

Natalia Kopcova
191 rue des Pyrénées
75020 Paris

Superviseur
M. Damien Fouques

Trouble panique avec agoraphobie chez une dame de 71 ans souffrant de BPCO

AFTCC - MODULE 3

Année 2019-2020

Table des matières

1. RESUME.....	3
2. CADRE DE TRAVAIL	3
3. MOTIF DE CONSULTATION	3
4. ANAMNESE.....	4
4.1. L’histoire de l’épisode actuel	4
4.2. L’histoire prodromique et les facteurs de risques.....	4
4.3. Histoire de vie	5
5. DIAGNOSTIC	6
6. CADRE THEORIQUE.....	10
6.1. Epidémiologie	11
6.2. Définition du trouble.....	11
6.3. Modèles théoriques	11
6.4. Traitement	13
6.5. Hypothèse étiopathogénique	14
7. LIGNE DE BASE.....	14
8. ANALYSE FONCTIONNELLE	17
8. 1. Synchronie	17
8. 2. Diachronie.....	18
9. ANALYSE DE LA DEMANDE.....	19
9.1. Mise en perspective du motif de la consultation au regard de l’analyse fonctionnelle... 19	19
9.2. Elaboration et définition du contrat thérapeutique.....	19
10. PROJECTIONS THERAPEUTIQUES AVEC REFLEXIONS SUR LES PRECAUTIONS DIVERSES.....	20
10.1. Exercices, durée, méthode d’évaluation.....	20
10.2. Projections thérapeutiques.....	24
10.3. Implications éthiques et déontologiques	25
10.4. Précautions purement techniques et logistiques	25
11. PRESENTATION DE DEUX SEANCES SOUS FORMES DE VERBATIM.....	25
11.1. Explication d’une méthode au patient : Exposition graduelle aux sensations désagréables.....	25
11.2. Application d’une méthode : Restructuration cognitive	27
12. ANALYSE DE L’ECHEC ET DE LA REUSSITE	28
12.1. Analyse de l’évolution des indices observés en phase d’intervention.....	28
12.2. Évolution de la thérapie.....	29
12.3. Identification des difficultés	29
12.4. Réflexion sur l’alliance thérapeutique	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30

1. RESUME

Ce mémoire, réalisé dans le cadre du module 3 de la formation initiale en TCC, expose le cas clinique de Mme G. âgée de 71 ans souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie lié à une insuffisance respiratoire chronique.

Une démarche diagnostique a été menée suivie d'un cadre théorique expliquant le trouble.

Une analyse fonctionnelle par la grille SECCA expose une situation problématique permettant de proposer à la patiente un plan de thérapie basé sur une approche à la fois comportementale, cognitive et émotionnelle.

Le déroulement des séances est décrit, puis deux séances sont retranscrites en verbatim afin de dévoiler un aperçu du travail effectué en collaboration avec la patiente.

2. CADRE DE TRAVAIL

Je suis psychologue clinicienne spécialisée en gérontologie depuis 10 ans. Actuellement, j'exerce mon activité dans un EHPAD depuis deux ans à temps complet. Mes missions principales concernent les suivis et les évaluations psychologiques et neurocognitives des résidents et l'accompagnement des familles dans des contextes de vie difficiles. J'interviens également auprès du personnel soignant de manière individuelle en élaborant des situations problématiques concernant les relations avec les résidents mais aussi avec leurs proches. Je collabore aussi avec une équipe pluridisciplinaire composée d'une cadre de santé, d'un médecin coordonnateur, d'une psychomotricienne d'une ergothérapeute, d'infirmières et d'aides-soignantes, ce qui est indispensable pour mener à bien mes projets thérapeutiques.

J'interviens à la demande des résidents eux-mêmes, de leurs proches mais aussi de l'équipe soignante. Les motifs de consultations sont divers : troubles anxieux et thymiques, troubles du comportement, troubles psychotiques, douleurs, accompagnement de fin de vie. Le travail psychothérapeutique s'inscrit dans une prise en charge globale du résident qui est élaborée sous la forme d'un projet d'accompagnement personnalisé dont j'assure la coordination.

3. MOTIF DE CONSULTATION

Mme G. a demandé à me voir suite à son arrivée en établissement sur le conseil de son médecin traitant. Elle décrit des épisodes de « suffocation » qui l'ont conduite aux urgences à plusieurs reprises. C'est d'ailleurs le motif de son entrée en EHPAD. Elle formule une demande de mieux gérer

son stress et de retrouver son autonomie à la marche sans le déambulateur qu'elle utilise actuellement pour ses déplacements. Mme G. souhaiterait retrouver un sentiment de sécurité et pouvoir profiter pleinement de ses loisirs. Je lui ai donc proposé d'évaluer ses difficultés, d'établir ensemble des objectifs afin que je puisse adapter au mieux les méthodes thérapeutiques pour répondre à sa demande.

4. ANAMNESE

4.1. L'histoire de l'épisode actuel

Mme G. présente un essoufflement lié à l'insuffisance respiratoire majoré par l'effort et un cancer des poumons. Elle a été hospitalisée plusieurs fois suite à des épisodes de « suffocations ». Le traitement actuel est le suivant : Ventoline, oxygène, aérosols, Xanax pour l'aider à retrouver le souffle. Son cancer a été diagnostiqué il y a trois ans et il est actuellement traité par chimiothérapie qu'elle supporte bien. Elle se sent bien prise en charge par le service d'oncologie, ne ressent pas d'inquiétude à ce niveau.

Mme G. souffre de dyspnée de repos qui s'est installée suite à une décompensation respiratoire liée à la BPCO. Depuis son anxiété est majorée par l'effort. A son domicile, elle ne pouvait plus rester seule chez elle, par crainte de « suffoquer » alors ses proches se relayaient pour assurer une présence continue. Par ailleurs elle relate un manque d'appétit : elle ne se faisait plus à manger et a perdu du poids. Avant son arrivée en établissement, elle ne sortait à l'extérieur qu'en compagnie d'un proche. Actuellement elle se plaint de ne pas pouvoir effectuer les gestes de la vie quotidienne mais aussi pratiquer ses loisirs et nouer de nouvelles relations au sein de son nouveau lieu de vie car elle est gênée par son manque de souffle et la fatigue que provoque le moindre effort. De plus, tout événement inattendu majore le stress, et en conséquence sa capacité à respirer.

4.2. L'histoire prodromique et les facteurs de risques

Mme G. se souvient d'une période de sa vie, lorsqu'elle travaillait en tant qu'enseignante. Elle décrit des moments de tension, notamment au réveil, dit qu'elle partait au travail avec « la boule au ventre », toutefois elle ne se souvient plus exactement de la raison de son anxiété.

Plusieurs événements marquants de sa vie sont à prendre en compte, il s'agit premièrement de son divorce à la demande de son mari, qui a eu un effet dévastateur du fait qu'elle le considérait comme son « prince sur son cheval blanc ». Elle a donc décidé de changer d'environnement, de quitter son travail et son entourage pour s'installer à Paris et reconstruire sa vie. Sur le plan relationnel elle n'a jamais souhaité s'engager dans une nouvelle relation. Ensuite le décès de sa mère dont elle s'est occupée jusqu'au bout a bouleversé sa vie « je ne m'en suis jamais remise ». Etant enfant unique, sa

mère a été très importante dans sa vie. Puis l'annonce de sa maladie a été suivie d'un épisode dépressif.

Le caractère anxieux se traduit également par son tabagisme pendant 40 ans, Mme G. fumait un paquet par jour. Aujourd'hui elle est sevrée depuis trois ans, bien qu'elle fume encore quelques cigarettes par jour lorsqu'elle se sent « stressée ».

4.3. Histoire de vie

a. Relations familiales et sentimentales

Mme G. est fille unique. Elle a grandi à la campagne dans un environnement « protégé ». Elle s'est mariée après ses études universitaires. Elle est mère de deux filles et grand-mère de quatre petits-enfants qui habitent à l'étranger. Malgré le divorce elle a réussi à recréer un lien avec son ex-mari qui fait toujours partie de son entourage proche. Le contact avec ses filles et ses petits-enfants est quotidien malgré la distance via le téléphone et Skype. Ses filles viennent lui rendre visite, une à deux fois par an, elle regrette de ne pas pouvoir être auprès d'elles, de ne pas pouvoir s'occuper de ses petits-enfants. Elle n'a aucune famille proche à proximité, son entourage se composant de quelques amis.

b. Environnement

Mme G. a fait le choix de venir s'installer en EHPAD il y a 6 mois, car la vie quotidienne dans son appartement devenait trop difficile à gérer à cause de ses difficultés respiratoires. Elle ne pouvait plus assumer ses besoins, tels que la préparation des repas, le ménage ou les courses. Toute activité physique était devenue trop fatigante alors peu à peu elle a diminué ses sorties, les gestes de la vie quotidienne jusqu'à ne plus se préparer les repas. Cette situation est devenue dangereuse pour sa santé. La décision de s'installer en EHPAD afin de bénéficier du confort hôtelier, la gestion de ses rendez-vous médicaux a été une décision qu'elle ne regrette pas, elle apprécie sa vie en institution, mais souffre de sa perte d'autonomie. Elle a pu faire quelques rencontres et investir des relations avec les autres résidents. Le service médical apporte un sentiment de sécurité concernant ses problèmes de santé.

c. Scolarité-Etudes-Travail

Mme G. s'est orientée vers les études supérieures pour devenir enseignante d'anglais, une langue qui la passionne, elle a même vécu un moment en Angleterre pour perfectionner sa pratique. Elle n'a pas exercé son métier à cause de nombreux séjours à l'étranger. Elle a pu enseigner grâce aux remplacements suite à son divorce. Le travail au lycée lui plaisait. Le passage à la retraite à l'âge de

60 ans, s'est déroulé sans grandes difficultés puisqu'elle profitait de la vie dans la capitale pour mener une vie sociale plutôt satisfaisante autour d'activités culturelles.

5. DIAGNOSTIC

La démarche diagnostique concernant les troubles dont souffre Mme G. a été réalisée pendant deux séances en s'appuyant sur les échelles d'évaluation et un entretien avec des questions ouvertes. Cette démarche a posé une difficulté supplémentaire, pour savoir si les troubles sont déclenchés par l'insuffisance respiratoire ou bien liés à un trouble anxieux. L'étude du dossier médical et la concertation avec le médecin coordonnateur de la structure ont été nécessaires afin de mieux comprendre la problématique.

La passation du Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I., Lecrubier et al., 1998) et des questionnaires supplémentaires ont indiqué un trouble panique avec agoraphobie, mais aussi un épisode dépressif majeur ancien traité par des antidépresseurs.

Les échelles complémentaires et l'entretien avec des questions ouvertes ont permis d'approfondir la problématique de la patiente concernant l'histoire, le contexte de l'apparition des symptômes ainsi que leur fréquence et leur intensité.

Les échelles d'évaluation utilisées sont les suivantes :

- L'inventaire d'anxiété état-trait (STAI) de Spielberg, 1993, la forme Y-A (état) et la forme Y-B (trait) afin d'aider la patiente à préciser ses ressentis et l'intensité de son anxiété.
- Le questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless. Ce questionnaire nous a semblé pertinent car la patiente avait des difficultés à identifier ses pensées liées aux sensations désagréables.
- Le questionnaire des sensations corporelles de Chambless. Ce questionnaire a aidé à préciser et détailler les sensations corporelles se produisant lors d'une situation de stress.

De plus, l'utilisation des échelles d'évaluation adaptées pour les personnes âgées nous a paru pertinente afin d'explorer les capacités cognitives de la patiente et de dépister la dépression. La passation du MMSE (Mini Mental State Examination, Folstein et coll., 1975) indique un score de 28 (un score inférieur à 24 est considéré comme anormal). Le score du GDS 15 items (Gériatrique Dépressif Scale, Yesavage JA, 1982-1983) est de 2 (à partir de 5, il existe un risque de dépression).

L'ensemble des évaluations nous a conduit à formuler une hypothèse du diagnostic suivant : **Trouble panique avec agoraphobie** selon les critères diagnostiques issus du DSM V (Manuel Diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 5ème édition).

A. Attaques de paniques récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

- Palpitations, battement de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque.

Ce signe est évoqué par la patiente dès qu'elle « panique ».

- Transpiration.

Ce signe existe chez la patiente, elle ne supporte pas la chaleur.

- Tremblements ou secousses musculaires.

Ce signe est absent.

- Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.

La patiente décrit une sensation de « suffocation ».

- Sensation d'étranglement.

Cette sensation est présente chez Mme G.

- Douleur ou gêne thoracique.

Une impression de pression au niveau de la poitrine est décrite par la patiente.

- Nausée ou gêne abdominale.

Ce signe est absent.

- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.

La patiente se plaint de faiblesse dans les jambes, de troubles de l'équilibre.

- Frissons ou bouffée de chaleur.

Les endroits chauffés provoquent chez la patiente des bouffées de chaleur.

- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).

Ce signe est absent.

- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).

Ce signe est absent.

- Peur de prendre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».

La peur de perdre le contrôle sur son état, lorsqu'elle est « affolée » est décrite par la patiente.

- Peur de mourir.

La peur de ne pas trouver du secours, de mourir d'étouffement est décrite par la patiente.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :

- **Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).**

La patiente évoque la peur d'avoir une autre crise, de ne pas pouvoir gérer ses sensations, de perdre le contrôle de la situation.

- **Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique, tels que l'exercice ou des situations non familières).**

La patiente a mis en place une organisation de sa vie lui permettant d'éviter tous les endroits où elle pourrait se retrouver seule, sans la possibilité de trouver du secours, d'où la présence permanente à son domicile des amis et de la famille, puis le choix de venir s'installer en EHPAD avec une présence permanente jour et nuit qui la rassure.

- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets psychologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardio-pulmonaire).**

Suite à la concertation avec le médecin coordonnateur de l'établissement, les sensations qui accompagnent les difficultés respiratoires sont présentes en dehors des crises respiratoires liées à l'affection médicale, leur survenue est brusque et l'état s'améliore rapidement, elles sont souvent provoquées par une émotion et non par l'affection médicale dont souffre la patiente.

- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.**

Aucun trouble mental présent chez la patiente.

Agoraphobie :

- A. Peur ou anxiété marquée par deux (ou plus) des situations suivantes :**

- 1. Utiliser les transports en commun (p. ex. voitures, bus, trains bateaux, avions).**

Mme G. a décliné la proposition de son amie qui l'a invitée à passer des vacances en Vendée, car elle ne souhaitait pas faire le voyage en voiture.

- 2. Être dans des endroits ouverts (p. ex. parking, marché, ponts).**

Mme G. ne sortait plus de chez elle avant son arrivée à la résidence et actuellement elle ne sort plus dans la rue.

- 3. Être dans des endroits clos (p. ex. magasins, théâtres, cinéma).**

La patiente ne supporte pas les endroits enfermés ou surchauffés, elle passe plusieurs moments de la journée sur la terrasse.

- 4. Être dans une file d'attente ou dans une foule.**

La patiente ne participe pas aux spectacles de la résidence car elle se sent mal-à-l'aise dans un espace rempli de gens.

- 5. Être seule à l'extérieur du domicile.**

La patiente évite toutes les situations où elle pourrait se retrouver seule à domicile ou à l'extérieur. Cette crainte a nécessité une présence permanente chez elle.

B. La personne craint ou évite ces situations parce qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants.

La patiente s'organise afin de ne jamais être seule, d'où la décision de s'installer en EHPAD.

C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

Une anxiété intense avec les sensations physiques sont décrits par la patiente.

D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou une anxiété.

La patiente ne se déplace jamais seule y compris pour ses consultations médicales, une présence est toujours nécessaire.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socio-culturel.

Les troubles de la respiration sont présents mais la patiente a su les gérer seule, lorsqu'elle les a vécus, cependant l'idée de se retrouver dans la même situation représente une source de stress qu'elle pense ne pas pouvoir affronter.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement six mois ou plus.

Les troubles sont apparus et persistent depuis un an et demi, depuis sa première crise de « suffocation ».

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La patiente est très affectée par ses symptômes, sa qualité de vie a diminué, elle ne peut plus profiter de sorties, ni d'événements culturels, ni faire des rencontres. Cette situation a un réel impact sur sa vie sociale.

H. Si une autre affection médicale est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.

La présence de la maladie physique est réelle mais elle ne justifie pas la nature excessive de l'anxiété et de l'évitement.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental.

La patiente ne souffre pas d'un autre trouble mental.

Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel a permis d'éliminer les hypothèses diagnostiques suivantes :

Trouble anxieux généralisé :

Bien que certains éléments évoquant un TAG aient été observée chez Mme G., ils se sont avérés insuffisants pour nous orienter vers ce diagnostic. Notamment la fatigabilité, la tendance à procrastiner certaines tâches, une anxiété concernant sa maladie et des situations qui pourraient perturber la tranquillité de son quotidien. Toutefois, l'anxiété n'est pas généralisée sur d'autres domaines de sa vie. Par exemple concernant ses enfants qui vivent pourtant à l'étranger, Mme G. n'évoque aucune inquiétude, bien au contraire, elle est heureuse pour elles. Les séances de chimiothérapie ne représentent pas d'inquiétude pour elle. Aucun élément tel que l'intolérance à l'incertitude n'a été mis en évidence.

Phobie sociale :

Lors de l'entretien, Mme G. évoque une difficulté concernant le contact avec les personnes qu'elle croise dans la résidence, elle décrit un sentiment de gêne lorsque la personne s'arrête pour discuter avec elle. Du fait de son manque de souffle elle appréhende le regard de l'autre sur sa manière de « souffler comme un phoque ». Cependant, les critères de phobie sociale ne sont pas remplis, cette gêne ne concerne pas toutes les interactions sociales car dès que la patiente a retrouvé une manière confortable de respirer, elle est au contraire ravie d'avoir une conversation.

Dépression :

La question des troubles dépressifs a été abordée lors de l'évaluation. En effet, la patiente signale un épisode dépressif suite à la perte de sa mère et l'annonce du diagnostic. Aujourd'hui elle prend toujours un traitement antidépresseur. Il a été observé chez la patiente certains signes évoquant des troubles dépressifs, tel que la fatigue et la perte d'appétit, cependant nous n'avons pas d'arguments pour une humeur triste, ni pour la perte d'intérêt, ni pour les troubles du sommeil.

Troubles de la personnalité

La problématique de trouble de la personnalité a été examinée, aucun trouble n'a été révélé.

Troubles psychotiques :

Aucun événement passé ou actuel ne correspond aux critères de troubles psychotiques.

6. CADRE THEORIQUE

Dans cette partie nous allons tenter de répondre au questionnement soulevé par la problématique spécifique du cas présenté. En effet il nous semble inévitable de traiter le trouble en prenant compte de son contexte, c'est-à-dire son aspect biologique et nous documenter sur ses particularités. De ce fait, nous aborderons l'aspect théorique du trouble panique et de l'agoraphobie en lien avec la pathologie physique puis nous nous intéresserons aux recommandations des traitements adaptés.

Et pour conclure nous présenterons une hypothèse étiopathogénique.

6.1. Epidémiologie

Selon l'étude de Kunik et al. (2005), la prévalence du trouble panique chez les personnes souffrant de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) est dix fois plus élevée que chez la population en général qui est de 1,5-3,5%.

Dans leur étude Henninger, Calamand, Pasche, Maccaferri (2017), expliquent que la BPCO est une maladie fréquente et le nombre de patients augmenterait dans les pays occidentaux, ces patients présentent également des troubles anxieux ou dépressifs ce qui diminue leur qualité de vie mais aussi leur pronostic.

6.2. Définition du trouble

L'attaque de panique, expliquée par André (2005), serait « une crise d'angoisse intense, d'apparition brutale dont l'intensité maximale est atteinte très rapidement, en quelques minutes. Elle comporte de nombreux signes physiques, tels que palpitations et tachycardie, sensation d'oppression ou d'étouffement, frissons ou bouffées de chaleur, vertiges et sensations d'instabilité, etc. » Les attaques de panique évoluent souvent vers un trouble panique et s'associent à l'agoraphobie qui est marquée par la peur et l'évitement de certaines situations (transports en commun, lieux publics ouverts, lieux clos, les files d'attente, être seul à l'extérieur du domicile) comme défini par le DSM-V (2015).

6.3. Modèles théoriques

Le modèle de Barlow (1988) explique les attaques de panique à partir d'une réaction de stress considérée comme la vraie alarme auquel le sujet réagit par certaines réactions physiques qu'il va interpréter comme une menace vitale. Ensuite la réactivation de ces sensations va être perçue comme dangereuse et la réaction physique deviendrait une « fausse alarme », le sujet va se sentir en danger ce qui va augmenter le sentiment de perte de contrôle face à certaines situations et en conséquence favoriser leur évitement (Cottraux, 2017).

Selon le modèle de Clark (1986), il s'agirait de ce qu'il appelle la spirale de panique. Il explique que certaines personnes, lorsqu'elles sont confrontées à un stimulus extérieur qui provoque des petites sensations corporelles telles que la modification du rythme cardiaque ou de la respiration, des vertiges etc., vont percevoir ces signes comme anormaux déclenchant ainsi une réaction d'appréhension ce qui augmentera les réactions physiologiques d'alerte. La personne va donc interpréter ces réactions comme catastrophisantes et ainsi déclencher une spirale panique qui sera difficile à arrêter. (André, 2005).

Concernant les troubles paniques chez les patients souffrant de difficultés respiratoires, les chercheurs ont mené des études spécifiques. Notamment dans l'étude menée par Livermore et al. (2008), les chercheurs ont mesuré la dyspnée chez les patients souffrant de BPCO et chez les sujets sains. Ils ont

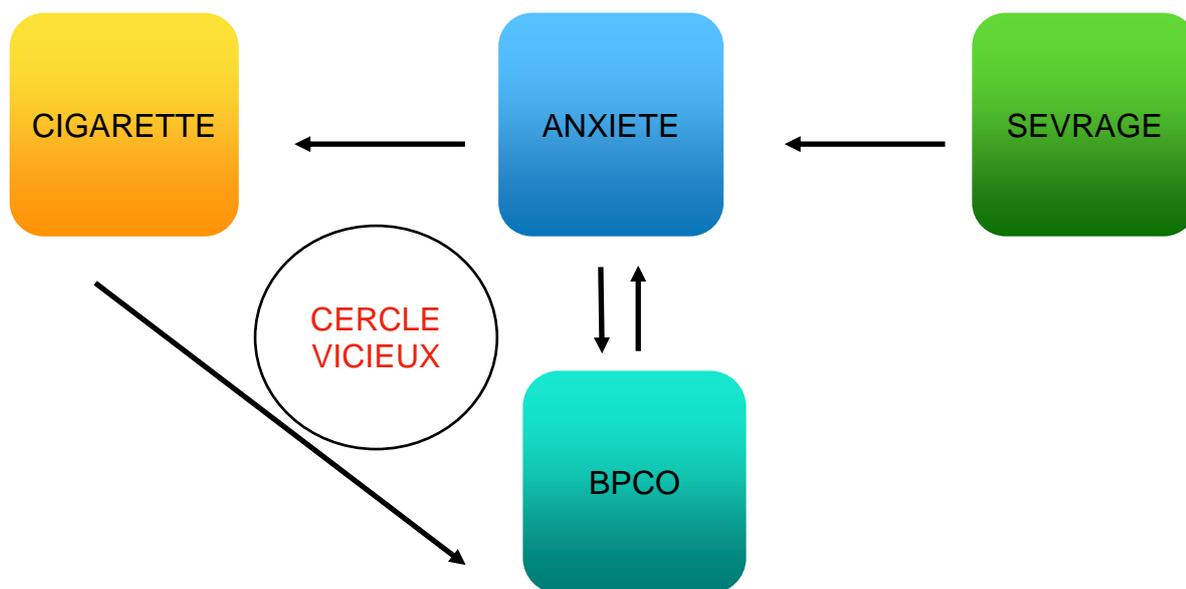
observé que les patients avec une BPCO et un trouble panique ont estimé une plus grande intensité de leur dyspnée que les sujets témoins. Ils ont donc conclu que le facteur psychologique a une influence sur la perception des symptômes dans cette maladie.

Selon Henninger et al. (2017) il existerait un lien entre la BPCO, le tabagisme et l'anxiété, décrit comme un cercle vicieux. En effet ces chercheurs soulignent le risque du comportement addictif chez les personnes anxieuses. Selon Bailey (2004) le tabagisme serait un facteur de risque important du déclenchement d'une BPCO, le sevrage serait dans ce cas particulièrement difficile car il majore l'anxiété.

Les patients souffrant de BPCO présentent une exacerbation de la respiration ressentie comme une suffocation et par conséquent ils ont tendance à appréhender une nouvelle exacerbation, à ressentir une peur de la mort imminente. Ceci augmente le stress et la dyspnée. Il semble donc important de dépister les troubles anxieux chez ces patients à l'aide d'échelles d'évaluation.

Ce phénomène est expliqué par le modèle biocomportemental liant le tabagisme, la dyspnée et l'anxiété. Le schéma ci-dessous illustre le modèle.

Figure 1 : Modèle biocomportemental



Ce modèle explique que la personne en sevrage tabagique, souffre d'un manque de nicotine provoquant de l'anxiété, ce qui va augmenter le risque de fumer et par conséquent aggraver la maladie pulmonaire et donc augmenter le risque de souffrir d'un trouble anxieux.

Selon les modèles de type cognitivo- comportemental il y'aurait une relation entre dyspnée et anxiété. Selon Howard, Hallas, Wray et Carby (2009). Les personnes confrontées à une situation qui provoque la dyspnée telle que les efforts physiques ou les émotions comme la peur vont développer des

comportements d'évitement. Dans ce cas le pronostic de la BPCO serait aggravé et le risque de développer un trouble panique serait augmenté.

6.4. Traitement

• Traitement psychothérapeutique

Thérapie comportementale

Le traitement des troubles paniques par la thérapie comportementale consiste en expositions à la « peur », de manière graduée soit à la situation redoutée, soit aux sensations corporelles désagréables. Tandis que beaucoup de recherches se sont focalisées sur la désensibilisation systématique et l'habituation dans l'explication de l'extinction de la peur, les recherches récentes de Craske et al. (2012) suggèrent le modèle de l'inhibition de la peur. Selon ce modèle, l'association d'origine entre le SC-SI (stimulus conditionnel-stimulus inconditionnel) reste mais devient inhibée par une association nouvellement formée SC- non SI (stimulus conditionnel-non stimulus inconditionnel). Il semblerait que cette approche selon laquelle un nouvel apprentissage inhibiteur se développe permettrait une atténuation de la peur et de l'anxiété à long terme.

Relaxation

Volpato et al. (2015) suggèrent que les techniques de relaxation, la respiration abdominale et la pleine conscience peuvent être efficaces dans le traitement des troubles anxieux. Les techniques comportementales complètent ce traitement par l'identification et la reprise progressive d'activités agréables pour le patient, ce qui contribue à développer ses ressources ainsi qu'un sentiment d'efficacité personnelle. Cette intervention vise à interrompre la boucle du cercle vicieux qui entretient l'anxiété par l'évitement de certaines activités.

Thérapie cognitive

Une approche cognitive peut également être proposée, par des outils de restructuration cognitive, visant à modifier certaines croyances dysfonctionnelles chez le patient.

Les techniques telles que l'auto-observation des situations avec des pensées automatiques associées et leur enregistrement peuvent aider le patient à réaliser que certaines de ces pensées liées aux émotions peuvent déclencher des attaques de panique. Parallèlement, le travail sur l'identification et le questionnement des croyances peut être utile afin de permettre au patient de modifier sa perception catastrophique de ses manifestations physiques, d'évaluer le degré d'adhérence à sa croyance puis d'établir un argumentaire pour et contre son raisonnement.

(Chapelle et al., 2018).

Il est intéressant de rajouter concernant les patients souffrant des maladies respiratoires, qu'un programme de réhabilitation respiratoire comme le souligne Lacasse et al. (2007) peut s'avérer

particulièrement bénéfique pour diminuer la dyspnée et améliorer la gestion de l'effort chez les patients. Grâce à une approche pluridisciplinaire, ces programmes utilisent la psychoéducation, l'entraînement respiratoire et la pratique de l'activité physique ce qui aurait un effet positif sur les symptômes anxieux et dépressifs.

Pour conclure, la prise en charge axée à la fois sur un traitement médicamenteux, une psychothérapie et une réhabilitation respiratoire permet d'améliorer la qualité de vie de ces patients.

- **Traitement pharmacologique**

Selon Usmani et al. (2011), le traitement de l'anxiété par les benzodiazépines est contre-indiqué car leur effet sédatif risque de provoquer une dépression respiratoire. Ces molécules sont alors évitées ou utilisées uniquement en dernier recours.

6.5. Hypothèse étiopathogénique

Comme évoqué plus haut, un lien entre la dyspnée et les troubles anxieux existerait chez certains patients souffrant d'une BPCO. De plus le tabagisme chronique présente un risque de développer une maladie respiratoire.

Mme G. présente une vulnérabilité biologique et psychologique d'une part due à sa maladie physique et le tabagisme et d'autre part liée aux événements de sa vie auxquelles elle a dû faire face. Parmi ces événements nous pouvons évoquer le divorce avec son mari suivi du changement de région, le décès de sa mère, le départ de ses filles à l'étranger. Nous pouvons ainsi formuler l'hypothèse que dans son cas l'accumulation d'événements traumatisants ont fragilisé ses capacités d'adaptation puis l'annonce de sa maladie a déclenché un épisode dépressif. De plus, l'exacerbation de ses troubles respiratoires a contribué à l'installation de troubles panique, ses essoufflements étant interprétés par Mme G. comme dangereux et provoquant ainsi une anxiété devant toute situation stressante ou un effort physique. Elle a essayé de trouver des solutions pour remédier à ses troubles, cependant le recours à la médication apporte un soulagement instantané mais ne tient pas dans le temps, la diminution de ses activités, telles que les sorties, n'a pas fonctionné, puis progressivement une présence humaine permanente chez elle a été indispensable pour éviter de « suffoquer ». Malgré toutes les stratégies mises en place, les symptômes ne se sont pas apaisés, bien au contraire, le fait d'éviter le moindre effort et toute situation stressante ayant contribué à l'installation d'un cercle vicieux.

7. LIGNE DE BASE

Pour définir notre ligne de base, il nous a semblé pertinent de prendre en compte trois axes différents: préciser la nature des sensations physiques, des pensées et leur intensité grâce aux échelles que nous

présentons dans ce paragraphe, l'étude des situations à l'aide des échelles de Beck et puis identifier les comportements qui maintiennent le trouble ainsi que leur fréquence.

• **Les échelles d'évaluation :**

L'inventaire d'anxiété état-trait (STAI) de Spielberg, 1993 (Traduction française Schweitzer MB et Paulhan I, 1990

Ce questionnaire mesure l'anxiété en général en tant que trait de la personnalité et l'anxiété ressentie à un moment précis à l'aide de deux échelles : la forme Y-A (état), la forme Y-B (trait), chacune contient 20 questions.

Le sujet attribue un score de 1 à 4 évaluant l'intensité de l'anxiété, 1 étant le degré le plus faible, 4 étant le degré le plus fort. Certains items indiquent l'absence d'anxiété, leur cotation est donc inversée lors de la correction. Le score final est la somme de tous les scores obtenus pour les 20 questions.

Nous avons choisi ce questionnaire afin d'aider la patiente à identifier le niveau et la nature de son anxiété. Le score obtenu est 44 pour la forme « état » et 46 pour la forme « trait ».

Selon les normes proposées par Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993) les résultats chez les hommes sont 35,7 (10,3) pour la forme « état » et 41,9 (9,48) pour la forme « trait », chez les femmes 40,8 (10,3) pour la forme « état » et 45,1 (11,1) pour la forme « trait ».

Questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless (Agoraphobique Cognitions Questionnaires, Chambless et coll., 1984, traduit par J. Cottraux). Cette échelle présente une liste de 14 items proposant des pensées concernant les conséquences de l'anxiété : « Chaque fois que je ressens de l'angoisse ou de l'anxiété, il m'arrive de penser que... ». Le patient évalue sur une échelle en 5 points la fréquence de la pensée, de 1 (cette pensée n'arrive jamais) à 5 (cette pensée arrive tout le temps). Le score total est obtenu par la moyenne des notes obtenues à chacun des items. Les normes indiquées par les chercheurs sont les suivantes : score total (sommés sur 14) 2,68 (0,58) selon Stephenson et al., (1999).

Le score obtenu par Mme G. est de 3,21 avec les items prédominants : « Je vais mourir », « Je vais faire une crise cardiaque », « Je vais mourir d'étouffement », « Je vais agir de manière ridicule », « Je vais perdre le contrôle de moi-même », « Je serai paralysée par la peur ».

Questionnaire des sensations corporelles de Chambless, 1984, traduit par Lachance S. (Body Sensation Questionnaire.). Cette échelle évalue l'intensité de la peur du sujet par rapport à ses sensations corporelles. La personne évalue ses ressentis sur une échelle de 5 points (de 1 = pas effrayé par cette situation à 5 = extrêmement effrayé par cette situation). Le score total est la moyenne des résultats obtenus. Les normes pour la population agoraphobe sont de 3,18 (0,77) à 3,43 (0,86) selon Stephenson et al., (1998). Mme G. obtient le score 3,35 ce qui correspond aux critères d'agoraphobie.

• **Les colonnes de Beck :**

Nous avons proposé à la patiente de noter toutes les situations qui provoquent chez elle un essoufflement qui lui demande d'interrompre l'activité pour retrouver son souffle.

Mme G. a relevé en moyenne sur une semaine plusieurs essoufflements par jour liés aux principales situations suivantes : pendant sa toilette, lors d'un aller-retour sur la terrasse (3 fois par jour), lors d'un aller-retour en salle à manger (2 fois par jour), dans une situation stressante diverse, lors d'une discussion, lorsqu'elle est confrontée à la chaleur.

• **Les indicateurs comportementaux :**

Le nombre d'essoufflement dans la journée en moyenne est au total de 15.

Le nombre de fois dans une journée qu'elle utilise : de l'oxygène - 4 fois, de la Ventoline 6 fois, de l'aérosol 3 fois, du Xanax 6 fois par semaine (en dernier recours).

Tableau 1 : Récapitulatif des résultats définissant la ligne de base

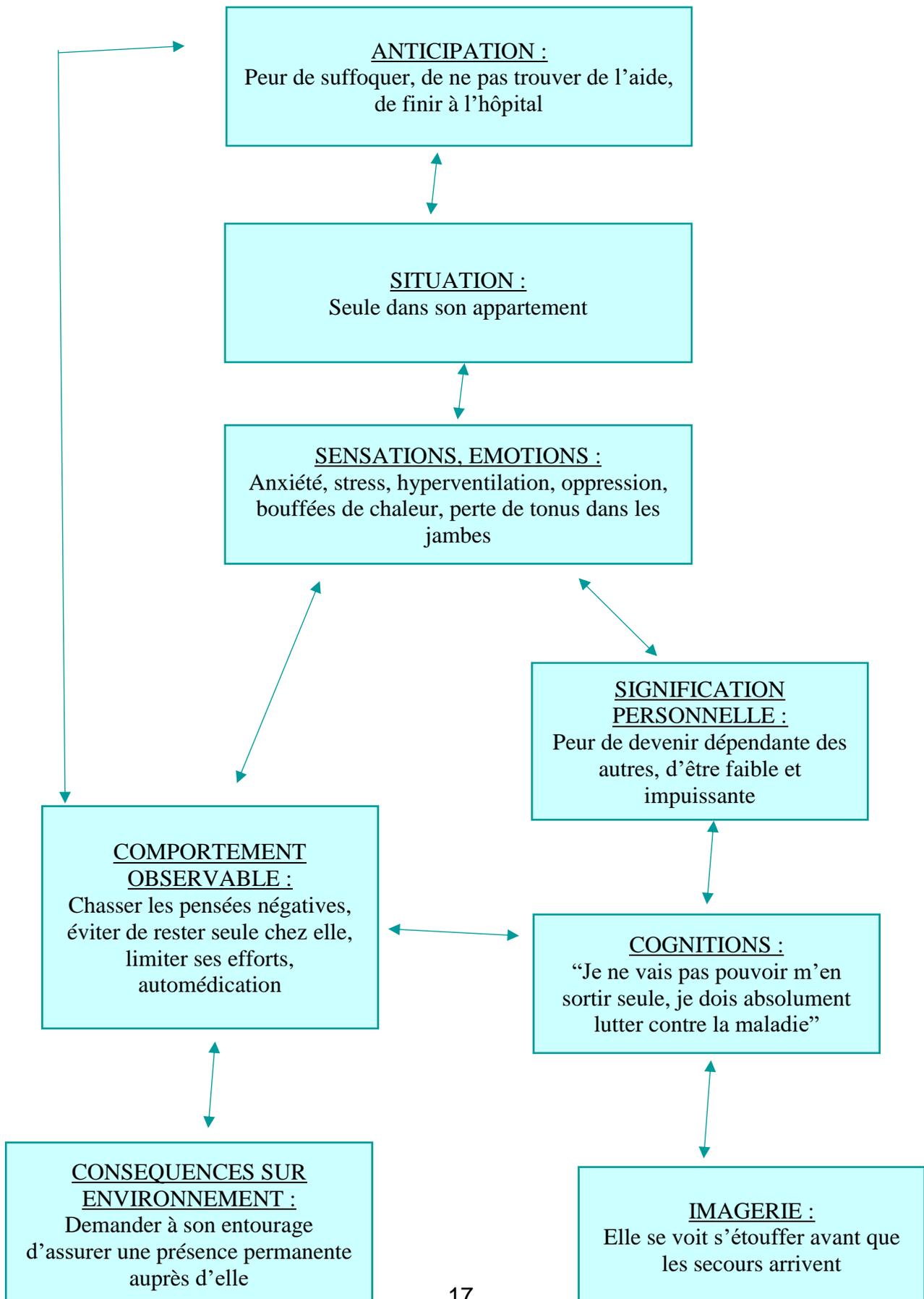
Échelles	Résultats	Normes
STAI (Forme Y-A)	44	40,8 (10,3)
STAI (Forme Y-B)	46	45,1 (11,1)
Questionnaire des cognitions agoraphobiques	3,21	2,68 (0,58)
Questionnaire des sensations corporelles	3,35	3,18 (0,77) à 3,43 (0,86)
Nombre d'essoufflements dans la journée	15	

Tableau 2 : Fréquence d'utilisation d'un moyen d'un moyen pour retrouver le souffle

	Oxygène	Ventoline	Aérosol	Xanax
Fréquence	4 fois par jour	6 fois par jour	3 fois par jour	1 fois par jour

8. ANALYSE FONCTIONNELLE

8. 1. Synchronie



8. 2. Diachronie

8. 2. 1. Données structurales possibles

- Génétiques :
 - Parents anxieux et protecteurs avec leur fille unique
 - Anxiété présente depuis son adolescence
- Personnalité :
 - Personnalité anxieuse
 - Sentiment d'échec, exigence avec soi-même, sentiment de ne pas être à la hauteur

8. 2. 2. Facteurs historiques de maintien possibles

- Facteurs passés :
 - Les changements fréquents de lieux de vie, l'absence de carrière professionnelle, le fonctionnement du foyer assuré par le mari
- Facteurs de stress actuel :
 - Toute situation imprévue qui nécessite de faire face, de faire des efforts
- Facteurs de maintien :
 - Evitement de toute situation stressante
 - Gestion de ses rdv médicaux confiée aux infirmières, gestion de ses papiers aux amis, évitement de rester seule
 - Evitement de tout effort physique

8. 2. 3. Facteurs déclenchants initiaux invoqués :

- Le décès de sa mère, son principal soutien
- Le départ des filles à l'étranger
- Annonce de la maladie suivie d'un épisode dépressif

8. 2. 4. Evénements précipitants les troubles

- Aggravation progressive de sa maladie et de ses difficultés respiratoires provoquant de la « suffocation »

8. 2. 5. Traitements antérieurs

Traitement qu'elle prend pour améliorer la dyspnée : Cortisone, Ventoline, oxygène, aérosol, Xanax pris de manière aléatoire, puis miansérine 10 mg, deux comprimées par jour.

9. ANALYSE DE LA DEMANDE

9.1. Mise en perspective du motif de la consultation au regard de l'analyse fonctionnelle

La demande initiale de Mme G. a été de pouvoir marcher sans le déambulateur et de moins s'essouffler afin de profiter de ses loisirs et des activités collectives organisées par la résidence.

Nous lui avons proposé de réfléchir ensemble à partir de la situation utilisée pour construire son analyse fonctionnelle en expliquant le mécanisme par lequel elle a appris à gérer ses difficultés respiratoires ainsi que l'existence d'un lien entre la situation, les émotions ressenties, les pensées et le comportement. Puis nous avons souligné le fait que diminuer progressivement toutes les activités physiques et éviter d'être seule chez elle lui permettait de diminuer le stress mais en même temps entretenait le trouble car les épisodes de « suffocation » se produisaient malgré toutes ces précautions. De plus il semblerait que la suffocation liée à l'exacerbation de ses difficultés respiratoires représente un vrai signal mais le fait de produire des efforts physiques ou une situation stressante qui amène un essoufflement est perçu comme une menace et augmente le risque de « suffoquer ». Mme G. est tout à fait d'accord avec cette proposition car elle explique que lors de ses hospitalisations, la prise en charge consistait en oxygénothérapie pour améliorer le confort respiratoire, rien de plus, et que les médecins parlaient d'anxiété.

9.2. Elaboration et définition du contrat thérapeutique

Une fois la problématique ciblée, nous avons proposé à Mme G. de reformuler les objectifs de la thérapie. Nous avons précisé que retrouver un confort respiratoire dans toutes les situations de la vie nous semblait plus pertinent que de se focaliser sur la marche sans le déambulateur, en effet si cette aide technique permet des déplacements sur des distances plus longues, il n'y a rien de problématique à ce qu'elle s'en serve. Nous lui avons ensuite apporté des explications concernant la prise en charge par la thérapie comportementale et cognitive, notamment la manière de procéder dans le cas du trouble panique et de l'agoraphobie, les notions d'exposition, d'habituation, d'extinction. Nous proposons de travailler autour des axes suivants : apprendre à contrôler la réponse physiologique en utilisant les techniques pour réguler la respiration, la cohérence cardiaque et la relaxation ; apprendre à gérer ses efforts en s'exposant aux situations redoutées, en apprenant à modifier les pensées grâce aux techniques de restructuration cognitive.

Nous pouvons ainsi formuler l'objectif suivant : apprendre à contrôler sa respiration, et pouvoir effectuer certains efforts physiques sans être accompagnée. Vingt séances de quarante-cinq minutes une fois par semaine sont proposées. La patiente est informée de l'importance d'effectuer certaines tâches entre les séances. La patiente est satisfaite de cette manière de procéder, sa curiosité intellectuelle en est stimulée, elle trouve l'idée de « faire ses devoirs » amusante en tant qu'ancienne

enseignante. Son engagement et son enthousiasme sont encourageants et renforcent ainsi notre alliance thérapeutique.

10. PROJECTIONS THERAPEUTIQUES AVEC REFLEXIONS SUR LES PRECAUTIONS DIVERSES

10.1. Exercices, durée, méthode d'évaluation

Mme G. a bénéficié à ce jour de 15 séances.

Séance 1 à 4 :

- Recueil d'informations afin d'établir l'anamnèse (histoire de vie et histoire de la maladie)
- Passation des échelles d'évaluation
- Mise en place de l'alliance thérapeutique
- Explications sur la spécificité de la prise en charge en TCC

Lors de notre première rencontre avec Mme G. elle me fait part de son souhait d'être suivie par un psychologue sur la recommandation du médecin à l'hôpital. Nous nous voyons pour la première fois la semaine suivante, où elle m'explique ses difficultés qui l'ont menée à s'installer en institution. Elle se montre ouverte et parle volontiers de son problème. Je lui explique alors la thérapie comportementale et cognitive en mettant l'accent sur l'importance d'un travail en collaboration et que cela nécessitera de réaliser des exercices entre les séances. Mme G. apprécie cette manière de travailler et se sent rassurée d'être prise en charge. Elle accepte de renseigner les différents questionnaires, nous le faisons ensemble lors de la séance. A ce stade, les précisions sur son diagnostic ne lui sont pas communiquées, il lui est expliqué qu'elle souffre de troubles anxieux en lien avec ses difficultés respiratoires. Elle n'a pas de tâche assignée.

Séances 5 à 6 :

- Présentation et explication du diagnostic
- Psychoéducation du trouble panique et agoraphobie
- Initiation à la régulation de la respiration afin de vérifier si cela permet d'avoir un impact sur sa dyspnée

Lors de ces séances nous abordons la question du diagnostic. Il est expliqué à la patiente que selon les résultats des tests étayés par son récit, elle souffre de trouble panique avec agoraphobie en lui expliquant selon un modèle théorique de quoi il s'agit. Pour l'illustrer nous évoquons une situation qu'elle a vécue récemment. Puis un essai de respiration est effectué afin d'apprécier ses capacités respiratoires. Après démonstration, Mme G. arrive à effectuer quelques respirations abdominales sans ressentir de gêne. Elle s'étonne même d'y arriver sans difficulté.

- *Tâche assignée* : pratiquer le contrôle respiratoire plusieurs fois par jour et noter ses observations (sensations physiologiques, effet positif et négatif)

Séances 7 à 8 :

- Revue de la tâche assignée
- Etablissement de l'analyse fonctionnelle
- Discussion des techniques envisagées suite au conseil du médecin coordonnateur
- Elaboration du contrat thérapeutique

Mme G. a rempli le tableau dédié à l'observation des ses exercices respiratoires. Nous discutons de ses observations, des moments où elle a éprouvé des difficultés. Elle a très bien investi cette tâche en effectuant ses exercices plus souvent que ce que nous l'avons suggéré et en a constaté des bienfaits. Nous avons ensuite travaillé autour d'une situation redoutée afin d'établir son analyse fonctionnelle dont elle a rapidement compris l'effet « cercle vicieux » grâce à ses capacités d'observation et d'analyse. Les précautions discutées avec le médecin traitant lui avaient été exposées. La patiente a apprécié cette collaboration et a exprimé une confiance en l'équipe pluridisciplinaire.

Ainsi nous avons pu aborder le contrat thérapeutique que nous avons validé ensemble.

- *Tâche assignée* : fiche d'auto-observation (situation, émotion, pensée automatique) apprentissage de la relaxation avec la psychomotricienne

Séances 9 à 10 :

- Revue de la tâche assignée : fiche d'auto-observations

Tableau 3 : Exemples de situations provoquant les troubles panique

Situation	Emotion, sensation et intensité	Pensées automatiques
L'ambulance arrive avec du retard	Anxiété 8/10, essoufflement	Je vais encore arriver en retard à la consultation, ils vont prendre quelqu'un à ma place et je vais devoir attendre pendant des heures, ça va m'épuiser
Je croise quelqu'un dans le couloir qui veut me parler, je souffle comme un phoque, je n'arrive pas à m'exprimer	Anxiété 7/10, essoufflement, jambes cotonneuses	Il trouve ça impressionnant, il a pitié de moi
Je suis dans une petite salle d'activité, il fait très chaud, j'ai du mal à respirer	Anxiété 8/10, essoufflement, bouffée de chaleur	Je ne peux pas suivre l'activité, je vais gêner les autres avec ma respiration forte, je vais encore finir par m'affoler

- Explication des techniques d'exposition aux sensations désagréables et aux situations anxiogènes
- Hiérarchisation des situations phobogènes

Tableau 4 : Hiérarchie des situations phobogènes

SITUATIONS	POURCENTAGE D'ANXIETE
Préparer ses vêtements	30 %
Faire son lit	40 %
Se rendre à la salle à manger de l'étage sans s'arrêter	50 %
Descendre au rez-de-chaussée pour aller sur la terrasse sans s'arrêter	60 %
Sortir seule dans le parc de la résidence	70 %
Sortir seule à l'extérieur de l'établissement - au kiosque	80 %
Sortir seule à l'extérieur de l'établissement - monoprix	90 %
Aller à la bibliothèque du quartier seule	100 %

Lors de ces séances nous avons abordé ensemble le lien qui existe entre les situations évoquées et la réponse physiologique, nous avons expliqué à la patiente que les sensations sont dues l'hyperventilation et non à ses conséquences. Nous lui proposons de l'exposer à la sensation de chaleur lors de la prochaine séance en lui expliquant la manière de procéder. Mme G. l'appréhende un peu, elle exprime sa peur de finir à l'hôpital. Nous nous mettons d'accord afin de prévoir une journée où le médecin est présent dans l'établissement. Puis nous établissons une liste de situations qui augmentent le stress et provoquent l'essoufflement.

Tâche assignée : continuer la pratique de la relaxation et du contrôle respiratoire

Séance 11 :

- Exposition à la sensation désagréable la moins gênante, la chaleur dans une pièce chauffée, suivie d'un contrôle respiratoire

La sensation de respirer de l'air chaud est très désagréable pour la patiente. Nous lui proposons alors de s'exposer à cette sensation en augmentant la température dans la pièce, et la patiente porte un pull en laine épais. En effet au bout d'une minute elle éprouve une gêne, son rythme cardiaque augmente, elle ressent des bouffées de chaleur et décrit une impression qu'il n'y a pas suffisamment d'air. Son anxiété monte à 8/10. Je lui propose alors de se concentrer uniquement sur son souffle, de respirer avec l'abdomen. Au bout d'un moment elle arrive à ralentir sa respiration, et constate que son anxiété a baissé. Cette épreuve lui a montré la possibilité d'agir dans des situations similaires, que cela ne mène pas systématiquement à la suffocation suivie d'une hospitalisation. Parallèlement, Mme G. poursuit sa pratique de la relaxation avec assiduité, cela lui fait « beaucoup de bien », et lui évoque des souvenirs de son enfance, le chant d'oiseaux, ce qui lui rappelle des moments insouciantes passés à la campagne. Elle effectue plusieurs fois par jour ses exercices de respiration.

Tâche assignée : continuer à s'entraîner à la régulation respiratoire, poursuivre les séances de relaxation

Séance 12 :

- Restructuration cognitive
- Mise en place de colonnes de Beck

Mme G. souhaite aborder une situation stressante qu'elle a vécu en attendant l'ambulance pendant quatre heures après une consultation. Elle évoque un sentiment d'impuissance dans les situations similaires, le fait d'être tributaire des autres. Nous travaillons sur ses cognitions et essayons de trouver des pensées alternatives en lien avec son passé. Nous l'invitons à imaginer ce qu'elle aurait fait avant d'être malade. Ce à quoi elle répond sans hésitation : elle aurait pris un taxi pour rentrer à la résidence tout simplement. Elle réalise donc qu'elle possède encore des ressources pour agir et trouve une solution, à savoir opter la prochaine fois pour le transport avec un taxi conventionné. Suite à cette situation nous lui proposons de mettre en place les colonnes de Beck afin de travailler les pensées alternatives.

Elle constate une nette amélioration de ses problèmes d'essoufflement car elle met en place systématiquement le contrôle respiratoire.

Tâche assignée : Continuer à mettre en place le contrôle respiratoire dès que les premières sensations désagréables apparaissent avant de prendre une bouffée de Ventoline, de l'oxygène, ne plus prendre de Xanax

Séances 13 à 14 :

- Exposition en imagination à la situation redoutée

Mme G. est ravie et raconte comment elle a su gérer une situation stressante. Le retard de l'ambulance pour la conduire à la séance de chimiothérapie. Elle ne s'est pas affolée en se concentrant sur son souffle, elle a essayé de se relaxer pendant le trajet et s'est dit que cette situation ne dépend pas d'elle mais des ambulanciers, elle a donc décidé de les laisser se débrouiller.

Encouragée par ses nouveaux apprentissages, elle accepte volontiers de procéder à l'exposition en imagination de la première situation notée sur la liste. Nous commençons par une relaxation et l'invitons à imaginer qu'elle prépare ses vêtements ce qui nécessite d'enchaîner plusieurs gestes successifs tout en essayant de gérer son souffle. Elle imagine de vouloir faire rapidement pour éviter l'essoufflement mais le contraire se produit ce qui déclenche de l'anxiété évaluée à 7/10. Elle pratique alors le contrôle respiratoire et nous lui rappelons de procéder à son rythme. Elle arrive à faire diminuer son anxiété à 3/10. Nous répétons la même expérience lors de la séance suivante. La première montée d'anxiété est évaluée à 5/10 et elle baisse rapidement à 2/10. Mme G. se sent prête pour s'exposer seule et a compris que plus elle suivait son rythme, plus elle respirait confortablement.

Tâche assignée : s'exposer à la situation suivante sur la liste, « faire son lit »

Séance 15 :

- Revue des tâches assignées
- Evaluation, passation des tests

Tableau 5 : Résultats des évaluations en cours de thérapie

Échelles	Début de la thérapie	Séance 15
STAI (Forme Y-A)	44	37
STAI (Forme Y-B)	46	39
Questionnaire des cognitions agoraphobiques	3,21	2,93
Questionnaire des sensations corporelles	3,35	3,05
Nombre d'essoufflements dans la journée	15	7

Tableau 6 : Fréquence d'utilisation d'un moyen pour retrouver le souffle en cour de thérapie

	Oxygène	Ventoline	Aérosolle	Xanax
Début de la thérapie	4 fois par jour	6 fois par jour	3 fois par jour	1 fois par jour
Séance 15	1 fois par jour	3 fois par jour	0 fois par jour	0 fois par jour

Mme G. a réussi à s'exposer à la situation suivante de sa liste, elle a pensé à ne pas se précipiter dès que le manque de souffle est apparu. Elle se réjouit d'avoir gagné en autonomie et se montre enthousiaste pour poursuivre les exercices.

Les résultats des tests d'évaluation sont encourageants et confirment le ressenti de la patiente qui constate une amélioration de sa vie quotidienne où elle parvient à réguler sa respiration, gagne en autonomie et profite de ses loisirs avec sérénité. De plus, depuis le début de la thérapie jusqu'à présent, aucune hospitalisation n'a été nécessaire, ce que Mme G. apprécie particulièrement.

Tâche assignée : continuer l'exposition aux situations redoutées selon la liste

10.2. Projections thérapeutiques

Séances 16 à 22 :

- Poursuivre les exercices d'exposition aux situations redoutées selon la hiérarchie établie en respectant son rythme

- Utilisation des techniques de restructuration cognitives en parallèle afin de modifier les pensées catastrophiques et accompagner ainsi le travail comportemental. Notamment la flèche descendante pour modifier les croyances avec les arguments pour et contre.
- Apprentissage des techniques de résolution de problème envisagé afin d'aider la patiente à mieux affronter les situations dans lesquelles elle se sentait dépassée. En effet Mme G. a peu à peu construit sa « bulle protectrice » en laissant gérer les aspects contraignants de la vie (administration, prise de rendez-vous...) à son entourage. La technique de coping peut être pertinente pour l'aider à gagner en autonomie.
- Continuer à pratiquer la régulation respiratoire et la relaxation.
- Evaluation finale, passation des échelles d'évaluation.

10.3. Implications éthiques et déontologiques

Les difficultés respiratoires dues à une maladie physique ont questionné la pertinence de certaines techniques, notamment l'exposition aux sensations désagréables telle que l'hyperventilation. Afin de vérifier l'aspect pratique nous avons consulté le médecin qui nous a apporté des précisions sur la maladie et la manière dont les patients vivent leurs troubles. En effet pour quelqu'un qui souffre d'une BPCO, la sensation est d'avoir un apport réduit en air, de ce fait les techniques utilisées pour s'habituer à la sensation d'étouffement en respirant par une paille n'est pas adapté dans ce cas car le patient perçoit déjà sa respiration de manière réduite. Nous avons donc également éliminé l'exposition à l'hyperventilation afin de ne pas provoquer une exacerbation chez quelqu'un qui a des difficultés à respirer.

10.4. Précautions purement techniques et logistiques

Le cadre de vie changé, la présence permanente des soignants dans l'établissement ont apporté une sécurité à la patiente, lui permettant de continuer à éviter les situations stressantes. De ce fait l'établissement d'une liste de situations redoutées a été quelque peu limité. D'autre part Mme G. présente des capacités physiques limitées, il a donc été important de se mettre en relation avec son kinésithérapeute qui travaillait sur le renforcement musculaire.

Le travail pluridisciplinaire a été nécessaire afin d'adapter la prise en charge et bénéficier également de différentes expertises.

11. PRESENTATION DE DEUX SEANCES SOUS FORMES DE VERBATIM

11.1. Explication d'une méthode au patient : Exposition graduelle aux sensations désagréables

Lors de cette séance nous abordons la question de l'exposition aux sensations désagréables et aux situations phobogènes.

Le thérapeute : « Comme nous l'avons évoqué lors de notre dernier entretien, je voudrais vous proposer que l'on parle de ce qu'on appelle l'exposition en TCC, si vous êtes d'accord. »

Mme G. : « Oui très bien, je suis curieuse de savoir comment on procède. »

Le thérapeute : « Je vais tout vous expliquer. Vous souvenez-vous, nous avons parlé de sensations désagréables que vous ressentiez lors de vos crises de suffocation : sensation d'étouffement, rythme cardiaque qui augmente, hyperventilation, jambes en coton ?

Mme G. : Oui, effet se sont des sensations qui apparaissent quand je suis affolée.

Le thérapeute : « Il s'agit bien de cela. Certaines sensations, lorsqu'elles sont perçues par le cerveau comme un signal de danger, peuvent déclencher une attaque de panique. Alors en TCC nous utilisons des exercices qui permettent de reproduire artificiellement ces sensations avec ensuite un contrôle de la respiration pour permettre de s'habituer à ces sensations et surtout, ne pas leurs attribuer les conséquences catastrophiques. Par exemple pour quelqu'un qui a peur d'avoir une crise cardiaque, nous allons le faire courir sur place pour augmenter les battements du cœur. »

Mme G. : « Je comprends mais je voudrais bien savoir ce que nous pouvons faire dans mon cas. »

Le thérapeute : « Justement j'allais vous en parler. Nous sommes assez limitées puisque j'ai demandé l'avis du médecin coordonnateur qui m'a expliqué que certains exercices ne sont pas conseillés dans le cas de votre maladie respiratoire. »

Mme G. : (rire) « Oui, je me vois mal me mettre à courir, alors que je m'essouffle en marchant. »

Le thérapeute : « Exactement, l'objectif est de vous aider à retrouver plus de confort au niveau de la respiration et pas le contraire. Cependant, vous me disiez que la chaleur vous donnait l'impression de moins bien respirer. »

Mme G. : « Oui, je ne me sens pas bien dans les pièces trop chauffées, j'ai l'impression de manquer d'air. »

Le thérapeute : « Tout à fait, j'ai bien vérifié ce détail avec le médecin, qui me confirme que le fait de respirer de l'air chaud ne devrait pas augmenter la difficulté à respirer, en sachant que l'air chaud ne contient pas moins d'oxygène que l'air froid. »

Mme G. : « En tout cas je préfère respirer de l'air froid, dès que je sens la chaleur je ne me sens pas bien, je change d'endroit. »

Le thérapeute : « Oui en effet, le fait de changer d'endroit entretient le trouble panique car on apprend au cerveau que respirer de l'air chaud est dangereux. »

Mme G. : « Oui en effet, vu comme ça, je comprends mieux. Mais alors comment cela se passe en pratique ? »

Le thérapeute : « Je vous propose que l'on essaye de vous exposer à un environnement chaud. Comme vous le savez maintenant, le fait de l'affronter pendant quelques minutes vous aidera à réaliser que le fait de respirer de l'air chaud ne produit pas les conséquences attendues, dans votre cas une crise de

suffocation. Vous allez peut-être sentir une gêne mais avec le contrôle respiratoire nous allons faire diminuer cette gêne. Ensuite il va falloir répéter cet exercice jusqu'à ce que la chaleur ne donne plus le signal de danger au cerveau. »

Mme G. « Oui je veux bien essayer, si cela peut m'aider à mieux gérer ma respiration, je pense que je peux y arriver. »

Le thérapeute : « Alors si vous êtes d'accord nous allons faire un essai lors de notre prochaine séance. Est-ce que tout vous a paru clair ? »

Mme G. : « Parfaitement, je suis prête pour me lancer ! »

11.2. Application d'une méthode : Restructuration cognitive

Mme G. commence l'entretien en disant « rien de neuf depuis la dernière fois sauf que je me sens fatiguée cette semaine, un peu lasse, je m'endors en lisant ». Puis continue spontanément sa réflexion : « je me sens lasse, je dois faire des efforts pour respirer, alors je ne les fais pas, je respire mal, je me mets en colère, je me sens plus lasse encore c'est un cercle vicieux ».

Le thérapeute : « En effet vous décrivez parfaitement la boucle d'un cercle vicieux qui entretient le comportement et qui ne permet pas d'issue. »

Mme G. : « Oui mais c'est idiot, je me nuis à moi-même en faisant l'impasse sur la respiration, et au final je ne profite pas de ma lecture. »

Le thérapeute : « Vous réalisez que le fait de faire économie sur votre souffle ne vous permet pas de vous sentir moins fatiguée, bien au contraire. »

Mme G. : « D'autant plus que je sais que lorsque je fais cinq ou six respirations abdominales, je récupère facilement le souffle. »

Le thérapeute : « Qu'est-ce qu'il fait qu'aujourd'hui, vous avez plus de mal à le faire ? »

Mme G. : « Je ne sais pas, la flemme peut-être. En tout cas je sais qu'ici je n'ai rien à craindre, à la maison j'aurais été déjà en train de paniquer, d'appeler les secours. »

Le thérapeute : « En quoi le fait d'être ici est différent ? »

Mme G. : « Ici j'ai des outils pour gérer, pour ne pas m'affoler, j'ai appris à réguler ma respiration. »

Le thérapeute : « C'est vrai, et vous l'avez plusieurs fois démontré, même en cas de grandes difficultés respiratoires, vous ne vous êtes pas affolée, vous avez réussi à rester calme, vous reposer et respirer calmement. »

Mme G. : « Oui c'est vrai. En revanche, je me sens un peu stressée en ce moment, j'ai quelques soucis qui me préoccupent, j'y pense souvent. Premièrement j'ai peur que mon iPad tombe en panne, et deuxièmement, je vais me faire opérer de la cataracte et j'appréhende cette intervention. »

Le thérapeute : « Pouvez-vous m'en dire plus, commençons par la première situation ! »

Mme G. : « Je pense souvent à ce que je ferais sans mon iPad s'il tombait en panne. »

Le thérapeute : « Pour quelle raison pensez-vous que cela arriverait ? »

Mme G. : « Parce que cela c'est déjà produit. »

Le thérapeute : « Quelle conséquence cela représente pour vous ? »

Mme G. : « Mon iPad me permet de pratiquer deux tiers de mes loisirs. »

Le thérapeute : « Si vous ne pouvez pas vous occuper, qu'est-ce que cela veut dire pour vous ? »

Mme G. : « Cela veut dire que m'ennuierai. »

Le thérapeute : « En quoi le fait de s'ennuyer est difficile pour vous ? »

Mme G. : « Je penserais à tout ce que je ne peux plus faire, ma vie serait vide. »

Le thérapeute : « Est-ce que le fait de ne plus avoir d'iPad rend forcément la vie vide ? »

Mme G. : « Non pas vraiment, d'autant plus qu'avant je n'en avais pas. »

Le thérapeute : « Est-il possible pour vous de trouver d'autres activités pendant la réparation ou d'achat d'un nouvel iPad ? »

Mme G. : « Oui je pense, la dernière fois j'ai fait sans, j'ai réussi à m'occuper autrement. Puis j'ai téléphoné à mon ami pour m'aider à m'en acheter un autre. »

Le thérapeute : « Et aujourd'hui, quelle solution pourriez-vous envisager ? »

Mme G. : « La même, appeler mon ami pour lui demander de m'en prendre un, et c'est ce que j'ai fait. Il m'a répondu en rigolant que si cela arrivait il s'en occuperait sans problème. »

Le thérapeute : « Si vous deviez évaluer le niveau de stress dans cette situation sur une échelle de 1-10, quelle serait le score ? »

Mme G. : « 3,4, en effet, je me dis que cela n'est pas si grave et que j'aurais réagi comme je l'aurais fait autrefois, avant la maladie. »

Le thérapeute : « Si vous vous souvenez bien, au début de la thérapie vous étiez frustrée dans ce genre de situation, vous n'osiez pas demander de l'aide. »

Mme G. : « Oui aujourd'hui, je réagis avec plus d'humilité, j'accepte plus facilement les choses que je ne peux plus faire moi-même. »

Le thérapeute : « Vous avez réussi à lâcher prise. »

Mme G. : « Oui, je suis plus à l'écoute de moi-même, je fais en fonction du présent et de mes possibilités. »

Le thérapeute : « Vous avez appris à être plus attentive à vos besoins, à prendre soin de vous. »

Mme G. : « Oui, j'ai arrêté de lutter contre la maladie. »

12. ANALYSE DE L'ECHEC ET DE LA REUSSITE

12.1. Analyse de l'évolution des indices observés en phase d'intervention

Le plan de la thérapie a pu être respecté, à ce jour 15 séances ont été réalisées. Comme détaillé dans le tableau 5, les échelles d'évaluation ont révélé une baisse du score, ce qui a été encourageant pour Mme G.. Elle a constaté une nette amélioration de ses troubles suite aux premières expositions et cela

lui a permis de diminuer l'utilisation de moyens pour soulager la gêne respiratoire comme illustré dans le tableau 6. Par ailleurs grâce à l'utilisation quotidienne de la régulation respiratoire, le nombre d'essoufflements a diminué. Parallèlement, la gestion de situations stressantes semble également améliorée, Mme G. décrit sa nouvelle façon de faire face : « je me dis, on se calme, on respire ». Ainsi elle a pu désamorcer plusieurs situations provoquant des attaques de panique, et ainsi éviter une hospitalisation. Aujourd'hui elle se sent plus apaisée et plus à l'écoute de son corps, elle a déjà gagné en autonomie et souhaite continuer à progresser.

12.2. Évolution de la thérapie

Il est prévu de continuer les exercices d'exposition selon le contrat thérapeutique tout en travaillant sur les cognitions.

La thérapie se poursuit, cependant elle demande un aménagement particulier dû à la situation de crise sanitaire où tous les exercices ne sont pas réalisables notamment ceux prévus à l'extérieur de l'établissement suite à l'interdiction de sortie des résidents.

12.3. Identification des difficultés

Ce cas clinique a nécessité quelques recherches afin de mieux comprendre les spécificités du trouble panique chez les personnes avec des troubles respiratoires. Au début de la thérapie, le fait de différencier l'exacerbation liée à la BPCO des troubles panique a été une question permanente. Ne pas mettre la patiente en danger nécessitait des précautions, des discussions avec le médecin. Cependant cette spécificité apportait à la progression de ce travail thérapeutique un challenge supplémentaire.

12.4. Réflexion sur l'alliance thérapeutique

Malgré les difficultés rencontrées dans la mise en place de la thérapie au vu de la maladie physique, une collaboration s'est rapidement installée grâce à la confiance de la patiente dans les moyens thérapeutiques appliqués. Son investissement a été très encourageant et a renforcé notre alliance thérapeutique. Le fait de partager ensemble sur les précautions a permis à Mme G. de jouer un rôle actif dans l'évolution de sa thérapie et lui permettre de reprendre le contrôle sur certains événements dans sa vie. Cette expérience a été enrichissante sur le plan thérapeutique mais également humain.

BIBLIOGRAPHIE

- André C. Psychologie de la peur, Crainte, angoisses et phobie. Odile Jacob, Paris, 2005.
- Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle—COPD patients stories of breathlessness: « It's scary/when you can't breathe. » *Qualitative health research*. 2004.
- Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2010.
- Clark DM. A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986; 24(4) : 461–470.
- Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S. Aide-mémoire, Thérapies Comportementales et Cognitives. Dunod, Paris, 2018.
- Cottraux J. Les psychothérapies cognitives et comportementales. Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2017.
- Craske MG, Liao B, Brown L, Verliet B. Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012; 3 : 322-345.
- Henninger S, Calamand D, Pasche O, Maccaferri GE. Docteur j'ai peur d'étouffer ! BPCO et manifestations psychiatriques. *Revue Médicale Suisse*. 2017 ; 13 : 1710-1713.
- Howard C, Hallas C, Wray J, Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy*. 2009.
- Kunik M, Veazy J, Cully J. Groupe of education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients : a randomized control trial. *Psychological Medicine*. 2007; 1-12.
- Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *A Cochrane systematic review*. Europa medicophysica. 2007.
- Ledoux J. Le cerveau des émotions. Odile Jacob, Paris, 2005.
- Livermore N, Butler JE, Sharpe L, McBain RA. Gandevia SC, McKenzie DK. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2008; 178 (1) : 7-12.
- Rusinek S. Traiter l'anxiété, 11 Cas pratiques enfants et adultes en TCC. Dunod, Paris, 2013.
- Spielberger CD, Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Inventaire d'anxiété état-trait forme Y (STAI-Y). Ed. du Centre de psychologie appliquée. 1993.
- Usmani ZA, Carson KV, Cheng JN, Esterman AJ, Smith BJ. Panic attacks and perception of inspiratory resistive loads in chronic obstructive pulmonary disease Pharmacological interventions for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
- Volpato E, Banfi P, Rogers SM, Pagnini W. Relaxation techniques for people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015.