

MAMMOUTH MAGAZINE

LE MAGAZINE
OFFICIEL
DU CENTRE
D'ÉTUDES SUR
LE STRESS
HUMAIN

MammothMagazine · n° 18 · Automne 2018

Le Centre d'études sur le stress humain a pour mission d'améliorer la santé physique et mentale des individus en leur fournissant une information scientifique de pointe sur les effets du stress sur le cerveau et le corps.



L'anxiété : banale ou anormale ?

Éditorial

Marie-France Marin, Ph. D.,

Sonia Lupien, Ph. D., directrice du Centre d'études sur le stress humain

Au Centre d'études sur le stress humain, nous travaillons à mieux comprendre les impacts du stress sur le corps et le cerveau. Au-delà de nos travaux scientifiques, nous avons comme mission de rendre ce contenu accessible pour le grand public dans le but de mieux outiller la population sur le stress... après tout, c'est un sujet qui nous touche tous ! Étant une vitrine pour le grand public, nous avons la chance de discuter avec plusieurs personnes de divers horizons : parents, professeurs, travailleurs et étudiants universitaires. C'est d'ailleurs suite à nos échanges avec des gens de tous les horizons que nous avons décidé de parler d'anxiété pour ce numéro du Mammoth Magazine. En effet, cette thématique devenait de plus en plus récurrente dans nos conversations avec les acteurs du milieu scolaire, mais également du milieu des affaires. Si les gens en parlent autant et qu'ils ont plusieurs questions, c'est qu'il y a un besoin de mieux comprendre.

Le choix était donc évident : notre numéro du Mammoth Magazine porterait sur l'anxiété !

Bien sûr, le stress et l'anxiété sont deux concepts qui sont souvent utilisés de façon interchangeable dans notre discours de la vie quotidienne. Par contre, comme vous le verrez dans cette édition du Mammoth Magazine, il s'agit de deux concepts distincts, mais qui s'influencent et se nourrissent mutuellement. De plus, il est important de mentionner qu'anxiété ne veut pas nécessairement dire 'troubles anxieux' ou 'psychopathologies'. L'anxiété est une émotion normale, dont il ne faut pas avoir peur. Il est normal d'être anxieux à certains moments. Lorsque cette anxiété devient trop prenante, elle affecte notre fonctionnement dans plusieurs sphères de notre vie. C'est alors que nous ressentons de la détresse donc il faut penser à aller chercher de l'aide.

Nous sommes heureux de vous présenter ce ►



numéro sur l'anxiété. Il contient des textes d'une grande variété qui sauront sans aucun doute vous éclairer sur la thématique et vous aider. Le premier article de ce numéro dresse le portrait du Dr Kieron O'Connor; un leader dans le domaine des troubles obsessionnels compulsifs, des tics et des troubles d'accumulation compulsive. Enzo Cipriani qui est assistant de recherche au Centre d'études sur le stress humain s'est entretenu avec Dr O'Connor. Vous pourrez donc en apprendre davantage sur le quotidien et la mission de ce chercheur de grande renommée. Par la suite, Clémence Peyrot, étudiante au doctorat en sciences biomédicales à l'Université de Montréal, et Alexe Bilodeau-Houle, étudiante à la maîtrise en psychologie, nous aident à démêler les notions de stress, de peur et d'anxiété. Elles nous expliquent également les régions du cerveau qui sont à l'œuvre lorsque nous sommes

anxieux. Puis, Dre Sonia Lupien, directrice du Centre d'études sur le stress humain, signe le troisième article de ce numéro. Un article complet qui porte sur l'anxiété de performance, un phénomène dont on entend de plus en plus parler chez les jeunes. Pour le quatrième article, nous avons eu la chance d'obtenir le témoignage d'une maman dont la jeune fille souffre d'un trouble anxieux. Ce récit vous en apprendra beaucoup sur la réalité des troubles anxieux et sur la façon dont certains comportements que nous croyons aidants viennent plutôt nourrir l'anxiété de nos enfants. Philippe Beauchamp-Kerr, étudiant à la maîtrise en sciences biomédicales à l'Université de Montréal et membre du Centre d'études sur le stress humain, nous parle des manifestations de l'anxiété. Que ce soit sur le plan comportemental, affectif, physiologique ou cognitif, vous serez en mesure de reconnaître votre anxiété

et cela vous aidera à mieux cibler vos besoins pour aller chercher de l'aide. Finalement, Catherine Raymond, candidate au doctorat en neurosciences à l'Université de Montréal et membre du Centre d'études sur le stress humain, signe le dernier article de ce numéro sur l'anxiété. Elle s'est entretenue avec Dr Stéphane Guay, psychologue-chercheur, qui répond à toutes nos questions sur les traitements, tant pharmacologiques que psychologiques.

Nous espérons que cette lecture sera éclairante et qu'elle vous permettra de mieux différencier le stress et l'anxiété. De plus, nous souhaitons que cette lecture vous soit utile pour mieux cibler votre anxiété ou celle de vos proches et ainsi, reconnaître les signes qui indiquent que de l'aide professionnelle est requise. Nous vous souhaitons une agréable lecture !



Évolution et nouvelles approches du trouble obsessionnel compulsif

Profil d'un chercheur : Dr Kieron O'Connor

Enzo Cipriani

Assistant de recherche, Centre d'études sur le stress humain

Pour le mammoth de cette saison, nous avons rencontré le chercheur Kieron O'Connor, titulaire d'un Ph.D. en psychologie, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et directeur du Centre d'études sur les troubles obsessionnels compulsifs et les tics. Dr O'Connor est spécialisé dans les troubles du spectre obsessionnel compulsif (TOC), les tics, le syndrome de Gilles de la Tourette, les

troubles d'accumulation compulsive (TAC), les comportements répétitifs centrés sur le corps (ex. : la trichotillomanie; soit le fait de s'arracher les cheveux compulsivement) et d'autres troubles des habitudes et des impulsions.

Quelques définitions :

Avant de continuer notre entrevue avec Dr O'Connor, définissons davantage quelques termes clés : Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est défini

comme une maladie psychologique qui se manifeste par des obsessions et des compulsions (comportements/rituels). Les obsessions sont des pensées ou des images mentales qui surgissent à répétition et qui sont difficiles à chasser de l'esprit. Les obsessions peuvent générer beaucoup de détresse, de peur, de malaises et/ou de dégoût. Les compulsions sont des comportements ou des actes mentaux répétitifs qui visent à prévenir une situation redoutée ou encore à diminuer la ►

souffrance qui est créée par l'obsession. Le tic est un mouvement ou une vocalisation involontaire qui se produit généralement de manière soudaine, rapide, récurrente et stéréotypée.

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) quant à lui est un trouble caractérisé par le fait d'amasser et d'entreposer une grande quantité d'objets.



Les travaux du Dr O'Connor

En demandant au Dr O'Connor de quelle étude dans son parcours il était le plus fier, la réponse était difficile à trouver. En effet, après plus de 20 ans de carrière, il est plutôt ardu d'avoir une opinion exacte sur tout ce travail. Néanmoins, Dr O'Connor est fier du fait que ses travaux soient diversifiés et qu'ils aient un impact tangible. En plus de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine, Dr O'Connor et son équipe cherchent à développer des méthodes de prévention et de promotion de la santé et améliorer les méthodes de traitement de ces troubles. Ils ont d'ailleurs développé une nouvelle approche visant à bonifier la thérapie cognitive-comportementale (TCC), qui se nomme l'approche basée sur les inférences.

Ayant identifié que la TCC ne bénéficiait pas également à tous les patients (notamment ceux ayant un haut degré de conviction envers leur obsession), Dr O'Connor et son équipe ont dével-

oppé cette nouvelle approche basée sur le raisonnement à l'origine des pensées obsessionnelles. Le raisonnement appliqué fait référence au fait que les idées obsessionnelles ne tombent pas du ciel, mais viennent d'un raisonnement inférentiel; c'est-à-dire, qu'elles sont basées sur plusieurs idées qui, lorsque liées entre elles, mènent à une conclusion. Par exemple, il y a un cendrier dans la pièce et une

odeur de tabac ; nous pourrions conclure qu'une personne a fumé dans la pièce et cette conclusion serait fondée.

Dans le cas du trouble obsessionnel compulsif, les inférences à l'origine des obsessions proviendraient de bases non fondées ou encore exagérées. L'exemple

donné par Dr O'Connor est le suivant : « Une personne entre dans un bureau et pourrait penser que, même si la salle est propre au premier coup d'œil, quelqu'un de malade aurait pu passer dans le bureau et le contaminer. Il y a donc un risque de contamination pour la personne. »

Bien souvent, les pensées qui deviennent obsessionnelles sont liées à une fragilité individuelle. Des événements, qui peuvent

être anodins pour la majorité des gens, seront interprétés par la personne comme un problème et renforceront donc cette fragilité. Ce renforcement peut donc devenir un cercle vicieux qui nourrit les obsessions qui contribuent à perpétuer le cycle. La nouvelle approche développée par Dr O'Connor et ses collègues vise donc à ce que le client se demande si les arguments qui contribuent aux obsessions sont justifiés ou s'ils émanent plutôt de l'imaginaire ou d'erreurs de raisonnement. À première vue, ça peut sembler tout simple, mais c'est un cheminement qui ne l'est pas !

Et le lien avec l'anxiété dans tout cela ?

Jusqu'à tout récemment, le TOC était catégorisé comme trouble anxieux. En effet, lorsque les patients venaient consulter le psychologue, le trouble était déjà avancé et l'anxiété avait pris une place très importante; ce qui rendait difficile l'identification de l'origine du trouble. Dans un trouble comme le TOC, des pensées obsessionnelles sont sources de détresse et d'anxiété. Par contre, pourrait-on prendre le problème dans l'autre sens ? Est-ce que l'anxiété pourrait contribuer au développement des pensées obsessionnelles ? C'est en fait la fameuse question de l'œuf ou de la poule. Qu'est-ce qui vient en premier, l'anxiété ou la pensée obsessionnelle ? Selon Dr O'Connor, la pensée obsessionnelle vient avant l'anxiété. C'est donc dire que l'anxiété découlera des pensées obsessionnelles. Comme mentionné précédemment,

Bien souvent, les pensées qui deviennent obsessionnelles sont liées à une fragilité individuelle.

l'obsession s'alimente d'une fragilité personnelle, ce qui fait qu'elle prendra de plus en plus de place jusqu'à devenir pesante et indissociable du fonctionnement de la personne. Imaginez un individu qui pense toutes les 5 minutes qu'il a oublié d'éteindre le gaz de la cuisinière. C'est évidemment extrêmement anxiogène puisqu'il est difficile, voire impossible, de vivre paisiblement avec la peur d'une explosion toutes les 5 minutes.

Nouvelles avenues de traitement

Existe-t-il d'autres avenues thérapeutiques ? Dr O'Connor et son équipe testent actuellement l'efficacité de la méditation pleine conscience, dont on entend bien souvent parler. Les résultats préliminaires suggèrent que les patients qui souffrent d'un TOC bénéficieraient de cette approche. Après tout, cette forme

de méditation découle de la philosophie bouddhiste prônant l'acceptation de l'instant, le lâcher-prise... Mais ce ne sont que des résultats préliminaires, alors il faudra attendre encore un peu pour pouvoir tirer des conclusions ! Bref de belles découvertes à venir ! Pour en apprendre davantage sur les travaux de Dr O'Connor et ses collègues, n'hésitez pas à con-

sulter le site web du Centre d'études sur les troubles obsessionnels compulsifs et les Tics : www.iusmm.ca/cetoc.html ou www.tictactoc.org.



La peur, l'anxiété et le stress... comment pouvons-nous les distinguer ?

Clémence Peyrot, étudiante au doctorat en sciences biomédicales, Université de Montréal
Alexe Bilodeau-Houle, étudiante à la maîtrise en psychologie, Université de Montréal

La peur, l'anxiété et le stress sont des termes souvent confondus. Dans cet article, nous expliquerons chacun de ces concepts et vous pourrez, à l'issue de cette lecture, comprendre les principales différences et similitudes. Nous présenterons également les principales régions du cerveau qui sont impliquées dans ces différents processus.

La peur et le stress

La peur est une émotion qui se produit rapidement lors de l'exposition à un danger ou à une menace réelle et immédiate. Elle est essentielle pour augmenter nos chances de survie. En effet, lorsque vous

percevez un danger, divers mécanismes s'enclenchent dans votre cerveau et votre corps pour vous permettre de fuir ou de combattre. Prenons un exemple : vous êtes assis tranquillement à votre table de cuisine en train de manger avec une amie. Soudainement, vous entendez un bruit intense provenant de votre porte d'entrée. Il semble que quelqu'un tente d'entrer par effraction ! Immédiatement, votre amygdale, une région du cerveau (et non l'amygdale localisée dans notre gorge qu'on peut se faire enlever) impliquée dans le traitement des émotions, s'active. Elle sonne l'alarme et permet d'identifier la présence d'un danger. Rapidement, votre cerveau déclenche

une réponse de stress. Pour cela, votre système nerveux sympathique, qui gère plusieurs activités automatiques de l'organisme (comme le rythme cardiaque), produit de l'adrénaline et de la noradrénaline. Ces hormones permettent, entre autres, d'augmenter votre rythme cardiaque et de dilater vos pupilles. Également, votre hypothalamus, une partie du cerveau qui s'occupe des fonctions fondamentales de l'organisme (telles que la régulation de l'appétit et de la température corporelle), enclenche la libération d'autres hormones qui activent les glandes surrénales, qui sont situées juste au-dessus des reins. Les glandes surrénales libèrent alors du cortisol, une im- ▶

portante hormone de stress. Le cortisol contribue à mobiliser de l'énergie afin de vous permettre de fournir un effort soutenu. La réponse de stress induite par la sécrétion d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol vous permet ainsi de fuir ou de combattre face à la menace.

Supposons que le bruit provenant de la porte d'entrée n'est en réalité que le facteur qui dépose du courrier dans votre boîte postale. Il vous faut donc être capable de diminuer, et même d'arrêter, votre sentiment de peur et votre réponse de stress. Dans ce cas, deux structures cérébrales vous aideront. La première, l'hippocampe, une région du cerveau impliquée dans la mémoire et la contextualisation. Cette région vous signale qu'entendre le facteur déposer des lettres dans le contexte où vous êtes (dans votre maison à l'heure habituelle où le facteur passe) est tout à fait normal et diminue ainsi l'activation de l'amygdale. De plus, le cortex préfrontal, une autre région du cerveau importante dans le contrôle des émotions, contribue à diminuer l'activation de l'amygdale. L'émotion de peur est donc diminuée, mais il est également essentiel de réduire la production de vos hormones de stress. L'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale sont tous trois impliqués dans la régulation de la réponse de stress. Ce faisant, l'hippocampe et le cortex préfrontal envoient un signal de frein vers l'hypothalamus. De plus, étant donné que l'amygdale est moins active (puisque la peur a diminué), elle envoie moins de signaux d'excitation vers l'hypothalamus. Ultiment, ces signaux convergent et indiquent à l'hypothalamus l'absence de danger et ainsi, diminuent la production d'hormones de stress.

Qu'en est-il de l'anxiété ?

Alors que la peur est évoquée par une menace réelle et immédiate, l'anxiété se manifeste plutôt en prévision d'une menace potentielle. Reprenons l'exemple ci-haut : lorsque vous retrouvez votre calme, vous remarquez que votre amie n'a pas du tout eu peur. Vous vous demandez alors pourquoi votre amie n'a

pas réagi. Il se peut que vous soyez de nature plus anxieuse que cette dernière. En effet, il existe d'importantes différences individuelles selon le degré d'anxiété. Dans la littérature scientifique, on parle de l'anxiété de trait, qui fait référence à un trait de personnalité. Les personnes qui présentent davantage d'anxiété de trait ont tendance à envisager plus souvent les situations comme menaçantes. Dans le contexte de cet exemple, étant donné que vous présentez plus d'anxiété de trait que votre amie, vous avez perçu le bruit provenant de votre porte d'entrée comme une menace potentielle plus facilement que celle-ci. Votre radar de menaces est donc plus sensible, vous détectez plus de menaces, même si elles ne sont pas réelles ou pas encore présentes ! Vous avez alors enclenché une émotion de peur et une réponse de stress plus facilement et rapidement que votre amie. L'anxiété normale peut se manifester par une augmentation de

Que se passe-t-il dans votre cerveau lorsque vous ressentez de l'anxiété ? Les régions cérébrales impliquées dans la manifestation d'anxiété sont moins bien connues que celles de la peur et du stress. Les études qui se sont penchées sur l'anxiété se sont surtout intéressées à l'anxiété pathologique. Tout comme pour la peur, l'amygdale semble jouer un rôle important dans la production de l'anxiété. Il a notamment été montré que les personnes souffrant d'anxiété pathologique présentent une hyperactivité de l'amygdale. L'hyperactivité de l'amygdale serait impliquée dans les symptômes d'hypervigilance souvent retrouvés dans plusieurs troubles anxieux. Par exemple, quand vous êtes à la maison et que vous êtes constamment aux aguets afin de détecter une éventuelle effraction, vous êtes en état d'hypervigilance. D'autres études ont également montré une activation plus faible du cortex préfrontal chez les personnes



la fréquence cardiaque, une respiration difficile, des tensions musculaires, des nausées, de la fatigue, des douleurs abdominales, des maux de tête et des difficultés de concentration sur d'autres tâches (car vous dirigerez votre attention sur la menace à venir). L'anxiété est une émotion adaptative, mais elle peut également devenir pathologique et nuire au fonctionnement. On parle alors de troubles anxieux.

présentant des troubles anxieux. Ce résultat suggère que le cortex préfrontal jouerait également un rôle dans la régulation de l'anxiété. Chez les personnes souffrant de troubles anxieux, le cortex préfrontal ne serait donc pas en mesure de freiner suffisamment l'amygdale. De plus, chez les personnes présentant une anxiété pathologique, l'hippocampe serait moins en mesure de contextualiser la situation menaçante. C'est donc dire

que les gens qui souffrent de troubles anxieux activent davantage les régions du cerveau qui sont importantes pour détecter les menaces et activent moins les régions qui sont essentielles pour freiner la peur et réguler nos émotions. Les quelques études réalisées chez des gens qui ne souffraient pas de troubles anxieux, mais qui avaient des niveaux élevés d'anxiété de trait, suggèrent des résultats similaires. En effet, une étude réalisée chez des personnes en santé (ne vivant pas d'anxiété pathologique) a démontré que les individus avec des

niveaux élevés d'anxiété de trait activent davantage leur amygdale face à certaines situations de peur comparativement aux individus ayant des niveaux plus faibles d'anxiété de trait.

En conclusion, la peur, le stress et l'anxiété ont plusieurs similitudes. Notamment, ces trois processus sont essentiels à la survie et ils sont générés par des structures cérébrales similaires. La peur et l'anxiété sont des émotions alors que le stress est une réponse physiologique de l'organisme. Pour bien pouvoir les

distinguer, il est essentiel de prendre en considération l'origine de la menace. La peur est suscitée face à une menace immédiate dans l'environnement alors que l'anxiété réfère plutôt à une menace potentielle, plus lointaine ou incertaine. Il est important de noter que bien que l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal soient les principales régions qui ont été étudiées, il existe plusieurs autres structures qui forment les circuits neuronaux de la peur, de l'anxiété et du stress. Maintenant, vous avez tous les outils en main pour pouvoir différencier ces trois phénomènes !



L'anxiété de performance chez les jeunes

Sonia Lupien, Ph. D.

Directrice, Centre d'études sur le stress humain

Au cours des trois dernières années, le Centre d'études sur le stress humain a vu une importante augmentation du nombre d'appels provenant de parents et de professionnels de l'éducation qui désirent obtenir de l'information sur l'anxiété de performance. Parents et professeurs nous disent qu'ils vivent une augmentation des cas d'anxiété de performance chez les enfants et les adolescents et ils veulent connaître la place du stress dans le développement et/ou le maintien de l'anxiété de performance chez les jeunes.

Voici donc pour vous un résumé de la littérature scientifique sur le sujet. Toutefois, il est important de noter que l'anxiété de performance n'est pas un diagnostic psychiatrique en soi et que très peu d'études existent à l'heure actuelle sur ce sujet. Mais je vous résume ci-bas ce que les chercheurs scientifiques ont appris depuis les 10 dernières années.

Différence entre stress et anxiété

La plupart des gens connaissent le stress qui peut être généré par l'approche d'un

examen ou d'une compétition, par exemple. Les articles scientifiques utilisent même cela pour étudier le stress 'environnemental'. Les chercheurs vont donc mesurer les hormones de stress chez des jeunes ou de jeunes adultes universitaires qui ont un examen à venir et on démontre généralement que les hormones de stress augmentent de manière significative à l'approche d'un examen ou d'une compétition.

Toutefois, la réussite à un examen ou à une compétition peut être tellement im- ▶

portante pour quelqu'un que cela génère un stress très important. C'est ce qu'on appelle en général 'l'anxiété de performance'.

Comme il a été mentionné dans l'article précédent, le stress et l'anxiété sont deux concepts qui ne réfèrent pas à la même chose. Le stress survient lorsqu'une personne fait face, ici et maintenant, à une menace détectée par le cerveau. Lorsque le cerveau détecte la menace, il produit des hormones de stress qui permettront de combattre ou de fuir la menace. L'anxiété est l'anticipation d'une menace imaginée. Toutefois, le cerveau réagit de la même manière devant une menace réelle ou imaginée par la production d'hormones de stress. Ceci explique que les personnes anxieuses ont tendance à produire beaucoup d'hormones de stress, car elles anticipent constamment des menaces imaginées.

L'anxiété de performance

À ce jour, les recherches scientifiques suggèrent que l'anxiété de performance se développe quand un '**problème d'estimation**' du cerveau survient ; c'est-à-dire que l'enfant a tendance à surestimer les menaces et les risques liés à une situation et à sous-estimer sa capacité de les combattre. Cela donne alors lieu à des idées harcelantes telles que : '**Si j'échoue à ce test, je vais couler mon année, je vais devoir lâcher l'école, je n'irai jamais au CEGEP, je n'aurai pas de travail plus tard, pas de famille...**'. Ouf ! On comprend que de telles menaces imaginées puissent facilement devenir anxiogènes à long terme !

Le problème est que l'importante réponse de stress qui est générée par ces pensées catastrophiques de menaces imaginées... diminue la performance ! Lorsque la performance diminue à cause du stress généré par l'état anxieux, cela 'confirme' les idées catastrophiques du jeune, créant ainsi ce que j'appelle le 'cercle vicieux du stress et de l'anxiété de performance'. Je vous explique ce cercle vicieux en détail ci-bas.

Étape 1 : Une situation nous stresse, notre cerveau détecte une menace.

Comme je l'ai mentionné au début de cet article, la plupart des gens connaissent le stress qui peut être généré par l'approche d'un examen ou d'une compétition. Ici, il est important de distinguer deux formes de stress ; le stress absolu et le stress relatif.

Le stress absolu est une menace réelle pour tous. Si quelqu'un entre en classe et crie 'au feu !', tous les étudiants auront une très forte réponse de stress et sortiront en courant de l'école et c'est parfait ainsi. Toutefois, il n'y a plus beaucoup de stressés absolus de nos jours et nous vivons dans un monde plus sécuritaire que celui dans lequel vivaient nos ancêtres qui chassaient les mammouths !

Aujourd'hui, nous sommes entourés majoritairement de '**stress relatifs**', c'est-à-dire que nous produisons une réponse physique de stress (sécrétion d'hormones de stress) selon que nous interprétons la situation comme comportant une ou plusieurs des 4 caractéristiques du stress que vous connaissez bien :

- **Contrôle faible**
- **Imprévisibilité**
- **Nouveauté**
- **Égo menacé**

Étape 2 : Le stress constant modifie notre façon d'interpréter la menace.

Or, à chaque fois que notre cerveau détecte un stress absolu ou relatif, il va produire des hormones de stress et ces hormones de stress accèdent rapidement au cerveau. Tant et aussi longtemps que le stress est aigu (ici et maintenant), le système fonctionne admirablement bien. Le problème survient lorsque le stress devient chronique. Lorsqu'on produit de façon répétée et chronique ces hormones de stress, celles-ci modifient notre capacité de discriminer entre les informations menaçantes et les informations non menaçantes et à la longue, ce qui peut arriver, c'est que 'tout devient menaçant'... C'est le moment où l'individu commence à imaginer des menaces là où il n'y en a pas !

Cela s'appelle de l'anxiété.

C'est en fait comme si le cerveau s'était mis en mode 'super-détection de menaces' et donc, il y a génération de pensées catastrophiques de menaces face à des situations qui sont plutôt non menaçantes.

Il est important de différencier trois types d'anxiété

- **L'état anxieux** : On peut être dans un 'état anxieux'. Par exemple, il est normal qu'avant un examen important, nous vivions un 'état anxieux'. Cet état est temporaire et disparaît généralement après la cessation de la situation qui nous stressait.

- **Le trait anxieux** : On peut aussi avoir une personnalité de 'type anxieux'. Ceci fait alors 'partie de notre nature'. Nous sommes une personne qui a tendance à s'en faire avec des riens, qui désire avoir un contrôle total sur toutes les sphères de sa vie.

Le trouble anxieux :

L'anxiété, lorsqu'elle est non contrôlée, peut se développer en maladie mentale appelée 'trouble anxieux'. Il y a plusieurs types de 'troubles anxieux', tels que les phobies, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble d'anxiété sociale.

Comme mentionné précédemment, l'anxiété de performance n'est pas un trouble mental en soi, mais elle fait partie de la grande famille des 'troubles anxieux'.

Quand la thérapie devient nécessaire

Peut-on traiter ou contrôler l'anxiété de performance ?

L'enfant qui souffre d'anxiété de performance redoute toutes les formes d'évaluation et les situations dans lesquelles il pourrait échouer, ou se sentir jugé ou critiqué. Or, devant une menace, l'organisme a deux choix, combattre ou fuir. L'enfant qui présente une anxiété de performance choisit systématiquement la fuite, ce qu'on appelle l'évitement. Il va alors demander de ne pas aller à l'école ou encore de ne pas aller à sa pratique de sport.

Or, les recherches sur le trouble anxieux montrent que l'évitement est l'option à NE PAS choisir quand on souffre d'un trouble anxieux. L'enfant doit apprendre à combattre ses mammoths intérieurs pour ne pas que son cerveau se mette à détecter des menaces partout où il n'y en a pas. (Nous vous invitons à lire le texte suivant qui fait référence à ce phénomène d'évitement).

Ci-bas, je vous décris la forme de thérapie psychologique qui a fait ses preuves pour traiter les troubles anxieux ainsi que 5 méthodes décrites dans la littérature scientifique qui ont démontré leur capacité d'aider un jeune à négocier l'anxiété de performance.

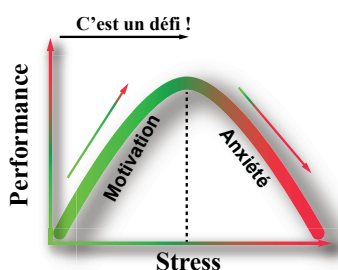
Ici, un psychologue peut être une très bonne approche pour aider le jeune à négocier une anxiété de performance. Toutefois, la littérature scientifique suggère d'opter pour un psychologue qui utilise la 'thérapie cognitive-comportementale' (TCC). La TCC est une forme de thérapie qui apprend au jeune à mieux discriminer les informations réellement menaçantes de celles qui ne le sont pas. Lorsque cette discrimination se fait mieux, l'anxiété est grandement diminuée et peut disparaître. Ainsi, chaque fois qu'une pensée catastrophique arrive au cerveau, on apprend à l'enfant à contrôler cette pensée. La TCC est très

efficace pour traiter les troubles anxieux, mais il y a une condition à la réussite de la thérapie : le patient doit s'investir à 100% dans la thérapie et faire les devoirs exigés par le psychologue. Pas d'assiduité, pas d'efficacité !

Dans le numéro 16 du Mammouth Magazine, nous vous présentons la procédure à suivre pour trouver un bon psychologue utilisant l'approche cognitive-comportementale près de chez-vous. N'hésitez pas à aller lire ce numéro si vous désirez trouver de l'aide psychologique pour votre enfant.

Interpréter le stress comme étant un défi

Le stress est nécessaire à la survie et une bonne petite réponse de stress sert à augmenter la vigilance et donc, l'attention et la mémoire. En effet, on ne le dit pas souvent, mais un peu de stress augmente la mémoire ! Ce n'est qu'un stress aigu très élevé ou un stress chronique qui diminue la mémoire. Ainsi, la courbe qui relie le stress et la performance est une relation en U-inversé (voir schéma ci-bas).



Un peu de stress augmente la performance (côté gauche de la courbe) tandis que trop de stress diminue la performance (côté droit de la courbe). Quand on voit une situation comme étant un gros stress, on peut aisément se retrouver à droite de la courbe et diminuer notre performance. Mais si au lieu de se dire 'ceci est un stress', on se dit, 'ceci est un défi', on modifie notre interprétation de la situation et on peut augmenter notre performance grâce à la faible réponse de stress qui est générée à l'approche de ce défi. Puisqu'on a affaire à des stress relatifs dans la vie de tous les

motivation
catastrophique
menace
stress
performance
thérapie
psychologue
anxiété
combattre

jours, notre interprétation de la situation change tout par rapport aux effets positifs ou négatifs du stress sur notre cerveau.

La motivation qui est générée par l'idée que la situation est un défi (plutôt qu'un stress) doit être intrinsèque et non extrinsèque. La motivation pour faire face au défi doit venir de l'enfant (être intrinsèque) et non pas de ses parents, de ses coachs ou de ses professeurs (extrinsèque). Il a été démontré que lorsque la motivation est extrinsèque (l'enfant veut performer pour faire plaisir à ses parents par exemple), ceci génère un stress trop important qui amène l'enfant sur le côté droit de la courbe stress/performance et donc, sa performance diminue et le conforte dans son idée qu'il n'est pas apte à combattre le stress. Lorsque la motivation est intrinsèque (l'enfant veut performer pour lui), ceci génère un stress moindre qui l'amène sur le côté gauche de la courbe stress/performance et sa performance augmente.

Ne pas croire sa voix intérieure quand elle crie à la menace

La petite voix qu'on entend dans notre tête (notre fameux petit hamster intérieur) a notre propre voix (c'est notre voix qu'on entend) et à cause de cela, on a tendance à croire tout ce que dit cette voix. Mais cette voix n'est que le reflet des milliers de pensées qui traversent notre cerveau à chaque seconde et il faut voir ce constant babillage comme du 'ménage de cerveau'. En effet, vous ne croyez pas tous les rêves que vous faites pendant la nuit et pourtant, vous avez votre propre voix dans vos rêves ! Alors, pourquoi toujours croire tout ce que vous dit votre 'petit hamster intérieur' ? Dans un superbe livre appelé 'Le piège du bonheur', des chercheurs nous proposent de modifier la voix dans notre tête pour diminuer son impact sur notre vie.

Ainsi, à chaque fois que votre voix intérieure vous dit que vous avez peur, car il y a une menace, changez la voix pour celle de Dora l'exploratrice ou Bart Simpson. Vous verrez que l'impact de la petite voix sur vos émotions sera de bien moindre importance ! Et si cela fonctionne pour vous, ça fonctionnera aussi pour votre enfant.

Écouter de la musique

Quand notre voix intérieure nous fatigue trop, on écoute de la musique ! En effet, des recherches scientifiques ont montré que l'écoute de la musique (et si la musique a des paroles, c'est encore mieux) interfère avec la voix intérieure et amoindrit son importance !

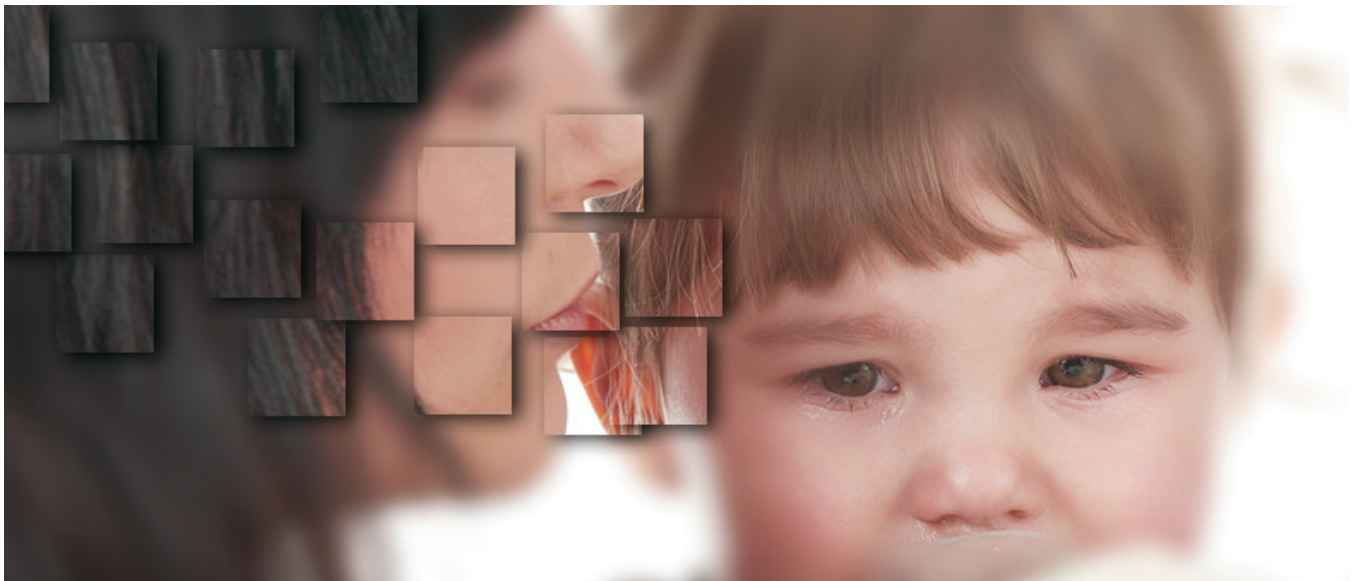
Bouger

Quand on est stressé(e), on mobilise de l'énergie et si on ne perd pas cette énergie, celle-ci affecte notre cerveau et donc, notre performance. C'est lorsqu'on se sent anx-

ieux et que notre petit hamster intérieur se met en branle qu'il faut chausser nos espadrilles et aller jouer dehors !

Il y a 100 000 façons de bouger et faire du sport et une qu'on oublie souvent et qui pourtant est très prisée des jeunes ; c'est la danse ! Que croyiez-vous que faisaient les chasseurs de mammoths dans le temps de la préhistoire autour du feu le soir venu ? Ils dansaient. Et ce faisant, ils perdaient l'énergie mobilisée lors de la chasse aux mammoths !

Alors en guise de conclusion, voici mon message aux jeunes filles et garçons 'super détecteurs de menaces'. Si vous êtes un peu anxieux à l'approche des examens de fin de session ou de fin d'année, ce n'est pas après l'année scolaire qu'il faut se faire une fête et danser... c'est avant !



Quand l'anxiété arrive à la maison Témoignage d'une maman

Geneviève Dion, maman

Devenir mère était ma seule certitude, mon seul désir. Je suis restée 3 jours à l'hôpital et déjà quelque chose clochait. Notre magnifique fille avait tous ses orteils, tous ses doigts et pas de bras dans le front, mais elle était inconsolable. Déjà à son deuxième

jour de vie, les infirmières la surnommaient « Miss Caprice ». Elle refusait d'être ailleurs que sur moi, et ce, jour et nuit. Le boire était un calvaire. Rendues à la maison, le marathon a commencé ; des mois de nuits presque blanches. J'ai dormi sur une chaise

berçante durant des semaines avec ma fille collée sur moi. À 2 ans, elle ne dormait toujours pas la nuit. Elle se levait plusieurs fois et combattait le sommeil d'une façon olympienne. Pour ce qui est des siestes, inutile d'en parler !

Elle a commencé à fréquenter la garderie ►

et dès la première semaine, j'arrivais avec une fillette hystérique qui vomissait son déjeuner dans l'entrée.

Je retournais chez moi pleurer ma culpabilité et repartais la chercher tôt pour éviter trop de stress. J'ai persévéré à l'y emmener, car c'était une question de survie pour moi. Le manque de sommeil était problématique.

Cette même année, elle a été hospitalisée quelques jours pour un virus qui est parti comme il est arrivé. Le retour à la routine a été très difficile. Elle refusait de s'éloigner de la maison. Impossible d'aller marcher, d'aller au parc à pied ou de quitter en voiture. Cela a duré des semaines.

Nous avons fini par reprendre la routine après beaucoup de patience. Peu de temps après, nous avons décidé d'aller consulter, car la vie de famille était nulle, et notre fille semblait réellement en détresse. Autant elle a parlé et marché bien avant la plupart des enfants de son âge, autant elle refusait de se séparer de moi et elle avait des peurs démesurées. Nous avons entrepris de consulter une psychologue référée par notre CLSC. Une gentille dame avec tous les diplômes nécessaires pour exercer son métier, mais qui, rapidement, ne semblait pas comprendre notre réalité. Pour elle, mon conjoint et moi étions la cause des souffrances de notre enfant. Elle nous analysait de long en large et ignorait totalement notre fille. Nous nous sommes remis en question. Nous étions fragiles et désespérés, alors cette expérience a été une raison de plus de moins dormir. Nous avons cessé de consulter après quelques semaines, car aucun changement positif n'en résultait. Nous voulions bien prendre tout le blâme et devenir de meilleurs parents, mais notre fille était toujours aussi en détresse et fragile. Rien de tout ça n'allégeait le quotidien ni ne faisait disparaître l'état permanent de panique de notre enfant.

Les années ont passé, l'école a débuté. Toujours pas de nuits complètes. Les peurs démesurées se sont accumulées. Peur du feu, des ascenseurs, des gens tatoués, des orages et même du renard dans Dora. Cette peur était tellement irrationnelle et disproportionnée que

mon conjoint a inventé un « spray » à renard. Un soir de grande fatigue, il a vidé le Windex dans le lavabo, modifié l'étiquette et rempli le récipient d'eau. Voilà, il venait d'inventer un produit chasse-renards. La seule façon de la faire aller au lit, pour quelques heures, était de répandre le produit dans la maison.

Toutes ces années, nous les avons passées en contournant les obstacles qui perturbaient notre fille. Nous avons évité des dizaines de situations et d'endroits pour nous faciliter la vie. C'était une question de survie. Chaque jour sans élément déclencheur nous garantissait une meilleure nuit et une enfant moins perturbée. Graduellement, elle a développé des comportements inquiétants et non fondés. Toux incessante en absence de virus, lenteur extrême à manger, difficulté à avaler un liquide et certains aliments sont devenus impossibles à avaler pour elle. Elle a développé une peur extrême d'être malade ou de mourir. Sa plus grande obsession était qu'elle craignait de mourir étouffée. Elle avait également peur d'être enceinte, alors qu'elle savait comment les bébés étaient conçus. Elle a presque cessé de manger. Elle s'apprêtait à terminer sa 4e année du primaire.

Nous avons demandé l'aide de la psychologue de l'école qui l'a évalué et le verdict est tombé : notre fille était anxieuse. Il fallait trouver un professionnel qualifié. Nous nous sommes tournés vers une clinique spécialisée dans l'anxiété. À la première

Nous avons demandé l'aide de la psychologue de l'école qui l'a évalué et le verdict est tombé : notre fille était anxieuse.

consultation, la psychologue a expliqué que la thérapie qu'elle voulait entreprendre avec notre fille durerait 12 semaines et que c'était extrêmement efficace. Elle nous offrait d'entreprendre une thérapie cognitive-comportementale. J'étais très sceptique, je dois l'avouer. La thérapie cognitive-comportementale a pour but de faire légèrement monter l'anxiété pour que la personne anxieuse se rende

compte que finalement rien de tragique n'arrive. Que la panique éprouvée face à une situation redescende et que plus on fait face à ses peurs, moins l'anxiété monte. L'anxiété l'empêchait d'être autonome, car la peur de la mort, de la maladie, des étrangers et de tant d'autres choses prenait toute la place dans sa tête. Cette prise de conscience se fait par des exercices concrets à effectuer quotidiennement durant les 12 semaines que dure la thérapie. Des exercices ciblant les plus grandes angoisses.

Nous avons appris que notre fille est née anxieuse et que tout ce que nous avions fait jusqu'à ce jour était incorrect. Avec un enfant non anxieux, ça aurait été parfait. Nous avons fait de l'évitement, croyant l'aider alors qu'au contraire ça avait empiré son état. La psychologue nous a donc outillés pour apprendre à vivre avec cette bête sournoise qui trafique le cerveau des gens qui en sont atteints. Le cerveau des anxieux est constamment en alerte, toujours en panique. Tout est une menace et plus rien n'est rationnel. Mais elle a surtout outillé notre enfant en lui apprenant à affronter ses angoisses en les affrontant à répétition jusqu'à ce que l'anxiété devienne tolérable et parfois même ne se manifeste plus. Un vrai miracle!. On ne guérit pas de l'anxiété. On s'outille pour la contrer, l'empêcher de gâcher notre vie et on apprend à la déjouer.

Nous avons compris pourquoi notre bébé pleurait autant, pourquoi tout était si difficile. Tout est devenu plus clair.

Tout s'expliquait. L'anxiété avait mené sa vie jusqu'à ce jour et la nôtre par le fait même. Le bilan était donc que nous avions bien agi à 2-3 reprises en 10 ans, comme en continuant la garderie malgré les vomissements quotidiens. Tout le reste était à repenser ! OUF ! Chaque fois qu'on avait évité un endroit ou une situation, nous avions donné vie, sans le savoir, à ses peurs et à ses angoisses. Ch-

aque fois que j'ai vérifié ses oreilles pour l'assurer qu'il n'y avait rien à l'intérieur, que j'ai épluché les pommes pour qu'elle en mange... tout ça lui envoyait le message que ses peurs étaient fondées.

Nous sommes convaincus que la thérapie cognitive-comportementale a été le plus beau cadeau que nous pouvions lui offrir. Elle est maintenant outillée et détecte elle-même les éléments

déclencheurs. Elle est capable d'en rire, d'avoir une vie normale et de vivre ses passions. Notre bébé anxieux est devenu une jeune adulte fonctionnelle, articulée, sociable, bien dans sa peau et épanouie.



Anxiété : comment la reconnaître et savoir quand agir ?

*Philippe Kerr, B.Sc., étudiant à la maîtrise en sciences biomédicales,
Université de Montréal, Centre d'études sur le stress humain*

Des statistiques récentes suggèrent que 16% des gens souffrent de troubles anxieux, ce qui fait que cette psychopathologie est une des plus fréquentes dans la population. Il n'est donc pas étonnant qu'on en entende parler de plus en plus dans les médias !

Comme mentionné précédemment, l'anxiété n'est pas nécessairement notre ennemie, elle peut aussi nous servir d'alliée ! Par exemple, en dose appropriée, l'anxiété peut nous motiver à nous préparer à un événement futur en nous incitant à anticiper des difficultés, et à planifier pour y faire face. Elle peut

aussi pousser quelqu'un à se dépasser dans son travail, dans une compétition ou dans ses études et peut même faciliter la concentration. Cela dit, bien que l'anxiété soit une émotion normale à ressentir dans certaines situations, elle peut parfois se présenter de manière néfaste et peut alors même devenir pathologique. L'anxiété est considérée comme néfaste lorsqu'au lieu de servir de force mobilisatrice pour l'individu, elle est plutôt paralysante, nuisible à la concentration et qu'elle porte l'individu à éviter la situation plutôt qu'à y faire face. Lorsque l'anxiété devient trop intense, qu'elle est chronique,

qu'elle entraîne de la détresse psychologique ainsi que de la souffrance chez la personne, on dit que l'anxiété est pathologique et on parle davantage de troubles anxieux. Il devient alors important de songer à chercher de l'aide, notamment auprès d'un psychologue.

D'ores et déjà, la science est claire sur un point : l'anxiété est un phénomène très complexe qui peut s'observer sous plusieurs facettes. Cela dit, elle peut s'observer sous quatre angles : les réponses physiologiques, le comportement, la cognition (les pensées) et l'affectivité (les émotions). ▶

Au point de vue **physiologique**, les manifestations de l'anxiété les plus notables sont l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la respiration, une sensation de serrement dans la poitrine, les mains moites, la transpiration, une sensation de boule dans la gorge et des difficultés de sommeil.

Au point de vue **comportemental**, l'anxiété s'observe souvent sous forme d'agitation ou de diminution des gestes, d'hésitations verbales ou de débit accéléré, par des mouvements stéréotypés (nous connaissons tous une personne qui devient percussionniste de table lorsqu'elle ressent de l'anxiété) et finalement par l'évitement de situation pouvant causer de l'anxiété. Par contre, on sait bien que lorsque l'on fait face à une situation anxiogène, mieux vaut passer à l'action que de fuir ! Au point de vue **cognitif**, c'est par rapport à la perception que l'individu a de la situation que l'on peut observer l'anxiété. Rappelons-nous que la fonction primaire de l'anxiété est d'aider l'individu à identifier les menaces potentielles. Or, si un individu perçoit des menaces alors qu'elles sont inexistantes ou irrationnelles, certains problèmes peuvent survenir.

Au point de vue **affectif**, l'anxiété est typiquement associée à la nervosité, à l'inquiétude, à l'irritabilité et la colère.

Chacune des caractéristiques de l'anxiété pathologique mentionnées ci-haut est suffisante individuellement pour indiquer un besoin de consultation d'un professionnel de la santé. À ce titre, c'est avec l'aide d'un psychologue qu'une évaluation complète de l'anxiété peut être menée afin de poser (ou non) un diagnostic de troubles anxieux.

Les principaux troubles anxieux

L'anxiété pathologique est une caractéristique commune de plusieurs troubles de santé mentale répertoriés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), qui représente le standard utilisé par les cliniciens pour le diagnostic et la classification des troubles mentaux en Amérique du Nord. Toutefois, les troubles anxieux les plus fréquents et connus sont les phobies spécifiques, le trouble de panique, le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée. La phobie est une peur démesurée et irrationnelle d'un objet ou d'une situation précise. Un exemple de phobie spécifique serait l'arachnophobie (la peur des araignées). L'objet de la phobie peut également être moins spécifique, par exemple dans le cas de l'agoraphobie, où le patient a peur des foules et des lieux publics. Le trouble de panique, lui, est caractérisé par une survenue d'attaques de panique (souvent appelées crises d'angoisse ou d'anxiété) de manière imprévue. À cet effet, l'attaque de panique est un moment délimité pendant lequel l'anxiété devient très intense, lors d'un moment imprévu et qui tend à se résorber en une dizaine de minutes. Les troubles anxieux peuvent être de nature sociale (trouble d'anxiété sociale) donc provoqués par l'exposition à des situations où la personne se sent observée. Finalement, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est caractérisé par des inquiétudes persistantes et excessives causant une détresse émotionnelle significative. Notez que les troubles obsessionnels compulsifs dont on fait référence dans l'article précédent

ainsi que le trouble de stress post-traumatique (pour plus d'informations, voir numéro 12 du Mammouth Magazine) ne font plus partie de la grande catégorie des troubles anxieux depuis la parution du DSM-5. Par contre, comme vous avez pu le constater dans l'article précédent, certaines manifestations des troubles obsessionnels-compulsifs (et du trouble de stress post-traumatique) comportent des éléments d'anxiété.

Il est important de rappeler que le DSM-5 (qui est en quelque sorte la bible des psychiatres) contient plusieurs symptômes auxquels il est facile de s'identifier. Par contre, seul un psychologue ou un médecin psychiatre est en mesure d'interpréter les critères diagnostiques de cet ouvrage. Il faut donc éviter de s'auto-diagnostiquer et plutôt aller chercher de l'aide lorsque le besoin se fait sentir.

Stigmatisation et santé mentale

Pour conclure, même s'il y a un effort soutenu de sensibilisation aux enjeux de la santé mentale dans notre société, il existe encore aujourd'hui une grande stigmatisation de la santé mentale. Ceci a des implications importantes chez les individus présentant des troubles de santé mentale qui auront souvent tendance à s'isoler par peur du jugement et de l'incompréhension de leurs pairs. Les troubles anxieux ne font pas exception à cette règle. L'anxiété pathologique n'est pas à prendre à la légère, car elle peut être extrêmement handicapante et souffrante pour un individu. Il ne faut donc pas hésiter à aller chercher de l'aide lorsque cette anxiété devient trop prenante et nuit à notre fonctionnement.



Comment combattre l'anxiété ?

Entrevue avec un chercheur-clinicien expert en la matière

Catherine Raymond, candidate au doctorat en neurosciences, Université de Montréal, Centre d'études sur le stress humain

Il arrive à tous de passer à travers des périodes difficiles et où le sentiment d'anxiété prend le dessus sur le désir de se « rationaliser ». Pour certains, ces périodes sont transitoires et ne nécessitent pas d'intervention de la part d'un professionnel de la santé. Pour d'autres, l'anxiété interfère tellement avec les activités de la vie quotidienne que la nécessité de prendre des mesures se manifeste. Depuis plus de 60 ans, la psychothérapie fait ses preuves dans le traitement de l'anxiété. Dans le cadre de cette édition du Mammouth Magazine, nous avons interviewé Dr Stéphane Guay, directeur du Centre d'études sur le trauma et directeur scientifique du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, afin d'en connaître davantage quant aux traitements de l'anxiété. Les intérêts de recherche de Dr Guay portent principalement sur la validation de l'efficacité de différents types de traitements psychologiques du trouble de stress post-traumatique. Dans cet article, vous trouverez les précieuses réponses aux questions que nous avons pour Dr Guay quant au traitement de l'anxiété !

Par où doit-on commencer si nous voulons diminuer notre anxiété ?

« La première chose à faire lorsque l'on ressent de l'anxiété est de se demander si cette anxiété est situationnelle, c'est-à-dire si elle est transitoire. Avant d'entreprendre un processus médical ou thérapeutique, il importe de se questionner sur cet aspect, puisqu'il est normal de se sentir anxieux à certains moments, sans que cela nécessite d'aller consulter. Si on reconnaît qu'il y a des similarités dans les situations où nous ressentons de l'anxiété, il nous sera alors possible

de préciser un plan d'action ainsi que le traitement requis. Si nécessaire, la prochaine étape serait d'aller consulter un médecin ou un psychologue. »

Parlant de psychothérapie, quelles sont les approches thérapeutiques préconisées dans le traitement de l'anxiété ?

« Depuis le début des années 1980, l'approche la plus utilisée dans le traitement de l'anxiété est l'approche cognitive-comportementale. Cette approche vise à modifier le mode de pensée ou les schémas qui génèrent de l'anxiété et de l'évitement, qui vient à son tour maintenir le trouble. Cette thérapie est d'ailleurs celle qui a le plus fait ses preuves dans le domaine scientifique et pour laquelle nous avons le plus de données probantes. Cela dit, il existe plusieurs nouvelles approches (que l'on appelle les approches de troisième vague) qui commencent à démontrer leur efficacité au niveau du traitement de l'anxiété. Parmi celles-ci, on retrouve par exemple la thérapie d'acceptation et d'engagement. Alors que la thérapie cognitive-comportementale tente d'enseigner à mieux contrôler ses pensées et ses comportements, la thérapie d'acceptation et d'engagement favorise la contemplation de ses pensées sans les juger, tout particulièrement les pensées indésirables. Il existe d'ailleurs de plus en plus de preuves scientifiques quant aux bien-fondés de cette thérapie. Dans la même vague, il existe aussi aujourd'hui la thérapie pleine conscience (approche qui consiste à porter son attention au moment présent, à nos sensations physiques, à nos pensées et à nos



Dr Stéphane Guay,

émotions, et ce, sans poser d'étiquette). Finalement, une approche prometteuse est aussi l'approche psychodynamique brève (qui est une forme de thérapie au sein de laquelle le clinicien tente de démêler les conflits inconscients de son patient). En effet, comme la plupart des phobies trouvent leur racine durant l'enfance, certaines études ont cherché à savoir si cette approche s'avérait prometteuse et ont trouvé des résultats plutôt concluants. Cela dit, l'effet de cette approche n'est pas aussi prometteur que la thérapie cognitive-comportementale. »

Devrait-on combiner la psychothérapie à de la médication si nous souffrons d'anxiété ?

« Dépendamment de la fréquence et de la sévérité de l'anxiété, les médecins peuvent prescrire de la médication afin de traiter la problématique de base et donc permettre au patient de bien débiter la thérapie. Il s'agit bien souvent de médicaments anxiolytiques. Cela dit, les études tendent à démontrer que la psychothérapie procure des effets supérieurs et plus durables à la médication. L'effet le plus puissant est celui de la combinaison d'une psychothérapie à la médication. Par contre, des contraintes monétaires ou géographiques limitent parfois l'accessibilité à un psychologue. Dans ces conditions, il peut être bénéfique de se tourner vers la

médication. Il faut cependant garder en tête que le taux de rechute est supérieur suite à l'arrêt de la médication comparativement à l'arrêt de la psychothérapie. De plus, les anxiolytiques peuvent procurer un effet de dépendance important. Il est donc important de considérer ces facteurs lorsque nous décidons de nous tourner vers la médication. »

Si je suis « anti-médicament » et que mon médecin me prescrit une molécule visant à réduire l'anxiété... qu'est-ce que je fais ? « Il s'agit d'une décision qui prend souvent du temps à s'actualiser. Déjà qu'on attend souvent longtemps avant de décider d'aller consulter ! Il faut garder en tête qu'il y a de plus en plus de traitements non pharmacologiques vers lesquels on peut se tourner avant de décider de prendre de la médication visant à réduire l'anxiété. De relaxation à autogestion, en passant par une panoplie d'applications disponibles via les nouvelles technologies. Nous avons beaucoup plus d'options qu'auparavant ! »

Y a-t-il un dernier mot que vous aimeriez dire à nos lecteurs ?

« Lorsque modérée, il ne faut pas s'en faire avec l'anxiété ! Nous en vivons tous à différents degrés. Ce n'est pas parce que nous passons à travers d'une période anxiogène que nous sommes anormaux, au contraire... L'important c'est de repérer les patrons, les similarités entre ces périodes, et de ne pas avoir peur d'aller chercher de l'aide si nous en sentons le besoin ! »

La boîte à outils

Si vous souffrez d'anxiété et que vous cherchez des ressources à ce sujet, Dr Guay vous suggère de consulter la page web de l'organisme Revivre :

www.revivre.org

Si vous cherchez un psychologue, nous vous suggérons de consulter le **Mammoth Magazine numéro 16**, qui contient un dossier complet sur la procédure à suivre pour vous trouver le psychologue qu'il vous faut via le site web de l'Ordre des Psychologues du Québec. Si vous désirez consulter un livre

vulgarisant ce qu'est l'anxiété, nous vous suggérons de lire « **La peur d'avoir peur** » de **Dr André Marchand**.

Si vous désirez avoir plus d'information sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, nous vous suggérons de lire « **Le piège du bonheur** » de **Russ Harris**.

Prochain numéro du MAMMOUTH MAGAZINE

Notre prochain numéro du portera sur les liens entre stress et sommeil. Est-ce que le manque de sommeil nous rend plus vulnérables au stress ou est-ce que le stress nuit à notre sommeil ? Ce prochain numéro examinera également de plus près l'influence de différents facteurs environnementaux sur notre sommeil, notamment le décalage horaire, la luminosité, l'horaire de travail. Bref, un numéro qui sera fort intéressant et qui risque de nous garder bien éveillés.

C'est un rendez-vous à l'hiver 2019 !

MAMMOUTH MAGAZINE

Éditrices en chef

Sonia Lupien, Ph.D.
Marie-France Marin, Ph.D.

Équipe de rédaction :

Philippe Kerr, B.Sc.
Alexe Bilodeau-Houle, B.Sc.
Enzo Cipriani, B.Sc.
Geneviève Dion, maman
Sonia Lupien, Ph.D.
Marie-France Marin, Ph.D.
Clémence Peyrot, M.Sc.
Catherine Raymond, B.Sc.

Traduction :

Philippe Kerr, B.Sc.
Danie Majeur, B.Sc.

Révision linguistique :

Nathalie Wan, M.A.
(version anglaise)

Design graphique:

Marc Auger

