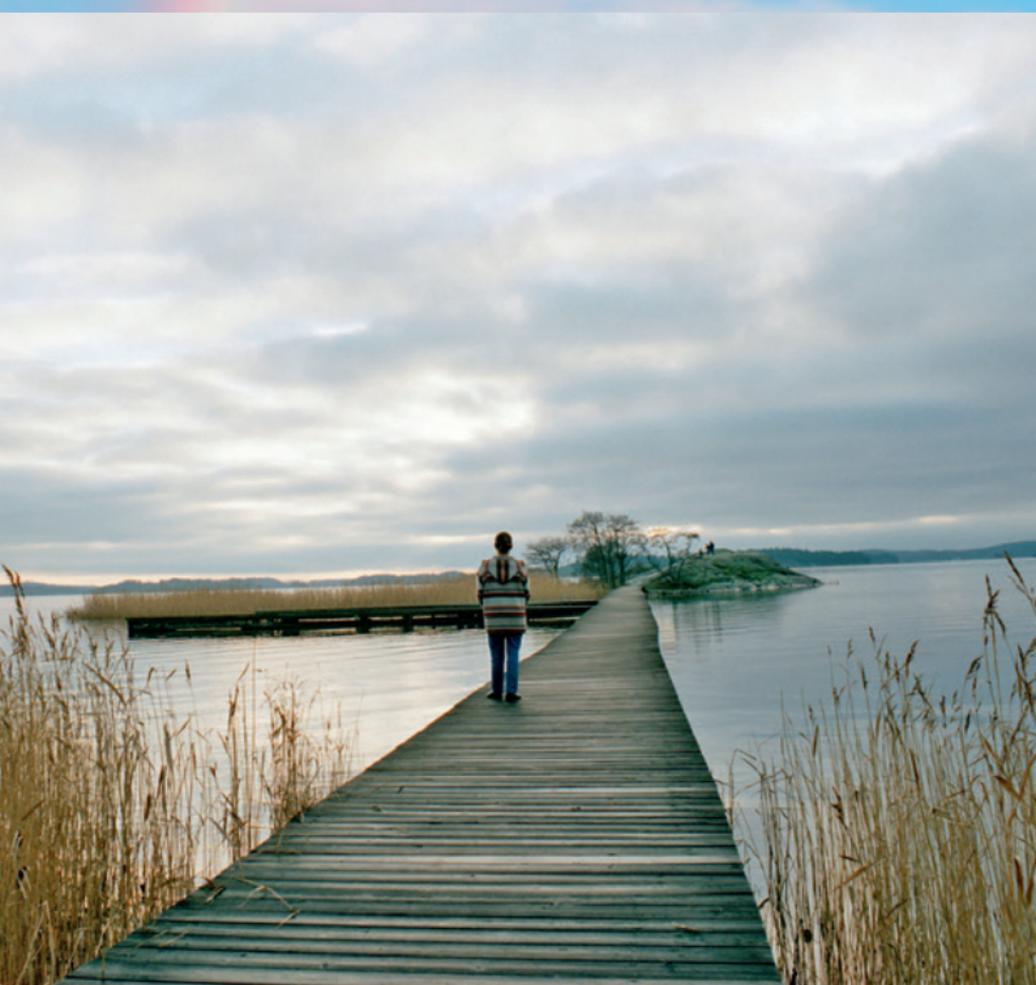


Mieux informé sur les troubles anxieux et paniques



Les médicaments à l'arc-en-ciel

mepha



Troubles anxieux et paniques

«Je considère que le cerveau exerce le plus grand pouvoir sur l'homme ... Les hommes doivent savoir que du cerveau et du cerveau seulement naissent nos plaisirs, nos joies, nos rires et plaisanteries aussi bien que nos peines, nos contrariétés, nos chagrins et nos larmes.»

Hippocrates de Kos (environ 460 av. J.C.–375 av. J.C.)

«Les défauts de notre description disparaîtraient vraisemblablement si, à la place des termes psychologiques, nous pouvions déjà mettre les termes physiologiques ou chimiques [...] La biologie est en vérité un royaume aux possibilités illimitées: nous avons à attendre d'elle les éclaircissements les plus surprenants et nous ne pouvons pas deviner quelles réponses elle donnerait dans quelques décennies aux questions que nous lui posons. Peut-être justement des réponses susceptibles de renverser d'un souffle tout notre édifice artificiel d'hypothèses.»

Sigmund Freud (1856–1939)

Signification et histoire de l'anxiété	6
Comment et quand l'anxiété devient-elle perceptible?	11
Quand l'anxiété se transforme-t-elle en maladie et par quoi les maladies anxieuses sont-elles déclenchées?	13
Quel est le dénominateur commun des maladies anxieuses?	20
Quels troubles anxieux connaissons-nous?	21
■ Trouble panique	21
■ Phobies	23
■ Phobies spécifiques	23
■ Phobie sociale (trouble anxieux social)	25
■ Agoraphobie	28
■ Trouble anxieux généralisé	29
■ Troubles obsessionnels compulsifs	32
■ Trouble de stress post-traumatique	34
■ Trouble d'adaptation	37
Autres troubles anxieux	38
■ Aviophobie	38
■ Angoisse de séparation, peur de l'école et peur des examens	40
Diagnostic des thérapies	42
■ Diagnostic des troubles anxieux	42
■ Thérapie des troubles anxieux	42
■ Thérapie médicamenteuse	45
■ Psychothérapie	49
■ Qui paie le traitement?	50
Littérature	52
■ Autres informations	53
■ Groupes d'entraide et groupes de proches	54

Signification et histoire de l'anxiété

Chacun de nous connaît l'anxiété, mais en fait, qu'est-ce que l'anxiété? Elle fait partie du groupe des sentiments de base négatifs aux côtés de la colère, de la tristesse et du dégoût, et elle est étroitement apparentée à la peur, la timidité, la terreur, la frayeur, l'horreur et la panique. Elle représente un état d'esprit, la plupart du temps lancinant, mais toujours inquiétant et oppressant en réaction à une menace apparente ou réelle. L'anxiété est associée à des idées, des visions ou des attentes déterminées et déclenche des réactions du système nerveux végétatif.

Du point de vue linguistique, l'anxiété est définie comme un sentiment allant de pair avec une gêne, une oppression et une excitation (en vue d'un danger) et comme le sentiment vague d'être menacé. La psychologie et la philosophie font la différence entre l'anxiété, injustifiée et sans objet, et la peur, en rapport avec un objet défini. Cette définition fut donnée à l'origine par le philosophe danois Søren Aabye Kierkegaard (1813–1855) et fut par la suite reprise, par exemple, par le philosophe allemand Martin Heidegger (1889–1976). Ce dernier identifie la source de l'angoisse chez l'être humain comme étant la prise de conscience de la mort.

Le langage usuel différencie à peine entre l'anxiété et la peur. La différence est cependant déterminante pour la compréhension des maladies anxieuses, étant donné que, dans le cas de toutes les maladies anxieuses, **on est confronté à des craintes infondées (et disproportionnées)**. La naissance de l'anxiété est favorisée également par le fait qu'en principe tout est possible, la pire des éventualités pouvant se concrétiser tout comme la meilleure. Une personne souffrant d'une maladie anxieuse considérera une éventualité – qui est impossible ou très improbable – comme certaine ou très vraisemblable.

Toutefois, cette distinction entre les significations ne peut être respectée de manière conséquente ni dans le langage scientifique ni dans le langage courant et c'est pourquoi nous n'allons pas non plus l'appliquer dans la présente brochure.

L'anxiété est essentielle dans son rôle de système d'alarme biologique. Elle nous aide à nous protéger des menaces et des dangers. Elle encourage la motivation et les performances, contribue à prévoir et à maîtriser des problèmes et elle peut mettre en garde contre une violation des normes sociales. Elle peut cependant aussi conférer un élan à l'imagination et à la création. Qui ne connaît pas le tableau **Le cri** du peintre norvégien Edvard Munch ou le roman **Le Procès** de Frank Kafka?

L'anxiété a toujours fait partie intégrante de l'être humain et restera probablement toujours une composante de son existence.

La peur des araignées, des serpents, de l'obscurité et des hauteurs ont assuré la survie de nos ancêtres. Alors que la guerre, la famine et les épidémies représentaient les plus grands périls pour la santé de l'individu au Moyen-Âge, elles sont devenues aujourd'hui des menaces globalisées et localisées.

La crainte nécessaire à la survie, génétiquement programmée et liée à l'instinct, n'est néanmoins apparemment d'aucun secours lorsqu'il s'agit de risques éloignés dans le temps. Autrement, l'utilisation d'armes modernes, les changements écologiques ou encore la consommation de substances provoquant l'addiction devraient nous préoccuper davantage.

Il y a toujours eu des hommes atteints d'anxiété malade.

Le premier récit (en l'an 600 avant J.C.) rapportant une attaque de panique est l'œuvre de la poétesse grecque Sappho. Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) est célèbre pour sa description de sa propre phobie des hauteurs et de son auto-thérapie. Pourtant, c'est seulement plus tard que Sigmund Freud (1856–1939), neurologue autrichien et fondateur de la psycho-analyse, s'est préoccupé de manière approfondie du phénomène de l'anxiété et a contribué de manière déterminante au concept des troubles anxieux avec sa notion de névrose d'angoisse. En plus de son travail psychoanalytique, il fut le premier thérapeute comportemental.

En 1958, le psychiatre et psychologue américain Joseph Wolpe (1915–1997) – un pionnier de la thérapie comportementale – a développé le principe de la désensibilisation systématique. Cette technique consiste à exposer les gens concernés à des situations générant pour eux une anxiété de plus en plus grande. Le système actuel de terminologie spécialisée, également utilisé dans la présente brochure, a été introduit en 1966 et son origine est attribuée à Donald F. Klein (né en 1928) et à Isaac Marks (né en 1935). À partir de 1970, la recherche a porté un intérêt croissant au rôle tenu par le neurotransmetteur sérotonine.

Bien que – ainsi qu'on l'a déjà mentionné – l'anxiété fasse partie de la vie des humains, il existe également des individus au naturel dénué de toute crainte (absence de peur malade). Ces derniers n'éprouvent en général guère d'émotions.



Comment et quand l'anxiété devient-elle perceptible?

L'anxiété peut se manifester de diverses manières. L'éventail va de la panique soudaine à une inquiétude constante.

La situation dans laquelle survient l'anxiété est très différente selon les individus. Elle est courante lors d'apparition en public, avant des examens ou pendant un entretien avec un supérieur hiérarchique et est ainsi compréhensible pour presque tout le monde.

L'anxiété comprend toujours une composante physique, une composante psychique de même qu'une composante comportementale, représentant un combat ou une fuite. La façon dont l'anxiété est perçue est individuellement très différente. Certaines personnes en ressentent toutes les composantes, tandis que quelques-unes d'entre elles ne perçoivent presque exclusivement que les symptômes physiques et ont par conséquent de grandes difficultés à identifier l'anxiété en tant qu'émotion. Ainsi on peut citer en exemple des gens qui, lors d'une situation déplaisante, souffrent de tachycardie, de transpiration et de vertiges et qui, de manière concomitante, éprouvent de graves appréhensions ainsi que du désespoir et pensent à fuir. D'autres ne souffrent que de nausée, de vertiges et de maux de tête et ne discernent pas les symptômes psychiques dans leur anxiété.

Le tableau suivant donne une liste des symptômes de l'anxiété. Ceux-ci peuvent survenir en étant combinés de presque toutes les façons.

Symptômes physiques

Vertiges, maux de tête

Vision floue

Tension musculaire

Rougisement, pâleur

Sécheresse buccale

Respiration haletante, dyspnée, sensation d'étouffement

Douleurs dans la poitrine, tachycardie, palpitations

Transpiration, mains froides

Nausée, douleurs abdominales, diarrhée, besoin accru d'uriner

Fourmillements dans les membres, tremblement, frissons, faiblesse dans les genoux

Frayeurs faciles

Fatigabilité

Symptômes psychiques

Peur de mourir

Peur de perdre le contrôle

Peur de paniquer

Peur de devenir fou

Sensations d'aliénation

Sentiments d'impuissance

Difficultés de concentration

Hyperesthésie

Troubles du sommeil

Troubles de la libido

Comportement: évitement, réactions de fuite

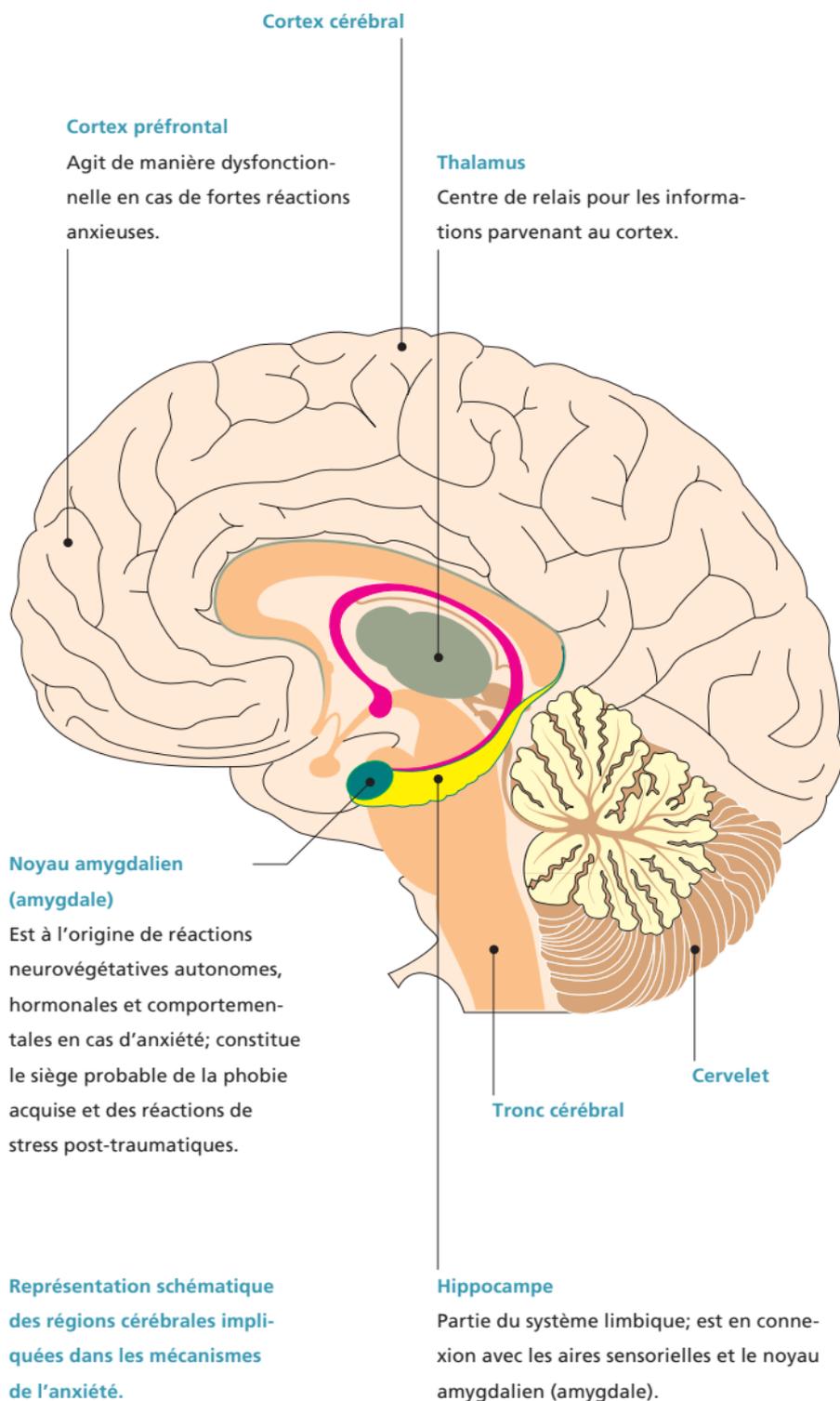
Quand l'anxiété se transforme-t-elle en maladie et par quoi les maladies anxieuses sont-elles déclenchées?

Il n'existe pas de limite clairement définie entre une anxiété normale et une anxiété malade. De même, on ne sait pas non plus à partir de quelle intensité l'anxiété devrait être traitée. Ainsi, il y a les anxiétés dites «normales» – qui sont la conséquence, par exemple, de graves maladies – qui devraient tout de même être traitées. L'anxiété peut être aussi une forme d'expression d'une affection somatique (par exemple, pathologie cardiovasculaire, pathologie pulmonaire, troubles hormonaux) ou se manifester en tant que symptôme, comme c'est le cas pour pratiquement tous les troubles psychiques (par exemple, dépression, schizophrénie, démence). L'on parle de maladies anxieuses lorsque l'anxiété survient en tant que symptôme principal.

Une anxiété sans motif réel, d'une intensité et d'une durée inadéquates, est le signe d'une maladie, particulièrement dès le moment où les personnes qui en sont victimes subissent une diminution de leur qualité de vie et sont affectées par cet état. À cela s'ajoute que les personnes concernées ne peuvent expliquer leur anxiété, et sont dans l'incapacité d'atténuer ou de dominer ce sentiment de leur propre initiative. Cela dit, la plupart des personnes atteintes réalisent à quel point leur anxiété est disproportionnée et sans fondement. Environ 5 à 10% de la population souffrent d'anxiété malade, les femmes étant plus fréquemment concernées que les hommes (un peu plus de deux fois).

Mais par quoi les maladies anxieuses sont-elles déclenchées? L'origine de l'anxiété est profondément ancrée dans le système nerveux central et permet à l'espèce humaine d'évoluer grâce à cette capacité de réagir face au danger. Lorsque nous prenons conscience d'un danger, ce signal est transmis à une région cérébrale appelée noyau amygdalien, qui forme une partie du système limbique. Les procédés d'imagerie tels que la tomographie d'émission par positrons (PET) ou la spectroscopie de résonance magnétique nucléaire (RMN) indiquent une activité du noyau amygdalien lors d'états anxieux. Si on stimule ce noyau électriquement, les individus disent ressentir un sentiment d'anxiété. Le noyau amygdalien est particulièrement actif durant les phases oniriques et est à l'origine de l'aspect fortement émotionnel des rêves. Probablement que les cauchemars eux-mêmes sont déclenchés par une activité spontanée du noyau amygdalien. Il en va ainsi également pour les sentiments d'anxiété sans objet. Une lésion du noyau amygdalien conduit à un manque de sensibilité, y compris une diminution significative de l'anxiété.

Le système limbique (du latin *limbus*: le bord) est constitué d'un ensemble de voies nerveuses qui participent de façon déterminante à l'évaluation au niveau émotionnel et affectif de tous les stimuli sensoriels, au contrôle des comportements émotionnels, aux réactions d'orientation et de vigilance tout comme au processus d'apprentissage et à la régulation de l'appétit. Par le biais de multiples connections, le système limbique dirige les comportements relevant du système nerveux autonome (dilatation pupillaire, modification de la fréquence cardiaque et du rythme respiratoire, sécrétion salivaire et gastrique, etc.), ainsi que les comportements de nature émotionnelle et sexuelle.



Lorsque l'on perçoit un danger, principalement deux circuits impliquant la participation du noyau amygdalien peuvent être activés pour les réactions d'urgence. Un circuit court, qui déclenche une réaction immédiate, entraîne entre autres une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, une élévation du rythme respiratoire et ordonne la mobilisation des ressources nécessaires à un mouvement de fuite, avant même que la peur ne devienne consciente et que la situation de danger puisse être analysée. En ce qui concerne la réaction lente, le danger présent est comparé à des impressions sensorielles antérieures et à des souvenirs. Ce mécanisme peut aboutir par exemple à la situation suivante: tout d'abord un danger est perçu et il conduit à une réaction rapide, et juste un peu plus tard, après avoir analysé les souvenirs au sein de l'hippocampe – une autre partie importante du système limbique – la fin de l'alerte est donnée.

Il est aujourd'hui unanimement accepté que les facteurs génétiques jouent un rôle primordial dans la genèse des maladies anxieuses. Pour toutes les maladies anxieuses, on a pu constater une prédisposition familiale. Par ailleurs, plusieurs médiateurs chimiques du cerveau ont un rôle significatif: la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Ces médiateurs assurent la transmission des informations d'une cellule nerveuse à l'autre par le biais des zones de contact entre les cellules, aussi appelées synapses.

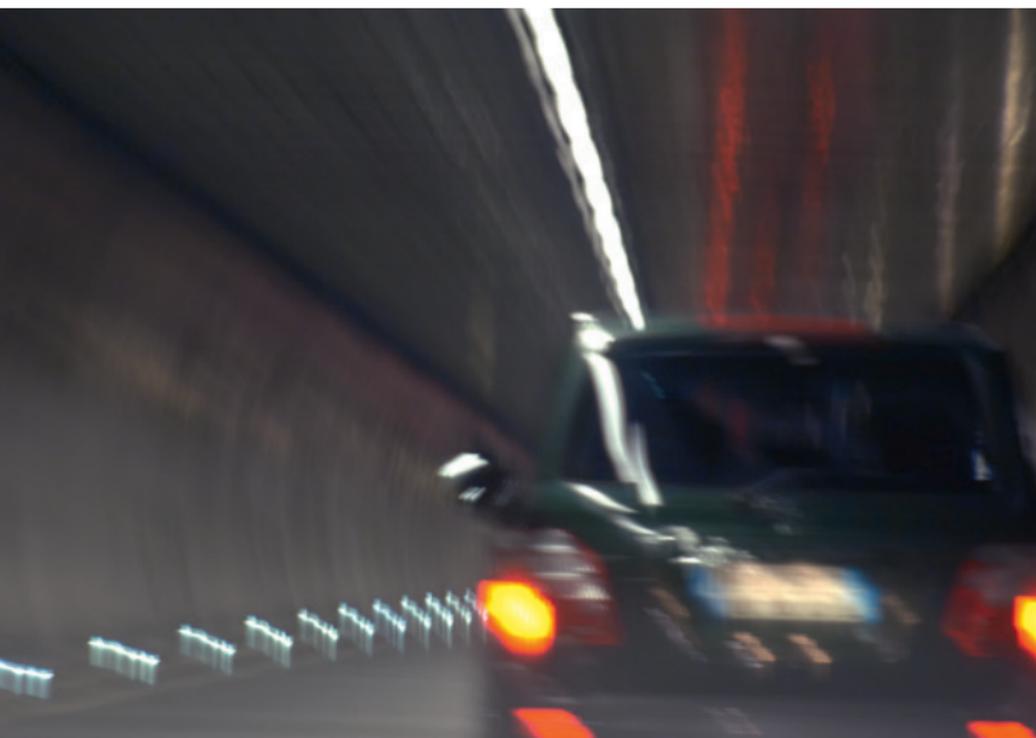
Les interrelations exactes sont compliquées, en partie encore peu claires et contradictoires également. Ainsi, une élévation subite de la concentration du neurotransmetteur sérotonine, reproduite dans un modèle animal, entraîne en général une intensification de l'anxiété, toutefois, à moyen terme, cette anxiété disparaît. De même, un accroissement du renouvellement (synthèse et utilisation) de la noradrénaline est associé à la présence de maladies anxieuses. Un autre neuromédiateur – la dopamine – est libéré en plus grandes quantités dans certaines régions cérébrales lors de situation de stress (vient de l'anglais et signifie pression, tension, c'est une abréviation de distress, souci, peine, et enfin se réfère au latin *distringere*, accaparer, limiter). De cette manière, le stress provoque des symptômes d'anxiété en induisant une amplification du renouvellement de neurotransmetteurs dans certaines régions du cerveau telles que le noyau amygdalien et l'hypothalamus.

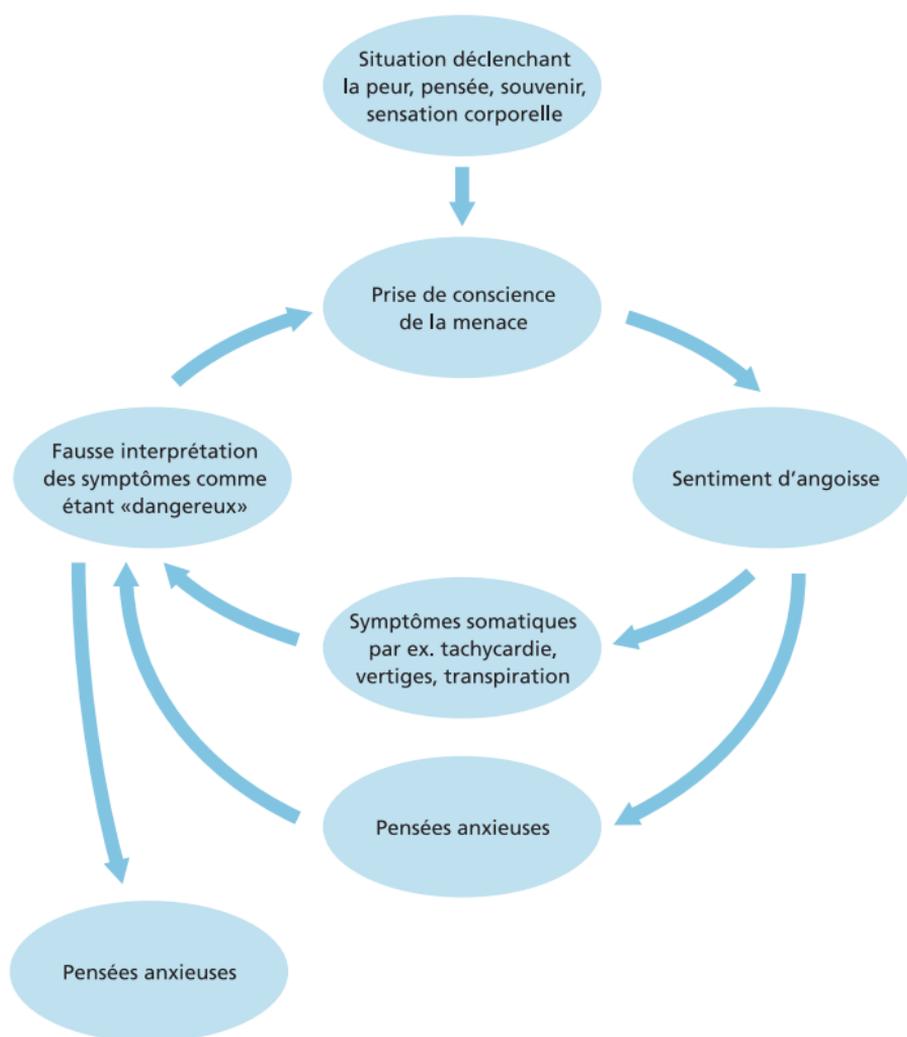
Mais en fait, que signifie stress? Le stress est un phénomène contradictoire, pour lequel la science différencie deux composantes, l'eustress et le distress. L'eustress est une activation de l'organisme sous forme d'une sollicitation favorable et propice à la santé, qui incite les gens à tirer profit de leurs possibilités et qui leur permet un plus ample développement de leurs propres compétences. Par opposition, en cas de distress, l'organisme est exposé à des sollicitations nuisibles.

C'est de cette manière que l'obligation de réussir et la pression temporelle dans notre société moderne influencent le bien-être, les performances, la compétence sociale et la santé.

Les facteurs suivants peuvent constituer des éléments déclencheurs du distress: surmenage (pression temporelle, sollicitation multiple, oubli ou manque de possibilités de récupération suffisante), manque de défis (monotonie), examens, échec, critique, facteurs sociaux (par exemple, isolement), conflits, incapacité de contrôle ou incertitude. De même, la puberté, la ménopause ou l'arrivée à l'âge de la retraite, de grandes modifications des conditions de vie ainsi que la perte d'un proche, un divorce, un déménagement, le chômage ou une maladie tout comme des désagréments particuliers du quotidien peuvent également provoquer un distress.

Le distress s'extériorise à tous les niveaux de l'organisme, par exemple sous forme de transpiration excessive, de palpitations, de modification de l'irrigation sanguine, de comportement agressif, d'excitation ou d'inquiétude et dans la façon d'appréhender et d'évaluer son propre état. Le distress peut se manifester dans tous les milieux, toutes les situations et tranches d'âge. Il est ressenti et surmonté différemment selon les individus. La maîtrise du stress – appelée le coping – détermine de quelle nature seront les conséquences du dis-tress.





Outre le distress, un mode de vie malsain avec peu d'exercice et peu de sommeil, la consommation d'alcool, une dépendance de la nicotine ou la consommation de drogues favorisent la survenue de maladies anxieuses.

Étant donné qu'environ 15–20% de la population souffrent au moins une fois au cours de leur existence d'un trouble anxieux, ces affections représentent un problème considérable, dont la conscience publique ne mesure pas encore toute les conséquences.

Quel est le dénominateur commun des maladies anxieuses?

À partir d'un certain degré d'intensité, l'anxiété devient un problème presque insoluble. Ceci est dû notamment au fait que l'attente anxieuse, l'introspection angoissée et les craintes exagérées rendent l'anxiété toujours plus intense. D'autre part – et ceci représente la question réelle et fait la différence par rapport à la peur – il n'y a aucune menace concrète contre laquelle on pourrait réagir, de telle sorte que les personnes concernées, ne pouvant identifier une relation de cause à effet, se transforment en victimes sans défenses de l'anxiété.

Une caractéristique essentielle de toutes les anxiétés malades est que les personnes qui en souffrent font généralement tout leur possible pour éviter cette anxiété. Si les maladies anxieuses ne sont pas traitées, elles tendent à s'aggraver et à devenir chroniques. De plus, des complications surviennent fréquemment telles que des dépressions et une dépendance de certaines substances. Aujourd'hui l'on sait que lorsqu'une personne souffre d'une maladie anxieuse, la probabilité qu'elle souffre également d'un deuxième trouble anxieux est de 50%.

Quels troubles anxieux connaissons-nous?

Trouble panique

En cas de trouble panique surviennent de violents états anxieux, inattendus et spontanés, souvent d'une intensité insupportable. On ne peut identifier de situation responsable de leur déclenchement. Ils semblent venir de nulle part, souvent lorsqu'on se sent relativement détendu, voire même dans un environnement familial. Par rapport aux hommes, les jeunes femmes sont doublement concernées par le trouble panique.

Les attaques de panique sont accompagnées d'une série de symptômes somatiques d'apparence très menaçante. Les victimes souffrent de palpitations et de tachycardie, de douleurs dans la poitrine, de crises d'asphyxie, de vertiges, de tremblements ainsi que de sensations de chaleur ou de froid. Ils sont convaincus de subir une crise cardiaque et ont peur d'en mourir. On mentionne aussi fréquemment l'impression de devenir fou ou de perdre le contrôle. De telles crises peuvent survenir également en plein sommeil et sont alors particulièrement graves.

Étant donné que de forts symptômes somatiques apparaissent au premier plan lors de trouble panique, beaucoup de personnes touchées pensent être physiquement malades. Entre les attaques de panique, elles ont peur d'être la proie d'une nouvelle crise, ce que l'on désigne par la «peur d'avoir peur». Les lieux où les crises de panique se sont déclenchées vont être typiquement évités par les victimes, qui connaissent généralement de façon exacte l'endroit et le moment de la première crise. Puisqu'avec le temps de plus en plus de lieux devront être évités, il y a le risque de développer une agoraphobie; celle-ci peut entraîner au fur et à mesure tellement de restrictions que le quotidien ne peut plus être vécu normalement et que les contacts sociaux deviennent impossibles en raison de l'isolement de la personne souffrante.

On a démontré une prédisposition familiale du trouble panique. Les personnes biologiquement apparentées au premier degré possèdent un risque s'élevant jusqu'à 8 fois de développer également cette pathologie. Lorsque l'âge auquel la personne est atteinte se situe en dessous de 20 ans, le risque pour les parents du premier degré augmente même pour atteindre 20 fois.

Il existe des substances susceptibles de provoquer des crises de panique. La caféine et le dioxyde de carbone en font partie. Les personnes concernées qui sont sensibles au café devraient le consommer seulement avec modération ou mieux même, y renoncer complètement. Une respiration rapide entraîne une baisse de la concentration de dioxyde de carbone dans le sang. C'est pourquoi il est important d'éviter de respirer rapidement et de manière superficielle.

Si vous êtes parfois ou fréquemment victime de crises d'angoisse qui semblent être sans raison, si vous craignez une nouvelle apparition de telles crises et si cette anxiété a un impact négatif sur votre vie, vous souffrez peut-être d'un trouble panique.

Phobies

Dans le cas de phobies, l'anxiété est provoquée par des objets et des situations qui sont en réalité inoffensifs. Les phobies peuvent aussi entraîner des restrictions importantes dans le quotidien et sont également accompagnées de forts symptômes physiques et psychiques. L'anxiété peut atteindre le degré d'intensité d'une crise de panique. À la différence du trouble panique, où il n'y a pas d'élément déclencheur des crises, les attaques de panique observées lors de phobies sont causées par des situations spécifiques.

Phobies spécifiques

Pour les phobies spécifiques, les situations et les objets qui sont à même de provoquer de l'anxiété sont exactement définis et clairement reconnaissables. Souvent, ces éléments déclencheurs sont inoffensifs – par exemple, souris, oiseaux – ou alors la peur provoquée revêt une intensité inadéquate comme dans le cas de la peur des bactéries, des araignées, des chiens ou des inconnus. Parmi les autres phobies spécifiques, on peut citer la phobie des hauteurs, la claustrophobie, la peur de rougir, la peur du sida ou la phobie des serpents.

Une forme particulière de phobie est la phobie du sang et des blessures qui peut s'accompagner – par opposition aux autres maladies anxieuses – de pertes de connaissance lorsque les personnes concernées voient du sang ou des blessures.

On constate également une prédisposition familiale en ce qui concerne les phobies spécifiques. Étant donné que les personnes souffrant de telles phobies ne se soumettent que rarement à un traitement – elles peuvent en général éviter facilement l'objet phobique – on ne dispose pas d'études scientifiques significatives traitant ce sujet.

Si des situations ou des objets précis et réputés inoffensifs provoquent chez vous une forte anxiété, de telle sorte que vous vous efforcez d'éviter ces éléments dans la mesure du possible, vous souffrez peut-être d'une phobie spécifique.



Phobie sociale (trouble anxieux social)

En cas de phobie sociale, il existe une crainte prononcée et persistante envers des situations de confrontation sociale et de performance. Les individus concernés craignent de se comporter de façon gênante. Ils sont persuadés qu'on va les qualifier de faible, de fou, d'idiot ou de poltron. Plusieurs d'entre eux appréhendent de prendre la parole en public, ils redoutent que l'on remarque le tremblement dans leur voix ou de leurs mains, leur rougissement ou que l'éloquence leur fasse défaut. De même, manger, boire ou écrire en public peut engendrer la peur de se rendre ridicule. Les victimes de phobie sociale savent pertinemment que leur anxiété est exagérée – ce qui toutefois ne semble pas être le cas chez les enfants. Les personnes touchées prennent pratiquement toujours conscience de leur anxiété, une anxiété qui dans les situations redoutées peut s'amplifier jusqu'à la crise de panique. Typiquement, on tente d'éviter de telles situations, car on sait qu'on est incapable de les endurer. Le seul fait de s'imaginer un événement que l'on appréhende peut provoquer l'apparition d'une attente anxieuse pénible des semaines déjà avant l'événement en question. De cette manière on entre dans un cercle vicieux de l'anxiété: l'attente anxieuse entraîne une forme de perception et des symptômes qui amplifient l'anxiété lors d'une situation redoutée, ce qui renforce à son tour l'attente anxieuse.

Le trouble anxieux social n'est pas une forme de timidité, mais bien une maladie qui est fréquemment réellement handicapante. En conséquence, les individus souffrant de cette affection ne sont souvent pas en mesure d'utiliser pleinement leurs compétences professionnelles. Des complications peuvent également apparaître dans leur vie privée, particulièrement lors de la recherche d'un partenaire; dans de tels cas, l'alcool est souvent utilisé pour faciliter certaines situations pénibles, ce qui mène à la dépendance et finalement à l'aggravation de tous les problèmes, y compris l'anxiété. Ces individus peuvent éventuellement aussi abuser de médicaments tranquillisants qui, à leur tour, engendrent une dépendance et multiplient leurs difficultés.

Parmi les facteurs jouant un rôle dans la genèse de la phobie sociale, on trouve: des facteurs génétiques et liés à l'environnement, des traumatismes de la petite enfance (par exemple, séparation des parents) ou un mode d'éducation défavorable. Toutefois les relations complexes existant entre les traumatismes de la petite enfance, la disposition familiale et le style



éducatif indiquent que le rôle décisif incombe aux facteurs génétiques et que le mode d'éducation n'a pratiquement pas d'influence. Il est intéressant de remarquer dans ce contexte qu'il est possible d'étudier un comportement anxieux chez les grands singes (hominidés). Ainsi les chimpanzés sont capables de sentiments: ils ont peur, ils rient et se saluent, par exemple. Lorsque ces grands singes présentent des lésions aux deux noyaux amygdaliens, leur comportement social change et devient dépourvu d'inhibition.

Le philosophe danois Søren Aabye Kierkegaard a aussi exprimé sa conviction – dans son ouvrage intitulé «Du concept de l'angoisse» (1844) – que l'on n'allait guère trouver d'anxiété chez les animaux et que celle-ci était également peu répandue chez les gens «faibles d'esprit».

Si vous craignez et évitez les situations dans lesquelles vous vous sentez observé ou jugé par les autres, vous souffrez peut-être d'un trouble anxieux social.



Agoraphobie

Le terme agoraphobie se compose des racines grecques «agros» = assemblée, foule et «phobos» = la peur. Au sens général, cela signifie «peur de la foule».

L'agoraphobie est presque toujours générée par un trouble panique et survient généralement en même temps que celui-ci. L'agoraphobie est caractérisée par la crainte de se trouver dans des lieux ou dans des situations où une crise de panique pourrait survenir et où la fuite y serait impossible ou gênante, et où aucune aide ne serait disponible. Ceci a pour conséquence que toutes les activités qui ont lieu en dehors de l'environnement habituel ou en l'absence d'un accompagnateur familial (aide) seront évitées, parce que, selon toute apparence, un évanouissement, des vertiges, un infarctus du myocarde ou voire la mort menacent. Même le fait de rester seul chez soi suffit à entraîner un état d'anxiété. Souvent, les individus atteints d'agoraphobie ne peuvent pas rester dans une foule ou faire la queue. Un voyage en voiture, en avion, en bus ou en train représente une difficulté insurmontable. Souvent les personnes touchées ne peuvent utiliser l'ascenseur ou passer sur un pont.



De tels problèmes ont naturellement de considérables répercussions sur le quotidien. Beaucoup sont incapables de se rendre à leur travail. Faire les courses, avoir une interaction sociale, une visite chez le médecin: toutes ces tâches semblent insolubles et un retrait complet de la vie sociale peut en être la conséquence. Les proches et les amis font habituellement preuve de peu de compréhension, et de même, les experts dans ce domaine ont du mal à reconnaître le caractère sérieux de ces difficultés.

Environ 5% de la population sont touchés par l'agoraphobie. Ici aussi les facteurs génétiques – tout comme pour le trouble panique qui en est à l'origine – jouent un rôle primordial.

Si vous évitez certaines situations et certains lieux, parce qu'ils vous font peur après y avoir subi une crise de panique, vous souffrez peut-être d'une agoraphobie.

Trouble anxieux généralisé

Le trouble anxieux généralisé est caractérisé par de l'anxiété et des préoccupations prononcées et en partie torturantes dont l'intensité, la durée et la fréquence sont clairement exagérées, ce qui est la plupart du temps aussi ressenti de cette façon par les personnes concernées. Ces craintes disproportionnées ne semblent plus être contrôlables. De manière simultanée apparaissent agitation et épuisement. Les individus souffrant de ce type de trouble parviennent mal à se concentrer, sont irritables et se fatiguent rapidement. En outre, ils présentent des troubles du sommeil, des maux de tête et des contractures musculaires. Tremblements, tressaillements ou une respiration haletante peuvent apparaître. De plus, l'hypersensibilité du système nerveux végétatif provoque un besoin accru d'uriner, de la diarrhée, des vertiges, de la transpiration, des bouffées de chaleur, de la tachycardie (battement rapide du cœur) et des nausées.

Si le trouble anxieux généralisé n'est pas traité, une dépression se développe ensuite dans presque tous les cas.

La maladie débute habituellement avant la vingtième année et devient fréquemment chronique avec une intensité variable. L'état s'aggrave souvent lors de difficultés particulières; cependant, en règle générale, les symptômes ont plutôt tendance à s'atténuer avec l'âge.

Une prédisposition familiale existe aussi dans le cas du trouble anxieux généralisé, toutefois les facteurs génétiques semblent y jouer un rôle moins important; cette observation doit cependant être considérée avec prudence, car le trouble anxieux généralisé n'est pas encore suffisamment étudié.

Si vous ressentez souvent de l'anxiété ainsi qu'une inquiétude excessive qu'il vous est difficile de contrôler et que vous estimez exagérées, vous souffrez peut-être d'un trouble anxieux généralisé.



Troubles obsessionnels compulsifs

Ce type d'affection est caractérisé par la présence de pensées obsessionnelles conduisant la plupart du temps à des actes compulsifs répétés. Ces actions compulsives visent à atténuer l'anxiété. Les compulsions représentent souvent une contrainte considérable car elles requièrent beaucoup de temps – au moins 1 heure par jour – et parce qu'elles sont appréhendées par les personnes touchées comme étant exagérées et sans motif, provoquant ainsi une souffrance significative. Elles leur semblent étrangères, importunes et non contrôlables. Ce n'est pas l'acte lui-même qui est pathologique, mais son caractère dominant.

Parmi les pensées obsessionnelles, on trouve fréquemment: détourner le malheur des gens qu'on aime par des actes précis, peur d'avoir été contaminé voire infecté par une poignée de main, ne pas savoir si l'on a blessé quelqu'un ou si l'on a fermé la porte. Souvent le désordre provoque le malaise; l'on a peur de se comporter de manière agressive envers d'autres personnes – des membres de la famille par exemple – cependant les pensées obsessionnelles belliqueuses ne sont pratiquement jamais concrétisées. Les phantasmes sexuels peuvent également devenir des pensées obsessionnelles.

Les actions compulsives servent à annihiler les pensées obsessionnelles et par-là, à réduire l'anxiété. Les actes compulsifs typiques sont: compter, ranger, contrôler, répéter des mots à voix basse, se laver les mains, prier, etc. Si une action compulsive ne peut être exécutée, il s'ensuit souvent une angoisse insupportable.

Les maladies obsessionnelles peuvent survenir déjà pendant l'enfance, toutefois elles apparaissent habituellement au début de l'âge adulte, la maladie se déclarant plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Elle évolue pour devenir chronique, avec une intensité variable; cependant, pour 15% des personnes touchées l'état s'aggrave continuellement, entraînant ainsi des restrictions professionnelles et sociales importantes. Par conséquent, sans traitement, il y a un risque d'incapacité de travail, d'isolement social, de problèmes financiers de même qu'un danger de développer une dépression ou une dépendance à l'alcool.

Des études sur la prédisposition familiale ont démontré qu'un parent du premier degré d'une personne malade possède un risque s'élevant entre 3 et 12 fois de contracter une maladie obsessionnelle. Cela correspond à peu près à la valeur de risque connue pour la schizophrénie ou les troubles bipolaires.

Si vous souffrez de pensées et d'actes répétitifs qui vous semblent dérangeants, exagérés et infondés, s'ils exigent beaucoup de votre temps et induisent de l'anxiété, vous êtes peut-être victime d'un trouble obsessionnel compulsif.

Trouble de stress post-traumatique

Ce type de trouble survient après une expérience extrêmement traumatisante liée à la mort, à une menace de mort ou à des blessures graves. Lorsque par exemple, on apprend la mort inattendue ou violente de quelqu'un, que l'on éprouve une vive souffrance ou la blessure d'un parent ou d'une personne proche. Des exemples en sont l'expérience de la guerre, un viol, une attaque à main armée, un enlèvement, un attentat terroriste, une prise d'otages, la torture, la captivité, les catastrophes naturelles, un grave accident de voiture ou des maladies à issue mortelle.



Les personnes touchées revivent de manière récurrente la situation traumatisante par le biais de souvenirs envahissants et souffrent de cauchemars. Ces mêmes personnes peuvent être victimes d'illusions des sens ou d'idées irréelles. Elles ont des troubles de la concentration, sont exagérément peureuses, sont surexcitées, souffrent de troubles du sommeil et d'angoisses. Elles peuvent faire preuve d'irritabilité, avoir des accès de fureur et fréquemment développer une dépression.

Si vous avez vécu une expérience choquante, extrêmement éprouvante ou potentiellement mortelle, qui a modifié votre santé, toute votre existence et votre façon d'être, vous souffrez peut-être d'un stress post-traumatique.





Trouble d'adaptation

Le trouble d'adaptation est caractérisé par une réaction disproportionnée à des événements qui ne sont ni extraordinaires ni catastrophiques. Ainsi, l'arrivée de la retraite, une séparation, un deuil, un échec professionnel, le chômage, le service militaire ou une maladie corporelle peuvent induire une humeur dépressive (accablement, pleurs), de l'anxiété ou un trouble du comportement social (par exemple, faire l'école buissonnière, un comportement sans égard pour autrui, un mépris des obligations). La plupart des gens devraient surmonter de telles épreuves sans dommages, c'est donc pour cette raison que l'on suppose aujourd'hui qu'une prédisposition génétique favorise la survenue du trouble d'adaptation.

Si des changements dans votre vie – qui n'ont en fait rien d'extraordinaire – influencent négativement votre humeur et votre existence de manière plus prononcée que la normale, vous souffrez peut-être d'un trouble d'adaptation.

Autres troubles anxieux

Il existe une série d'autres troubles anxieux, dont quelques-uns en particulier sont à classer parmi les phobies spécifiques: par exemple, la peur des serpents (ophidiophobie), la peur des araignées (arachnophobie) ou la peur des étrangers (xénophobie).

Aviophobie

Dix pour cent de la population souffrent d'aviophobie. Toutefois, beaucoup plus de gens ont peur de voler, car également d'autres maladies anxieuses vont de pair avec la crainte de monter dans un avion. C'est le cas de l'agoraphobie et de la claustrophobie. En ce qui concerne l'aviophobie, les personnes atteintes ont peur que l'avion s'écrase, tout en étant conscientes que voler est une forme très sûre de déplacement.

Si vous avez une crainte très prononcée de vous écraser lorsque vous prenez l'avion, vous souffrez peut-être d'aviophobie.



Angoisse de séparation, peur de l'école et peur des examens

Les enfants aussi souffrent de maladies anxieuses. La fréquence varie selon l'étude et le type d'affection et est comprise entre 6% et 18%.

Il y a de cela 30 ans environ, on sous-estimait encore la signification de l'anxiété chez les enfants et on la considérait plutôt comme l'expression d'un développement normal. Ainsi on était convaincu que cette anxiété ne survenait que de manière temporaire. Cette observation est correcte seulement pour une partie des angoisses. L'impact négatif de l'anxiété sur les relations sociales et sur les performances scolaires est considérable; beaucoup de ces angoisses se retrouvent à l'âge adulte, auquel elles ont clairement tendance à s'intensifier.

Dans le cas de l'angoisse de séparation, qui se manifeste déjà chez les nourrissons et les petits enfants, on observe une crainte excessive d'être séparé des personnes proches importantes – la plupart du temps, il s'agit des parents. Les enfants redoutent qu'il arrive quelque chose aux dites personnes, ou que ces dernières s'en aillent pour ne plus revenir, ou encore que des circonstances malencontreuses – telles qu'un enlèvement ou une maladie – ne provoquent une séparation. Ceci conduit par exemple à une crainte de se rendre à l'école, incitant les parents à croire de façon erronée que les enfants ont peur d'événements ayant lieu dans l'école. Ce type d'anxiété peut se manifester également par le fait que les enfants ne vont pas volontiers seuls au lit ou pire, qu'ils le refusent. Les enfants souffrant de cette angoisse restent seuls à contrecœur, ont régulièrement des cauchemars en rapport avec une séparation et souffrent de nausée, de maux de ventre, de maux de tête ou de vomissements lorsqu'ils doivent se rendre à l'école, par exemple, et donc se séparer de la personne qui leur est la plus proche. Lorsqu'ils vivent une situation de séparation, il leur arrive aussi de crier, d'avoir des accès de fureur, d'être malheureux, d'être apathiques ou de s'isoler socialement. Par conséquent, la phobie de l'école n'est pas une peur de l'école, mais en réalité une peur de la séparation.

On peut parler de peur de l'école s'il existe une crainte envers des événements ayant lieu à l'école. Souvent, c'est le comportement d'élèves, d'enseignants ou un trouble d'apprentissage qui déclenche l'anxiété. La peur de l'école et la phobie de l'école peuvent survenir de manière concomitante.

La peur malade des examens se caractérise par une crainte prononcée envers les examens, malgré une bonne préparation. On redoute d'être évalué et cette appréhension a des répercussions d'autant plus négatives que l'examen est complexe. Au fond, la peur est censée être un activateur de performances, pourtant elle engendre plutôt une inhibition lorsqu'on doit, sous sa contrainte, apprendre de manière trop détaillée et sans un nombre suffisant de pauses. Cela entraîne des troubles du sommeil et de la concentration. En outre, des crises de panique ou voire même un blocage complet peuvent survenir lors de l'examen.

Si votre enfant éprouve une peur excessive envers les examens ou lors de la séparation d'avec une personne très proche, s'il ne va pas volontiers ou pas du tout seul se coucher, s'il souffre – durant une situation de séparation – de cauchemars, de nausée, de maux de ventre et de maux de tête ou de vomissements, d'apathie ou d'isolement social, il est éventuellement victime d'une maladie anxieuse.

Diagnostic et thérapie

Diagnostic des troubles anxieux

Peut-être vous demanderez-vous si vous souffrez d'une maladie anxieuse et quels sont les examens médicaux qui vous sont recommandés afin d'obtenir une évaluation sûre. Étant donné que de l'anxiété accompagne aussi les affections physiques, une analyse somatique approfondie devrait être réalisée en premier lieu. En effet, des troubles fonctionnels de la thyroïde, des maladies cardiaques ou des substances addictives peuvent induire des états anxieux prononcés. De même, une forte anxiété peut survenir dans le cas de toutes les maladies psychiques, c'est pourquoi un psychiatre ou un psychologue devrait en outre effectuer un examen détaillé. Une maladie anxieuse peut cohabiter aussi avec une affection physique; ceci n'est pas rare, par exemple, après un infarctus du myocarde.

L'on recommande donc de se faire ausculter physiquement, ainsi que de se faire examiner par un psychiatre ou un psychologue, afin de permettre une évaluation correcte des symptômes évocateurs d'une maladie anxieuse.

Thérapie des troubles anxieux

Le traitement de l'anxiété dépend des caractéristiques des symptômes. Une anxiété d'intensité normale peut être souvent soignée par le dialogue ou peut être atténuée par l'activité physique.

Les formes légères des maladies anxieuses peuvent évoluer favorablement déjà grâce à l'entraide (conseils aux patients, par exemple, ou informations à disposition sur des sites internet spécialisés). Les formes prononcées quant à elles nécessitent l'intervention d'un spécialiste; les meilleurs résultats sont obtenus en combinant un traitement médicamenteux et une psychothérapie. Aujourd'hui encore, l'idée est largement répandue que les médicaments – dans le cas des maladies anxieuses, il s'agit principalement d'antidépresseurs – gênent la psychothérapie.



Cela n'a probablement jamais été exact et contredit les connaissances actuelles. Toute aussi erronée est l'opinion largement répandue que la cause de chaque anxiété a son origine dans l'enfance. Ce n'est sans doute pas vrai pour la plupart des cas et, de plus, cela n'est pas essentiel pour la réussite du traitement. Il est beaucoup plus important d'être bien informé au sujet de l'anxiété et de savoir s'en accommoder. La première étape du traitement est donc l'information des personnes concernées. Il est important de prendre conscience que, par exemple, l'oppression ressentie sur la poitrine n'est pas le symptôme d'un infarctus, mais qu'elle est bien une forme de manifestation de l'anxiété: à condition que le cœur ait été ausculté auparavant de manière approfondie et qu'il ne soit pas malade. Lorsqu'on demande aux personnes touchées – qui souffrent de vertiges et qui appréhendent une chute – si elles sont effectivement souvent tombées, elles répondent presque toujours par «encore jamais». Malgré cela, l'anxiété est perçue comme la crainte de chuter. Les gens souffrants doivent comprendre que l'anxiété représente le centre-même du problème et que leurs angoisses sont dénuées de motif. Ensuite, il leur sera possible d'évaluer autrement les symptômes et de réagir à ceux-ci de façon différente. Une fois que l'on sait dans quelle situation ou dans quelles circonstances les symptômes de l'anxiété font leur apparition, il devient plus aisé de reconnaître l'anxiété en tant que telle et de comprendre les rapports de celle-ci avec le style de vie ou le mode de pensée.

Une fois que les personnes concernées recherchent de l'aide, elles sont confrontées à une abondance confuse d'offres en tout genre, allant de la médecine conventionnelle à la médecine alternative en passant par l'ésotérisme. Toutefois, seules la psychothérapie et la pharmacothérapie ont prouvé leur efficacité dans les études.

Thérapie médicamenteuse

Depuis 40 ans environ, on utilise des antidépresseurs pour traiter les maladies anxieuses. Ils sont devenus entretemps un moyen thérapeutique reconnu.

Les médicaments de premier choix employés dans les maladies anxieuses sont aujourd'hui les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), qui inhibent la protéine responsable du recaptage du neurotransmetteur sérotonine – après sa libération dans l'espace synaptique – dans la cellule présynaptique. Par ce mécanisme, la neurotransmission est améliorée dans des régions déterminées du cerveau, grâce à quoi les parties cérébrales impliquées dans la genèse de l'anxiété se trouvent inhibées. Étant donné que les ISRS induisent une inhibition immédiate du recaptage, et que l'effet anxiolytique n'apparaît que 2 à 6 semaines plus tard, on pense que ce sont des effets secondaires – tels que des processus d'adaptation des récepteurs – qui sont en réalité à l'origine de l'anxiolyse. Les récepteurs sont des entités sur lesquelles les neurotransmetteurs se lient, pouvant ainsi développer leur effet. Les processus précis sont encore peu clairs, pourtant l'on croit que la cible principale des ISRS pourrait être le noyau amygdalien, car les mécanismes – qui provoquent sa stimulation – sont atténués.

En plus de la sérotonine, le neurotransmetteur noradrénaline joue aussi un rôle dans les troubles anxieux, car les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline induisent également un effet anxiolytique lors de trouble panique. La noradrénaline stimule l'attention; toutefois, en cas d'hyperactivité, elle est responsable de confusion. Aux côtés des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de ceux du recaptage de la noradrénaline, il y a encore les antidépresseurs qui bloquent à la fois le recaptage de la sérotonine et celui de la noradrénaline.

Les médicaments du groupe des benzodiazépines possèdent l'effet anxiolytique le plus rapide. Cette classe de composés renforce l'effet du neurotransmetteur acide gamma-aminobutyrique (GABA). Le GABA est le neurotransmetteur inhibiteur le plus important dans le cerveau. Les benzodiazépines ont, à tort, une mauvaise réputation. Il est vrai qu'elles peuvent provoquer de la dépendance lorsqu'elles sont utilisées de manière trop prolongée et à la légère; cependant, elles offrent une possibilité précieuse – dans la phase initiale du traitement avec les antidépresseurs – de maîtriser les symptômes exacerbés de l'anxiété, parfois provoqués au début



par les antidépresseurs eux-mêmes. En outre, elles ont fait leurs preuves dans les situations de crise. On devrait toutefois renoncer à un traitement à long terme avec les benzodiazépines.

Pour vaincre l'anxiété, on prescrit encore fréquemment des bêta-bloquants. Ils appartiennent à un ensemble de substances variées qui bloquent les récepteurs bêta-adrénergiques dans l'organisme, atténuant ainsi les effets des hormones de stress adrénaline et noradrénaline. Ils entraînent une diminution, par exemple, des tremblements, de la tachycardie et des palpitations, néanmoins ils ne sont pas recommandés pour le traitement de la plupart des maladies anxieuses. On obtient de bons résultats en cas d'anxiété provoquée par une situation donnée, telle que subir un examen ou donner une conférence. Dans ces circonstances, les bêta-bloquants atténuent les symptômes végétatifs cités plus haut.

D'une façon générale, le traitement (antidépresseur) requiert de la patience et de la ténacité. Chaque médicament n'est pas efficace chez chaque patient, les raisons en sont encore en partie peu claires. Souvent, on observe une amélioration, positif, pourtant celle-ci est moins forte que ce que l'on pourrait attendre avec la posologie appliquée. Dans de tels cas, il est très utile de déterminer les concentrations sanguines du médicament, puisqu'il y a des individus qui métabolisent certains composés plus vite ou beaucoup plus vite que la moyenne. Toutefois, le contraire est possible également. Autrement dit, de faibles dosages déjà peuvent avoir un effet satisfaisant, parce que le principe actif est métabolisé lentement.

Un problème fréquent – particulièrement au début du traitement médicamenteux – est celui des effets indésirables des antidépresseurs, qui peuvent être en partie confondus avec les symptômes de l'anxiété eux-mêmes. La plupart de ces effets indésirables disparaissent toutefois après une à deux semaines. Si ce n'est pas le cas, on peut en règle générale trouver un autre médicament dont la tolérance est sensiblement meilleure.

Il est essentiel pour l'effet du médicament de le prendre régulièrement et sérieusement, à la dose prescrite. Si l'on ne prend pas ses médicaments, ou si on les prend de manière irrégulière ou à une dose différente de celle qui a été prescrite, il faut en parler ouvertement, car seule une relation de confiance entre médecin et patient permet le succès thérapeutique. Il faut également s'engager à suivre le traitement suffisamment longtemps. En général, on prend un point de départ d'une année environ. Les variations individuelles peuvent être néanmoins considérables et sont dépendantes de la durée et de l'intensité de la maladie ainsi que de la survenue de maladies concomitantes. Il est important de savoir qu'un arrêt prématuré de la médication antidépressive conduit fréquemment à une rechute. Pour plusieurs des personnes concernées, il est difficile de reconnaître qu'elles se portent bien parce qu'elles prennent un médicament. Beaucoup pensent à tort qu'elles n'en ont plus besoin, puisque leur anxiété ne se fait plus ou que peu ressentir. Après un laps de temps approprié, leur médecin leur prescrira une réduction de la dose jusqu'à l'arrêt de la prise de la médication, pour autant qu'il n'y ait pas une nouvelle apparition de symptômes laissant entendre qu'il faut continuer à prendre le médicament. En Amérique on emploie une devise simple mais pertinente concernant ce problème relatif à la prise d'un médicament:

**What makes you well keeps you well! –
Ce qui vous fait du bien vous maintient en forme!**

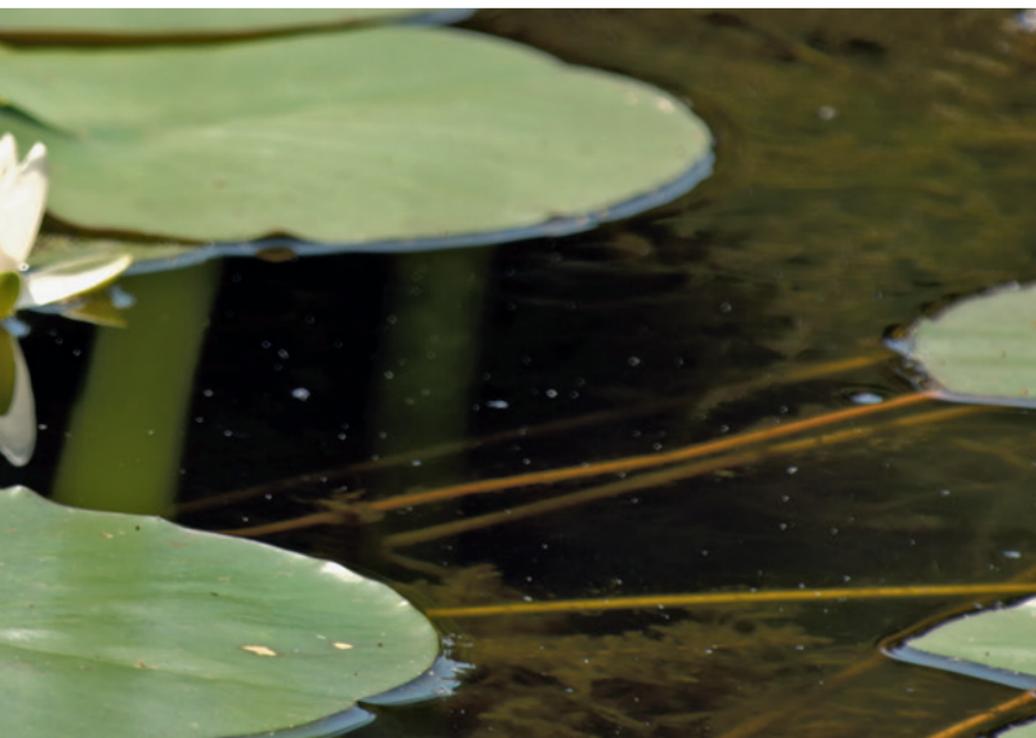


Psychothérapie

Par le terme général de psychothérapie, on désigne le traitement de maladies d'origine émotionnelle et psychosomatique, d'états de souffrance ou de troubles du comportement à l'aide de méthodes psychologiques (c'est-à-dire fondées scientifiquement) utilisant diverses formes de communication verbale et non verbale.

Dans le cas des maladies anxieuses, on choisit avant tout la thérapie comportementale. La thérapie comportementale part du principe que l'on a assimilé un faux comportement et que celui-ci peut être modifié par un nouvel apprentissage. Cela signifie pour les maladies anxieuses qu'il faut déterminer et analyser leurs symptômes, leur intensité, leur élément déclencheur et leur fréquence d'apparition. Lors de ce processus on tient particulièrement compte des conditions de vie actuelles des personnes touchées ainsi que de la façon dont elles s'en accommodent. Il est essentiel de savoir que la thérapie comportementale est déterminée également par la particularité de chaque cas et qu'il n'existe pas de schéma type de traitement. La thérapie comportementale s'est développée selon différentes écoles, c'est la raison pour laquelle elle peut prendre des formes très variées, fait qui ne doit pas déconcerter le patient.

Lors de troubles anxieux, la thérapie comportementale et cognitive a particulièrement fait ses preuves; celle-ci travaille principalement avec les pensées, les sentiments et les attitu-



des. La première étape du traitement consiste à bien informer le patient sur sa maladie. Lors de la deuxième étape, on apprend à évaluer son anxiété de manière réaliste grâce à des exercices mentaux. Ensuite on apprend, en étant confronté avec une situation générant de l'anxiété, que l'on peut supporter et surmonter cette anxiété et que celle-ci diminue aussi à nouveau sans que rien de grave ne se soit passé.

Les procédés relevant de la psychologie des profondeurs (psychoanalytique) ne sont pas recommandés pour traiter les maladies anxieuses, cependant on peut les appliquer lorsque des angoisses se sont développées sur la base de conflits évolutifs ou relationnels. La psycho-analyse requiert une aptitude à collaborer et à l'introspection. En outre, les coûts peuvent être considérables.

Qui paie le traitement?

Tout traitement effectué par un psychiatre est un traitement médical, puisque les psychiatres sont des médecins bénéficiant d'un titre de spécialiste. La thérapie est donc prise en charge par les caisses maladie.

Si le thérapeute n'est pas médecin, mais psychologue ou membre d'un groupe professionnel possédant une formation psychothérapeutique, il est nécessaire de clarifier avant le début du traitement si celui-ci est pris en charge par la caisse maladie et jusqu'à quel montant.

En principe vous devriez faire preuve de prudence envers toutes les formes de traitement qui sont très coûteuses ou qui exigent une confiance aveugle. Soyez critique face aux méthodes qui vous posent des conditions que vous n'accepteriez jamais dans d'autres domaines de la vie courante.



Littérature

Bandelow B.

Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag 2004

Wittchen HU.

Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen und behandeln. München: Mosaik 1997 ISBN 3-576-10768-1

Hättenschwiler J, Höck P.

Angststörungen I: Diagnostik. Schweiz Med Forum 2002; (6)2: 125–9 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.

Angststörungen II: Therapie. Schweiz Med Forum 2002; (7)2: 149–54 (www.medicalforum.ch/set_archiv_d.html)

Hättenschwiler J, Höck P.

Angsterkrankungen. Wenn Angst zur Krankheit wird. Herausgeber: Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS) 2006
Strian F. Angst und Angstkrankheiten. München: Beck, 1998

Hippius H, Klein HE, Strian F.

Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer 1999

Kasper S, Möller HJ (Hrsg).

Angst- und Panikerkrankungen. Jena: Fischer 1995

Dengler W, Selbmann HK (Hrsg).

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. Darmstadt: Steinkopff 2000

Förstl H, Hautzinger M, Gerhard R.

Neurobiologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006

Steinhausen H.-Ch.

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. München: Urban & Schwarzenberg 1996

Steinhausen H.-Ch.

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.
Stuttgart: Klett-Cotta 2004

Ubaldo N.

Bildatlas Philosophie: Die abendländische Ideengeschichte
in Bildern. Berlin: Parthas Verlag GmbH 2007

Schneider S.

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.
Berlin Heidelberg: Springer 2004

Autres informations

Les liens suivants ont été minutieusement sélectionnés,
toutefois l'auteur ne peut pas prendre la responsabilité
de leur contenu.

www.aphs.ch

- Angst- und Panikhilfe Schweiz

www.swissanxiety.ch

- Schweizerische Gesellschaft für Angststörungen

www.vaudfamille.ch

- Anxietas – association d'entraide pour les personnes souffrant de troubles anxieux

www.depressionen.ch

- Verein gegen Depressionen

www.psychiatrie.ch

- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

www.vask.ch

- Homepage der Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker

www.promentesana.ch

- Homepage von Pro Mente Sana

www.graap.ch

- Groupe d'accueil et d'action psychiatrique

www.panik-attacken.de

www.angstselbsthilfe.de

- DASH Deutsche Angst-Selbsthilfe

www.adaa.org

- Anxiety Disorders Association of America

Groupes d'entraide et groupes de proches

Angst- und Panikhilfe Schweiz aphs

Hotline 0848 801 109 (tarif normal)

info@aphs.ch

www.aphs.ch

Anxietas

Association d'entraide pour

les personnes souffrant de troubles anxieux

Avenue de Rumine 2

1005 Lausanne

info@anxietas.ch

www.vaudfamille.ch

Equilibrium

Postfach

6340 Baar/Zoug

Tel. 0848 143 144

info@depressionen.ch

VASK

Vereinigung der Angehörigen psychisch Kranker

Geschäftsstelle

Langstrasse 149

8004 Zürich

Tel. 044 240 12 00

info@vask.ch

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261

8031 Zürich

Tel. 044 446 55 00

Beratungen 0848 800 858

kontakt@promentesana.ch

GRAAP

Groupe d'accueil et d'action psychiatrique

Rue de la Borde 25

1018 Lausanne

Tél. 079 212 54 12

info@graap.ch

Remerciements

Nous souhaitons remercier cordialement le Dr méd.
Paul Höck pour sa précieuse rédaction ainsi que pour ses
photographies dans ce guide destinée aux patients.

Mepha Pharma SA

Mepha Pharma SA
www.mepha.ch

08/2017 225056-511701

Les médicaments à l'arc-en-ciel

