

Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux



Par
Stéphane Guay, Ph. D.

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 en 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 Péliissier, 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 cognitivo-comportementale (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 cognitivo-comportementale (CICC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine¹ suggèrent

TABLEAU 1

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 DEVRAIENT 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.



qu'une intervention psychoéducatrice 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 souhaité 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 contre-productifs ainsi qu'une amélioration des relations conjugales ou familiales.

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.

Référence

1. Je tiens à remercier chaleureusement Gilles Gaudette, Andrée Letarte et Marc-André Richard, psychologues à la CICC, pour leur travail exemplaire dans le cadre de l'étude.

Bibliographie

- Baucum, D. H., Stanton, S., et Epstein, N. B. (2003). « Anxiety disorders ». Dans Snyder, D. K., et Whisman, M. A. *Treating Difficult Couples*. New York, Guilford Press, p. 57-87.
- Campbell, L. A., et Brown, T. A. (2002). « Generalized anxiety disorder ». Dans Antony, M. M., et Barlow, D. H. *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York, Guilford Press, p. 147-177.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., et Verma, S. K. (1993). « The pattern of burden in families of neurotic patients ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, p. 172-177.
- Craske, M. G., et Zoellner, L. A. (1995). « Anxiety disorders : the role of marital therapy ». Dans Jacobson, N. S., et Gurman, A. S. *Clinical Handbook of Couple Therapy*. New York, Guilford Press, p. 394-410.
- Frisch, M. B. (1998). « Quality of life therapy and assessment in health care ». *Clinical Psychology : Science and Practice*, vol. 5, p. 19-40.
- Gladis, M. M. *et al.* (1999). « Quality of life : expanding the scope of clinical significance ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, p. 320-331.
- Guay, S., Billette, V., et Marchand, A. (2002). « Soutien social et trouble de stress post-traumatique : théories, pistes de recherche et recommandations cliniques ». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, n° 3, p. 165-184.
- Guay, S. *et al.* (2004a). « Thérapie de couple et trouble de stress post-traumatique ». *Revue francophone du stress et du trauma*, vol. 4, p. 81-88.
- Guay, S., *et al.* (décembre 2004b). *Thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique : Étude pilote évaluant l'impact de la participation du conjoint*. Symposium présenté au Congrès annuel de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive, Paris, France.
- INSERM (2004). *Psychothérapies : Trois approches évaluées*. Paris, Éditions INSERM.
- Kessler, R. C. *et al.* (1994). « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Survey ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, p. 8-19.
- Ladouceur, R., Marchand, A., et Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Montréal, Gaëtan Morin.
- Marchand, A., et Boivin, I. (1999). « Le trouble panique ». Dans Ladouceur, R., Marchand, A., et Boisvert, J.-M. *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Montréal, Gaëtan Morin, p. 59-94.
- Mendlowicz, M. V., et Stein, M. B. (2000). « Quality of life in individuals with anxiety disorders ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 669-682.
- O'Connor, K., Robillard, S., et Pélissier, M.-C. (1998). *Consignes destinées au proche : étude sur le trouble obsessionnel-compulsif*. Document inédit, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Schneier, F. R. (1997). « Quality of life in anxiety disorders ». Dans Katschnig, H., Freeman, H., et Sartorius, N. *Quality of Life in Mental Disorders*. New York, Wiley, p. 149-164.
- Statistique Canada (2003). « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être ». *Le Quotidien*, 3 septembre.



LE CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK recherche activement un(e) psychologue pour la direction de la protection de la jeunesse à temps complet permanent.

- rédige des rapports ;
- à l'occasion, devra témoigner en cour ;
- voyage dans différents villages.

Exigences

- Détenir un diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie.
- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Posséder une expérience de travail avec une clientèle ayant des problèmes d'abus sexuels, de violence et de suicide, serait un atout.
- Capacité de travailler en équipe.
- Excellente maîtrise de l'anglais et du français (à l'oral et à l'écrit)
- Être disponible à voyager.

Nous vous invitons donc à faire parvenir votre curriculum vitae le plus tôt possible à :

Lise Labrosse,
responsable des ressources humaines
Services Administratifs Régionaux du Nunavik
7750, rue Bombardier, Anjou, Qc H1J 2G3
Télécopieur : (514) 486-5527
Courriel : rh.sarn@ssss.gouv.qc.ca

La rémunération est établie conformément à l'entente entre le M.S.S.S. et l'A.P.E.S.
Des avantages nordiques sont ajoutés au salaire, le logement est fourni et 3 à 4 sorties sont octroyées annuellement.

