liée à des pulsions inacceptables et que leur fonction soit de les réprimer. L'objet ou la situation phobogène ne sont donc que des symboles de la source profonde du conflit. La phobie a en ce sens une vertu de protection envers des pensées et sentiments sexuels ou agressifs.

Freud a le premier reconnu que l'angoisse était le dénominateur commun de toute phobie, bien plus que l'objet ou la situation. La névrose phobique trouve son origine dans le développement de la libido, l'inconscient et la psychologie du Moi. Pour Freud, la phobie traduit un mécanisme de défense mis en place face à une angoisse du Moi liée à un conflit pulsionnel. La phobie du cheval du petit Hans ramène à une angoisse de castration en lien avec le complexe d'Œdipe, l'agoraphobie à une angoisse de séduction. Pour le courant psychanalytique, la phobie est un symptôme qui mène, par la cure, à la recherche de l'angoisse originelle dont le passage au conscient libérera définitivement le patient.

Angoisse de l'enfant

Les psychanalystes, à la suite de Freud, ont donné une importance toute particulière à l'angoisse de l'enfant et à son rôle fondamental dans le développement de la vie psychique.

Après l'angoisse de la naissance décrite par certains comme la première rencontre traumatique, l'angoisse des trois premiers mois de la vie ne serait plus un état précurseur, le nourrisson ne pouvant éprouver que des états de tension et d'alarme face à la faim, la réplétion vésicale ou intestinale ou face à des stimuli extérieurs. Une angoisse plus élaborée s'ébauche à partir du troisième mois. Spitz (1965) décrit l'angoisse du 8^e mois comme le deuxième organisateur de la vie psychique après l'apparition du sourire au 3^e mois (premier organisateur). Entre le 6^e et le 8^e mois, l'enfant manifeste de l'angoisse à la vue d'un visage étranger. Cette angoisse est liée à la reconnaissance du visage de la mère comme différent des autres, et à l'affect qui survient quand le visage de cette personne (déjà perçue comme extérieure) disparaît et ne peut être remplacé par un autre visage ou par un masque, contrairement au stade du premier organisateur. Il constate également qu'une séparation survenant à cette période peut conduire à des troubles du développement psychomoteur irréversibles en l'absence de substitut maternel satisfaisant.

Melanie Klein décrit l'angoisse dépressive comme la peur éprouvée par le Moi de la perte d'objet. Celle-ci peut être rapprochée de l'angoisse de séparation telle qu'elle a été étudiée par Bowlby. Les travaux expérimentaux sur les séparations chez le primate confirment cette hypothèse pour les deux premières phases. Bowlby relie ce schéma de comportement à trois points essentiels de la théorie psychanalytique : la phase de protestation correspondrait au problème de l'angoisse de séparation ; la phase de désespoir à celui du deuil ; et la phase de détachement à celui des mécanismes de défense.

L'angoisse de séparation développementale apparaît vers le 6^e mois de la vie et est présente chez la plupart des enfants entre 1 et 2 ans. Elle s'exprime par une détresse quand l'enfant est séparé de sa figure principale d'attachement (le plus souvent la mère). Cette angoisse de séparation s'atténue au fil du développement, l'enfant supportant de mieux en mieux les situations où il est éloigné de sa mère. La mise en place du langage et l'investissement de l'environnement lui permettent une autonomisation progressive et de supporter des séparations de plus en plus longues. L'angoisse de séparation joue un rôle fondamental dans le sentiment de sécurité que va développer un adulte dans les relations d'attachement et va lui permettre d'explorer le monde extérieur. L'anxiété joue aussi un rôle fondamental dans la construction de la personnalité.

Attachement

L'attachement est une relation fondamentale qui unit un petit enfant à sa mère et à son entourage proche qui lui permet de se construire psychologiquement. Ces comportements d'attachement vont dans les deux sens : chaque parent a des attitudes plus ou moins protectrices et chaque enfant a plus ou moins besoin de la présence du parent. Ces liens, une fois établis, créent chez l'enfant une stabilité

qui lui permet à son tour de se lancer dans l'existence. Il pourra vivre les séparations nécessaires à son autonomie et surmonter celles parfois imposées par les événements de la vie. Face à des séparations et des pertes, c'est grâce aux bases d'attachement qu'il a construites qu'il pourra surmonter l'anxiété de la séparation. John Bowlby (1978) a introduit le concept d'attachement pour expliquer le comportement des nourrissons séparés de leurs mères à partir de nombreuses études réalisées chez des enfants orphelins. Il a décrit les réactions de jeunes enfants séparés de leur mère selon trois phases successives : une phase de protestation marquée par une agitation et des cris, une phase de désespoir et une phase de détachement au cours de laquelle l'enfant redevient sociable, acceptant les soins de n'importe quel substitut maternel. Chez l'adulte, l'angoisse serait un équivalent de la phase de protestation et la dépression correspondrait à la phase de désespoir. Mary Ainsworth (1978) a poursuivi les observations de Bowlby en étudiant la séparation d'enfants de leur mère. Elle a constaté lors de ses recherches que l'attachement n'est pas le même pour tous. À partir de l'expérience de la « situation étrange », où l'enfant est dans une pièce avec sa mère, puis seul en contact avec une femme inconnue, différents types de comportement-attachement sont décrits :

- des enfants ayant un attachement sécurisant, confiant. Ils explorent activement leur environnement tout en conservant un contact intermittent avec leur mère tant qu'elle est présente. Quand elle disparaît, ils manifestent un état de détresse. Après son retour, ils cherchent activement sa proximité ;
- des enfants ayant un attachement non sécurisant :
 - « résistant-ambivalent » : ils sont en retrait et montrent peu de comportements exploratoires lors de la sortie de la mère, de la détresse et de l'agitation à son retour ;
 - « évitant » : ils montrent une préférence pour la mère et évitent la femme inconnue. Au retour de leur mère, ils l'évitent, mais cherchent aussitôt à se rapprocher d'elle.

Chez l'enfant, lors d'une séparation avec la personne objet principal d'attachement, l'anxiété dépend à la fois du type d'attachement et de l'attitude de la mère et de l'environnement. Lorsque cette relation est équilibrée, l'enfant parviendra à surmonter son angoisse et de ne pas passer à un sentiment d'abandon et la dépression. L'attachement permet de développer la confiance en soi et dans les autres, et nous permettra de surmonter l'angoisse lors des séparations que nous vivrons tout au long de la vie.

Thérapies psychodynamiques

Si on se réfère aux recommandations françaises ou internationales, les approches psychanalytiques sont des traitements dits de deuxième ligne qui sont réservés aux formes où coexistent des troubles de la personnalité et des facteurs

psychosociaux, et chez les patients capables d'introspection et désireux de faire un travail sur eux.

Elles ne sont pas dirigées directement sur les troubles, mais plus sur les conflits intrapsychiques, les mécanismes de défense, le transfert. Elles sont difficilement standardisables. Cependant, certains auteurs ont cherché à mieux structurer une approche de psychothérapie psychodynamique brève et l'ont même évaluée de façon contrôlée dans les troubles anxieux (Shear et al., 1993 ; Bond et Perry, 2004).

Principes des psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Applications

Une psychothérapie psychodynamique brève centrée sur le trouble panique a été proposée (Milrod et al., 2007). Il s'agit globalement d'un traitement beaucoup plus court (9 à 18 mois en moyenne) qu'une cure type (sur des années). Elle est également plus directe, l'intervention du thérapeute davantage empathique guidant le patient dans la compréhension de ses symptômes. La thérapie se fixe des objectifs concrets d'amélioration sur une période limitée. Shear et al. (1993) proposent d'entamer la thérapie par une explication avec le patient sur les symptômes (panique, agoraphobie) et le rôle joué par les émotions et les croyances (comme la peur d'être abandonné). Les conséquences des émotions et des réactions sont analysées. Par exemple, dans le cas de l'agoraphobie, le rôle de l'entourage est mis en évidence ainsi que les bénéfices pouvant découler de la phobie.

L'exploration du passé et la mise en lumière de certains événements traumatiques ou de ressentis émotionnels permettent de trouver une compréhension dans le développement des symptômes et ainsi de mieux les maîtriser. La dimension interpersonnelle est souvent mise en avant, comme la relation à la mère, les conflits avec le conjoint, la sexualité du sujet, etc. Des conflits parentaux, le mode éducatif, des événements de l'enfance peuvent être ainsi mis en lumière, de même que la charge émotionnelle qui leur est associée. Ces thérapies abordent également des traits de personnalité comme la dépendance, le désir de plaire, les exigences élevées, l'évitement et leur construction au cours de l'histoire du sujet. Les échanges permettent au patient de mieux cerner les traits de sa personnalité anxieuse et de modifier la perception qu'il a de lui-même et de son environnement. La thérapie insiste, par rapport aux TCC, sur la dimension du transfert et la relation thérapeute-patient (Bond et Perry, 2004).

D'après une étude contrôlée, les thérapies psychodynamiques brèves sont efficaces dans le traitement du trouble panique en association avec un antidépresseur pour prévenir les rechutes. Elles apparaissent supérieures à la relaxation musculaire sur un essai contrôlé de 12 semaines (Milrod et al., 2007). Elles ont montré une efficacité dans le trouble anxiété généralisée (Leichsenring et al., 2009) et dans

le trouble anxiété sociale (Leichsenring et al., 2013). Selon certains auteurs, un format plus court et plus structuré de thérapies psychodynamiques serait aussi évaluable que d'autres formes de psychothérapies et montrerait une efficacité (Currat et Despland, 2004). Une méta-analyse ciblées sur les troubles anxieux va dans ce sens (Keefe et al., 2014).

Modèles comportementaux et cognitifs

L'anxiété est au cœur du développement du behaviorisme, avec la mise en évidence des mécanismes d'apprentissage de la peur et des phobies. Par la suite, l'anxiété avec la dépression ont servi de base au développement de l'approche cognitive puis émotionnelle.

Modèle behavioriste

Le modèle comportemental du conditionnement de la peur chez l'homme s'inspire des célèbres travaux de Pavlov réalisés chez le chien. Le conditionnement pavlovien, que l'on appelle répondant, implique la répétition d'un stimulus neutre, que l'on nomme conditionnel (par exemple un son de cloche), avec un stimulus dit inconditionnel (par exemple la présentation de nourriture) qui induit une réaction inconditionnelle, la salivation. Lors de la répétition de la succession d'un stimulus conditionnel et inconditionnel, le stimulus conditionnel est capable de produire une réponse appelée conditionnelle.

Pour la peur, l'anxiété voire les phobies, on a supposé que le même mécanisme était en place. L'anxiété pourrait être acquise au cours d'expériences traumatiques où un stimulus neutre est au hasard associé à un stimulus inconditionnel. Par exemple, l'association entre un objet et une situation non dangereuse et une peur réelle (menace ou angoisse déclenchée) amène à ce que la situation déclenche une anxiété ou une panique par ce mécanisme de conditionnement. Ce modèle du conditionnement classique de l'anxiété ne peut pas expliquer toutes les anxiétés ou n'est pas universel, car il est souvent impossible de mettre en lumière un traumatisme ou un événement stressant déclencheur de l'anxiété, et tous les événements stressants ne conduisent pas au développement d'une anxiété. Ce débat a conduit Mowrer (1940) à proposer une théorie dite des deux facteurs. L'anxiété serait acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant. Dans le cas d'une attaque de panique, le sujet ayant présenté une crise dans les transports en commun va développer une agoraphobie par conditionnement classique. L'évitement va permettre de réduire l'anxiété et conduire par conditionnement opérant à maintenir le comportement phobique. C'est la notion de renforcement.

Techniques comportementales

Désensibilisation systématique

C'est la première technique comportementale proposée dans le traitement des phobies (Wolpe, 1958).

On distingue plusieurs étapes :

- l'apprentissage d'une technique de relaxation ;
- la construction d'une hiérarchie de situations anxiogènes. Elle est un temps important de l'analyse fonctionnelle.

On propose au sujet profondément relaxé de le confronter de façon hiérarchisée (du moins anxiogène au plus anxiogène) en « imagination » à des situations ou des objets redoutés. Lorsque le niveau d'anxiété est atteint, il le signale au thérapeute (en levant le doigt ou d'un signe de la tête). Le patient est alors invité à cesser de penser à la situation et à se concentrer sur la relaxation. Une fois un nouvel état de relaxation obtenu, la confrontation en imagination est reprise, selon la hiérarchie construite. On procède ainsi de suite pour franchir tous les niveaux de la hiérarchie.

La désensibilisation systématique est assez longue et est aujourd'hui souvent remplacée par les techniques d'exposition sans utiliser la relaxation.

L'exposition aux phobies est fondée sur le modèle de l'habituation et de l'extinction. L'habituation se réfère à l'hypothèse que la réponse anxieuse diminue lors d'expositions répétées à une situation redoutée. L'extinction propose que la réponse anxieuse soit apprise par le renforcement de sa réduction produite par des comportements anxieux. Par exemple, l'évitement renforce le comportement problème en réduisant rapidement la réponse anxieuse déclenchée lors de la confrontation.

Exposition

Principe de la technique

Les techniques d'exposition consistent à confronter la personne à l'objet ou la situation phobogène. Le principe de base est celui de l'habituation. Plus on est confronté, plus l'anxiété ressentie diminue. La réponse anxieuse se réduit au fur et à mesure des confrontations et des comportements d'évitement.

Différentes modalités d'exposition sont proposées :

- l'exposition en imagination ;
- l'exposition in vivo ;
- l'exposition par prescription de tâches.

Pratique

Le principe et la réalisation, comme toute technique de TCC, doivent être expliqués clairement au préalable au patient. La thérapeutique peut s'aider de documents ou d'ouvrages destinés au patient qu'il peut approfondir en dehors de la séance.