



SANTÉ MENTALE  
GRANBY ET RÉGION

Vol. 19 no 3  
Juillet-Août-Sept. 2006

*L'Étincelle*

ÉTÉ 2006

### *Les troubles anxieux*

- *Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux*
- *Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans*
- *Le trouble obsessionnel-compulsif*
- *Le trouble de stress post-traumatique*
- *La psychologie peut vous aider dans le traitement de la phobie sociale*

### **Méli-mélo**

- *Super soirée-conférence au Palace*
- *Calendrier des activités*

**UNE ASSOCIATION  
DE PARENTS ET AMIS  
DE LA  
PERSONNE  
ATTEINTE DE  
MALADIE MENTALE**

OASIS

SANTÉ MENTALE  
GRANBY ET RÉGION

## **Mot du président et de la directrice**

Bonjour chers membres,

Nous sommes bien heureux de vous présenter ce bulletin estival sous le thème des troubles anxieux. Il va sans dire que nous aurions aimé vous offrir quelque chose d'un peu plus joyeux mais, malheureusement, avec la société de performance des années 2000, dans laquelle nous vivons, l'anxiété est omniprésente et les troubles qui y sont associés également. Comme nous avons comme principe que plus on en parle, mieux on comprend et plus on est outillé pour faire face à des situations parfois difficiles et bien nous en faisons le thème principal de ce bulletin. Nous vous invitons donc à parcourir les différents articles qui sont tous très intéressants.

Nous profitons également de l'occasion pour vous faire un bref résumé de la dernière assemblée générale qui s'est tenue le 6 juin dernier. Notons que nous avons également tenu une assemblée spéciale qui avait pour but de modifier les règlements généraux de l'organisme. L'assemblée générale a permis quant à elle de présenter le rapport d'activités ainsi que le rapport financier de la dernière année. Il en est ressorti que ce fut une année riche en belles réalisations marquées entre autre par la mise en place du programme « Les préjugés c'est dépassé », deux camps offerts aux jeunes Tourettes, une augmentation du nombre de familles desservies par notre service de soutien, une augmentation du nombre d'interventions reliées à notre service d'accompagnement à la cour pour une demande d'évaluation psychiatrique et j'en passe.

Nous souhaitons par la même occasion souligner le départ de deux administratrices soit mesdames Nicole Charbonneau et Colette Neveu qui se sont impliquées activement au sein de l'organisme au cours des dernières années. MERCI ENCORE!

Enfin, nous désirons souhaiter la plus cordiale bienvenue à une nouvelle administratrice, madame Natalie Préfontaine. BIENVENUE!

Bonne lecture et surtout bon été!



André Charbonneau  
Président

Mélanie Tremblay  
Directrice

## Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux



Les troubles anxieux constituent la catégorie de troubles psychiatriques ayant la seconde plus forte prévalence dans la population canadienne, après les troubles de l'humeur (Statistique Canada, 2003).

Parmi eux, on trouve le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble d'anxiété généralisée, l'état de stress post-traumatique, la phobie sociale et la phobie spécifique. Selon des statistiques récentes, entre 4,7 et 7,5 % des personnes souffrent actuellement d'un trouble anxieux (Statistique Canada, 2003 ; Kessler *et al.*, 1994). L'anxiété pathologique se manifeste généralement de trois façons, soit par une détresse subjective importante, des réactions physiologiques élevées et des comportements d'évitement ou de fuite associés à l'exposition à un élément phobogène. L'anxiété pathologique est présente dans tous les troubles anxieux mais elle se manifeste d'une manière distincte dans chacun d'eux. Les personnes souffrant de troubles anxieux présentent fréquemment des états comorbides, tels un autre trouble anxieux ou un trouble dépressif (c.-à-d. une dépression majeure ou un trouble dysthymique). Les conséquences des troubles anxieux peuvent être dérangeantes au point où elles engendrent des limites fonctionnelles importantes dans plusieurs sphères de la vie des personnes qui en souffrent et de leurs proches.

### **Impacts sur le fonctionnement**

Les troubles anxieux peuvent avoir des impacts négatifs importants sur le fonctionnement psychologique et physique ainsi que sur la situation sociale, occupationnelle et économique des individus qui

souffrent (Gladis *et al.*, 1999 ; Mendlowicz et Stein, 2000). Ils nuisent à la qualité de vie à cause de la détresse reliée à l'expérience de l'anxiété en elle-même mais également à cause des comportements d'évitement qui accompagnent fréquemment l'anxiété ainsi que de la stigmatisation associée au fait d'avoir un problème de santé mentale (Schneier, 1997). La sévérité de l'anxiété est généralement associée à un champ d'activités conjugales et familiales restreint, à davantage de conflits, à plus d'absentéisme au travail ainsi qu'à des difficultés à vivre paisiblement et à s'épanouir socialement (Chakrabarti, Kulhara et Verma, 1993 ; Baucom, Stanton et Epstein, 2003). Les impacts négatifs des troubles anxieux sur la qualité de vie et le fonctionnement peuvent perdurer au-delà d'une rémission et ces effets résiduels peuvent même être suffisamment stressants pour précipiter une rechute (Frisch, 1998).

### **Vivre avec une personne aux prises avec un tel trouble**

Les effets négatifs des troubles anxieux sur le fonctionnement de ceux qui en sont atteints ne sont pas sans conséquence pour les proches. Lorsqu'un individu anxieux vit en couple ou en famille, il est généralement difficile pour lui de limiter l'impact négatif des manifestations de son trouble sur ses proches. Les proches sont souvent témoins de divers comportements difficilement compréhensibles de la part de l'individu anxieux comme un évitement (p. ex. refuser une invitation au restaurant), une fuite

(p. ex. sortir en catastrophe d'une salle de cinéma), des rituels (p. ex. vérifier à répétition si la porte de la maison est bien verrouillée), des demandes de réassurance (p. ex. demander la même question plusieurs fois), une attaque de panique (p. ex. ressentir la peur de mourir au moment de monter à bord d'un avion), etc. Les conséquences de ces comportements varient selon le nombre de situations évitées, leur degré d'interférence sur le fonctionnement quotidien et la durée du trouble (Craske et Zoellner, 1995).

Initialement, les proches ont tendance à s'adapter aux diverses manifestations d'anxiété en modifiant certains des rôles qu'ils assumaient et en les ajustant en fonction des besoins de la personne avec le trouble anxieux. Toutefois, au fur et à mesure que le trouble anxieux se chronicise, des conflits et une atmosphère de tensions peuvent apparaître, notamment entre les conjoints. D'une part le conjoint non anxieux peut devenir de plus en plus intolérant vis-à-vis des manifestations d'anxiété et de la nécessité de devoir s'y adapter. D'autre part, le conjoint anxieux peut soit se sentir incompris et s'isoler ou tenter vainement de limiter les impacts négatifs du trouble sur la relation et anticiper que l'autre finira par s'impatienter et le quitter. Dans ce contexte, le conjoint tente habituellement d'aider la personne anxieuse au meilleur de ses connaissances afin qu'elle retrouve un fonctionnement normal. Cependant, des conflits peuvent survenir au sujet de tentatives de soutien infructueuses ou inadéquates et conséquemment exacerber l'anxiété et la détresse conjugale (Baucom, Stanton et Epstein, 2003).

### **Le défi d'offrir un soutien adéquat**

Pour les proches, offrir un soutien adéquat à un individu avec un trouble anxieux présente un défi particulier puisque l'identification des comportements de soutien aidant, c'est-à-dire qui correspondent aux besoins des individus avec un trouble anxieux, n'est pas évidente.

En effet, certains comportements de soutien peuvent être perçus comme étant constructifs par les individus avec un trouble anxieux parce qu'ils entraînent une diminution rapide de l'anxiété et des réactions physiologiques associées. Or, plusieurs de ces comportements peuvent s'avérer contre-productifs parce qu'ils contribuent au développement ou au maintien du trouble en renforçant l'évitement et l'anxiété. Par exemple, un patient avec un trouble d'anxiété généralisée qui se fait fréquemment conseiller de manière rassurante par un proche au sujet de ses inquiétudes va généralement rapporter une impression positive de cette forme de soutien alors que la réassurance renforce l'intolérance à l'incertitude, une composante importante du trouble (Campbell et Brown, 2002). Il en va de même quand le conjoint modifie ses comportements en fonction du trouble (p. ex. en accomplissant un rituel compulsif à la place de l'autre afin de lui éviter de « rester pris » avec ses doutes ; O'Connor, Robillard et Pélissier, 1998). Le proche peut aussi tenter de « sécuriser » l'individu anxieux en l'aidant de manière tangible comme par exemple en conduisant la voiture à la place d'un individu avec un trouble panique avec agoraphobie qui a peur de faire une attaque de panique et de s'évanouir au volant (Marchand et Boivin, 1999).

### **Pour améliorer le soutien offert par les proches**

Dans un premier temps, il est souhaitable que l'individu anxieux suive une thérapie, en l'occurrence une thérapie cognitivocomportementale (TCC), puisque celle-ci s'avère plus efficace que les autres formes de thérapie pour le traitement de tous les troubles anxieux (INSERM, 2004).

Il est possible de dispenser des conseils généraux aux proches d'individus avec un trouble anxieux sur ce qu'ils peuvent faire et ne pas faire pour être aidant (voir le tableau 1).

Bien que ces conseils puissent s'avérer utiles en soi, il est préférable qu'ils soient dispensés par un psychologue dans le cadre d'une séance de psychoéducation et qu'ils soient accompagnés d'information sur les caractéristiques du trouble anxieux. De plus, les habiletés des proches à offrir un soutien adéquat peuvent être bonifiées par l'entremise d'une meilleure connaissance des modalités du traitement. L'implication du conjoint dans le traitement des troubles anxieux s'avère une avenue prometteuse. Les résultats d'une étude récente réalisée à la Clinique en intervention cognitivocomportementale (CICC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine suggèrent qu'une intervention psychoéducative de trois séances avec le conjoint augmente l'effet de la TCC individuelle sur les symptômes du trouble anxieux (i.e. le trouble de stress post-traumatique) et améliore la qualité de la relation conjugale (Guay *et al.*, 2004a et b).

Les stratégies utilisées incluaient une séance d'information sur le trouble en début de thérapie, une séance de discussion sur les progrès réalisés et les stratégies de traitement utilisées à la mi-traitement et une séance sur la prévention de la rechute en fin de thérapie. Ces résultats suggèrent qu'il n'est pas nécessaire d'impliquer le conjoint de façon substantielle dans le traitement pour obtenir des effets positifs. Les psychologues devraient considérer l'implication du conjoint ou d'un proche dans le cadre d'une TCC pour les troubles anxieux lorsque cela est possible et souhaiter de la part de la personne aux prises avec le trouble. Parmi les avantages pouvant être associés à une telle pratique, notons une meilleure connaissance des manifestations du trouble anxieux chez le proche, une diminution des comportements de soutien contreproductifs ainsi qu'une amélioration des relations conjugales ou familiales.

**Réf: Stéphane Guay, psychologue, est chercheur au centre de recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et chercheur adjoint au département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Psychologie Québec mai 2005**

#### **Ce que les proches peuvent faire pour aider la personne anxieuse:**

- se montrer empathique à la détresse vécue ;
- considérer la personne telle qu'elle est et l'aider à se définir autrement que par son trouble anxieux ;
- l'encourager à chercher de l'aide professionnelle au besoin ;
- promouvoir des changements positifs tels que s'exposer graduellement aux stimuli phobogènes ;
- s'informer sur les caractéristiques du trouble, son évolution et les traitements appropriés ;
- reconnaître et renforcer le moindre progrès, aussi petit soit-il ;
- évaluer un progrès selon la situation de l'individu et non selon un standard absolu (p. ex. absence de symptômes) ;
- diminuer les attentes durant les périodes de stress ;
- être flexible et essayer de maintenir un fonctionnement normal ;
- se donner le droit à l'occasion de se sentir impuissant et frustré.

#### **Ce que les proches devrait éviter de faire:**

- blâmer l'individu anxieux ou eux-mêmes pour le trouble ;
- critiquer la personne anxieuse dans sa façon de gérer ses difficultés ;
- minimiser l'importance des malaises psychologiques et physiques ;
- exiger de l'individu anxieux des choses qu'il a peur de faire ;
- inciter la personne anxieuse à éviter ou fuir une situation ;
- organiser leur vie uniquement en fonction du trouble anxieux ;
- prendre la responsabilité de la « guérison » du trouble anxieux ;
- abandonner les efforts pour aider la personne anxieuse à s'en sortir.

## Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans



### Détection précoce et traitement dans les services de 1<sup>re</sup> ligne

L'anxiété est une émotion qu'on peut considérer comme normale ou pathologique. Normale, elle joue un rôle essentiel dans l'aptitude d'un individu à faire face aux situations de danger ou de crise. L'anxiété constitue alors un signal naturel informant l'individu d'un danger imminent et l'amenant à développer ses capacités d'adaptation. Lorsqu'elle se manifeste avec une intensité et une durée inhabituelles face à un stimulus et qu'elle engendre une souffrance et des dysfonctions importantes chez l'individu, l'anxiété cesse de jouer un rôle adaptatif pour devenir pathologique.

#### Et nos jeunes...

Le passage de l'adolescence au stade de jeune adulte s'avère une période cruciale car l'individu doit se définir en tant qu'adulte avec de nouvelles responsabilités personnelles, professionnelles, académiques et sociales. L'entrée à l'école secondaire, la puberté, le développement des compétences sociales et la recherche d'une identité propre constituent autant d'éléments qui influent sur le devenir du jeune exigeant une grande capacité d'adaptation. Bien que la plupart réussissent à franchir avec succès ces diverses étapes, certains d'entre eux verront leur santé mentale se fragiliser et manifesteront de la détresse psychologique pouvant mener à l'émergence de troubles mentaux tels les troubles anxieux. Les troubles anxieux engendrent beaucoup de souffrance chez les jeunes.

Cela peut affecter leur développement cognitif et

social et nuire à leur intégration scolaire, familiale, professionnelle et sociale. Ces perturbations peuvent se traduire par de mauvaises performances scolaires pouvant mener au décrochage, à une faible estime de soi, à la perte d'amis significatifs, à une intégration difficile dans le milieu du travail, à une perte de productivité, etc. En somme, les troubles anxieux, s'ils ne sont pas dépistés et traités précocement, nuisent au développement du jeune et entraînent des coûts élevés en soins de santé.

#### Des statistiques angoissantes...

Les enquêtes épidémiologiques montrent que les troubles anxieux sont très prévalents chez les jeunes, affectant près de 10 % des enfants et des adolescents. La phobie sociale est le trouble anxieux le plus fréquent atteignant jusqu'à 15 % des 15 à 24 ans. Suivent les phobies spécifiques et l'agoraphobie (10 % et 7 % respectivement). Fait inquiétant, un jeune sur deux souffrant d'un trouble anxieux montre une comorbidité avec la dépression majeure, les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ou avec un autre trouble anxieux. Certains iront même jusqu'à développer des comportements suicidaires. Soulignons que l'apparition de ces troubles survient à un âge très critique pour le développement social et émotif du jeune. Non traités durant l'enfance ou l'adolescence, ces problèmes risquent de persister jusqu'à l'âge adulte et de nuire à son intégration sociale et professionnelle.

**Besoins de soins non comblés** Il est souvent difficile pour les 14 à 25 ans

pour les 14 à 25 ans d'apprécier leur état de santé mentale et de requérir une aide professionnelle lorsque des symptômes se manifestent. La majorité des jeunes tentent de régler leur problème eux-mêmes ou cherchent de l'aide auprès de leurs amis ou de leur famille. En ce sens, les résultats d'une enquête de santé mentale auprès des Montréalais montrent que les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans sont moins enclins à utiliser les services pour des raisons de santé mentale et ce, malgré la présence d'indications de besoins de soins.

Lorsqu'il y a demande d'aide, les personnes souffrant de troubles anxieux se retrouvent fréquemment dans les services de 1re ligne car elles interprètent les manifestations somatiques de leur anxiété comme liées à une maladie physique. Ces personnes sont par conséquent de très grandes utilisatrices du système de soins, ce qui engendre des coûts élevés d'investigation et de diagnostic.

#### **Quelques symptômes courants des troubles anxieux**

##### **Signes psychologiques**

Inquiétude.  
Panique.  
Peur de perdre le contrôle de soi.  
Peur de mourir.  
Irritabilité.  
Peur exagérée de l'opinion d'autrui.  
Obsession.  
Trouble de l'attention et concentration.  
Etc.

##### **Signes physiques**

Tension.  
Tremblements.  
Transpiration.  
Palpitations.  
Sensation de vertige ou d'évanouissement.  
Tension musculaire.  
Nausées.  
Sensation de souffle coupé ou d'étouffement.

Paresthésies.  
Douleur ou gêne thoracique.

##### **Autres signes**

Difficultés scolaires, familiales et sociales  
Difficultés à accomplir les activités quotidiennes.  
Impact sur la qualité de vie du jeune et de son entourage.

##### **Rôle du médecin de 1re ligne**

Intervenant majeur pour l'identification et le traitement des troubles mentaux, le médecin de famille représente souvent le seul professionnel avec lequel un individu confronté à un problème de santé mentale établira un contact. Vu la prévalence élevée de troubles anxieux chez les jeunes, une intervention précoce s'avère nécessaire pour prévenir les complications et améliorer leur cheminement vers l'âge adulte. Or, une personne sur deux souffrant de troubles anxieux n'est pas dépistée en première ligne et une sur trois est mal diagnostiquée. L'absence de protocoles de traitement standardisés et empiriques pour soutenir les médecins de famille dans leur pratique explique en partie cette situation. D'autre part, une bonne connaissance des critères diagnostiques des troubles mentaux du DSM-IV est indispensable pour établir un diagnostic juste.

*Réf: Direction de santé publique, prévention en pratique médicale janvier 2003*

**B**ravo à notre bénévole de l'année  
monsieur Yves Proulx, mis en nomination pour le  
prix GRUMAN-POIRIER  
lors du Congrès annuel de notre  
fédération (FFAPAMM).

**C  
A  
L  
E  
N  
D  
R  
I  
E  
R  
  
2  
0  
0  
6**

**Septembre**

**Aimer et aider :  
un défi de taille,  
un objectif réalisable!**  
Volet 2

L'intervention auprès des proches d'une personne souffrant d'un trouble de la personnalité limite (TPL)

**L'objectif général :**

Vous permettre de vivre auprès d'une personne souffrant d'un trouble de personnalité limite de l'aimer et de l'aider adéquatement tout en reprenant le contrôle de votre propre vie. Inscription seulement pour les proches ayant déjà suivi le Volet 1.

Six rencontres consécutives  
débutant le  
**mercredi le 13 septembre**

Animatrices  
**Mélanie Tremblay  
Susan Laporte**

Heure  
**19h00**  
au local de OASIS

Inscription  
777-7131

**Septembre**

**Groupe Soutien  
pour les  
parents dont  
un enfant vit  
un syndrome  
de la Tourette**

Date  
**Mardi 19 septembre 2006  
19h00**

Endroit  
**6, rue Court  
Granby**

Info  
**777-7131**

**Les troubles anxieux  
chez les jeunes**

Conférencier  
**Camillo Zacchia**  
Ph.D. Chef professionnel du  
service de psychologie de l'hôpital  
Douglas

**Mardi 3 octobre 2006  
Foyer du Théâtre Palace  
Gratuit places limitées  
billets disponibles à OASIS  
777-7131**

**Bureau fermé**

Lundi 4 septembre  
2006  
Pour le congé  
de la fête du travail

**À venir**

**Parents Tandem  
5 à 7**

Date  
**Mardi 17 octobre 2006**

Heure  
**5 à 7 hres**

Soyez des nôtres!!!!  
parce qu'il est plus facile  
de traverser les épreuves  
de la vie avec quelqu'un  
à nos côtés qui nous  
écoute, nous apaise et  
nous comprend.  
Un service de jumelage  
entre deux parents;  
l'un ayant fait un  
cheminement par rapport  
à la maladie  
de son proche  
et l'autre qui en  
est encore bouleversé.

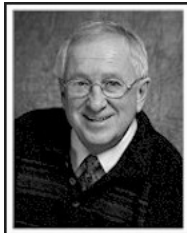
Pour de plus amples  
informations et réservations  
**777-7131**

**Colloque Montérégien**  
organisé par  
Santé mentale  
Montérégie

le 14 octobre prochain  
à l'Hôtel Relais  
Gouverneur  
St-Jean-sur-Richelieu  
*Info à suivre*



## Automne 2006 Super Soirées-Conférences



Conférencier  
**M. André Gareau**

Conférencier, formateur et auteur,  
Psychothérapeute, Sexologue,  
Coach personnel, Consultant en  
développement humain

Thème

### Les gens épanouis... réussissent mieux!

Qu'est-il advenu de cette fameuse Civilisation des Loisirs dont tout le monde parlait? On s'affaire, on court, le stress est omniprésent et des problèmes de somatisation qui font la fortune des vendeurs de pilules et des promoteurs de cassettes de pensée positive! Les gens sont essouffés de vivre à ce rythme et plusieurs se prennent à souhaiter des changements majeurs, autant dans leur style de vie qu'à leur agenda. Chose certaine, on a besoin de se trouver des exutoires valables pour évacuer les tensions.

Date

**Mardi 26 septembre 2006  
20h00**

Endroit

**Théâtre Palace  
Granby**



Conférencier  
**M. Yvon Dallaire**

Auteur, Conférencier et Éditeur  
Membre de l'Ordre des Psychologues  
du Québec, Canada

Theme

### La communication : clé de l'amour ou source de mésententes? ...

Malgré toutes les difficultés de la vie à deux, le couple apparaît encore aujourd'hui comme le meilleur style de vie et la meilleure garantie de bonheur. Certains sont heureux le temps de la séduction et de la lune de miel, soit de quelques mois à deux ou trois ans, d'autres savent le rester à plus long terme parce qu'ils ont surmonté les crises et les conflits inévitables de la vie à deux. Pourquoi certains couples réussissent-ils là où la majorité échoue? Les psychologues ont observé, écouté, analysé ces couples et ont découvert qu'ils manifestent des attitudes et des aptitudes qui font défaut aux couples malheureux. Ils ont aussi constaté que les couples heureux évitent les pièges dans lesquels se retrouvent les couples qui divorcent.

Date

**Mardi 7 novembre 2006  
20h00**

Endroit

**Théâtre Palace - Granby**

*Ces conférences vous sont offertes à 15.\$ pour les deux avant  
le 26 septembre 2006 ou 10.00\$ par conférence*

**Faites vite! Pour informations 777-7131**

## Qu'est-ce que le trouble obsessionnel-compulsif

Tout le monde a des préoccupations de temps à autre. Lorsqu'une personne est rongée par des préoccupations, on parle d'obsession ". Les obsessions sont des pensées " intrusives " ou non sollicitées, des besoins ou des images qui reviennent sans relâche à l'esprit. En général, les personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif savent que leurs obsessions sont le fruit de leur imagination, mais elles ne peuvent ni les maîtriser ni prétendre qu'elles n'existent pas ni s'en débarrasser. Souvent, pour soulager leur souffrance et leur anxiété, les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif adoptent certains rites. Beaucoup de gens ont des rites ou des façons de faire particulières. Chez les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif, ces rites peuvent devenir des fixations et se poursuivre pendant des heures. Poursuivies à cet extrême, les rites deviennent des " compulsions ". Lorsque les obsessions et les compulsions deviennent incontrôlables, on parle de " trouble obsessionnel-compulsif ".

Le trouble obsessionnel-compulsif est un trouble anxieux qui afflige environ un adulte sur quarante. Il existe dans le monde entier et touche aussi bien les hommes que les femmes. En général, il se manifeste progressivement. Chez environ deux tiers des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif, cette affection a commencé au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

**Les symptômes:** Les principaux symptômes du trouble obsessionnel-compulsif sont des obsessions ou des compulsions récurrentes qui perturbent la vie quotidienne d'une personne. Ces symptômes :

- prennent plus d'une heure par jour, ou
- entraînent un sentiment marqué de détresse ou une déficience importante.

À un certain stade, la personne est consciente que ses obsessions et compulsions sont excessives, et elle en a souvent honte.

Parmi les obsessions les plus répandues, on trouve :

- la crainte de la contamination (par la poussière, les microbes, les liquides organiques ou les maladies) ;
- le doute constant (p. ex., le four est-il bien éteint ?) ;
- l'accent mis sur l'exactitude et l'ordre ;
- la préoccupation par des images et des pensées religieuses ou la crainte d'avoir des pensées blasphématoires ;
- la crainte de faire du mal, à soi-même ou à autrui ;
- la crainte de dire des obscénités en public ;
- les pensées, images ou envies sexuelles interdites ou non désirées.

Parmi les compulsions les plus répandues et présentant un caractère excessif, on trouve :

- le nettoyage ou le lavage (p. ex., se laver les mains trop souvent, nettoyer des articles ménagers ou d'autres objets) ;
- la vérification (p. ex., vérifier qu'aucune erreur n'est commise dans des documents) ;
- l'ordre ou le rangement (p. ex., s'assurer que des objets sont rangés selon un ordre particulier) ;
- l'accumulation (collectionner des articles selon toute vraisemblance) ;
- les rites mentaux, tels que la prière et le besoin de répéter des mots ou de compter.

**Les causes:** Le trouble obsessionnel-compulsif semble provenir d'une combinaison de facteurs psychologiques, biologiques et génétiques.

**Facteurs psychologiques:** Une théorie suppose que les personnes touchées par un trouble obsessionnel-compulsif associent certains objets ou certaines situations à la peur et qu'elles apprennent à éviter ce qu'elles redoutent ou à adopter des rites qui les aident à dissiper leur peur. **Suite page 12**

## Le trouble de stress post-traumatique

Les moments pénibles font partie de la vie. Nous devons tous affronter des périodes difficiles telles que le deuil d'un être cher ou des conflits d'ordre personnel ou professionnel sans pour autant cesser de vivre. Il arrive parfois qu'une personne subisse une expérience à la fois si inattendue et si éprouvante qu'elle continue d'en subir les séquelles longtemps après l'événement. Les personnes dans cet état subissent souvent des rappels d'images (flashbacks) et des cauchemars où elles revivent les situations d'effroi qui sont à l'origine de leur traumatisme. Elles peuvent même devenir émotivement désensibilisées. Si cet état persiste plus d'un mois, on parle alors de trouble de stress post-traumatique.

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est classifié parmi les troubles anxieux qui affligent approximativement une personne sur dix et qui sont parmi les plus répandus des problèmes de santé mentale. Le TSPT se retrouve autant chez l'enfant que chez l'adulte. La maladie peut atteindre des proportions telles que l'individu peut avoir du mal à mener une vie normale. Il existe heureusement des traitements qui permettent aux personnes qui en sont atteintes de retrouver une vie normale.

### Causes

Le trouble de stress post-traumatique résulte d'un événement psychologiquement traumatisant causant la mort ou des blessures graves ou tout au moins un grave risque pour sa vie ou celle des autres.



Ces événements déclencheurs du traumatisme sont surnommés agents stressants et peuvent survenir lorsqu'on est seul ou dans la foule. Ces agents stressants peuvent être des actes d'agression comme le viol, le vol avec agression, la guerre ou des événements comme des accidents de voiture ou d'avion ou encore des phénomènes naturels comme les ouragans ou les tremblements de terre.

La personne traumatisée peut avoir vécu personnellement une telle expérience ou en avoir été le témoin. Elle peut subir le contre-choc psychologique d'un événement arrivé à quelqu'un d'autre comme par exemple la mort d'un être cher dans un accident de voiture.

### Symptômes

Les symptômes se manifestent généralement dans les trois mois qui suivent l'événement traumatisant. Cependant, il arrive parfois que les symptômes ne se manifestent que plusieurs années plus tard. La durée et l'intensité du TSPT peuvent varier; la personne affectée peut être guérie au bout de six mois mais il arrive que la guérison soit beaucoup plus lente. On distingue trois types de symptômes ou réactions. Dans le premier type, la personne revit l'événement traumatisant. Cette réaction est caractéristique du TSPT et se manifeste de diverses façons. La personne peut se remémorer périodiquement les événements ou être victime de cauchemars ou de rappels d'images (flashbacks) récurrents.

Parfois l'anniversaire de l'événement déclencheur provoquera une réaction d'inconfort intense.

Le deuxième type de symptômes consiste en l'évitement et l'insensibilité émotionnelle. Dans le premier cas, la personne fera tout pour éviter d'être confrontée à une situation qui rappelle l'événement traumatisant. Quant à l'insensibilité émotionnelle, elle se manifestera souvent très tôt après l'événement. On constatera par exemple que la personne se replie sur elle-même et fuit ses proches. Souvent elle perd intérêt dans des activités qui autrefois la passionnaient. Elle développe fréquemment un vif sentiment de culpabilité. Dans des cas plus rares, on verra la personne entrer dans un état dissociatif, d'une durée de quelques minutes ou de plusieurs jours, durant lequel elle a l'impression de revivre pleinement et concrètement l'épisode.

Le troisième type de symptômes touche le changement dans les habitudes de sommeil et l'éveil mental. Insomnie est fréquemment un problème et l'individuel atteint a de la difficulté à se concentrer et à mener à terme ses activités. Il peut parfois aussi afficher beaucoup d'agressivité.

#### **Autres troubles associés au trouble de stress post-traumatique**

Les personnes souffrant du TSPT sombrent souvent dans l'alcoolisme ou la toxicomanie et deviennent sujettes à la dépression. En outre, on observe souvent la présence d'autres troubles anxieux chez les personnes souffrant de TSPT. D'autres malaises tels que les étourdissements, les douleurs thoraciques, les troubles intestinaux et des problèmes au niveau du système immunitaire sont reliés au TSPT. Le médecin traitera souvent ces malaises de façon indépendante s'il n'a pas diagnostiqué la présence d'un traumatisme psychologique ou si le patient ne l'a pas lui-même informé de l'existence d'un tel traumatisme.

#### **Traitement du TSPT**

On peut traiter efficacement les symptômes de dépression et d'anxiété qui accompagnent le trouble de stress post-traumatique à l'aide de certains médicaments. Règle générale, on considère les thérapies cognitive-comportementale et de groupe comme étant les plus bénéfiques. C'est souvent un thérapeute spécialisé dans un type particulier de traumatisme (par ex. : l'agression sexuelle) qui dispensera ce genre de thérapie. La thérapie d'exposition qui consiste à faire revivre l'expérience traumatisante en milieu contrôlé donne aussi de bons résultats. À l'heure actuelle, beaucoup de chercheurs se penchent sur le TSPT et sur les traitements spécifiques qui peuvent mieux combattre chaque type de traumatisme. **Réf:** l'Association canadienne pour la santé mentale si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur le trouble du stress post-traumatique

***Le trouble obsessionnel-compulsif (suite de la page 10)*** Une autre théorie avance que les gens atteints du trouble obsessionnel-compulsif interprètent mal leurs propres pensées, au point de les redouter.

**Facteurs biologiques;** Les recherches sur les causes et les effets biologiques du trouble obsessionnel-compulsif ont révélé un lien entre ce trouble et des taux insuffisants de sérotonine, un neurotransmetteur qui joue un rôle dans la régulation de l'humeur, de l'agressivité, de l'impulsivité, du sommeil, de l'appétit, de la température du corps et de la douleur. Des chercheurs ont aussi découvert que les gens atteints du trouble obsessionnel-compulsif semblent avoir une activité supérieure à la normale dans certaines régions du cerveau qui joueraient un rôle dans la régulation des émotions et des actes.

**Facteurs génétiques:** Le trouble obsessionnel-compulsif semble être "de famille". Des chercheurs tentent de découvrir des gènes qui pourraient être liés à ce trouble. Certains gènes contribuant à la régulation de la sérotonine pourraient être transmis de génération en génération.

**Les traitements:** Les personnes atteintes du trouble obsessionnel-compulsif devraient **(suite page 14)**

## **La psychologie peut vous aider dans le traitement de la phobie sociale**

### ***Qu'est-ce que le trouble d'anxiété sociale?***

Le trouble d'anxiété sociale ou la phobie sociale (PS) est la peur d'affronter certaines situations sociales. Ordinairement, les personnes craignent d'être gênées ou humiliées si elles montrent des signes d'anxiété, disent ou font des choses qui amèneront les autres personnes à réagir négativement ou si elles ne savent pas quoi dire ou faire.

Le rougissement, le frissonnement ou le tremblement, ou la perte du fil de la conversation (les idées s'embrouillent soudainement) font partie des signes usuels d'anxiété. Les personnes souffrant de phobie sociale s'inquiètent souvent des interactions sociales et peuvent se donner un mal considérable à les éviter. Elles peuvent notamment avoir peur de parler dans un groupe ou de s'adresser à un petit ou à un grand groupe, de tenir une conversation (particulièrement avec une personne qu'elles ne connaissent pas bien), de rencontrer une nouvelle personne, de parler à une personne d'autorité et de se présenter à des rendez-vous sociaux avec une personne. Certaines personnes éprouvent de la difficulté à se servir du téléphone, à manger ou à boire devant des personnes qui les regardent ou à participer à des activités où il pourrait y avoir un auditoire comme les activités sportives, la musique ou le théâtre.

Une personne souffre de trouble d'anxiété sociale lorsque son problème fait obstacle à l'apprentissage scolaire, au fonctionnement familial ou à la vie sociale ou s'il cause une affliction importante. Certaines personnes peuvent être décrites comme très timides tandis que d'autres semblent à l'aise dans des situations sociales même si elles se sentent très anxieuses.

Le trouble d'anxiété sociale est très commun. Jusqu'à 7 % des personnes ont ce problème et environ la moitié de ces personnes souffrent d'anxiété dans plus d'une situation sociale. Certaines personnes révèlent qu'elles ont été timides toute leur vie, d'autres que le problème s'est d'abord manifesté à la jeune adolescence ou à l'âge adulte. Des problèmes de dépression ou d'abus d'alcool ou de drogues illicites peuvent aussi apparaître.

### ***Quelles sont les causes du trouble d'anxiété sociale?***

Certaines personnes naissent plus susceptibles à l'anxiété (un tempérament anxieux) que d'autres. Au fil du temps, cette prédisposition peut être influencée par des situations stressantes (par exemple, des problèmes familiaux). Certaines familles et certaines écoles semblent mieux réussir à enseigner la confiance dans des situations sociales et un comportement social adapté.

### ***La psychologie peut aider!***

La thérapie cognitive du comportement (TCC) aide les personnes à faire face à des situations qui causent de l'anxiété. Elle suppose une compréhension du problème et l'élaboration de stratégies pour y faire face comme de changer les modèles de pensées dans des situations sociales, d'apprendre à centrer l'attention sur les comportements sociaux efficaces, d'utiliser des stratégies de relaxation et d'apprendre de nouvelles façons de faire face graduellement aux situations sociales angoissantes.

Il faut une formation spéciale pour aider de façon avisée les personnes qui suivent un thérapie cognitive du comportement. La TCC fait souvent partie de la formation des psychologues cliniciens. Elle peut être suivie en tête-à-tête ou en petits groupes.

Le traitement en groupe a l'avantage de permettre de placer les personnes dans une situation sociale qui pose un défi et qui leur permet d'apprendre de nouvelles stratégies visant à réduire l'anxiété, de tirer profit de l'expérience d'autres personnes aux prises avec des problèmes semblables et d'acquérir de nouvelles stratégies pour y faire face. Les thérapies de groupe durent ordinairement de 10 à 15 séances hebdomadaires. Les thérapies en tête-à-tête nécessitent un nombre semblable de séances quoique le temps requis dépend de la gravité du problème.

Les antidépresseurs sont les médicaments les plus couramment utilisés pour soigner le trouble d'anxiété sociale. Ils ont tendance à produire un niveau semblable d'amélioration à celui du traitement psychologique. La pharmacothérapie se poursuit habituellement pendant une période de temps considérable (par exemple, deux ans). La combinaison d'un traitement psychologique et médicamenteux est possible, mais il n'est pas évident que cette combinaison améliore les résultats d'un traitement ou l'autre seul. Certains spécialistes suggèrent de suivre d'abord le traitement préféré, puis, au besoin, d'ajouter l'autre traitement.

Chaque traitement a ses avantages et ses désavantages. Le traitement psychologique est habituellement moins coûteux à moyen et à long terme, mais suppose un investissement de temps et d'effort supplémentaire au début. La pharmacothérapie prend moins de temps et elle est plus facilement disponible, mais la gestion coûte plus cher à long terme. Certaines personnes ont des effets secondaires et une proportion significative voit un retour des symptômes dans les mois qui suivent l'arrêt de la médication.

***Dans quelle mesure les méthodes psychologiques sont-elles efficaces dans le traitement du trouble d'anxiété sociale?***

La recherche récente indique qu'environ 70 % des personnes qui vont au bout d'une thérapie à court terme (10 à 15 séances) se portent de mieux à

beaucoup mieux. L'amélioration semble être liée à la quantité de temps et d'énergie qu'une personne consacre à élaborer de nouvelles stratégies d'affrontement. Les personnes pour qui le traitement à court terme n'apporte pas d'amélioration des symptômes du problème peuvent avoir besoin d'un traitement plus long ou de changements dans l'approche de la thérapie. Les personnes qui, au contraire, trouvent une amélioration doivent continuer à appliquer leurs nouvelles stratégies d'affrontement et peuvent avoir besoin de séances de relance si elles éprouvent des difficultés qui enfrennent leur progression.

*Réf; Société Canadienne de psychologie [www.cpa.ca](http://www.cpa.ca)*

*Suite de la page 12, le trouble obsessionnel-compulsif*

suivre un traitement approprié et dispensé par un thérapeute qualifié. Certaines formes de psychothérapie traditionnelle ne parviennent pas à apaiser les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif.

Le traitement du trouble obsessionnel-compulsif conjuguera de préférence psychothérapie (la thérapie cognitivo-comportementale est la plus courante) et pharmacothérapie (habituellement des antidépresseurs ; parfois des anxiolytiques). La thérapie de groupe (à laquelle prennent part des personnes ayant des préoccupations du même type) peut également aider.

**Le rétablissement:** Bien que la thérapie cognitivo-comportementale et les médicaments aident généralement à atténuer les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, le rétablissement est un processus qui se fait graduellement, comme l'apparition de la maladie, et il exige des efforts continus.

Le fait de poursuivre le traitement, même après l'atténuation des symptômes, peut aider à maintenir les résultats obtenus et à prévenir une rechute. Les personnes qui se rétablissent d'un trouble obsessionnel-compulsif peuvent également bénéficier d'une thérapie individuelle, familiale ou de groupe, ou de l'aide d'un groupe de soutien.

Réf: Centre de toxicomanie et de santé mentale