

GIORGIO NARDONE

VAINCRE LES ATTAQUES DE PANIQUE

Grâce à la thérapie brève
stratégique



Enrick  Éditions

VAINCRE LES ATTAQUES
DE PANIQUE

grâce à la thérapie brève stratégique

GIORGIO NARDONE

VAINCRE
LES ATTAQUES
DE PANIQUE

grâce à la thérapie
brève stratégique

Traduction de l'italien par Élisabeth Bozzi

Enrick 
— ÉDITIONS —

Titre original : *Non c'è notte che non veda il giorno,*
La terapia in tempi brevi per gli attacchi di panico
© 2003 Ponte alle Grazie srl, Milano

© 2019 Enrick B. Éditions, Paris
pour la traduction en français
www.enrickb-editions.com
Tous droits réservés

Conception couverture : Marie Dortier
Réalisation couverture : Comandgo

ISBN : 978-2-35644-360-1

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans l'autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie. Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est interdite sans l'autorisation de l'éditeur.

Prologue

Imaginez que vous êtes seul au milieu d'une foule : soudain, vous sentez votre esprit se dérober, comme pris en embuscade par un ennemi implacable. Votre cœur, devenu fou, s'emballe tel un étalon au galop. Votre gorge se gonfle d'air, comme le ferait un fleuve en furie sous l'effet d'une crue violente, et vous suffoquez. Votre tête, qui se tient comme à l'aplomb d'un précipice, commence à osciller, prise de vertiges. La peur s'empare de vous et vous tentez de lui échapper mais on ne peut fuir ni soi-même ni ses propres sensations. La peur vous enveloppe, vous étrangle ; vous tentez de la contrôler mais c'est elle qui vous contrôle. Il vous semble que vous êtes, tout à la fois, en train de mourir et de devenir fou. Et soudain, une main se pose sur votre épaule et une voix amicale vous dit : « Bonjour, je suis désolé d'être en retard ». Comme les nuages poussés par un resplendissant soleil, la panique s'évanouit mais des perles de sueur glacée vous rappellent que vous n'avez pas rêvé, comme dans un affreux cauchemar.

Bienvenue dans le monde de la panique.

La peur provoquée par cet ennemi va désormais vous accompagner comme une ombre sinistre et plus vous tenterez de la chasser, plus vous vous y perdrez.

J'ai utilisé cette saynète pour plonger le lecteur dans la dramatique réalité des personnes qui souffrent d'attaques de

panique. Souvent, l'entourage cherche à minimiser le problème : « Ce n'est rien, ton imagination te joue des tours... Tu fabriques tes propres démons, ce n'est pas une vraie maladie, c'est juste de la peur... ». Ces affirmations, bien que frappées au coin du bon sens, ne prennent pas en compte le fait qu'une maladie de l'esprit peut se révéler pire qu'une maladie physique et devenir, par ses effets, plus réelle que la réalité.

La peur, qui est la plus primitive de nos émotions, est, lorsqu'elle devient extrême, la plus concrète et la plus réelle de nos sensations ; elle contamine notre esprit et notre corps avec une réactivité si foudroyante qu'elle prend le pas sur tout autre pensée. C'est pourquoi, lorsque nous sommes gagnés par la panique, « les subterfuges de l'espoir sont aussi inefficaces que les arguments de la raison » (Émil Cioran).

Le fait que cette pathologie soit si envahissante et discriminante pour le sujet qui en est affecté ne veut pas dire pour autant qu'il s'agit d'une condamnation à perpétuité dont le sujet ne saurait se libérer. L'objectif de cet exposé est de présenter au lecteur, de manière claire et accessible, les connaissances actuelles sur le fonctionnement des différentes pathologies relatives aux paniques et surtout la thérapie, rapide et efficace, capable de permettre la délivrance de cette affection.

Mon expérience personnelle, nourrie de plusieurs milliers de cas pratiques, vécus, pour certains, par des sujets jugés « incurables », associée aux résultats les plus récents obtenus par la recherche empirique et expérimentale, soutenue par les modèles de Thérapie brève sur les maladies de l'anxiété, de la phobie et des obsessions mis au point par le CTS d'Arezzo (Toscane, Italie) et utilisés avec succès depuis de nombreuses années partout dans le monde, m'incite à écrire une nouvelle fois sur le sujet. Mon but est

d'expliquer au grand public que, pour résoudre ce problème dramatique, persistant parfois depuis longtemps, il n'est pas nécessaire de se soumettre à de longues et coûteuses thérapies mais qu'il peut être résolu par une intervention thérapeutique rapide et stratégique, définie par certains comme « magique ». Et comme le disait Arthur C. Clarke : « Une technologie très avancée dans ses effets ne diffère pas beaucoup d'une forme de magie ».

CHAPITRE I

L'esprit qui se piège : anatomie de la panique

« Celui qui est cause de sa propre peur
ne peut vivre sans peur ».

Épicure, *Sentences morales*

« Utopie noire, seule l'anxiété est capable de nous fournir
des « précisions » sur l'avenir ».

Emil Cioran, *Syllogismes sur l'amertume*

Psychophysiologie de la panique

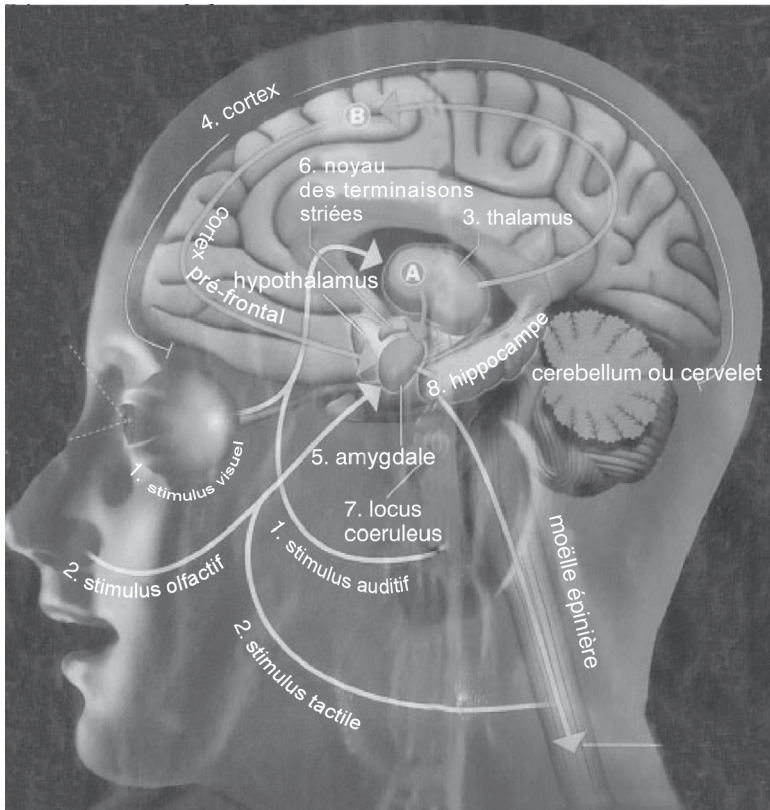
La panique, entendue comme réaction psychophysiologique, peut être définie comme la forme extrême de la peur. Il s'agit d'une réaction de nos sens à différentes sollicitations (dont des images mentales de type réaliste ou fantasmagorique, sollicitant l'organisme tout entier), depuis les régions les plus archaïques de notre cerveau jusqu'aux territoires les plus développés de notre esprit, depuis les aires les plus viscérales jusqu'aux zones les plus périphériques de notre corps. Les paramètres couramment utilisés pour mesurer l'activité de l'organisme – battements cardiaques, rythme respiratoire, transpiration, réflexe psychogalvanique – s'emballent et atteignent des sommets... En général, c'est cette accélération rapide qui entraîne la sensation de perte

de contrôle totale. À cette expérience, qui, comme une lame affûtée entame le sentiment de sécurité d'un sujet, s'associe immédiatement la peur de mourir ou de devenir fou ou bien encore d'être possédé par une force obscure pouvant le mener à agir en dehors de sa volonté. La combinaison entre les sensations concrètes proprioceptives et les attributions de sens avec interaction réciproque et circulaire conduit graduellement à la structuration du cercle vicieux de la peur pathologique. En d'autres termes, les sensations d'altération que la personne éprouve font naître des pensées et des convictions de type menaçant qui rétroagissent en véhiculant dans l'organisme des réactions d'alarme postérieures, augmentant davantage encore les altérations psycho-physiologiques, lesquelles alimenteront d'autres formes terrorisantes d'attributions de sens à ce qui est sur le point d'advenir. Une telle dynamique circulaire conduit au « court-circuit » mental et psycho-physiologique qu'est l'attaque de panique.

Outre les évocations ponctuelles des patients, qui décrivent avec une grande lucidité cette évolution de la peur à la panique, on dispose aujourd'hui, grâce aux études menées en laboratoire, d'observations pertinentes sur le processus d'interaction entre la pensée et les réactions physiologiques, et cela grâce aux mesures de l'activité cérébrale soumise à des impulsions de terreur.

Le schéma établi par Dennis S. Charney, chercheur au National Institute of Mental Health, un centre à l'avant-garde mondiale dans l'étude des phénomènes mentaux, décrit clairement ce qu'il advient lorsque se manifeste une peur intense.

Anatomie de la panique



Le déchaînement. Lorsque les sens perçoivent un danger – un bruit soudain, une image effrayante, une sensation désagréable – les informations peuvent prendre deux chemins différents, à travers le cerveau.

A. Le raccourci. Le cerveau active automatiquement un dispositif de secours, l'amygdale. Une fois activée, celle-ci envoie une sorte de bulletin d'alerte à toutes les autres structures cérébrales. Le résultat consiste en une réaction classique de peur : transpiration des mains, tachycardie, augmentation de la pression artérielle, décharge d'adrénaline. Tout cela se produit avant que l'esprit se

rende compte d'avoir ressenti ou touché quelque chose. Avant même de savoir pourquoi nous avons peur, nous avons peur.

B. La route principale. Ce n'est qu'une fois la réponse activée que l'esprit conscient entre en fonction. Plutôt que de voyager directement vers l'amygdale, certaines informations sensorielles empruntent un chemin circulaire, en s'arrêtant d'abord au thalamus (le centre d'élaboration des symptômes sensoriels), puis au cortex (la couche extérieure des cellules cérébrales). Le cortex analyse les données brutes qui passent à travers les sens et décide s'il convient de leur apporter une réponse de peur. Si la réponse est positive, le cortex envoie un signal à l'amygdale, laquelle transmet un message d'alerte au corps.

1. Les stimulations auditives et visuelles, réelles ou imaginaires

Les images et les sons sont élaborés par le thalamus qui filtre les impulsions en entrée et les achemine immédiatement vers l'amygdale ou vers les zones appropriées du cortex.

2. Les stimulations olfactives et tactiles, réelles ou imaginaires

Les sensations olfactives et tactiles traversent le thalamus et se dirigent directement vers l'amygdale. Les odeurs peuvent évoquer des souvenirs ou des sensations plus fortes (comme des images et des sons).

3. Le thalamus

Il analyse les impulsions visuelles en entrée (forme et couleurs) et les impulsions auditives (volume et contraste), puis envoie un signal aux zones appropriées du cortex.

4. Le cortex

Il définit le sens naturel de la vision et de l'audition, en permettant au cerveau de devenir conscient de ce qui est vu et entendu. En agissant sur une zone particulière, le cortex préfrontal peut interrompre une réaction d'anxiété.

5. L'amygdale

Centre émotionnel du cerveau, l'amygdale exerce la fonction primaire de déclencheur de la réaction de peur. Les informations qui la traversent possèdent une signification émotionnelle.

6. Le noyau des terminaisons striées

Si l'amygdale déclenche une explosion immédiate de peur, le noyau fera perdurer une telle réaction, provoquant un malaise de longue durée typique de l'anxiété.

7. Locus coeruleus

Il reçoit les signaux depuis l'amygdale et est responsable de nombreuses manifestations typiques de l'anxiété : tachycardie, augmentation de la pression artérielle, transpiration, dilatation des pupilles.

8. L'hippocampe

C'est le centre de la mémoire, vital pour l'élaboration des informations en provenance des sens ; celles-ci sont chargées du bagage émotionnel collecté durant le parcours à travers l'amygdale.

...la réaction du corps...

En mettant le cerveau en alerte, l'amygdale déclenche une série de changements chimiques et hormonaux qui placent tout l'organisme en état d'alerte.

Augmentation de l'hormone du stress

En réponse aux signaux envoyés par l'hypothalamus et la glande pituitaire, les glandes surrénales sécrètent une grande quantité de cortisol. Une quantité trop importante de cortisol met en court-circuit les cellules de l'hippocampe, faisant ainsi échec à une bonne organisation de la mémoire du traumatisme ou de l'expérience stressante. Les souvenirs perdent leur cohérence et deviennent fragmentaires.

Augmentation du rythme cardiaque

Le système nerveux sympathique du corps, responsable du rythme cardiaque et de la respiration pulmonaire, déploie des

efforts démesurés : le cœur bat plus vite, la pression artérielle augmente, les poumons se mettent en hyperventilation. La transpiration se modifie ; les terminaisons nerveuses de la peau entrent en action, provoquant ainsi la fameuse « chair de poule ».

Combattre ou fuir

Les sens deviennent hyperactifs et traquent de potentiels signaux de danger. L'adrénaline se décharge dans les muscles, préparant le corps à combattre ou à fuir.

Blocage de la digestion

Le cerveau cesse toute pensée agréable et se concentre exclusivement sur les dangers potentiels. Pour éviter toute activité et énergie dispersives, il interrompt le phénomène de la digestion et demande au corps de vider le conduit digestif, en provoquant un vomissement involontaire, une miction, une défécation.

Ces recherches – même si notre connaissance du système nerveux central et de ses fonctions très complexes reste encore limitée – montrent comment les centres dédiés aux réactions émotionnelles, le cerveau « archaïque et primitif » et le cerveau « moderne et évolué » (c'est-à-dire les centres assurant le raisonnement et les décisions logiques), interagissent activement pendant les réactions de panique. Les réactions psychophysiologiques d'alerte de l'organisme typiques de la panique se déclenchent, de manière autonome, avant l'activation des zones les plus évoluées du cerveau. On peut donc dire que la sensation de peur première est beaucoup plus rapide que toute forme de pensée ou d'élaboration mentale complexe. Grâce à l'enseignement des biologistes, on sait qu'une réaction immédiate se déclenche dès l'apparition du danger et que cette réaction est bien souvent là pour nous sauver la vie : en effet, l'absence d'un tel dispositif naturel pourrait être très dangereux – voire fatal – pour l'individu. Mais lorsque notre cerveau moderne et évolué confond ce dispositif sain et positif avec un dispositif dangereux (car il se déclenche hors de son contrôle), c'est là que la

machine s'emballer et que se manifeste la panique. L'esprit se piège lui-même si bien qu'après les premières expériences de panique, l'organisme n'a plus besoin de stimulations extérieures pour déclencher cette chaîne d'événements psychophysiologiques : le cerveau agit seul, de manière autonome. Il peut alors suffire d'une simple image mentale isolée pour provoquer des émotions et des réactions physiologiques qui conduiront à l'attaque de panique. En d'autres termes, nous dirons que l'esprit creuse lui-même le piège dans lequel il s'emprisonne et duquel il ne peut s'extraire : il est à la fois victime et acteur de la situation. Comme l'évoque Rawling : « Liés par les liens invisibles de nos peurs, nous sommes à la fois marionnettes et marionnettistes, victimes de nos attentes ».

Le piège mental

Il existe de nombreuses études visant à expliquer ce phénomène en apparence étrange mais dévastateur dans ses effets. Comme toujours, les chercheurs se partagent entre tenants du phénomène biologique et tenants du phénomène environnemental : on dira que certains voient dans la peur pathologique une inéluctable caractéristique héréditaire, reçue par le sujet comme une dotation biologique particulière, tandis que d'autres lient la peur pathologique à un contexte familial et social spécifique.

La plupart des caractéristiques humaines, comme l'intelligence ou la personnalité, sont analysées et expliquées de cette manière antithétique mais une fois encore, ces deux positions théoriques relèvent davantage de l'idéologie que de la science.

Ce qui apparaît évident cependant est que ce type de dérèglements (c'est-à-dire les attaques de panique) implique des dynamiques de type psychologique autant que des réactions biologiques et physiologiques, comme il advient

dans toutes les interactions entre nous-mêmes et le monde qui nous entoure. Tenter de trouver une cause première à un processus interactif complexe constitue une forme d'égarement particulièrement réducteur et fort peu scientifique, même si l'on peut y lire le besoin (très humain) de trouver des explications définitives à tout. De plus, il arrive souvent que la connaissance des causes d'un problème ne facilite nullement la mise en place d'une solution car cette dernière ne découle pas de l'étude des causes qui ont précédé mais de l'observation du problème, à partir de son fonctionnement (Nardone, 1993). On ne peut changer le passé, ni en termes biologiques, ni en termes psychologiques. Ces propos seront développés de manière circonstanciée dans les chapitres consacrés au traitement des différentes formes de panique. Enfin, on sait que les personnes souffrant d'attaques de panique ont peur de ce qui peut arriver et non pas de ce qui est arrivé : les phobies influencent les actions et les pensées du futur plutôt que celles du passé...

Une personne phobique recherche le contrôle ou l'évitement permanents de toutes les conditions pouvant entraîner une évolution de sa peur vers la panique et c'est justement cette tentative de contrôle qui, paradoxalement, conduit à la perte de contrôle. Dans cette volonté de contrôler ses propres réactions, le sujet concentre continuellement son attention sur l'examen et l'écoute des paramètres physiologiques indiquant une augmentation du niveau de l'anxiété (battements cardiaques, rythme respiratoire, sens de l'équilibre, lucidité, etc.) mais comme ces fonctions sont des manifestations spontanées de l'organisme, leur contrôle rationnel en altère l'expression naturelle. Le sujet perçoit alors cette altération et s'effraie : les paramètres physiologiques s'altèrent, la peur augmente, et, si ce cercle vicieux d'interaction dysfonctionnelle entre l'esprit et le corps n'est pas interrompu, on arrive à l'attaque de panique.

Pour rendre plus clair mon propos, j'invite le lecteur à réaliser une petite expérience : écouter attentivement ses battements cardiaques avec la volonté de les réguler. Après quelques dizaines de secondes, le rythme cardiaque, au lieu de se régulariser, s'altère, entraînant inmanquablement une légère mais immédiate sensation de peur. Autre exemple, en descendant un escalier, concentrons-nous sur le maintien de notre équilibre, en faisant attention à la position de notre corps (ni trop en avant, ni trop en arrière) et en mettant un pied devant l'autre avec la plus grande vigilance : en procédant de cette manière, nous ressentirons, après quelques instants, comme un vertige et nous aurons le sentiment de perdre l'équilibre. Par ces simples exemples, tout un chacun peut constater qu'une tentative de contrôle volontaire des fonctions physiologiques ou des actions spontanées (par la répétition) conduit à des altérations menaçantes, lesquelles, à leur tour, peuvent faire naître la spirale de la peur.

Cette dynamique apparaît encore plus clairement lorsque l'on réalise un contre-essai expérimental : si, durant un épisode de panique, survient un événement extérieur, comme, par exemple, un accident entre deux voitures ou, plus simplement, l'arrivée d'une personne inattendue, la montée de la peur s'interrompt immédiatement.

En d'autres termes, on dira qu'un événement soudain, inattendu ou surprenant, retenant l'attention de l'individu, déplacera l'intérêt du sujet de lui-même et de ses propres réactions vers quelque chose d'extérieur, et brisera le cercle vicieux conduisant à l'attaque de panique. Comme nous le verrons, cette constatation fut, il y a plusieurs décennies, fondamentale pour la mise au point des premières formes de thérapies brèves visant à soulager les personnes souffrant de ce type de pathologies (Nardone, 1988). Quarante-deux patients, tous atteints de formes graves d'attaques de panique en relation avec une agoraphobie (incapacité de se trouver dans un lieu largement ouvert et de se mouvoir seul),

furent guidés et amenés à dépasser leurs pathologies par un simple programme thérapeutique fondé sur une exposition progressive à des situations éprouvantes, affrontées grâce à des stratagèmes thérapeutiques déplaçant l'attention des sujets vers l'exécution d'actions rituelles particulières : le fameux « sillonner la mer à l'insu du Ciel » de l'antique *Livre chinois des stratagèmes*.

Depuis cette date, les cas étudiés, puis traités par moi-même et mes collaborateurs au Centre de Thérapie brève stratégique d'Arezzo, ont dépassé les quatre mille : des patients de tous les âges, issus de tous les milieux sociaux, venus de tous les pays...

Ce qui apparaît très clairement dans les propos des patients est que la peur pathologique se déclenche dès qu'ils concentrent leur attention sur l'écoute d'eux-mêmes et sur le contrôle de leurs propres fonctions et réactions. Ces personnes tombent inmanquablement dans le piège paradoxal du contrôle, lequel, en fait, entraîne la perte de contrôle : l'esprit ne peut contrôler son propre fonctionnement pendant qu'il fonctionne, comme on ne peut se regarder soi-même pendant que l'on regarde...

Preuve évidente de la nature de ce phénomène, l'effet positif d'une des stratégies thérapeutiques conçues pour traiter les symptômes des attaques de panique : le paradoxe d'amplifier la peur pour la limiter, c'est-à-dire l'effort mental volontaire réalisé par le sujet lui-même pour accroître, plutôt que réduire, les sensations qui provoquent la peur.

Le résultat d'une telle réaction paradoxale vis-à-vis de la peur est, en fait, l'annulation de la peur. Cette constatation peut sembler illogique au lecteur mais, comme nous l'expliquerons de manière plus détaillée dans les chapitres consacrés à la thérapie, l'utilisation volontaire d'une réaction paradoxale à l'instant où la panique se déclenche bloque immédiatement l'augmentation de la peur car celle-ci, comme

nous l'avons décrit précédemment, est provoquée par la faille même des tentatives de contrôle exercées par le sujet. On dira donc qu'un paradoxe est annulé par un autre paradoxe, volontaire. C'est exactement ce qu'Hippocrate décrivait avec la maxime *similia similibus curantur*, il y a deux mille cinq cents ans et ce que le *Livre chinois des stratagèmes* définit, métaphoriquement, comme « éteindre le feu en ajoutant du bois ».

Ce phénomène apparaît comme extrêmement clair dans son apparente absurdité car, comme l'esprit s'illusionne lui-même lorsqu'il déclenche le cercle vicieux des perceptions menaçantes et des réactions de peur qui en découlent, pouvant aller jusqu'à la panique, l'auto-leurre thérapeutique d'alimentation volontaire de ce que l'on souhaiterait spontanément réduire court-circuite le processus en cours par l'élimination totale des effets. Ce qui veut dire que, pour annuler un auto-leurre pathogène, il est nécessaire d'utiliser un auto-leurre thérapeutique amenant le premier à l'autodestruction, en l'exaspérant jusqu'au paroxysme. Naturellement, nous verrons qu'il n'est pas facile d'inciter un individu terrorisé par les attaques de panique à alimenter sa propre peur afin de la réduire mais il a été mis au point un programme thérapeutique spécifique, progressif et parfaitement encadré, que nous présenterons plus avant.

En ce qui concerne le sujet de ce chapitre, c'est-à-dire l'anatomie fonctionnelle des attaques de panique, il est essentiel de souligner qu'une solution qui fonctionne révèle en fait la structure du problème qu'elle a résolu. Et, si le même type de solution est appliqué à un grand nombre d'individus souffrant du même trouble et que, comme notre équipe de chercheurs et de thérapeutes a pu le constater, cette solution fonctionne depuis plusieurs décennies pour la majorité des cas traités, cela confirme, empiriquement

et expérimentalement, la structure du problème affronté et résolu.

La méthode du « connaître un problème par sa solution » représente le fleuron de la recherche scientifique avancée car elle garantit rigueur et efficacité dans la mise au point de techniques visant à résoudre des problèmes particuliers. Et c'est bien cette méthode qui m'a guidé dès mes premières études consacrées aux peurs pathologiques et à leur traitement et qui m'a conduit, pendant plus d'une décennie de travail méticuleux et acharné, à la définition de thérapies rapides et efficaces et à une connaissance approfondie du phénomène.

Le piège des réactions

Nous pouvons donc définir les attaques de panique comme une escalade paradoxale de la sensation de peur et de ses tentatives de contrôle, lesquelles, en interagissant avec la peur elle-même, finissent par piéger l'esprit, qui fabriquera lui-même les monstres qu'il craint.

Malheureusement, le problème ne se limite que très rarement à cette seule condition (déjà fort complexe et invalidante) car les personnes souffrant de peur pathologique, dans leurs tentatives d'en limiter les effets, mettent en place tout un éventail d'actions finissant par augmenter davantage encore le dérèglement et ses conséquences néfastes. L'observation empirique et l'expérience clinique montrent deux types de comportements venant compléter le cercle vicieux des perceptions et des réactions décrit précédemment : une forte tendance à éviter les situations liées aux attaques de panique et la recherche permanente d'aide et protection auprès de l'entourage. Comme nous pouvons aisément l'imaginer, au lieu de limiter la peur, ces deux types de gestion ne font que l'alimenter toujours davantage,

aussi lourdement que les dynamiques précédemment décrites.

Si un individu associe la peur des attaques de panique à une situation directement vécue (ou qu'il considère comme potentiellement dangereuse), il est probable qu'il tentera sciemment de l'éviter. Mais le fait même d'éviter la situation redoutée confirme au sujet aussi bien la dangerosité de la situation que son incapacité à en affronter avec succès la réalité menaçante : pour le sujet, la « prochaine fois » sera inévitablement pire... Il apparaît donc que chaque évitement fait le lit du suivant jusqu'à mettre en place toute une chaîne d'évitements conduisant l'individu à une totale incapacité à s'exposer à des situations qu'il imagine effrayantes. Ici aussi nous constatons l'adoption d'une stratégie rigide invalidante, qui provoque un double effet : tout d'abord, la stratégie semble mettre le sujet à l'abri de l'attaque de panique redoutée, puis elle lui procure le sentiment qu'il est incapable d'affronter la situation redoutée. Et ce deuxième effet, fuite après fuite, entraînera un manque de confiance généralisée du sujet vis-à-vis de ses propres ressources. Sur la base de cette mésestime de ses propres capacités, le sujet évitera toujours plus de s'exposer à des situations potentiellement risquées, le tout pouvant mener jusqu'à une inaction totale.

Nous sommes une fois encore confrontés à un cercle vicieux constitué de perceptions menaçantes, suivies de réactions d'échec dans la gestion de la peur, menant pour finir à la pathologie. Une réaction naturellement saine d'évitement du danger, si elle s'accompagne d'une distorsion de la perception produite par un contrôle incorrect de la peur, évolue souvent vers un cadre pathogène et pathologique de l'entendement et du comportement.

C'est bien la tentative rationnelle de contrôler et de gérer la peur qui finit par l'alimenter. En d'autres termes, nous dirons que la logique mène à l'illogisme.

Comme nous le verrons, les techniques thérapeutiques les plus rapides et les plus efficaces prévoient un parcours inverse : il faut partir de l'illogisme pour aller vers la logique (Da Costa 1989, Elster 1979-85, Vaihinger 1986).

La démonstration empirique nous est offerte par les études de Barlow (1990). Ce chercheur, considéré comme l'un des spécialistes majeurs des pathologies phobiques, a analysé toutes les études relatives aux traitements proposés en la matière, puis a conclu que toutes les thérapies qui fonctionnaient présentaient un point commun intéressant : celui d'obliger les sujets souffrant d'attaques de panique à s'exposer volontairement à toutes les situations redoutées (et donc systématiquement évitées) et à affronter, toujours volontairement, leurs pires fantasmes phobiques pour apprendre à gérer leurs émotions.

Une fois encore, nous pouvons constater que ce qui fonctionne pour la solution d'un problème permet d'en comprendre efficacement le mécanisme.

Cependant, les chercheurs de tradition purement cognitive et comportementale, comme Barlow lui-même ou Marks (1978-1998), et qui représentent aujourd'hui encore des références absolues dans le domaine de l'étude des peurs et des paniques, s'attachent à une vision rigide de la peur pathologique, entendue comme un mal à affronter par des formes de thérapies de type purement rationnel et conscient. Mais comme nous l'avons vu précédemment, la peur se déclenche avant même que la volonté du sujet intervienne et, donc, de manière totalement indépendante. Ces spécialistes ont également tendance à sous-évaluer l'autre modèle pathogène fondamental mis en place par les sujets souffrant d'attaques de panique, en l'occurrence la demande d'aide, réitérée et permanente (pouvant parfois confiner à la dépendance totale) auprès de l'entourage, lequel devient alors la référence absolue de leur sécurité et de leur protection.

Un sujet ayant perdu toute confiance dans ses propres ressources pour affronter des situations qu'il juge critiques confie alors à son entourage la responsabilité de le protéger par une intervention rapide en cas d'attaque de panique ou bien par une simple présence rassurante pour en prévenir le déclenchement. Ainsi un individu sujet aux attaques de panique développera-t-il des liens affectifs maladroits et des relations amicales fondés sur la seule nécessité d'être protégé par cet autrui rassurant (familier, ami, etc.), au fait de son trouble. Sa relation à autrui est donc pervertie, totalement dominée par la peur et le besoin de se sentir protégé. Le sujet, délégant aux autres sa sécurité personnelle, renonce à se confronter à ses propres limites.

Si ce type de relation peut offrir une protection immédiate au sujet, elle le confirme également dans ses incapacités et son inadaptation. Constater que la confiance en soi, en ses propres ressources, diminue toujours davantage ne fait qu'accroître le sentiment de peur, peur qui risque de se généraliser et de devenir la perception dominante de la réalité. Au fur et à mesure que ce type de perception augmente, la demande d'aide et de protection augmente proportionnellement et nourrit, comme nous l'avons vu, la peur de la solitude. Si elle n'est pas interrompue, cette spirale perverse d'interaction entre le sujet et son entourage protecteur conduira à une dépendance totale, à une incapacité à demeurer seul et à affronter les obstacles. Comme le dit Honoré de Balzac : « Le renoncement est un suicide quotidien ».

Si l'on parvient, au moyen de subtils stratagèmes thérapeutiques, à conduire le sujet hyper-dépendant à bloquer cette tendance, il pourra recouvrer rapidement ses propres capacités. En affrontant progressivement, en pleine autonomie, les situations qu'il juge critiques et jusqu'alors affrontées avec le concours et la protection d'autrui, le sujet comprendra

rapidement qu'il possède des ressources insoupçonnées. Cette expérience, émotionnellement surprenante, comparable à une vague entraînant toute une chaîne d'événements progressifs de large portée et incoercibles, permettra le retour à l'autonomie.

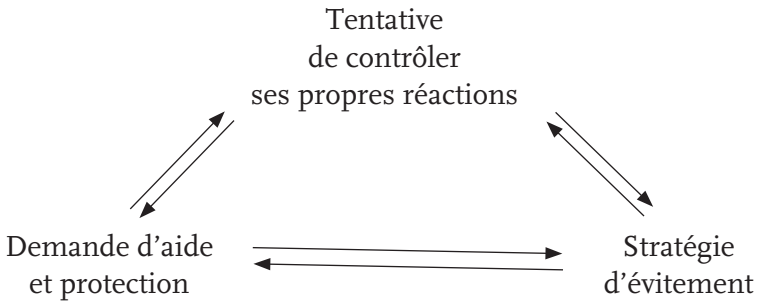
Il apparaît clairement que ce type de pathologies implique non seulement des mécanismes psychophysiologiques mais également des stratégies d'action personnelles et des tactiques d'interaction sociale. Ces pathologies ne peuvent donc pas être décrites comme des phénomènes de laboratoire, constitués simplement de stimulations et de réponses. Elles ne peuvent pas non plus être décrites comme un pur phénomène comportemental et cognitif dans la mesure où leur déclenchement se produit à partir de perceptions et de réactions antérieures aux fonctions cognitives. Ces dernières peuvent juste constituer d'ultérieurs facteurs de complication si elles empruntent les directions décrites précédemment.

Une évaluation précise, fruit d'une longue recherche empirique expérimentale, attestée par les résultats de son application, prouve que la peur pathologique constitue un processus interactif complexe impliquant aussi bien la sphère relationnelle entre le sujet et lui-même que la relation entre le sujet, les autres et le monde. Ces trois dimensions sont liées à des modèles particuliers de tentatives dysfonctionnelles de contrôle de la peur entraînant non pas sa réduction mais bien son alimentation. L'interactivité de ces tentatives répétées de mise en place de solutions, immanquablement vouées à l'échec, dans les trois sphères de la vie du sujet, conduit à la formation du syndrome d'attaque de panique.

Comme notre étude rigoureuse de 152 cas, menée il y a maintenant plusieurs années (Nardone, 1993), l'a démontré,

ce trouble naît du premier (et généralement infinitésimal) moment critique ayant transmis au sujet une sensation de perte de contrôle. Par la suite, les tentatives de contrôle de cette sensation se mettent en place automatiquement, avec pour effet non pas de réduire ces réactions premières mais de les augmenter.

*Modèle circulaire de la persistance
du syndrome de panique*



Sur cette base, la personne conçoit et met en place un modèle d'évitement et une tactique de demande d'aide directe ou indirecte. Ces stratégies, qui alimentent le sentiment d'insécurité du sujet vis-à-vis de ses propres ressources, renforcent plus qu'elles ne calment la perception des menaces. Si le sujet utilise pendant plusieurs mois ce modèle circulaire de perceptions et de réactions auto-validées, il parviendra à la construction du piège dont il ne pourra s'échapper avec ses seules forces.

Le trouble des attaques de panique se construit donc progressivement, à la suite d'une interaction prolongée entre différentes stratégies redondantes mises en acte pour combattre la peur, stratégies qui, paradoxalement, finissent par la rendre plus forte et plus envahissante. Cette constatation fait échec à

la conviction populaire (mais également littéraire) que toute peur pathologique est la conséquence d'un grave traumatisme réellement vécu. Comme le dit Emil Cioran : « L'homme peureux construit d'abord ses peurs, puis s'installe dessus »...

À ce point de notre exposé, le lecteur est en droit de s'interroger : pourquoi l'individu est-il capable de créer un tel processus autodestructif ? Pourquoi, voyant que la situation ne s'améliore pas mais au contraire s'aggrave, n'interrompt-il pas ce processus ? En d'autres termes, on pourrait dire que « se tromper est humain » mais « persévérer est diabolique » ; on pourrait aussi penser, avec une certaine naïveté, qu'il est stupide de persévérer dans l'élaboration d'un dispositif qui ne fonctionne pas...

C'est également le dilemme que la description purement physiologique et biologique de la panique ne parvient pas à résoudre. Après avoir identifié les canaux cérébraux du phénomène et leur processus séquentiel, les physio-biologistes ne parviennent pas à expliquer pourquoi l'esprit se laisse piéger par de fausses perceptions capables de déclencher une surenchère pouvant aller jusqu'à l'« avalanche », c'est-à-dire l'attaque de panique.

L'observateur naïf et les physio-biologistes purs et durs ne parviennent pas à comprendre les dynamiques d'auto-leurre de l'esprit humain et son aptitude à construire des réalités imaginaires capables de produire des effets concrets. Si l'on accepte cette perspective, qui comprend non seulement les séquences logiques ordinaires mais également les phénomènes paradoxaux et les dynamiques de logique extraordinaire, l'explication du « comment » le sujet se construit des pièges dont il ne peut s'échapper apparaît assez claire.

Lorsque le sujet ressent de la peur, ses réactions immédiates et naturelles sont la sauvegarde, la survie, la préservation : la fuite loin de la menace, la recherche de protection,

la lutte contre ce qui l'épouvante. Ces réactions sont des stratégies efficaces contre la peur mais leur exaspération et leur généralisation sont des phénomènes pathogènes. En d'autres termes, une bonne chose se transforme, par surdosage, en une mauvaise. Le paradoxe logique – représenté par la peur pathologique, un phénomène en apparence inexplicable qui voit l'esprit se tromper lui-même – réside bien là. Et c'est ainsi que des réactions naturelles de régulation de l'émotion « peur » se transforment, par la rigidité d'un modèle stratégique, en un dérèglement pouvant aller jusqu'à la perte de contrôle.

Nous dirons donc que ce qui pousse notre individu à généraliser ses stratégies de contrôle rationnel de ses propres réactions, d'évitement et de demande d'aide et protection réside dans le fait que, dans un premier temps, ces manœuvres fonctionnent très bien. Cependant, leur efficacité à court terme se transforme, par leur répétition exaspérée, en catastrophe programmée. Le sujet perçoit tout d'abord ces trois solutions comme efficaces, bénéfiques et sans danger. On notera aussi qu'une personne vivant en permanence dans la peur ne parvient que fort rarement à entrevoir des perspectives et à imaginer des stratégies à long terme. Elle combat *hic et nunc*, et son quotidien est entièrement dévolu à consolider les failles qui s'ouvrent, béantes, dans sa capacité de contrôle d'elle-même et du monde extérieur. Son optique est focalisée sur le court terme, et cette attitude l'empêche de prendre conscience que ses stratégies pour combattre la peur, généralisées et se constituant en modèle perceptif et réactif, se transforment en aliment et non plus en réducteur de sa perception phobique.

La réponse aux deux questions posées précédemment est donc que l'esprit, réagissant rapidement à la peur, tend à utiliser ce qui a pu fonctionner comme réducteur, dans le passé. Malheureusement, de telles réactions immédiates, en

raison justement de leur efficacité momentanée, tendent à se transformer rapidement en modèles de réponse rigides. Comme nous l'avons déjà évoqué, la répétition prolongée de tels schémas de perceptions et de réactions conduit au piège paradoxal de la panique : la tentative exaspérée de contrôle fait perdre le contrôle.

En d'autres termes, les personnes souffrant d'attaques de panique sont victimes du succès apparent de leurs stratégies pour combattre la peur. Il ne s'agit nullement d'individus stupides incapables de comprendre qu'ils creusent le trou dans lequel ils vont tomber mais d'individus tombant dans le piège de leur intelligence.

Ce n'est d'ailleurs pas par hasard que la majorité des personnes souffrant de phobies et d'attaques de panique sont généralement très intelligentes et très sensibles, le plus souvent brillantes dans leur vie personnelle et professionnelle, sauf, naturellement, dans les moments de crise.

Et c'est bien parce qu'elles sont particulièrement douées et capables que ces personnes sont difficiles à traiter et à soigner : en effet, plus un individu est intelligent moins il sera disposé à changer ses stratégies d'action, même lorsque celles-ci seront devenues particulièrement contre-productives. Ces personnes ont souvent beaucoup de mal à se laisser guider par d'autres et tentent de gérer elles-mêmes la situation, ce qui a généralement pour effet d'augmenter la résistance au changement. C'est pour cette raison qu'une thérapie réellement rapide et efficace de lutte contre les troubles de la panique prévoit, au cours des premières phases, de contourner la résistance au changement, typique du cercle vicieux émotionnel, mental et comportemental particulièrement complexe qui soutient et alimente le problème.

Pour conclure ce chapitre consacré à la description de la genèse du fonctionnement du trouble appelé attaque de panique, il est important de poser ici une dernière observation, en apparence peut-être aussi surprenante que d'autres affirmations exposées dans les pages précédentes : l'attaque de panique, entendue comme pur phénomène physiologique, n'existe pas. En d'autres termes, elle n'est pas une réalité indépendante d'autres réalités mais elle existe en relation avec d'autres données de l'expérience humaine. Le processus décrit jusqu'à maintenant, conduisant à la formation et à la persistance du trouble, demande, pour se déclencher, que le sujet perçoive une première alarme capable de déclencher toute la séquence de ses tentatives de solutions dysfonctionnelles. Cette première expérience, comme les suivantes, produites par l'interaction entre l'échec des tentatives de solution et l'alourdissement du problème, est toujours le fruit d'une dynamique interactive entre sujet et réalité extérieure et intérieure. L'attaque de panique est donc avant tout un phénomène perceptif, qui déclenche une chaîne d'événements interactifs entre les perceptions et les réactions appliquées par le sujet pour se défendre contre le danger. Le produit final de cette expérience en spirale est une réalité virtuelle qui produit toutefois des effets bien réels, un monstre épouvantable construit, puis subi, un mal imaginaire qui, dans ses effets, est plus concret que des maux réels, concrets et tangibles.

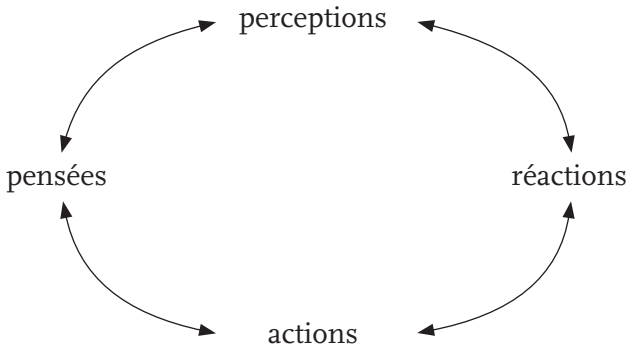
L'attaque de panique n'est donc pas un trouble spécifique, fruit d'une pathologie particulière, mais plutôt l'expression symptomatique extrême de toute une série de pathologies diverses. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, les attaques de panique peuvent être provoquées par une seule phobie ou bien par une pathologie phobique généralisée, par une obsession comme par une paranoïa, par une fixation hypocondriaque comme par une crise dépressive. Cette liste est loin d'être exhaustive car le diagnostic

définitif des attaques de panique n'existe pas, même dans les manuels officiels des troubles mentaux (D.S.M.), ce type de troubles étant immanquablement lié à d'autres pathologies, certaines sans relations aucunes avec les phobies. Toutefois, le terme « attaque de panique » est devenu tellement populaire que l'on désigne systématiquement (ou presque) sous cette étiquette de diagnostic générique toute une série de troubles différents et que le profane désigne aussi ces moments de crise sous cette même appellation. Et il en va de même pour l'Organisation mondiale de la Santé, laquelle a défini les attaques de panique la pathologie humaine la plus fréquente sur la face de la Terre, affectant (ou ayant affecté) environ 20 pour cent de la population mondiale. Ce diagnostic est donc un paradoxe puisqu'il fait référence à cette pathologie comme si elle constituait un trouble en soi, strictement défini, naissant, se développant et persistant indépendamment d'autres réalités. Au contraire, les attaques de panique sont le résultat d'une chaîne interactive d'événements reliés et interdépendants. Une telle évaluation, naïve et superficielle, complique tout diagnostic objectif et constitue une croyance dangereuse pour son traitement.

En effet, si j'adopte cette perspective réductive, je peux penser soigner mon trouble au moyen de sédatifs symptomatiques (en prise ponctuelle) ; en revanche, si je considère la complexité de mon trouble, je devrai envisager de suivre un traitement impliquant des changements à apporter à ma façon de percevoir et de gérer la réalité, aussi bien du point de vue personnel qu'interpersonnel. Ce n'est pas le hasard si le terme « attaque de panique » a fait son apparition dans le vocabulaire psychiatrique après qu'un célèbre (et puissant) laboratoire pharmaceutique eut mis au point un médicament défini comme « anti-panique », devenu rapidement l'un des best-sellers de la pharmacopée mondiale.

Ainsi, malheureusement, le premier traitement contre les troubles anxieux comporte-t-il souvent la prise d'un médicament devant lutter contre les phénomènes de réactivité symptomatique. Comme le montrent les recherches sur l'efficacité thérapeutique (Marks 1998, Barlow 1990, Nardone 1993, Rovetto 1995, Hubble, Duncan, Miller 1999), la prise d'un sédatif, sans accompagnement psychologique adapté, n'est efficace que brièvement avant de perdre tout pouvoir thérapeutique. Le plus souvent, l'utilisation de produits pharmaceutiques contre l'anxiété se transforme, à son tour, en tentative de solution qui alimente le trouble plus qu'elle ne le combat car elle habitue le sujet à déléguer au sédatif ses propres capacités de résistance aux réactions anxieuses. En effet, la peur se combat et se dépasse à la première personne, et de cette seule manière. Nul ne peut affronter à notre place les peurs que nous ressentons, pas même un produit pharmaceutique.

La répétition dans le temps de ce type de procurations fonctionne de la même manière que la dynamique des demandes d'aide et protection réitérées par le sujet auprès d'autrui, le tout activant un phénomène de défiance de l'individu vis-à-vis de ses propres ressources personnelles. Nous pouvons donc constater une fois encore que ce qui semble fonctionner dans un premier temps se révèle dans un second contre-productif, voire un accélérateur du trouble. Il est capital de garder à l'esprit que le trouble anxieux doit être considéré comme un phénomène effet d'une séquence interactive entre des perceptions et des réactions physiologiques et mentales, suivie par l'adoption de modèles d'actions et de réflexions. Une fois constitué le cercle vicieux d'interdépendance réciproque entre ces facteurs, chacun de ceux-ci devient cause et effet de l'escalade de la panique.



Ce graphique, comme le précédent, offre la représentation visuelle de la dynamique circulaire et réverbérante entre les facteurs psychologiques et physiologiques de la peur. Ce qui conduit cette dernière à se transformer d'émotion saine en pathologie n'est pas une réaction isolée mais la répétition redondante d'un modèle de tentatives de solution, efficaces dans un premier temps, invalidantes dans un second.