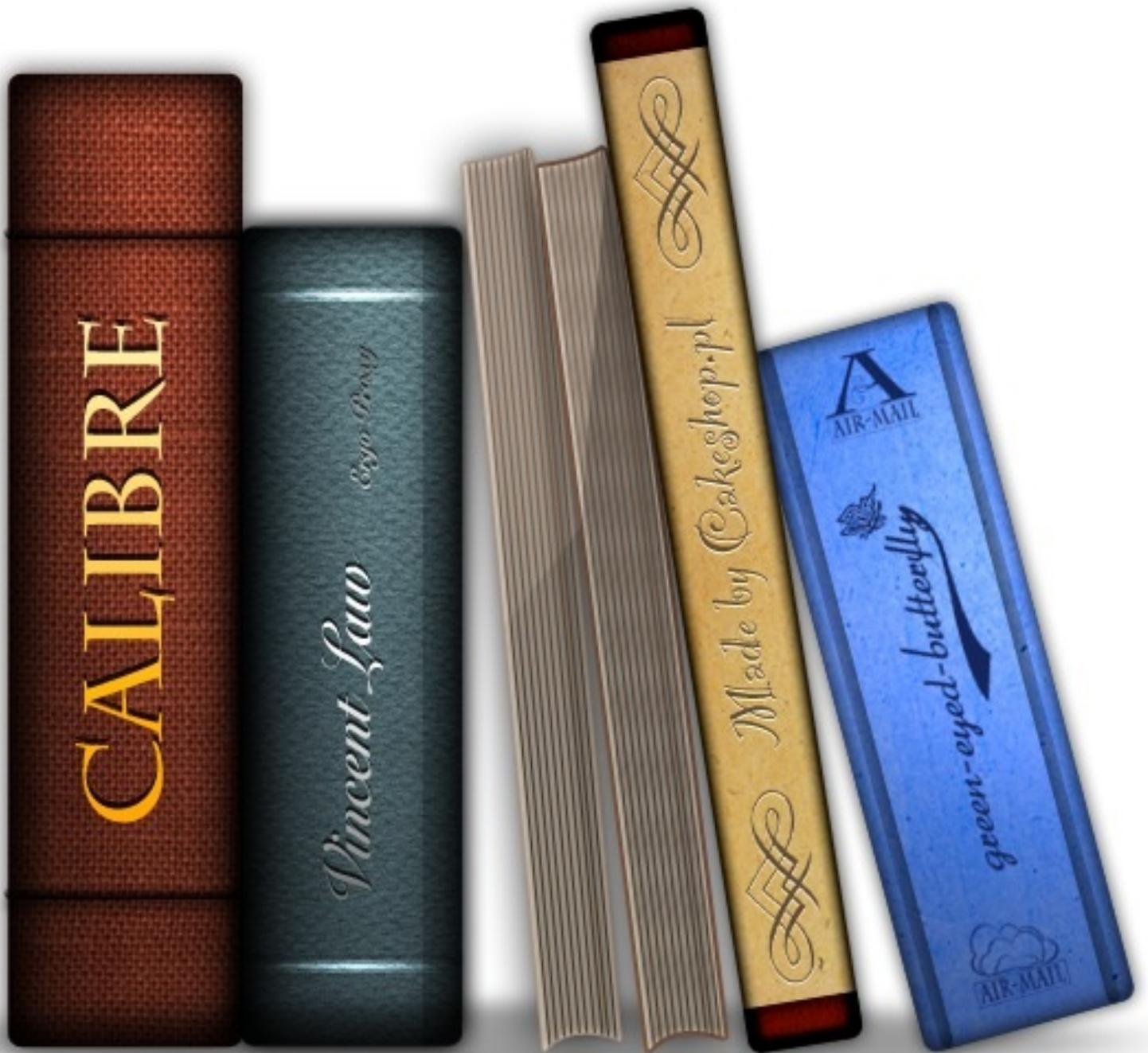


Les phobies

Paul Denis



calibre 0.7.27

Vaincre ses phobies

Dr Yves Lamontagne

Dr André Gamache

INTRODUCTION

La peur est un phénomène qui fait partie intégrante de notre vie; chacun de nous l'a ressentie au moins quelques fois dans sa vie. Admettre son existence peut par contre nous sembler parfois difficile. Par exemple, nous avons tous différentes superstitions: voir un chat noir porte malheur, ne rien entreprendre de nouveau un vendredi 13, ne pas passer sous une échelle, et ainsi de suite. Nous y voyons là des petites peurs irrationnelles de la vie quotidienne; à la limite, ce sont des peurs anodines. A l'autre extrême, certaines personnes ont une frousse terrible des endroits publics, comme aller au supermarché, au centre commercial, voir un spectacle, utiliser les transports en commun, voyager en avion, manger en public de peur de vomir et des peurs aussi rares que toucher à du caoutchouc. A cause de leur phobie, elles mènent une vie teintée d'angoisse et de peur constante qui les empêche de fonctionner adéquatement. Leur qualité de vie se trouve perdue.

On ignore combien il existe de gens qui souffrent de phobies mais, dans une récente enquête aux ... tats-Unis,

la phobie était le problème psychologique le plus courant. En avril 1984, le magazine Newsweek que: "Ce que la schizophrénie était dans les années 1960, ce que la dépression et le "burnout" étaient dans les années 1970, les phobies sont dans les années 1980 non seulement un diagnostic psychiatrique mais un survol de la condition humaine, une vision du comportement et des émotions de l'espèce humaine qui s'intègrent sans cesse dans notre façon de vivre. Tout semble nous indiquer que les phobies sont un problème sérieux et fréquent dans les années 1980."

Devant ces faits, nous avons donc tout intérêt à reconnaître les phobies et à savoir comment les traiter et les maîtriser. Sans cela, elles contrôlent souvent la vie d'une personne et provoquent à la longue des résultats désastreux accompagnés d'angoisse, d'échec et de désespoir. A ce propos, dans la littérature, on cite fréquemment le cas de Marjorie Goff, une femme atteinte d'agoraphobie, qui ne serait sortie de chez elle que trois fois pendant une période de 30 ans: une fois pour rendre visite à sa famille, une autre fois parce qu'elle a dû subir une opération et une dernière fois pour rencontrer un ami. Vous pensez que c'est un cas exceptionnel! Malheureusement, beaucoup de thérapeutes ont eu à traiter des cas aussi graves et désespérés.

A vrai dire, il y a beaucoup plus de phobiques qu'on ne le croit en réalité. Plusieurs personnes ne parlent pas de leur problème et en souffrent secrètement depuis des mois et même des années. Elles en ont honte. Comment peut-on les blâmer? quand elles ont commencé à en parler ou à vouloir de l'aide, elles ont trop souvent reçu peu de sympathie de leur entourage.

Les malades phobiques peuvent même passer facilement pour des manipulateurs, des malades imaginaires ou des gens qui s'écoutent trop.

Pour leur venir en aide, on leur donne des conseils de toutes sortes, croyant du même coup que les phobies sont sous le seul contrôle de la volonté. Tout semble en effet trop simple pour les gens qui ne souffrent pas d'une phobie débilante. Le phobique doit donc faire face à deux sortes de détresse: sa peur elle-même et la crainte de savoir que les autres ne partagent pas les mêmes peurs. Plusieurs patients se croient faibles, stupides ou en train de sombrer dans la folie. Leur vie devient de plus en plus restreinte; ils évitent toute situation angoissante et certains n'osent même plus sortir de leur

maison.

Notre expérience clinique nous porte à croire que le grand public, et aussi plusieurs professionnels de la santé, manquent d'informations pertinentes sur la nature et le traitement des phobies. Ce volume veut combler cette lacune. La lecture de ce livre vous permettra, nous l'espérons, d'avoir une idée claire sur les phobies, leurs traitements et leur prévention.

chapitre 1

Définition et classification des phobies La phobie est un désordre étrange et énigmatique qui oblige l'être humain à faire face à des émotions comme l'anxiété, la peur et même la panique. Pour certaines personnes, elle n'affecte qu'une partie de leur vie; pour d'autres, elle s'infiltré et se dissémine lentement dans leur comportement et modifie plusieurs aspects de leur existence. Elle amène alors une réorganisation complète de leur vie.

Dans ce chapitre, définissons d'abord les émotions reliées aux phobies afin de mieux guider le lecteur. Ces définitions sont importantes puisque nous nous y référerons constamment et bien que de nombreux termes soient utilisés couramment par la plupart d'entre nous, ils peuvent être une source de confusion. Par la suite, nous décrirons la plus récente classification des phobies.

L'ANXI...T...

"Il est anxieux ... ", "Ne sois pas si anxieux ... ", "Il fait de l'anxiété ... " sont des expressions qu'on entend fréquemment. Selon certains philosophes, l'anxiété fait partie intégrante de la condition humaine. Sans une certaine anxiété, l'homme ne serait peut-être pas ce qu'il est et il ne chercherait peut-être pas à découvrir le monde qui l'entoure.

Mais qu'est-ce exactement que l'anxiété? L'anxiété se définit comme une émotion déplaisante associée à un danger imminent que ressent une personne mais que l'entourage ne peut déceler. Elle possède deux composantes: une composante psychologique qui se manifeste par un état de tension, d'irritabilité et d'appréhension et une composante physiologique qui comprend certains symptômes physiques comme une augmentation du rythme cardiaque, la sudation, la p,leur du visage, la tension musculaire et des serrements au niveau de l'estomac. Il s'agit donc d'une expérience déplaisante que nous essayons d'éviter le plus possible. Elle varie toutefois en intensité d'un individu à l'autre, mais aussi d'une situation à l'autre. Mentionnons également que l'anxiété est loin d'être toujours le signe d'un problème psychologique comme la définition ci-dessous peut le laisser croire.

Nous avons tous connu et expérimenté à un moment ou l'autre de notre vie une situation où nous étions anxieux. C'est le cas, par exemple, d'un jeune homme qui fait connaissance avec une jeune fille pour la première fois; ou encore, celui d'un étudiant qui doit passer un examen important.

Pour cet étudiant, un certain seuil d'anxiété demeure nécessaire pour une meilleure performance. Il est possible que l'étudiant devienne nonchalant et rate son examen s'il ne ressent pas assez d'anxiété pour affronter cette situation; par contre, s'il en ressent trop, il risque de devenir inefficace et complètement paralysé. Il sera trop anxieux de bien faire et il ratera aussi son examen. Ainsi, une trop grande anxiété se manifestera par de

l'appréhension, un état de tension désagréable et une inefficacité pour agir adéquatement face à la

situation.

Une anxiété modérée nous aide donc à nous surpasser alors que son absence ou sa présence exagérée nous nuit énormément.

Un de nos amis a échoué à son examen au Barreau à quatre reprises parce qu'il voulait trop bien réussir. Il connaissait sa matière à fond, mais comme il était trop anxieux, il ne se souvenait plus de rien lorsqu'il était devant sa feuille d'examen. Nous lui avons défendu d'étudier pendant les deux

semaines avant la reprise et nous lui avons bien fait comprendre qu'il devait se présenter à l'examen pour venir le couler une cinquième fois. Il fut le premier à terminer sa rédaction et il obtint la deuxième meilleure note. De cette façon, il avait réussi à vaincre son anxiété paralysante.

Il existe une multitude d'exemples qui démontrent que l'anxiété se manifeste dans plusieurs situations de notre vie quotidienne. Encore une fois, elle n'est pas le signe d'une maladie mais bien d'une adaptation face à différents stress de la vie courante. Une visite chez le dentiste, une entrevue avec un nouvel employeur, le début d'une vie de couple, les responsabilités envers un nouvel enfant sont toutes des situations qui provoquent de l'anxiété. Retenons donc qu'un certain niveau d'anxiété est utile pour affronter une situation mais l'absence totale d'anxiété, tout comme son exagération, est sans doute nuisible.

LA PEUR

La peur est une émotion similaire à l'anxiété sauf qu'elle se manifeste en présence d'un danger réel que perçoit un individu. Les symptômes physiques et psychologiques ressemblent à ceux qu'on éprouve lors d'une crise d'anxiété. Autant chez l'homme que chez l'animal, toute situation peut provoquer la peur à un moment ou à un autre.

A ce propos, le célèbre psychiatre anglais Isaac Marks mentionne que

"comme les autres espèces, l'homme est programmé pour répondre à certaines situations qui suscitent l'anxiété et la peur. La capacité de ressentir ces émotions est constitutionnelle et vient probablement de l'instinct de conservation".

Chez l'humain, la peur peut être initiée par un danger externe. Ainsi, il est tout à fait justifié de ressentir la peur si nous nous retrouvons en pleine brousse, face à face avec un lion, sans aucun moyen de défense. Il se produira chez l'individu une réaction bien compréhensible de peur: son coeur va s'accélérer et battre plus fort, il transpirera et il attaquera ou se figera sur place. Par contre, il n'est pas toujours nécessaire d'être en présence d'un danger externe pour qu'un individu manifeste une réaction de peur. On peut très bien se remémorer une situation dangereuse et présenter à nouveau les symptômes qu'on a ressentis quand on a eu peur.

Combien de fois entendons-nous dire: "J'ai eu assez peur que rien que d'y penser, j'en tremble encore."

Comme on peut le constater, l'anxiété et la peur sont donc des émotions très proches l'une de l'autre. Souvenons-nous que la peur sert de signal avertisseur d'un danger réel. On la compare volontiers à un "détecteur de fumée" placé dans nos maisons. La peur produit une réaction à l'intérieur de l'individu

qui le prépare au combat ou à la fuite.

LA PHOBIE

Phobie vient du mot grec phobos qui signifie peur ou terreur. En psychiatrie, la phobie se définit comme une peur obsédante, angoissante et irréaliste qui survient lors d'une situation particulière ou lorsque l'individu est en contact avec un objet

précis. C'est donc une peur irrationnelle et sans fondement. Le phobique ne se sent plus en contrôle de la situation présente et il a l'impression qu'il va perdre la raison. La phobie est une peur irrationnelle et irraisonnée d'une situation anodine ou d'un objet non dangereux, elle est hors du contrôle volontaire de

l'individu et elle l'amène à fuir ou à éviter la situation ou l'objet aussitôt que possible. Dans la phobie, le degré de crainte et d'anxiété

est hors de toute proportion. La phobie est donc une peur anormalement intense de certains objets ou de certaines situations particulières qui, normalement, ne provoquent pas cet effet chez la majorité des gens.

Nous savons tous que nous n'avons pas à avoir peur d'un petit chat qui vient nous frôler. Pourtant, certaines personnes vont se mettre à

trembler, à pleurer ou à crier à la vue du chaton le plus gentil. Il s'agit alors d'une phobie. L'objet est tout à

fait inoffensif, la peur est irrationnelle et irraisonnée, la personne est incapable de se contrôler et elle veut se sauver à tout prix. Enfin, le degré d'anxiété est tout à fait exagéré par rapport à l'objet en cause.

Nous retrouvons donc les quatre critères qui permettent de définir une phobie.

Une infirmière avait décidé de consulter pour sa phobie des chats parce que, lorsqu'elle voyait un chat dans la rue, elle laissait son bébé de quatre mois dans

son landau et elle se sauvait chez elle en courant. Sa phobie datait depuis plus de vingt ans et elle s'en accommodait tant bien que mal, jusqu'à la naissance de son enfant. Alors, elle décida de se faire traiter de crainte qu'il n'arrive un accident à son bébé.

Le malade phobique ressent donc une anxiété intense. Pour ne pas vivre cette sensation désagréable, la personne peut fuir ou éviter la situation ou l'objet de ses peurs. Depuis des années, l'infirmière en question évitait de visiter des amis intimes qui possédaient un chat et s'informait de façon subtile de la présence des chats lorsqu'elle était invitée par des étrangers. quand la réponse était positive, elle se donnait une défaite pour refuser l'invitation. La phobie est un problème réel qui empoisonne la vie de milliers d'individus et qui leur rend la vie tout à fait impossible. Pour le croire, il faut qu'un phobique vous raconte ses craintes et ses peurs, son sentiment de désespoir, de même que les dommages que ce problème lui cause dans la vie.

LES OBSESSIONS ET LES COMPULSIONS

Les obsessions sont des pensées indésirables, répétitives et insistantes qui reviennent tant et plus dans la tête du sujet malgré une résistance active de sa part. En d'autres mots, même si l'individu fait un effort pour les chasser, ces pensées lui reviennent constamment en tête. Par exemple, un père est tourmenté par l'idée de tuer son enfant à coups de couteau. Il a beau vouloir se débarrasser de cette idée, la chasser de son esprit, cela lui est impossible. Cette

idée lui revient sans cesse et toujours plus forte et insupportable.

quant à la compulsions, c'est un besoin incontrôlable, répétitif et involontaire d'accomplir certains gestes. Dans le cas du père qui a peur de tuer son enfant, il peut mettre sous clé tous les couteaux présents dans la maison et ressentir une

telle anxiété lors des repas qu'il se sent obligé de manger seul et au moment où l'enfant dort.

Comme on peut le constater, les phobies se distinguent des idées obsessionnelles et des compulsions. Au sens strict du terme, dans la phobie, le danger est à l'extérieur de l'individu alors que dans les obsessions et les compulsions, le danger est à

l'intérieur de l'individu, au niveau de ses pensées. Il existe aussi une autre différence. Dans la phobie, le sujet peut diminuer son anxiété en évitant la situation ou l'objet, tandis que le patient ne peut échapper à

ses obsessions. Elles sont persistantes, intrusives et ne peuvent se déloger de la conscience.

LA DÉPRESSION

Beaucoup de personnes disent avoir fait une dépression mais il arrive que ce soit tout autre chose qu'un état dépressif. C'est souvent un état de tristesse suite à une perte financière, à un échec amoureux, au décès d'un être cher. Ces états de tristesse ne sont pas nécessairement une dépression. D'autres personnes ressentent de l'anxiété à l'attente d'un divorce, ou face à un problème avec un de leurs enfants. Même si l'anxiété

fait souvent partie de la dépression, toutes

les personnes anxieuses ne sont pas automatiquement déprimées.

L'anxiété et la dépression sont des expériences fondamentales humaines.

Ces états affectifs peuvent être perçus comme des réponses émotionnelles normales à des situations spécifiques. Comme l'a noté le philosophe Kierkegaard, l'anxiété est une expérience de peur en l'absence d'un danger connu. De son côté, la dépression est une réaction normale à un stress grave qui implique une perte significative.

L'exemple clinique suivant démontre bien un cas de dépression. Il s'agit d'une patiente de 52 ans qui en paraît dix de plus. Son visage est triste et tourmenté. Elle donne une poignée de main très faible.

Simple à faire quelques pas, on la sent épuisée comme après une dure journée de travail. Ses yeux sont larmoyants et elle pleure facilement.

D'une voix monotone, elle raconte qu'elle se sent coupable de tout; elle s'autodéprécie et s'accuse des fautes mineures du passé alors qu'auparavant elle arrivait facilement à rire de ses erreurs de jeunesse. Depuis quelques semaines, elle se réveille aux petites heures du matin et ne se rendort plus. Son appétit a diminué et elle a perdu du poids. Elle trouve pénible de lire et d'écouter la radio ou la télévision et elle a de la difficulté à se concentrer. Durant la journée, elle se sent toujours fatiguée, vidée constamment de son énergie, et le moindre effort lui semble une montagne. Elle a peur de mourir mais souhaite souvent que le bon Dieu vienne la chercher.

Cet exemple nous permet de voir clairement la différence entre une dépression et une phobie. Mais il arrive parfois que les choses ne soient pas aussi simples.

La plupart des dépressions s'accompagnent d'une anxiété considérable mais l'inverse n'est pas vrai. En d'autres termes, un état anxieux n'est pas nécessairement associé à une dépression. Il importe donc de faire la différence entre ces deux états puis-que l'anxiété et la dépression sont deux conditions qui sont traitées de façon différente.

CLASSIFICATION DES PHOBIES

Dans la classification psychiatrique actuelle, les phobies font partie des troubles anxieux en général. Autrement dit, toute phobie comprend une bonne part d'anxiété. Ainsi, dans le désordre phobique, l'anxiété est un ingrédient important mais elle se développe à partir d'un objet spécifique, d'une activité ou d'une situation. L'anxiété est donc la composante principale et la phobie est le symptôme central. De façon plus poétique, l'anxiété est à la phobie ce que la musique est au chant.

L'AGORAPHOBIE

Agoraphobie vient de deux mots grecs agora et phobos, ce qui veut dire peur des foules et des grands espaces. Dans l'agoraphobie, le sujet évite de se retrouver dans des endroits publics où il pourrait être difficile de s'échapper ou de trouver du secours en cas de malaise. On retrouve dans cette catégorie la peur des foules, des tunnels, des ponts, des moyens de transport en commun et des grands espaces comme les parcs et les champs.

A mesure que l'agoraphobie s'installe, le sujet réduit de plus en plus ses activités habituelles au point que l'évitement de toutes ces situations domine finalement son existence.

L'anxiété survient même lorsque le sujet doit quitter son domicile pour aller dans un endroit public; dès le départ de la maison surviennent des signes d'anxiété sévère comme un état de tension désagréable, des étourdissements, un état de panique et souvent un sentiment d'irréalité.

Cela peut prendre quelques années avant que le sujet ne devienne incapable de sortir de sa maison. C'est ce qui était arrivé à une patiente. A l'âge de 20 ans, elle avait présenté soudainement un état d'anxiété extrême alors qu'elle attendait son tour à la caisse d'un grand supermarché. L'anxiété était tellement élevée qu'elle avait quitté

l'endroit en laissant son panier plein de marchandises dans une allée. Une semaine plus tard, elle avait présenté le même phénomène alors qu'elle attendait à la banque. A partir de ce moment, elle a systématiquement évité les endroits publics comme l'église, le cinéma, les magasins.

Graduellement, le cercle de ses sorties s'était restreint de plus en plus au point qu'elle présentait de l'anxiété même lorsqu'elle sortait sur son balcon pour étendre son linge.

quand elle a été vue par un clinicien, elle était littéralement en panique; il s'agissait de sa première sortie loin de chez elle depuis 11 ans.

LA PHOBIE SOCIALE

La phobie sociale consiste en une peur irrationnelle persistante et un désir contraignant d'éviter toute situation où la personne est exposée à

être observée par les autres et où elle craint d'agir d'une façon humiliante ou embarrassante. Le sujet est considérablement gêné par ses craintes dont il reconnaît la nature excessive et irrationnelle. C'est le cas de certains patients qui ont peur de manger ou de boire en public ou encore de rougir lorsqu'ils se trouvent dans une situation sociale.

Un jeune homme de 26 ans s'était senti mal dans un restaurant alors qu'il était entraîneur de hockey en Suisse. Devant un plat nouveau, il était devenu nauséux et s'était imaginé que tous les autres convives voyaient son embarras et sa crainte de se mettre à vomir.

Il commença à refuser systématiquement toute invitation au restaurant et quitta finalement son emploi parce qu'il était devenu incapable de manger même en présence des joueurs de son équipe. A partir de ce moment, il devint absolument incapable de prendre un seul repas à l'extérieur de chez lui.

La peur de rougir en public qu'on appelle l'éreuthophobie est une autre forme de phobie sociale. Un étudiant de 22 ans avait quitté ses études quatre ans auparavant parce qu'il était devenu incapable d'entrer dans la salle de cours par crainte de se mettre à rougir si le professeur lui posait une question. Très intelligent et dynamique, il s'était ouvert un commerce d'antiquités qui faisait des affaires d'or.

Malheureusement, il recommença bientôt à se mettre à avoir peur de rougir devant les clients. Il évita de plus en plus tout contact avec la clientèle et devant la difficulté de rencontrer même son gérant de banque, il vendit son entreprise deux ans plus tard. Depuis ce temps, il avait coupé presque tous ses contacts sociaux.

LES PHOBIES SIMPLES

Les phobies simples consistent en des peurs des animaux ou de certains lieux précis comme des endroits élevés ou des espaces clos. Des exemples fréquents de phobie simple incluent la peur des animaux comme la peur des chats, des chiens, des serpents et des araignées, la peur des hauteurs, des ascenseurs, et ainsi de suite.

L'un de nous a connu un fonctionnaire du gouvernement anglais qui travaillait au dernier étage du Post Office Tower à Londres. Cet homme avait développé une phobie des ascenseurs il y a plusieurs années et s'était toujours refusé à monter même un seul étage en utilisant ce moyen.

quatre fois par jour, il montait et descendait, à pied, plus de vingt étages pour se rendre à son travail ou en revenir. Il confiait que c'était un excellent exercice physique, mais qu'il perdait aussi beaucoup

de temps à cause de son problème.

Chapitre 2

...PID...MIOLOGIE

Dans l'épidémiologie, on retrouve le mot "épidémie". L'épidémiologie est donc l'étude des épidémies. Selon le Petit Robert, une épidémie est une maladie infectieuse qui frappe en même temps et en un même endroit un grand nombre de personnes soumises aux mêmes influences. Tout le monde comprend cette définition quand on parle d'une épidémie de grippe.

De façon plus scientifique, l'épidémiologie est la science qui étudie les phénomènes de masse des maladies et analyse la distribution et les déterminants de la prévalence de la maladie chez l'humain.

quant à l'épidémiologie des troubles psychologiques, c'est la partie de l'épidémiologie générale qui s'occupe des troubles mentaux de même que des facteurs écologiques et humains qui influencent ces troubles. Les études épidémiologiques sur les phobies cherchent donc à connaître le nombre de personnes qui présentent ce problème, les gens qui sont les plus sujets à

être affectés par ce problème de même que les régions géographiques où l'on retrouve le plus grand nombre de phobiques, et ainsi de suite.

Afin de bien saisir l'épidémiologie des phobies, il faut répondre à cinq questions: quel est le pourcentage de malades phobiques dans la population générale? quel est le groupe d'âge le plus fréquemment atteint? Les femmes souffrent-elles davantage de phobies que les hommes? Retrouve-t-on plus de phobies dans certaines classes sociales? Enfin, le nombre de malades phobiques a-t-il tendance à augmenter?

Déjà en 1897, Stanley Hall, un psychologue américain, entreprend une étude sur la peur chez les Américains. Chez les 1701 personnes contactées, il retrouve 6 456 peurs dont les plus fréquentes sont la peur des orages électriques, des reptiles, des étrangers et de la noirceur. Vient ensuite, par ordre décroissant, la peur de la mort, des animaux, de la maladie et des fantômes. Selon les données actuelles, il y aurait entre cinq et huit millions d'Américains qui souffriraient d'une phobie assez grave pour leur causer un handicap sérieux et affecter leur fonctionnement quotidien. Pour 15 à 18 millions d'autres Américains, le problème phobique ne les handicape pas trop sévèrement mais affecte leur vie jusqu'à un certain point. Par exemple, une personne qui a une phobie de l'avion, mais qui n'a pas à

utiliser ce moyen de transport, peut vivre une vie tout à fait normale; par contre, elle n'aura jamais le plaisir de visiter un pays étranger par ce moyen rapide de transport.

En 1984, l'Institut national de la santé mentale (National Institute of Mental Health) des États-Unis a effectué une importante enquête sur les troubles mentaux dans cinq grandes villes. Les résultats démontrent que de 17 à 23 % des adultes souffrent de problèmes psychologiques et que 8 % des gens de ces

villes sont atteints de diverses phobies. Au total, les phobies se classent au premier rang, avant la dépression, dans les désordres mentaux chez les femmes et

au second rang, après l'alcoolisme et l'abus des drogues chez les hommes.

A ce sujet d'ailleurs, le docteur Ariel Stravynski, de Montréal, vient tout juste de terminer une étude sur les phobies chez les alcooliques. De façon étonnante, plus de 50 % des alcooliques présentent un problème phobique et 40 % d'entre eux ont commencé à boire pour soulager l'anxiété reliée à leur phobie.

Toutes ces études entreprises aux États-Unis et au Canada nous permettent de dire sans hésitation qu'il existe un pourcentage élevé de gens qui souffrent de diverses phobies dans la population et que les phobies peuvent même conduire à l'alcoolisme.

Il est plus difficile de savoir exactement quel groupe d'âge est le plus fréquemment atteint. Chez les enfants, il existe des phobies "normales"

qui disparaissent d'elles-mêmes avec le temps. Il est donc normal pour un bébé de huit mois d'avoir peur des étrangers et pour un enfant de trois-quatre ans d'avoir peur des animaux. A la suite d'une évaluation de 2 000

enfants à l'île de Wight en Angleterre, le professeur Marks n'a retrouvé

des phobies incommodantes que chez 16 enfants et parmi 239 enfants référés au psychiatre, seulement dix d'entre eux étaient atteints d'une phobie spécifique. Comme on pouvait s'y attendre, la phobie scolaire était la plus fréquente. De façon générale, on pense que les phobies se développent surtout à partir de l'adolescence et se manifestent surtout au début de l'âge adulte.

quant à l'incidence des phobies selon le sexe, certaines études rapportent que les femmes présentent davantage de phobies et ce, à tous les

âges. D'autres recherches indiquent qu'il n'y a pas de différence entre les sexes jusqu'à l'âge de 11 ans, mais que par la suite les filles sont plus phobiques que les garçons. Actuellement, le consensus semble être le suivant: les deux sexes sont sujets à plusieurs phobies dans l'enfance et après la puberté, la phobie des animaux et l'agoraphobie surviennent plus fréquemment chez les femmes tandis que les phobies sociales et les autres phobies simples se retrouvent de façon égale chez les deux sexes.

Les phobies se retrouvent aussi de façon égale dans les diverses classes sociales. Alors que la schizophrénie, une maladie mentale grave, survient plus souvent dans la classe sociale pauvre et que la dépression touche plus de gens de la classe moyenne ou supérieure, nous sommes tous égaux devant les phobies. Les riches autant que les pauvres peuvent en souffrir.

Enfin, on peut croire que le nombre de malades phobiques a tendance à

augmenter. En 1970, en Angleterre, les phobiques représentaient 3 % des cas vus en psychiatrie. Cette donnée ne tient pas compte des malades qui ne consultent pas. Si l'on tient compte du développement rapide de la société, il faut croire nécessairement à une augmentation des phobies. Par exemple, la phobie de l'auto ou de l'avion ne pouvait pas exister lorsque ces moyens de transport n'existaient pas. La phobie des foules ne pouvait pas survenir lorsqu'il n'y avait pas de supermarchés, de cinémas et d'amphithéâtres. Il y a donc tout lieu de croire que de nouvelles phobies apparaîtront avec les changements de la société et le développement des nouvelles technologies. Peut-être verrons-nous

dans l'avenir une phobie des navettes spatiales?

chapitre 3

L'ORIGINE DES PHOBIES

A quoi est due cette peur intense, cette angoisse terrifiante face à un objet ou à une situation? Est-ce secondaire à un traumatisme vécu dans l'enfance? Est-ce héréditaire? qu'est-ce qui fait qu'une personne développe une phobie et qu'une autre ne ressentira jamais cette peur épouvantable dans les mêmes circonstances?

Soulignons d'abord que, comme l'être humain, toutes les espèces animales ressentent la peur et que de tout temps les peurs ont existé. Elles sont différentes d'une époque à l'autre, mais elles sont toujours présentes.

Autrefois, les phénomènes naturels comme la foudre créaient une peur terrible chez nos ancêtres; on y voyait la colère des dieux. De nos jours, les journaux nous annoncent régulièrement la possibilité d'une catastrophe nucléaire; on y voit un conflit de pouvoir entre les Soviétiques et les Américains. Comme on le constate, les temps changent, mais les peurs demeurent et se modifient.

On peut aussi se demander pourquoi il est utile de comprendre l'origine de ses phobies? On peut répondre que lorsqu'on connaît la cause de son mal, on peut déjà essayer de l'éliminer. Lorsqu'on n'a aucune idée de ce dont on souffre, cela crée des doutes, des craintes et des incertitudes et secondairement

augmente notre anxiété. quand nous connaissons la cause de notre problème, l'ambiguïté est au moins disparue.

L'ORIGINE INSTINCTIVE DES PHOBIES

Le docteur Hans Eysenck, un des plus prolifiques chercheurs dans le domaine de la psychologie "béhaviorale", a avancé une hypothèse intéressante pour expliquer les causes des phobies. Selon lui, plusieurs de nos phobies dérivent d'une réaction instinctive de peur qu'on retrouvait chez nos ancêtres lorsqu'ils

devaient affronter leur environnement naturel. Par exemple, les espaces ouverts présentaient un danger pour eux parce qu'ils n'avaient aucune protection face à un ennemi ou à un animal dangereux. Ils avaient également peur des hauteurs parce qu'une chute pouvait les tuer; les animaux sauvages étaient des ennemis naturels.

Les premiers habitants de la Terre avaient également peur de la noirceur à cause de la possibilité d'une attaque des ennemis au cours de la nuit.

Selon Eysenck, plusieurs d'entre nous réagissent instinctivement par une réaction de peur quand ils se retrouvent dans une situation ressemblant aux situations dangereuses vécues par nos ancêtres. Pourquoi alors la plupart des gens ne développent-ils pas de phobies alors que d'autres en sont atteints? Son explication est la suivante: certains enfants naissent plus craintifs et peuvent être plus sensibles à certains stimuli. De plus, à

cette prédisposition à la crainte s'ajoutent souvent des expériences traumatisantes en

bas ,ge. Ces enfants demeurent donc plus fragiles que les autres à l'apparition de ces réactions instinctives de terreur et cette fragilité les poursuit à l',ge adulte.

LE POTENTIEL DE CERTAINS STIMULI

Un stimulus est un agent capable de provoquer une réaction. Dans la peur du lion, l'agent qui provoque notre réaction, c'est le lion. L'animal est donc un stimulus générateur de la peur. Dans ce contexte le professeur Marks prétend que les phobies

peuvent survenir dans n'importe quelle situation imaginable mais que certains stimuli possèdent, plus que d'autres, un potentiel à les provoquer. Selon ce chercheur, la profondeur, la rencontre avec des étrangers et les animaux qui rampent ou qui bougent de façon étrange sont des stimuli qui ont un plus grand potentiel pour provoquer des peurs chez l'adulte.

Chez l'enfant, la peur se développe habituellement après un traumatisme ou lorsqu'il est soumis à des stimuli qui sont soudains, nouveaux et intenses.

Un petit Belge de neuf ans a participé à un de nos projets de recherche parce qu'il avait développé une peur du bruit depuis l',ge de quatre ans.

Au cours de l'histoire de cas de cet enfant, nous avons retracé deux situations qui avaient engendré sa phobie.

A l',ge de quatre ans, ses parents l'amènent à un mariage dans une petite église de Belgique. Au cours de la cérémonie, 50 musiciens se mettent soudainement à jouer du cor de chasse. L'enfant a très peur et se met à pleurer. Incapables de le consoler, les parents quittent l'église.

Le lendemain, l'enfant assiste

à une parade qui passe devant la maison familiale. Du haut du balcon, l'enfant apprécie le spectacle jusqu'à ce que la première fanfare se mette soudainement à jouer devant la maison. A nouveau, le bambin est saisi d'une peur intense et il se met à hurler au point que les parents doivent l'amener chez sa tante à la campagne.

A partir de ce moment, l'enfant est devenu phobique au moindre bruit qui peut survenir subitement. Dans ce cas, l'enfant avait subi un traumatisme psychologique à deux reprises en deux jours, traumatisme provoqué par des stimuli nouveaux, soudains et intenses.

LES TRAUMATISMES ENGENDRENT-ILS DES PHOBIES?

Chez l'adulte, il est bien connu qu'une phobie peut survenir à la suite d'un traumatisme physique. Chacun de nous connaît une personne qui a développé une phobie des transports après un accident d'auto ou une phobie des chevaux après une chute lors d'un cours d'équitation. Le traumatisme peut être psychologique; par exemple, certaines personnes ont été

incapables de retourner dans les restaurants après y avoir vu un client malade.

Suite au traumatisme vécu par le sujet, il y a un délai de quelques jours au plus avant l'apparition de la phobie. Il se produit alors à

l'intérieur de l'individu un processus à la fois conscient et inconscient qui l'amène à ressentir de l'anxiété face à cette situation particulière.

La tension nerveuse qu'il ressent diminue chaque fois que le sujet évite la situation difficile

et la réduction de cette tension renforce la tendance à fuir ou à éviter cette situation à tout jamais. C'est alors que le cercle vicieux s'installe. Moins l'individu a tendance à affronter la situation, plus il deviendra phobique.

Les phobies peuvent également débiter après un stress plus général sans pour autant que le sujet s'aperçoive du lien entre l'événement et le début de la phobie. C'est le cas, par exemple, d'une patiente devenue agoraphobe à la suite de son divorce.

Enfin, il arrive plus rarement que les phobies commencent sans changement majeur dans l'environnement du sujet. Le changement s'opère alors à

l'intérieur de l'individu plutôt qu'à l'extérieur. C'est le cas de l'adolescent en pleine période de perturbations physiques et psychologiques qui évite certaines situations sociales parce qu'il se sent inadéquat et gêné d'être en contact avec ses pairs.

LA TH...ORIE DU CONDITIONNEMENT

En psychologie, il existe une école de pensée qui stipule que les phobies se développent par un processus d'apprentissage ou de conditionnement. Au début du siècle, Watson, le fondateur de cette école, entreprend une série d'expériences dans le but de prouver cette théorie.

Sa recherche la plus célèbre est celle qu'il a menée avec le petit Albert.

Albert est un bébé de 11 mois, heureux, calme et sans problème. Watson lui présente une série d'objets et des animaux comme des rats blancs, des lapins et des chiens. A la vue des objets et des animaux, Albert ne montre aucune réaction de peur; au contraire, il s'amuse bien.

Le seul stimulus qui le dérange est un bruit soudain fait par l'expérimentateur lorsque ce dernier frappe un objet de métal avec une barre de fer. A ce moment-là, Albert sursaute, crie et pleure.

Un peu plus tard, Watson présente le rat blanc à Albert et frappe en même temps l'objet de métal avec la barre de fer. Non seulement Albert se met-il à pleurer mais après plusieurs essais, la simple vue du rat blanc, sans bruit, provoque chez l'enfant une réaction de peur. Bien plus, le bambin montre la même crainte lorsqu'on lui présente un lapin, un chien ou quelqu'un qui porte une barbe. Watson a donc provoqué une phobie chez le petit Albert.

Heureusement pour l'enfant, Watson a aussi démontré qu'on peut désapprendre ses peurs. Il a éliminé le bruit et a présenté à nouveau les animaux à Albert en le calmant, en le rassurant et en lui donnant des bonbons lorsque l'enfant se montrait intéressé par l'animal. A peine quelques traitements ont suffi à guérir le bambin.

C'est à partir de cette expérience et de plusieurs autres que Watson a formulé sa théorie. Cette théorie soutient qu'une phobie se développe lorsque deux stimuli, un qui provoque la peur et un autre plus neutre, sont présentés ensemble. Autrement dit, le stimulus neutre, comme le rat blanc, s'approprie des caractéristiques effrayantes de l'autre stimulus, le bruit soudain, simplement parce que les deux stimuli sont présentés ensemble. A la longue, le stimulus neutre, qui n'effraie pas au début, provoque maintenant une réaction de peur.

Selon Watson, plusieurs de nos phobies se développent à partir du même principe; une réaction de peur peut être apprise par conditionnement et se généraliser par la suite.

Par contre, une peur peut être diminuée ou éliminée par l'utilisation d'un stimulus plaisant. Si nous reprenons le cas d'Albert, chaque fois qu'on lui présentait le lapin ou le rat blanc, l'expérimentateur le prenait dans ses bras, le rassurait et lui donnait une sucrerie.

Dans l'acquisition des phobies, il existe un autre type de conditionnement; c'est ce qu'on appelle l'apprentissage par imitation.

Ainsi, les enfants partagent bien souvent la même phobie que leurs parents.

La mère a peur des chiens, la fille

aussi; le père a peur d'aller dans le métro, le fils également. Les enfants imitent donc le comportement de leurs parents et, en ce sens, ils apprennent par imitation. De façon plus constante, il existe une tendance significative chez les enfants d'avoir les mêmes peurs que leurs parents.

L'APPROCHE COGNITIVE DES PHOBIES

De son côté, le docteur Aaron Beck soutient que les désordres émotionnels tels que l'anxiété, la dépression et les phobies proviennent d'idées et de croyances erronées que la personne maintient en regard d'elle-même et au sujet du monde dans lequel elle vit. Par exemple, une personne déprimée se voit comme un être faible, sans ressources et impuissant face aux événements de la vie. Selon Beck, à cause d'une telle attitude, la personne n'est donc pas motivée à atteindre des buts et à s'engager dans des activités créatrices et constructives. Le but de la thérapie cognitive sera d'aider le patient à changer ses fausses croyances et à se voir comme un gagnant et non comme un perdant.

Les croyances erronées du phobique sont liées à ce qui peut lui arriver dans la situation phobique. Par exemple, si le phobique craint de passer sur un pont, c'est qu'il a peur de perdre le contrôle de lui-même et de se jeter en bas du pont dans un moment de panique. Il peut éviter aussi de sortir au restaurant parce qu'il a peur de vomir en public et d'être ridicule aux yeux des autres. Le but de la thérapie cognitive sera alors de le confronter à ses idées, de le placer dans la situation phobique et de lui faire constater que ses croyances erronées ne surviennent pas dans la réalité.

Toujours selon Beck, il existe plusieurs peurs chez les enfants et elles sont souvent normales, comme la peur des chiens, de la noirceur, de l'eau, des fantômes, des sorcières, des monstres, etc. Au moment où il fait l'expérience de l'école, l'enfant peut avoir peur de ne pas être aimé, d'être rejeté ou ridiculisé. quelques enfants grandissent avec ces peurs alors que d'autres les surmontent facilement.

Des recherches en psychologie ont démontré que, dans plusieurs cas, les enfants apprennent ces peurs

d'un parent alors que, dans d'autres, les parents ne donnent pas assez d'aide à l'enfant pour maîtriser ses peurs normales. Finalement, certaines phobies sont carrément provoquées par les parents. Un patient de 36 ans raconte sa terreur de traverser un pont et se souvient

que cette phobie a débuté lorsqu'il avait six ans. Il avait été turbulent en voiture en route pour une visite à une tante et, pour arrêter son agitation, son père l'avait menacé de le laisser au milieu du pont.

UNE PHOBIE CACHE-T-ELLE UN CONFLIT INTÉRIEUR?

Au début du siècle, Sigmund Freud, le père de la psychanalyse, affirme que les phobies découlent d'un conflit à l'intérieur de l'individu. Pour appuyer sa théorie, en 1909, il publie le cas du petit Hans, un enfant de cinq ans qui souffre d'une phobie

des chevaux. Hans vit avec ses parents et il les aime bien. Cependant, il ne peut sortir à l'extérieur de la maison à cause de sa peur des chevaux.

Son père consulte le célèbre psychanalyste. Freud voit le père de Hans à

quelques reprises mais il n'a jamais vu l'enfant. Après quelques rencontres et une

correspondance avec le père, il en arrive à la compréhension suivante de la phobie chez l'enfant.

Selon lui, le petit Hans refoule son attirance sexuelle envers sa mère et son agressivité envers son père. Incapable de trouver une issue convenable à ce dilemme, l'enfant devient angoissé. Il a du mal à soulager cette angoisse puisque le père est constamment présent et l'enfant ne peut pas l'éviter. Par contre, un mécanisme psychique vient à la rescousse du petit Hans. Le soulagement est trouvé dans le déplacement sur les chevaux de l'anxiété engendrée par le père. Les chevaux sont donc liés à son conflit avec le père et agissent comme un substitut symbolique au père.

Ils deviennent donc les dépositaires de l'anxiété de l'enfant. Parce que les chevaux peuvent être évités,

Hans peut échapper à l'anxiété en évitant les endroits où se trouvent les chevaux.

Plus tard, Freud applique ce modèle aux phobies chez l'adulte. Selon lui, les phobies chez les adultes résultent d'un conflit qui n'a pas été

résolu dans l'enfance et qui revient à la surface au cours de la vie adulte.

Comme on le constate, il existe plusieurs théories expliquant l'origine des phobies et toutes sont valables. Il est fort probable que le développement d'une phobie soit causé simultanément par plusieurs des motifs qui sous-tendent ces théories. Il importe donc pour le clinicien de bien évaluer le malade phobique afin de faire ressortir les éléments importants

qui sont causes de sa maladie. Cette évaluation méthodique lui permettra également de trouver les traitements efficaces pour le problème de chaque patient en particulier.

chapitre 4

LA RÉSOLUTION D'UNE ACTION PHOBIQUE

Telle que définie dans les pages précédentes, une phobie est une peur morbide, irraisonnée, produisant chez l'individu des réactions physiologiques et psychologiques qui interfèrent avec son fonctionnement normal. Peu de phobiques possèdent cependant une idée claire de ce qui se passe en eux lorsqu'ils sont confrontés à leur phobie. Au moment où ils se trouvent dans la situation phobique, ils sont pris d'une peur intense qui atteint facilement l'état de panique. Pour se calmer, ils évitent ou fuient cette situation aussitôt que possible. Nous examinerons maintenant ce qui survient chez l'individu au cours de la réaction phobique sur le plan physique, psychologique et comportemental.

quelques personnes qui subissent l'état phobique pour la première fois remarquent la soudaineté de l'attaque, la rapidité avec laquelle elle se développe et la force avec laquelle elle domine l'esprit et les émotions.

Comme on le sait maintenant, la phobie n'apparaît pas toujours dans un ciel bleu; elle se développe souvent avec le temps ou à la suite d'événements déclencheurs.

Lorsqu'il est en présence de sa phobie, le phobique s'attend au pire et pense qu'une chose terrible va lui arriver. Une personne qui a une phobie du métro

s' imagine que le train va s'arrêter entre deux stations, qu'elle va être prise de panique, qu'elle va manquer d'air et finalement mourir. C'est exactement la même chose lorsqu'un individu a peur d'un chien; il pense que, lorsqu'il verra un chien, il va prendre panique, perdre le contrôle, se mettre à courir et à hurler, ce qui énervera le chien et fera en sorte qu'il sera mordu.

Ce que le phobique ignore, c'est que le pire ne se produit jamais et qu'il se sort toujours intact de la situation. Il a donc souvent plus peur de son imagination que de faits réels. Il faut bien comprendre qu'en face du stimulus phobique, le sujet présente une anxiété telle qu'il ne peut plus la tolérer. Cependant, il ne sait pas que cette anxiété si intense ne demeure

pas à ce niveau bien longtemps. En effet, elle vient à diminuer; bien sûr, elle peut survenir plus tard mais elle sera moins intense et disparaîtra à

nouveau.

Plusieurs thérapeutes demandent à leurs patients de graduer leur anxiété

sur une échelle de 0 à 10. Le chiffre 1 représente un état de bien-être, un peu comme dans les états de grande relaxation ou d'autres états méditatifs. Le chiffre 10 représente un état de panique incontrôlable, c'est-à-dire que le patient est hors de lui, qu'il n'a plus le contrôle de lui-même.

L'anxiété normale se situe autour des niveaux de 4 ou 5.

Chez le phobique, l'anxiété atteint facilement le chiffre 7 ou 8

lorsqu'il est en présence de sa peur. L'anxiété est alors difficile à

supporter et très désagréable. C'est un état que nous évitons tous le plus possible.

Des recherches démontrent que les phobiques ne restent pas assez longtemps dans la situation phobique pour s'apercevoir que l'anxiété va diminuer. C'est un peu normal puisque personne n'aime

ressentir un état aussi désagréable. Le phobique fuit le soi-disant danger quand l'anxiété a atteint un seuil élevé et il pense qu'il vient d'échapper de justesse à une expérience catastrophique.

Plusieurs chercheurs croient que, même si c'est difficile, les phobiques auraient tout intérêt à rester dans la situation et à expérimenter la diminution d'anxiété qui survient toujours après un certain temps. De cette façon, le malade s'aperçoit que la détresse ressentie dans la situation phobique fluctue grandement en intensité et dans le temps.

Enfin, d'autres chercheurs demandent aux phobiques de se concentrer sur quelque chose d'extérieur à eux lorsqu'ils sont dans la situation phobique.

Cela permet de diminuer les symptômes reliés à l'anxiété. En effet, nous savons que nos symptômes augmentent lorsque nous nous concentrons sur nous-mêmes et que nous réagissons aux images effrayantes qui se présentent à

notre esprit. On entre alors dans un cercle vicieux: plus on a des pensées effrayantes, plus on devient anxieux, et plus on devient anxieux, plus on pense à des situations effrayantes.

Voyons maintenant les réactions physiques, psychologiques et comportementales que manifeste le sujet qui souffre d'une phobie. Tous ces symptômes surviennent automatiquement quand la personne est en présence de l'objet de ses peurs et disparaissent de façon magique lorsqu'elle fuit ou évite la situation phobique.

R...ACTIONS PHYSIQUES

Sur le plan physique, le phobique présente une multitude de symptômes qui touchent surtout le système cardio-vasculaire (le coeur et les vaisseaux), le système respiratoire, le système digestif et le système neuromusculaire (les nerfs et les muscles).

Le système cardio-vasculaire

Le système cardio-vasculaire réagit fortement aux émotions. L'humain emploie une multitude d'expressions pour montrer que le coeur est le siège des émotions: "ça m'a fait mal au coeur", "j'ai eu un pincement au coeur",

"j'ai le coeur serré", "j'ai le coeur dans l'eau".

En présence du stimulus phobique, le rythme cardiaque peut s'accélérer ou ralentir. Le coeur peut également se mettre à battre à tout rompre dans la poitrine. Pour un individu donné, la tension artérielle peut augmenter et donner des bouffées de chaleur; pour un autre, elle peut diminuer et créer une sensation de faiblesse, d'étourdissement et de perte de conscience imminente. Certains individus présentent des douleurs au niveau de la poitrine comme des sensations de brûlure et des élancements.

Le système respiratoire

Le phobique présente aussi fréquemment un serrement au niveau de la poitrine et il donne l'impression d'avoir le souffle court. Cette sensation d'étouffement amène l'individu à vouloir respirer de plus en plus vite. Il se produit alors une sensation d'engourdissement autour de la bouche et au niveau des mains accompagnée de picotements. Nous sommes alors en présence de ce qu'on appelle en

médecine le syndrome d'hyperventilation.

Ce syndrome survient lorsque l'individu veut respirer trop vite; il se produit alors un déséquilibre entre l'oxygène que nous respirons et le gaz carbonique, que nous expirons. Dans le syndrome d'hyperventilation, nous excrétons trop de gaz carbonique, et nous ne respirons pas assez d'oxygène.

C'est ce déséquilibre qui provoque les symptômes décrits plus haut.

Le système digestif

Le système gastro-intestinal (l'estomac et les intestins) réagit lui aussi fortement aux émotions. Les réactions les plus fréquentes sont la sensation de boule dans la gorge, les spasmes au niveau de l'estomac et de l'intestin, les crises de nausées et de vomissements. Plusieurs malades se plaignent de crampes au niveau de l'intestin et de périodes de diarrhée.

On observe aussi chez certains individus une sécheresse au niveau de la bouche avec une sensation de soif et parfois même une impression de grande faim.

Le système neuromusculaire

Au niveau neuromusculaire, les phobiques présentent presque toujours des tremblements et des contractions musculaires. Conséquemment, les douleurs musculaires sont un phénomène fréquent chez le sujet phobique.

R...ACTIONS PSYCHOLOGIQUES

Lorsqu'elle est vécue comme une poussée soudaine de terreur, l'anxiété

prend des proportions alarmantes:

c'est la crise de panique. C'est un état dramatique. En pleine panique, l'individu a l'impression de vivre dans un monde étrange et flou; il vit un cauchemar. A ce moment, le phobique a l'impression qu'il va perdre le contrôle de lui-même; il a peur de ce qu'il peut faire et a l'impression qu'il est sur le point de sombrer dans la folie. Au point de vue psychologique, la crise de panique représente sûrement l'enfer pour le malade phobique.

R...ACTIONS COMPORTEMENTALES

A cause de tous ces symptômes, il est facile de comprendre que le comportement de l'individu face à la situation phobique se résume à la fuite et à l'évitement. Le phobique a toujours peur qu'une prochaine attaque survienne et pour éviter tous ces désagréments physiques et psychologiques, il préfère rester chez lui. La fuite et l'évitement de la situation phobique peuvent avoir des répercussions catastrophiques dans la vie d'un individu.

Pensons au handicap que présente la personne atteinte de la phobie de l'auto ou des transports en commun et pensons à la difficulté de se chercher un emploi pour quelqu'un qui souffre d'une phobie sociale, comme la peur d'écrire en présence d'autres

personnes. Combien d'individus ont tout simplement g,ché leur vie à cause d'une phobie anodine?

Mentionnons toutefois que, même si la réaction phobique produit plusieurs symptômes insupportables, ces réactions de l'organisme ne sont pas dangereuses et ne durent pas. Les phobiques doivent donc savoir que plus ils affrontent l'objet de leurs peurs, moins tous ces symptômes désagréables se manifesteront.

Chapitre 5

LES STRATÉGIES DU PHOBIQUE

La majorité des phobies apparaissent habituellement vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. C'est à cette période que l'individu doit aussi faire des choix pour orienter sa vie de façon profitable. Pour plusieurs phobiques, l'évitement systématique d'une situation particulière ou d'un objet dont ils ont peur n'entraîne que des conséquences mineures dans leur vie quotidienne.

Ainsi, la personne qui ressent une peur modérée des chiens ou des chats peut arriver à faire face à ces animaux et à contrôler son anxiété dans cette situation. Elle peut se tenir loin des chiens et des chats et le problème est réglé. Par contre, le problème doit être pris au sérieux si la peur devient une source importante de détresse pour l'individu et si l'évitement de la situation phobique interfère avec le fonctionnement social ou professionnel de l'individu.

Lorsqu'ils sont vus pour un traitement, habituellement après plusieurs années de difficultés, les phobiques ont essayé une foule de moyens pour se débarrasser de leur problème. Malheureusement, les stratégies que le phobique a utilisées pendant tout ce temps sont inefficaces.

De façon générale, ces patients ont adopté trois "pseudo-solutions" à

leur problème. Premièrement, le phobique adopte une conduite d'évitement et de fuite, c'est-à-dire qu'il évite et fuit carrément la situation ou l'objet de sa phobie, et il réorganise sa vie en conséquence.

Un homme d'affaires qui avait une phobie de l'avion a carrément refusé

une belle promotion et s'est contenté d'un emploi de second ordre pendant des années.

Deuxièmement, parce qu'ils ne peuvent pas toujours fuir ou éviter, d'autres phobiques ont besoin d'être accompagnés lorsqu'ils ont à faire face à une situation particulière. C'est ce qu'on appelle le compagnon du phobique.

Troisièmement, le phobique utilise une solution que nous appelons

"pseudo-autoguérissante". Il découvre que l'alcool ou les médicaments tranquillisants diminuent son anxiété et il se met à utiliser ces produits.

Examinons plus en détail chacune des stratégies du phobique.

LA CONDUITE D'ÉVITEMENT

La fuite et l'évitement de la situation ou de l'objet phobique amènent plusieurs patients à réorganiser leur vie en fonction de leur phobie. À mesure que leur phobie s'amplifie, ils évitent ou fuient davantage; ils se referment alors de plus en plus sur eux-mêmes.

C'est le cas d'une dame qui travaillait pour une compagnie d'aviation comme commis au comptoir de l'aéroport. Cette femme avait une phobie des chats. A de très rares occasions, à son travail, elle avait d° rencontrer des voyageurs qui arrivaient à l'aéroport avec leur chat en cage. Dès qu'elle apercevait l'animal, elle se mettait à pleurer et laissait les clients en plan au comptoir. Après quelques avertissements de ses supérieurs, elle dut quitter son emploi. Au début, elle aimait bien rester à la maison mais graduellement elle se mit à présenter le même problème quand elle se promenait dans un parc et voyait un chat.

Un peu plus tard, sa phobie augmentant, elle se mit à refuser de rendre visite à des amis qui avaient un chat, même si ceux-ci lui promettaient d'enfermer l'animal dans une pièce. Avant de sortir, elle prenait toutes sortes de précautions pour éviter de rencontrer un chat et trouvait toujours de bonnes excuses pour éviter le prétendu danger.

Elle s'est décidée à consulter lorsqu'elle s'est rendue compte qu'elle ne pouvait plus étendre son linge dehors par crainte de voir l'animal et était incapable de sortir par l'entrée principale de la maison pour faire des courses au cas o ù il y aurait un chat. Elle était devenue anxieuse même à la maison et anticipait constamment la crainte de rencontrer un chat et de perdre le contrôle. L'évitement et la fuite avaient renforcé sa phobie à la longue.

La conduite d'évitement et de fuite est tout à fait logique pour le phobique surtout lorsqu'il ne sait pas que ce comportement lui sera très nuisible à la longue. qui d'entre nous aime se mettre dans des situations difficiles? Bien plus, le phobique a rapidement remarqué que son anxiété

diminue très rapidement lorsqu'il fuit ou évite de faire face à son problème.

Cette constatation l'amène à éviter et à fuir davantage mais provoque en même temps une réduction graduelle de ses activités au point que certains malades deviennent incapables de sortir de chez eux.

LE COMPAGNON DU PHOBIQUE

Le phobique peut aussi adopter un autre comportement afin de maintenir son anxiété à son plus bas niveau possible. Il utilise alors ce qu'on appelle une conduite rassurante. A ce moment-là, pour se rassurer, le phobique se choisit une personne et n'entreprend des choses qu'en présence de cette personne. C'est ce qu'on appelle le compagnon du phobique.

Habituellement, c'est un ami intime ou le conjoint du phobique qui lui sert de compagnon. Le compagnon du phobique représente pour le sujet une certaine sécurité au cas o ù il arriverait quelque chose. Une institutrice d'anglais souffrait d'agoraphobie depuis son adolescence. Son problème s'était accentué quand elle avait commencé à enseigner. Pour pallier son handicap, elle était mariée à un alcoolique beaucoup plus âgé qu'elle.

Malgré les troubles conjugaux qu'occasionnait l'alcoolisme du mari, elle ne l'avait jamais laissé parce que, même en état d'ébriété, il n'avait jamais refusé d'aller la reconduire et la chercher à

l'école, et de faire les courses avec elle. En dehors de ces sorties, il ne se plaignait jamais de rester à la maison avec son épouse.

Pour d'autres phobiques moins gravement atteints, il arrive qu'un objet remplisse cette fonction sécurisante. Certains agoraphobes réussissent à

sortir sans compagnie, mais n'osent pas sortir de la maison sans canne ou sans parapluie. Selon eux, ces

objets les sécurisent et leur enlèvent la crainte de tomber. Les médicaments jouent également cette fonction sécurisante.

Il ne fait aucun doute que plusieurs voyageurs qui prennent l'avion ont dans leur poche ou dans leur sac à main une bouteille de pilules au cas où

ils se sentiraient angoissés au cours du voyage. Même s'ils n'en prennent jamais, le simple fait d'avoir des médicaments sous la main leur donne un sentiment de

sécurité.

Nous avons connu un médecin qui a annulé son voyage parce qu'en arrivant à l'aéroport il a constaté qu'il avait oublié ses médicaments chez lui.

Pourtant, il n'en avait jamais eu besoin lors de ses voyages précédents.

LA CONDUITE "PSEUDO-AUTOGUÉRISANTE"

Chez les phobiques, il existe une autre façon de parer à leur anxiété

qui les empêche de bien fonctionner. Le plus souvent, ils découvrent cette méthode de façon fortuite, mais ils apprennent vite qu'elle les soulage et leur procure un bien-être. Malheureusement, elle amène presque toujours des complications supplémentaires. C'est ce qu'on appelle la conduite "pseudo-autoguérissante". Celle-ci se définit comme une attitude qu'adopte le phobique; pour diminuer son anxiété, il se met à consommer de l'alcool ou des médicaments contre l'anxiété comme le Valium, le Librium, le Sérax, l'Ativan, etc. et ce, souvent à l'insu de son médecin.

Il est connu que plusieurs phobiques abaissent considérablement leur niveau d'anxiété en prenant de l'alcool ou des médicaments avant de faire face à la situation angoissante. L'ingestion d'alcool ou de médicaments devient synonyme de meilleur fonctionnement professionnel et social de même que de diminution de l'anxiété et des craintes. Bien sûr, lorsque l'effet de l'alcool ou du médicament ne se fait plus sentir, la peur reprend de plus belle et le cercle vicieux s'installe. La quantité de boisson ou de pilules augmente et la phobie diminue de moins en moins. On imagine assez facilement le genre de

santé et leur famille. A la longue, au problème de la phobie s'ajoute l'alcoolisme ou la toxicomanie.

En adoptant la conduite "pseudo-autoguérissante", le phobique tente de se traiter lui-même, mais il utilise les mauvais moyens et il ne sait pas qu'avec le temps cette conduite peut lui causer plus de mal que de bien.

Combien de personnes normales prennent un ou deux verres d'alcool en arrivant à une soirée pour "casser la glace" et se sentir plus à l'aise!

Imaginez alors le danger que représentent l'alcool ou les médicaments pour une personne qui souffre de phobie.

Comme on le constate, toutes ces stratégies ne sont que des mauvaises tactiques qu'utilisent les phobiques pour résoudre leurs problèmes. Peu importe la stratégie utilisée, elle ne représente qu'une béquille qui ne règle rien. De plus, ces stratégies n'offrent pas une qualité de vie acceptable pour ces individus; au contraire, elles causent plus de dommages que de soulagement à leur existence déjà hypothéquée.

Chapitre 6

DES PHOBIES FR...QUENTES

Voyons maintenant plus en détail quatre types particuliers de phobies.

Nous les avons choisies en raison de leur fréquence élevée dans la population, et parce que ces diverses phobies illustrent bien le processus phobique avec, ses f,cheuses conséquences. Nous avons donc choisi la phobie scolaire parce qu'elle est la plus "handicapante" chez les jeunes enfants, l'agoraphobie et la phobie sociale parce que ces deux types de phobies sont fréquents et méconnus du grand public, et les phobies simples parce qu'elles touchent une variété d'objets ou de situations.

LA PHOBIE SCOLAIRE

Plusieurs enfants montrent des signes d'anxiété par rapport à l'école à

un certain moment, mais généralement ces craintes ne durent pas longtemps et entrent dans l'ordre sans traitement. Il est d'ailleurs normal que les jeunes enfants appréhendent leur entrée à l'école puisqu'il s'agit de la première séparation d'avec leurs parents. Après quelques jours, l'anxiété

de la séparation diminue et l'enfant s'intègre facilement au milieu scolaire. Cependant, certains enfants refusent d'aller à l'école de façon continuelle. Il s'agit alors possiblement d'une phobie de l'école, appelée communément une phobie scolaire.

Les statistiques révèlent trois périodes critiques dans la vie de l'enfant susceptibles de provoquer une phobie scolaire.

Tout d'abord, il y a l'entrée à la maternelle ou à l'école primaire, selon le cas, qui coïncide avec la première séparation réelle avec les parents.

La seconde période critique survient quand l'enfant arrive en troisième ou en quatrième année. Il doit alors rivaliser avec ses pairs sur le plan scolaire. L'enfant incapable de se montrer compétitif peut se sentir inférieur, insécurisé, anxieux, et se mettre à fuir ou à éviter l'école.

La troisième période critique apparaît à l'adolescence, lorsque l'image corporelle devient un problème important. Nous connaissons les grands changements qui surviennent à l'adolescence tant des points de vue physique que psychologique. Pendant cette période tumultueuse, l'adolescent peut ressentir une grande anxiété lorsqu'il se confronte avec les autres élèves.

Dans ce cas, l'étudiant peut se retirer, être moins sociable et même quitter ou refuser de suivre ses

cours.

Il importe maintenant de différencier la phobie scolaire de l'école buissonnière. Plusieurs points séparent ces deux entités. Les enfants qui font l'école buissonnière n'ont pas peur de l'école. Ils utilisent plutôt différentes stratégies pour s'absenter de l'école et flâner seuls ou avec d'autres copains qui sèchent aussi les cours.

Ces enfants présentent souvent des comportements délinquants comme des actes de violence, des mensonges et des petits vols de même que des problèmes de discipline à

l'école. Ils ne se sentent absolument pas mal à l'aise de manquer l'école, et leur rendement scolaire est souvent médiocre.

Au contraire, les enfants qui souffrent de phobie scolaire n'ont aucun problème de discipline et ne sont absolument pas délinquants. Ce sont des élèves brillants, qui sont nettement anxieux d'être à l'école et qui cachent leur difficulté derrière des symptômes physiques comme les maux de coeur et des maux de ventre. Ils sentent le besoin de demeurer à la maison avec les parents. Il est fréquent de voir apparaître ces symptômes le dimanche soir ou le lundi matin avant la rentrée en classe. Plusieurs de ces enfants sont vus par les médecins de famille à cause des symptômes physiques. Dans la majorité des cas, tous les examens sont négatifs.

Existe-t-il un portrait type des parents d'enfants qui souffrent de phobie scolaire? Des études récentes n'ont pas réussi à trouver une constellation familiale particulière chez ces enfants.

Certaines recherches rapportent que 50 % des mères sont surprotectrices, trop indulgentes et dominées par leurs enfants. Ces derniers ont le contrôle à la maison et mènent tout le monde par le bout du nez.

C'est le cas d'un enfant de sept ans qui se comportait en véritable tyran à la maison. Il faisait tout ce qu'il voulait; lorsqu'il n'avait pas immédiatement ce qu'il désirait, il faisait une crise épouvantable. Sa mère n'osait jamais intervenir de peur de brimer l'enfant et de le traumatiser.

Ce même enfant manifestait par contre une frousse terrible de l'école parce que, disait-il, le professeur et les élèves étaient méchants avec lui. La vérité était qu'il ne faisait pas tout ce qu'il voulait à l'école: on imposait des limites normales à son comportement. Cet enfant était donc un tyran à la maison et un peureux à l'école.

On peut aussi trouver le portrait opposé et être en présence d'une mère sévère, dominatrice et d'un enfant timide, gêné. La crainte de la mère s'étendra à l'institutrice et aux compagnons de classe. Quant aux pères de ces enfants, 50 % sont inadéquats, passifs et ne s'occupent pas de leurs enfants.

L'AGORAPHOBIE

Le terme agoraphobie fut inventé par Westphal en 1871 pour décrire un syndrome particulier retrouvé chez trois de ses patients. Ces derniers l'avaient consulté parce qu'ils avaient développé une terreur soudaine et inexplicable lorsqu'ils se trouvaient dans différents endroits. Cette terreur survenait particulièrement dans la rue et sur les places publiques.

L'agoraphobie se définit donc comme une peur d'une variété d'endroits où

Le sujet ressent une crainte inexplicable et un urgent besoin de fuir vers un lieu où il se sent en sécurité. On peut aussi définir l'agoraphobie comme une peur importante lorsqu'un sujet se retrouve seul ou dans un endroit public d'où il lui serait difficile de s'échapper ou de trouver du secours en cas de malaise subit.

Le terme agoraphobie vient de deux racines grecques, agora et phobos; l'agora étant la place publique et Phobos, le dieu de la guerre qui sème la terreur et la panique dans le cœur de ses ennemis.

Les situations les plus fréquemment évitées par les agoraphobes sont les foules, les grands magasins, les tunnels, les ponts, les ascenseurs et les transports en commun. L'âge d'apparition de cette phobie se situe habituellement aux alentours de 20 ans, mais il arrive que les troubles agoraphobiques débutent plus tard. Ce problème se retrouve plus souvent chez les femmes.

Le développement de cette phobie diffère d'un cas à l'autre et malheureusement, lorsqu'ils consultent, plusieurs agoraphobes sont déjà

très handicapés dans leur vie personnelle, professionnelle et sociale. Il n'est pas rare de constater qu'en quelques semaines après le début de la maladie, plusieurs patients ne sortent plus de la maison, incapables d'affronter

toute situation. Ils ressentent un état de panique presque continu.

Pour d'autres malades, l'agoraphobie se développe plus insidieusement et la présence d'un compagnon diminue l'anxiété. De fait, comme bien d'autres maladies, l'agoraphobie ne suit pas toujours un cours bien défini.

Chez certains agoraphobes, le cours de la maladie fluctue avec des périodes aiguës et des périodes d'accalmie. La première attaque peut alors survenir à la suite d'une expérience traumatisante comme un divorce, le décès d'un parent, la perte d'un emploi. La phobie se manifeste alors quand les ressources

émotionnelles sont amoindries et que l'anxiété domine la vie du sujet.

Enfin, dans de rares cas, l'épisode

d'agoraphobie dure peu de temps. La rémission arrive de façon spontanée, ou le sujet ne connaît de rechute qu'après plusieurs années sans problème.

Par contre, il est maintenant connu que la rémission spontanée est inhabituelle lorsque le sujet souffre d'agoraphobie depuis plus d'un an.

Au contraire, l'état du malade continue de se détériorer; le sujet est de plus en plus restreint à son domicile et n'ose vraiment plus affronter l'extérieur. A moins d'être traité, l'individu atteindra rapidement un état d'immobilisation totale. Ainsi, la présence simultanée de dépression et d'anxiété importante demeure. C'est alors qu'apparaîtront vraisemblablement des épisodes de panique et de dépression.

Existe-t-il une personnalité typique de l'agoraphobe? Aucune étude ne rapporte des traits de

personnalité particuliers chez ce type de phobiques.

Les cliniciens rapportent qu'en général ces malades sont imaginatifs, qu'ils sous-estiment leur valeur et leurs capacités et se fixent des buts souvent irréalistes. De

nature consciencieuse, ils sont exigeants pour eux-mêmes et perfectionnistes. Plusieurs agoraphobes rapportent qu'ils étaient anxieux et nerveux au cours de leur enfance et constamment habités d'insécurité.

quant à la constellation familiale, certains agoraphobes mentionnent que leurs parents les surprotégeaient; par contre, d'autres parents ridiculisaient leurs enfants quand ils affichaient des peurs tout à fait normales, comme si la peur n'était pas permise dans la famille.

LA PHOBIE SOCIALE

La phobie sociale est une peur persistante et irrationnelle de toute situation dans laquelle le sujet peut être observé attentivement par une personne. La personne qui en est atteinte a peur de se conduire d'une façon humiliante ou embarrassante devant les autres. Le phobique social est donc aux prises avec une anxiété importante lorsqu'il est confronté

avec la nécessité d'affronter une situation d'ordre social. Somme toute, la phobie sociale équivaut à une image extrêmement grossie de la timidité.

Les exemples de phobies sociales ne manquent pas. Pour certains, c'est la peur d'utiliser les toilettes publiques et pour d'autres, c'est la peur de rougir en public, de vomir en présence d'autres personnes ou d'écrire à

la vue du public. Dans toutes ces situations, le sujet a peur que les autres s'aperçoivent de ses manifestations anxieuses.

Par exemple, une jeune fille craignait d'écrire en présence d'autres personnes; elle redoutait que celles-ci remarquent le tremblement de ses mains et lui posent des questions embarrassantes sur ses tremblements.

Elle avait tellement peur de trembler qu'elle prenait un comprimé de Valium et une bouteille de bière avant de se rendre à la banque simplement pour signer son nom sur son bordereau de dépôt. En plus, elle choisissait méticuleusement le moment où peu de clients visitaient la banque.

Le phobique social présente donc une anxiété élevée qui l'accable quotidiennement et le fait d'éviter la situation provoque en soi une gêne considérable.

La jeune fille dont nous venons de parler a renoncé à un voyage qui nécessitait la confrontation avec sa phobie. Elle n'a pas pu partir en voyage car il lui était impossible de signer un chèque de voyage en face d'autres personnes.

Comme dans la plupart des autres phobies, le patient atteint de ce problème a tendance à abuser d'alcool et de médicaments contre l'anxiété.

LA PHOBIE SIMPLE

Au début du siècle, les psychiatres ont compilé une liste de diverses phobies simples en utilisant la racine grecque ou latine avant le mot phobie pour désigner une phobie particulière.

La liste suivante regroupe les phobies simples les plus communes; l'acrophobie ou la peur des hauteurs, la claustrophobie ou la peur des espaces fermés, la xénophobie ou la peur des étrangers, la zoophobie ou la peur des animaux, l'éreuthophobie ou la peur de rougir, l'aquaphobie ou la peur de l'eau, la brontophobie ou la peur du tonnerre et l'hématophobie ou la peur du sang.

quel que soit le type de phobies, dans la phobie simple, le sujet cherche aussi à éviter à tout prix une situation spécifique ou un objet particulier. La phobie simple est sans aucun doute la plus répandue dans le monde et elle survient à n'importe quel ,ge. Par contre, la plupart des phobies simples qui débutent dans l'enfance tendent à disparaître sans traitement. Malheureusement, celles qui persistent jusqu'à l',ge adulte guérissent rarement sans traitement approprié.

Comme pour toutes les autres phobies, quand le patient est confronté avec sa peur, il devient appréhensif et ressent les symptômes que nous avons déjà énumérés.

chapitre 7

PHOBIE ET D...PRESSION

La dépression est une maladie fréquente puisque des études européennes et américaines indiquent qu'approximativement 20 % des femmes et 10 % des hommes adultes connaissent un épisode de dépression au cours de leur vie.

Malgré l'incidence élevée

de ce problème, la dépression est encore très mal connue du public. Une des raisons qui peut expliquer en partie la confusion avec la dépression est qu'il existe souvent un chevauchement entre l'anxiété et la dépression. En effet, bien souvent les symptômes d'anxiété sont des manifestations courantes des maladies dépressives et la dépression est une complication fréquente des troubles anxieux. Comme les phobies font partie des troubles anxieux, il arrive donc que des épisodes dépressifs surgissent comme une complication de la phobie. Pour cette raison, nous avons cru bon réserver un chapitre à la dépression,

afin de faire la lumière sur ce sujet et de parler de sa relation avec les phobies.

Chacun de nous a ressenti au moins un état dépressif léger à un certain moment; cela fait partie du cours normal de la vie. On se sent déprimé

quand les choses vont mal, quand nos plans échouent, lorsqu'on a des problèmes avec un parent, un enfant

ou un ami, ou encore quand une personne importante dans notre vie décède.

Il n'est donc pas étonnant

d'entendre fréquemment "j'ai fait une dépression quand ma mère est morte",

"quand mon ami m'a quittée", "au moment où j'ai perdu mon emploi". Dans certains cas, il s'agit véritablement d'une dépression.

Par contre, pour la plupart d'entre nous, c'est tout simplement un état de tristesse et d'abattement suite à un coup dur de la vie. On constate aussi que la tristesse et l'abattement ne sont pas nécessairement synonymes de dépression. Toutefois, quand le désappointement, la frustration ou la perte sont plus graves et que la réaction est plus intense et persistante, on commence à penser à la dépression.

qu'est-ce alors qu'une vraie dépression? Pour parler de dépression, les trois caractéristiques suivantes doivent être présentes de façon persistante: premièrement, l'humeur dépressive, c'est-à-dire un état de malaise intérieur important; deuxièmement, une perte marquée d'intérêt pour toute activité habituelle et tout plaisir dans la vie; troisièmement, la présence de symptômes physiques caractéristiques.

Parmi ces symptômes, nous retrouvons une diminution de l'appétit et du poids, des troubles du sommeil qui se manifestent par une difficulté à

s'endormir ou un réveil très matinal, une diminution de l'énergie, c'est-à-dire que la personne ne fait presque rien durant la journée, se sent toujours extrêmement fatiguée et éprouve des difficultés de concentration et d'attention. Le malade a alors de la difficulté, par exemple, à lire et à regarder la télévision; il n'est plus capable de suivre son émission préférée et quand il lit un livre ou le journal, il recommence deux ou trois fois le même paragraphe et ne se souvient plus de ce qu'il a lu exactement. Il survient également beaucoup

de culpabilité chez le déprimé: par exemple, une mère de famille peut s'en vouloir de ne pas avoir préparé un bon repas pour ses enfants et de ne pas être une bonne épouse. A cause de la culpabilité, la personne déprimée se fait des reproches pour des choses qui sont généralement très anodines. Le malade déprimé

pense également à la mort et souhaite secrètement en finir avec ses jours.

Le déprimé se décrira habituellement comme un être triste, sans espoir, découragé, et "au bout de son rouleau". Au point de vue objectif, il présente un visage triste et morose, une attitude tendue et crispée. Il parle de la mort comme si c'était un soulagement. Certains déprimés présentent des préoccupations excessives à propos de leur santé; au moindre petit malaise, le malade peut avoir peur d'un cancer quelconque, d'une attaque de coeur ou de toute autre maladie fatale.

Voyons plus en détail les divers symptômes reliés à un état dépressif.

TABLEAU DES SYMPTOMES D...PRESSIFS

A) Caractéristiques émotionnelles

L'humeur dépressive

L'humeur dépressive se manifeste par une vision pessimiste qu'a l'individu de lui-même et de l'environnement. C'est plus qu'un état de tristesse, c'est une douleur morale intense. "Ce n'est pas tellement que je me sente triste, mais c'est que ça fait mal en dedans", disait un patient.

L'irritabilité

Le sujet déprimé devient contrarié à la moindre petite anicroche. Une mère déprimée aura beaucoup de difficulté à endurer son enfant en train de jouer dans la cuisine; pour un rien, l'enfant lui tombe sur les nerfs et la rend irritable alors qu'en temps normal elle participe même aux activités de son enfant.

La perte d'intérêt

Le malade déprimé voit réduire sa capacité de jouir des choses plaisantes de la vie et il présente une perte d'intérêt marquée pour ses activités habituelles. Un homme d'affaires influent ne mettait même plus les pieds à son bureau et se disait complètement désintéressé par son entreprise.

Le manque d'entrain et d'énergie

Alors qu'auparavant le sujet pouvait être très énergique et accomplir de nombreuses tâches durant la journée, la moindre petite activité abat le déprimé pour quelques jours et l'affaiblit considérablement. Même manger devient un effort.

Le retrait émotionnel

Dans un état dépressif, le malade a tendance à fuir les contacts avec les autres; il est plutôt porté à se retirer, à rester seul dans son coin, à ne pas parler et à ruminer ses problèmes.

La préoccupation de la mort

Le sujet déprimé est préoccupé par la mort. Il mentionne souvent que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, il lui arrive même de souhaiter la mort,

et il peut avoir des idées et des plans pour mettre fin à ses jours. Le malade raconte souvent que tant qu'à ne plus avoir d'intérêt dans la vie et continuellement se sentir triste et accablé, il préférerait plutôt en finir.

B) Caractéristiques psychologiques

La tendance à se blâmer et à se critiquer sévèrement Le déprimé a tendance à se blâmer et à se critiquer trop sévèrement pour des peccadilles ou des erreurs du passé. Ainsi, le père de famille qui souffre de dépression se voit comme un mauvais père, et pense que ses enfants seraient beaucoup plus heureux si un autre homme prenait soin d'eux.

Le pessimisme et le désespoir

Le malade en pleine dépression a une vision complètement pessimiste et désespérée du passé, du présent et du futur. Il se voit comme une personne qui ne s'en sortira jamais et qui ne verra jamais le bout du tunnel. Même lorsqu'un traitement lui est offert, il peut arriver qu'il ne croie pas que la thérapie peut l'aider, tellement il se sent au fond de l'abîme.

La distraction et le manque de concentration

On remarque souvent chez le malade déprimé une tendance à être facilement distrait et à présenter de la difficulté à se concentrer. Lors d'une conversation, en regardant la télévision, ou en lisant, le sujet se dit incapable de se concentrer; il perd le fil de ses idées et rapporte que cela lui est très désagréable.

C'est en partie pour cette raison que le déprimé cherche à se retirer et à fuir le contact social.

L'incertitude et l'indécision

En phase dépressive, il devient difficile pour le sujet de passer à

l'action car il est bien souvent incertain et indécis à propos de tout et de rien. Le malade n'a plus confiance en lui et craint que ses décisions n'entraînent des conséquences f,cheuses. Au cours d'un épisode dépressif, un agent immobilier était devenu tellement indécis qu'il avait mis des jours à se décider à faire changer les pneus de sa voiture.

La préoccupation au sujet de la santé

Il arrive que le déprimé soit constamment préoccupé au sujet de sa santé

et le moindre malaise physique devient pour lui un signe d'une maladie grave. Par exemple, un malade qui souffrait de maux de tête était convaincu d'avoir une tumeur cérébrale.

Les pertes de mémoire

Enfin, le malade qui souffre de dépression se plaint fréquemment de pertes de mémoire importantes. Il a tendance à oublier des choses utiles, le nom de ses amis ou d'une ville qu'il a visitée récemment.

C) Caractéristiques physiques

La fatigabilité

La fatigabilité est toujours présente chez le malade déprimé. Pour la ménagère, préparer un repas ou faire la lessive lui paraît une montagne; lorsqu'elle réussit à exécuter ces t,ches, elle est par la suite complètement épuisée et incapable d'entreprendre une autre activité au cours de la journée.

L'insomnie ou l'hypersomnie

On retrouve chez la personne dépressive une insomnie importante ou une hypersomnie, c'est-à-dire que le sujet dort beaucoup plus longtemps que d'habitude. L'insomnie se manifeste par une difficulté à pouvoir s'endormir avant deux ou trois heures; le sujet se réveille souvent au cours de la nuit et, dès l'aube, est réveillé. Le sommeil n'est pas réparateur: il est

raccourci et agité, ce qui augmente d'autant plus la fatigue dès le réveil.

L'anorexie

Anorexie veut dire perte ou diminution de l'appétit; c'est un autre symptôme relié à la dépression. Le malade déprimé mange très peu et saute fréquemment des repas. A l'extrême, quand il mange, la nourriture peut avoir un très mauvais goût. Il n'est donc pas étonnant qu'à cause de l'anorexie, la perte de poids survienne rapidement. En quelques semaines à

peine, le malade peut perdre facilement plus de cinq kilos.

Le retard psychomoteur

Comme le terme l'indique, le ralentissement psychomoteur veut dire une diminution du rendement intellectuel et une diminution des gestes et des mouvements. Pour le malade déprimé, tout fonctionne au ralenti: sa pensée et son langage sont lents et ses

gestes sont ralentis. Le malade semble apathique, engourdi et nonchalant.

La diminution du désir sexuel

Enfin, les fonctions sexuelles ne sont pas épargnées chez l'individu déprimé. La sexualité n'a plus d'attrait et le désir sexuel est fréquemment diminué. Il peut en résulter de l'impuissance chez l'homme et de la frigidité chez la femme.

D...PRESSION ET PHOBIE

Existe-t-il vraiment une relation clinique entre la dépression et la phobie? Comme le rapporte le professeur Marks, les phobies, comme les autres symptômes névrotiques, surviennent dans une variété de conditions cliniques.

quand un malade se présente avec une phobie, une histoire psychiatrique complète est essentielle pour vérifier si la phobie est effectivement le problème principal. Le phobique qui n'en peut plus peut devenir déprimé, mais une phobie peut commencer ou

s'aggraver lors d'un épisode dépressif. Nous savons maintenant que l'anticipation est un mécanisme important dans la phobie. Avant d'affronter une situation, le phobique anticipe ce qui va se passer et comment il va réagir. L'anxiété est donc à un niveau élevé. Or, celle-ci peut aussi être responsable de symptômes physiques qui ressemblent à ceux observés chez les

malades déprimés.

Comme le déprimé, le phobique peut se plaindre de difficultés à

s'endormir, de mauvaise concentration, d'indécision et de tension musculaire. A cet égard, on remarque une similarité entre la phobie et la dépression.

Reprenons l'exemple de l'agoraphobie. Les agoraphobes qui présentent des attaques de panique deviennent démoralisés à la longue. Les attaques de

panique répétées et l'évitement de toute concentration de personnes conduisent au manque de confiance, au découragement et au désespoir. Ils abandonnent tout espoir de guérir et de retrouver une vie normale. Par contre, plusieurs de ces malades ne manifestent ni l'humeur dépressive, ni la perte d'intérêt et de plaisir des déprimés. Toutefois, dans plusieurs cas, la dépression survient; elle est causée par la nature restrictive et décourageante de leur problème de même que ses conséquences sur leur vie familiale et sociale. A ce moment, la dépression devient un résultat naturel. En ce sens, la dépression n'est pas alors le problème central mais plutôt une conséquence ou une complication de la phobie. Les symptômes de dépression sont secondaires au problème phobique et rendent le traitement plus difficile. Les phobiques ont donc tout intérêt à consulter tôt; le pronostic de la maladie s'en

trouve amélioré et le malade peut au moins éviter les désagréments de la dépression.

chapitre 8

LE TRAITEMENT DES PHOBIES

Vous connaissez maintenant les différentes théories qui expliquent les causes et le développement des phobies. A ce stade, vous vous demandez sûrement quels traitements s'appliquent pour ce genre de problème. Disons tout de suite qu'il existe maintenant des traitements efficaces pour les malades qui souffrent d'une ou de plusieurs phobies et qu'une guérison complète est possible. Comme on le verra plus loin, plusieurs types de traitements sont disponibles mais il s'agit de trouver la meilleure thérapie pour chaque cas particulier. Bien plus, il est possible d'administrer à un sujet différents traitements simultanément et ainsi obtenir une efficacité encore plus

grande. L'expérience et les connaissances du thérapeute sont donc très importantes dans le traitement des malades phobiques.

Le tableau suivant montre les deux types de traitement actuellement offerts aux phobiques.

A) Traitement curatif

1. Thérapies comportementales ou comportementales a) La désensibilisation systématique

b) L'immersion

c) L'apprentissage par imitation

2. Thérapie d'orientation analytique

3. Thérapie cognitive

B) Traitement symptomatique

La médication

1. médicaments contre l'anxiété ou anxiolytiques 2. médicaments antidépresseurs

Avant de parler de façon précise de chaque traitement, soulignons que la compréhension de la maladie demeure la première étape du traitement.

Autrement dit, une personne qui connaît les causes et le développement des phobies possède déjà des informations très précieuses. Pour elle, les phobies ne sont plus des phénomènes incompréhensibles et mystérieux. Bien au courant du sujet, cette personne peut non seulement détecter les premiers signes et symptômes d'une phobie autant chez elle que chez les autres, mais elle peut se présenter chez un professionnel de la santé ou diriger quelqu'un vers un traitement au début de la maladie. Dès le départ, le pronostic ne s'en trouve qu'amélioré. Pour les cas plus graves, sa compréhension des phobies l'amènera à mieux soutenir les malades qui souffrent à cause de ce problème.

Le second point d'importance avant le traitement demeure l'évaluation détaillée et soignée du malade

par un professionnel de la santé mentale.

Lors de l'évaluation, le clinicien doit s'informer sur les aspects suivants: début de la phobie, stratégies utilisées pour combattre ce problème, évolution de la vie personnelle, familiale et sociale du malade en regard de sa

phobie et façons d'éviter la phobie et l'anxiété pour le malade. La connaissance de son problème par le malade de même qu'une bonne évaluation clinique permettront de choisir le ou les traitements les plus efficaces parmi l'arsenal thérapeutique.

LES TH...RAPIES COMPORTEMENTALES OU B...HAVIORALES

Dans les thérapies comportementales, appelées thérapies béhaviorales au québec, il existe plusieurs techniques spécifiques pour le traitement des phobies, mais les trois plus importantes sont la désensibilisation systématique, l'immersion et l'apprentissage par imitation.

a) La désensibilisation systématique

Cette technique fut mise au point dans les années 1960 par le psychiatre américain Joseph Wolpe. Pratiquement, elle consiste d'abord à préparer une hiérarchie des peurs du malade et à lui enseigner une technique de relaxation.

Cette étape franchie, le thérapeute demande au malade de s'imaginer, sous relaxation, la situation la moins apeurante de façon répétée jusqu'à

ce qu'il puisse tolérer cette image sans anxiété. Progressivement, toujours sous relaxation, le malade imagine des situations dans lesquelles il est habituellement plus

anxieux. Il n'est pas important de posséder à fond une technique de relaxation pour faire de la désensibilisation systématique, mais il faut au moins que le sujet se sente complètement relaxé mentalement.

Au cours des séances, le malade est informé des scènes qui lui seront présentées et il doit indiquer, lorsque l'image mentale d'une scène est obtenue, s'il ressent de l'anxiété ou s'il peut la tolérer facilement.

L'apparition de la moindre anxiété, lors de la présentation d'une image, oblige le thérapeute à recommencer la même scène plusieurs fois jusqu'à ce que le

malade se sente complètement calme tout en visualisant une scène dont il avait peur auparavant. Si l'anxiété est trop marquée, cette image doit être retirée et substituée par une autre qui génère moins d'anxiété.

Lorsque le malade est capable de tolérer

quelques scènes phobiques en imagination, il peut alors entrer en contact réel avec sa phobie tout en se relaxant le plus possible.

Enfin, le thérapeute recommande habituellement au malade de ne pas entrer en contact avec les

situations phobiques qui n'ont pas encore été

visualisées en imagination puisque toute expérience d'anxiété excessive et d'évitement peut augmenter la phobie plutôt que l'améliorer.

Le traitement par désensibilisation systématique dure en moyenne de 12 à

15 séances au rythme d'une séance de 30 à 40 minutes par semaine. Cette méthode de traitement présente par contre cinq difficultés possibles. Tout d'abord, certains sujets ont de la difficulté à apprendre une technique de relaxation; d'autres ont beaucoup de misère à visualiser les scènes phobiques

dans leur tête. Il peut aussi arriver qu'il se présente des difficultés à

faire décrire exactement au malade la gradation de ses peurs pour les placer en ordre hiérarchique. Dans de rares cas, des phobies déjà

désensibilisées peuvent réapparaître à nouveau. Finalement, le manque de coopération du malade représente certes la difficulté la plus grande.

L'exemple du cas suivant illustre bien le traitement par la désensibilisation systématique. Il s'agit d'un homme d'affaires de 45 ans qui consulte avant de se décider à quitter son emploi à cause de sa phobie de l'avion. Utilisant à maintes reprises ce moyen rapide de transport, il s'est aperçu que, depuis les cinq dernières années, il était extrêmement anxieux avant et pendant chacun de ses voyages en avion. Il note même que, depuis deux ans, il doit prendre des Valium au moins une semaine avant le départ et, dès son arrivée à l'aéroport, il ingurgite une énorme quantité d'alcool pour "faire le voyage en semi-coma".

Deux événements importants sont survenus dans les derniers temps. Six mois auparavant, il planifie de prendre des vacances dans le Sud avec son épouse et sa famille. Peu avant le départ à l'aérogare, il se sent si mal qu'il décide de ne pas partir avec sa famille. quatre mois plus tard, il fait une nouvelle tentative. Cette fois, sa femme partirait dans un avion, et lui et ses fils prendraient le vol suivant. A nouveau, il est incapable de monter à bord de l'avion, laissant ses fils aller rejoindre leur mère. Il croit qu'il ne lui sera jamais possible de prendre l'avion à nouveau et, comme il doit voyager pour sa compagnie, il préfère démissionner plutôt que d'avouer son problème et perdre son emploi.

Le thérapeute convient d'un plan de traitement avec lui. Tout d'abord, il lui conseille d'acheter un disque qui contient des instructions de relaxation et de l'écouter, en position couchée, deux fois par jour pendant une semaine afin de se relaxer et d'apprendre les instructions par coeur.

La semaine suivante, il doit suivre la même procédure mais faire les exercices de relaxation par lui-même, sans le disque. Un rendez-vous lui est donné au début de la troisième semaine et, ce pour 15 semaines consécutives pour faire la désensibilisation systématique. La hiérarchie suivante a été élaborée en accord avec le patient.

1. je décide de faire un voyage en avion dans deux mois.
2. je me rends à l'agence de voyage pour des informations.

3. J'achète les billets d'avion.
4. je suis à un mois du départ.
5. je délègue mes responsabilités deux semaines avant le départ.
6. je suis à une semaine du départ.
7. J'avertis les gens de mon bureau de mon départ dans les jours qui viennent.
8. je prépare mes valises.
9. La veille du départ, je conclus mes dernières affaires et j'avertis les gens au sujet de mes vacances.
10. Le matin du départ, je prends ma douche et je m'habille pour partir pour l'aéroport.
11. je conduis ma voiture, en route pour l'aéroport.
12. J'attends au comptoir de la compagnie aérienne.
13. je passe la douane.
14. On annonce le départ.
15. je suis les autres passagers vers l'avion.
16. je prends mon siège dans l'avion.
17. Nous roulons vers la piste d'envol.
18. Nous amorçons le décollage.
19. L'avion monte et atteint son plateau d'altitude.
20. Nous atteignons notre vitesse de croisière.
21. On annonce la descente.
22. Nous amorçons l'atterrissage.
23. L'avion vient d'atterrir.
24. Les passagers sortent de l'avion.

A chaque séance, le sujet doit imaginer une ou deux de ces scènes sous relaxation. Entre les séances, l'individu continue à pratiquer ses exercices de relaxation

deux fois par jour. Une semaine après la fin du traitement, le patient s'envole seul vers Londres. Un télégramme reçu par le thérapeute indique que le voyage s'est fait sans anxiété, sans Valium et sans alcool. Au retour, le sujet prend aussitôt des dispositions pour faire un autre voyage. Un an plus tard, il

voyage tout autant et a eu une promotion.

b) L'immersion

Le principe de cette technique est simple et tout le contraire de la désensibilisation systématique. Le patient doit vivre sa phobie aussi intensément que possible jusqu'à ce que, finalement, elle devienne tolérable. Le patient est donc littéralement immergé dans ses symptômes, en imagination d'abord et en pratique dans un second temps.

En se basant sur le principe que les phobies sont des comportements appris (rappelez-vous du cas du petit Albert) et qu'elles continuent à se manifester à cause de l'évitement de la situation anxiogène, le docteur Stampfl préconise, en 1967, de placer le malade dans ce contexte pendant un certain temps. Selon lui, le malade apprend aussi à contrôler son anxiété

et par conséquent le comportement inadapté s'éteindra par lui-même.

Dans un premier temps, dans l'immersion imaginaire, on demande au malade de s'imaginer dans la situation phobique et de vivre dans son esprit tous les symptômes qu'il ressent.

Dans un second temps, lors de la période pratique du traitement, le thérapeute tente à nouveau d'obtenir le maximum d'anxiété chez le malade en le mettant directement en présence de l'objet phobique.

L'immersion diminue les peurs parce que cette technique empêche le malade d'éviter sa phobie, mais elle agit aussi en permettant au sujet de se laisser aller à une décharge émotionnelle importante. Il est étonnant de constater que certains patients considèrent ce traitement comme un défi à relever et s'exposent à l'objet phobique souvent pour la première fois depuis plusieurs années.

De nos jours, seule l'immersion en pratique est utilisée et la technique s'applique de façon moins draconienne car nous savons maintenant que le thérapeute peut obtenir d'aussi bons résultats sans augmenter de façon indue l'anxiété du malade. Par contre, son attitude doit être ferme, mais compréhensive et encourager le malade lors de ses réussites, afin de renforcer le bon comportement.

Comme on peut le constater, contrairement à la désensibilisation systématique qui est une exposition progressive à la situation phobique avec relaxation, l'immersion est une exposition subite et prolongée à la phobie et ce, sans relaxation.

L'immersion donne des résultats plus rapides que la désensibilisation systématique pour la plupart des phobies et la technique est moins ennuyante à administrer pour le thérapeute. Pour une phobie simple, le traitement par immersion peut se faire en trois heures alors qu'il faudra de dix à quinze heures de traitement par désensibilisation systématique pour obtenir les mêmes résultats.

Par contre, pour certaines phobies, il est impossible d'appliquer l'immersion. Par exemple, dans le cas de la phobie de l'avion que nous venons de décrire, il est impossible de faire de l'immersion puisqu'aucun thérapeute ne possède d'avion de type Boeing 727 ou 767 et que la plupart du temps il lui est impossible d'accompagner le malade pour un long voyage.

Il est par contre facile de trouver des chiens et des chats pour le traitement de ces phobies, des

ascenseurs sont disponibles pour ceux qui ont ce problème et on peut se rendre dans les centres commerciaux, dans les amphithéâtres et les cinémas pour traiter l'agoraphobie.

Voici un exemple cocasse et en même temps tragique. Un homme de 32 ans avait une phobie du tonnerre tellement débiliteuse qu'à la moindre nouvelle d'un orage annoncé par la météo, il devenait très anxieux, fermait les fenêtres et les tentures et ne quittait pas son domicile tant que la météo n'annonçait pas du beau temps. Il trouvait son problème ridicule et le rendait responsable de ses crises d'anxiété et de ses nombreux jours d'absentéisme au travail. Comme le thérapeute ne pouvait commander des éclairs et du tonnerre à volonté, il pensa obtenir des résultats avec l'immersion et décida d'utiliser des effets sonores en laboratoire. A l'aide d'un système de son en stéréophonie, il fit donc entendre au patient, pendant plus d'une heure, des bruits d'éclairs et de tonnerre enregistrés sur disque.

Au cours de ce traitement, le sujet ne présenta aucun signe d'anxiété et à la fin il déclara: "Je n'ai eu aucune peur parce que ce n'est pas du vrai tonnerre." Pour ces raisons bien pratiques, le thérapeute décida donc de recommencer le traitement et d'utiliser

la désensibilisation systématique. Par chance, deux jours avant la première séance, le patient téléphona au clinicien pour lui dire qu'il lui serait impossible de se présenter à son rendez-vous parce qu'on annonçait un orage électrique. Le thérapeute eut alors l'idée de dire au patient que, dès que le ciel se mettrait à se couvrir, il devait prendre un taxi et venir le rejoindre à la clinique. Le lendemain, le sujet arrivait en trombe chez son thérapeute. Deux heures plus tard, alors que le ciel se fendait d'éclairs et que le tonnerre se faisait entendre de plus belle, le clinicien et son patient se retrouvaient tous deux dehors en face de la clinique, en plein orage. Malgré son anxiété très élevée et sa peur terrible, le sujet fit face à sa phobie pour la première fois de sa vie pendant un total de 40 minutes au cours de cette séance pratique d'immersion. Il fut averti que dorénavant, à chaque orage électrique, il devait répéter cette méthode par lui-même puisqu'il n'y avait aucun danger réel. Le malade suivit la consigne et se débarrassa de son problème au cours de l'été. Depuis ce temps, il rapporte que sa vie a complètement changé. Finie l'anxiété provoquée par la moindre nouvelle d'un orage à la radio, finie la claustrophobie à la maison et finies les absences au travail.

c) L'apprentissage par imitation

Il est indéniable que l'être humain apprend beaucoup en observant les comportements des autres et en les imitant par la suite. Même si nous avons tendance à imiter les bons points chez les autres, nous avons malheureusement tendance à aussi imiter parfois les mauvais comportements.

Cette façon de se comporter s'observe clairement dans l'enfance: l'enfant apprend les bonnes et les mauvaises habitudes de ses parents. Il peut donc devenir lui-même phobique parce qu'il voit l'apparence terrifiée et le comportement d'évitement d'un parent, d'un frère ou d'une autre personne dans certaines situations.

Comme la nature fait bien les choses, l'Américain Bandura a cru bon de développer la technique d'apprentissage par imitation pour réapprendre au phobique un comportement normal. Dans cette technique, le thérapeute précède le sujet dans la situation phobique et il lui sert de modèle.

Cette technique joue un rôle accessoire dans le traitement des phobies chez les adultes, mais elle est extrêmement utile pour les phobies chez les enfants, car elle peut même être utilisée par les parents

eux-mêmes.

Un père de famille qui avait lu un reportage sur cette technique a entrepris de traiter la phobie des chiens de son fils de cinq ans. A la vue des chiens, l'enfant était tout simplement horrifié, probablement parce qu'il avait été mordu par un jeune chien un an plus tôt.

Dans un premier temps, le père se rendit dans un chenil et s'amusa avec des chiens pendant que l'enfant demeurait dans l'automobile. Le lendemain, il emprunta un chien nouveau-né à un ami et, en disant à son fils de rester à distance, il s'amusa avec le chiot pendant cinq minutes. Très hésitant au début, l'enfant s'approcha lentement et réussit à flatter l'animal en même temps que son père. Deux jours plus tard, le père arriva à la maison avec un épagneul et recommença le même stratagème. Aussitôt qu'il aperçut le chien l'enfant fut un peu étonné. Toutefois, il réussit non seulement à

le caresser, mais à courir après lui. Le père recommença la même méthode le lendemain,

mais il se tint plus à distance de l'animal. Il remarqua que l'enfant appréciait déjà le contact avec le chien et que sa peur était presque disparue. Après une dernière séance où le père laissa l'enfant seul avec le chien dans la cour sans problème, il décida d'acheter un jeune chien pour son fils. Il se rendit dans un chenil où l'enfant choisit lui-même l'animal. Depuis lors, le problème a disparu et l'enfant est très attaché

à son chien.

Conditions du traitement par les techniques de thérapie comportementale Avant de commencer un traitement par une technique de thérapie comportementale, il faut respecter certains critères de sélection. Selon le professeur Marks, les critères suivants sont les plus appropriés.

Tout d'abord, le malade ne doit pas montrer de signes de dépression sévère, sinon un traitement par des médicaments antidépresseurs devrait être donné en premier lieu.

quand le sujet consomme beaucoup d'alcool ou prend des doses importantes de médicaments contre l'anxiété, l'ingestion de ces produits doit être réduite à des niveaux acceptables, ou mieux, le malade doit cesser toute prise de médication ou d'alcool.

Les maladies physiques comme les maladies cardiaques, l'asthme et les ulcères peuvent être aggravées si le patient se sent très anxieux. L'état physique du malade contribue donc à la décision du type de technique à

utiliser. Par exemple, s'il souffre d'asthme ou de maladie cardiaque, le thérapeute optera pour une technique où l'exposition à la situation phobique

se fait plus graduellement, comme la désensibilisation systématique.

Toutefois, si le patient est en bonne forme, une anxiété élevée lors de la confrontation avec la phobie, comme dans l'immersion, n'est, par exemple, pas dangereuse physiquement ou mentalement. Les phobies du sujet doivent toucher à des objets ou des situations spécifiques; on entend par là que le malade doit avoir une peur précise et identifiable et non pas des peurs vagues et diffuses. Non seulement le problème du malade doit-il être défini de façon précise, mais celui-ci doit pouvoir

indiquer des buts spécifiques qu'il veut atteindre avec le traitement.

Enfin, comme le traitement consiste toujours en des exercices d'exposition à la phobie, le patient doit être en accord pour investir le temps et l'effort nécessaires pour surmonter ses difficultés et constater une différence tangible dans sa vie; les membres de sa famille, une copine ou un ami peuvent servir de cothérapeutes pour aider le sujet dans son traitement et lui

apporter tout le support nécessaire.

Stratégies à être utilisées par le malade au cours du traitement Le malade doit s'attendre à travailler fort au cours du traitement afin de régler son problème. Il mettra sur papier l'énumération de ses troubles et les buts qu'il veut atteindre; cette tactique permet de réviser la situation au cours de la thérapie. Le sujet doit de plus identifier les sensations qu'il éprouve quand il est effrayé. Il doit aussi apprendre diverses techniques qui l'aideront quand l'anxiété surviendra: respirer lentement et profondément, penser à une situation relaxante, s'adonner à une activité manuelle ou apprendre une technique de relaxation. Finalement, le phobique doit suivre méticuleusement le programme qui lui est fixé à chaque séance de traitement et rendre compte des résultats à son thérapeute à la

séance suivante.

Il est maintenant plus facile de voir qu'avec ce type d'approche, le thérapeute se propose d'atteindre deux buts bien précis. Le clinicien veut avant tout réduire les comportements phobiques qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien du malade et l'aider à améliorer son ajustement social qui a été troublé par son problème. De façon accessoire, il ne vise pas

nécessairement à abolir toute anxiété chez le sujet mais à la réduire à un niveau acceptable et tolérable. Il veut également développer chez lui des habiletés qui le rendent apte à parer à une récurrence de ses symptômes.

LES TH...RAPIES D'ORIENTATION ANALYTIQUE

Le traitement psychanalytique des phobies est le même que pour les autres névroses. Le thérapeute essaie de faire prendre conscience au malade de ses émotions refoulées, de le confronter avec ses émotions et de lui faire reconnaître qu'elles ne sont pas mauvaises et n'ont pas besoin d'être refoulées plus longtemps. C'est ainsi qu'une fois que le patient comprend ses émotions, les symptômes devraient disparaître. Par contre, Freud lui-même a souligné l'importance d'exposer le patient à sa phobie.

quoique la psychanalyse et la thérapie d'orientation analytique continuent à être utilisées dans le traitement des phobies, il est reconnu que ces méthodes ont une valeur limitée pour ce genre de problème, car il existe maintenant des traitements plus efficaces et surtout plus rapides. Les phobiques devraient d'abord s'informer sur la thérapie comportementale et la thérapie cognitive avant de penser à toute thérapie d'orientation analytique.

LA TH...RAPIE COGNITIVE

Depuis les années 1970, un nouveau traitement des phobies est apparu sur le marché. Il s'agit de la thérapie cognitive qui postule que des troubles émotionnels tels que les phobies sont causés par des idées erronées que le sujet entretient sur lui-même et sur son environnement. Ces pensées erronées

conduisent à des changements émotionnels qui produisent des symptômes. Pour modifier cette situation. Il est nécessaire de "défaire ces idées erronées", d'aider le patient à être maître de lui-même et de montrer qu'il est en contrôle de son propre comportement et non pas l'esclave de sa phobie.

La première étape de ce processus correctif consiste à amener l'individu à verbaliser ses pensées et ses sensations reliées à ce problème, bref de reconnaître et de définir ses pensées erronées. Les thérapeutes d'orientation cognitive affirment que la plupart des phobiques ne possèdent pas une idée claire et précise de ce qui leur fait peur et ressentent seulement une crainte diffuse et un besoin imminent de fuir.

La première étape de la thérapie consiste à leur demander d'essayer de préciser les images et les sensations

apeurantes qu'ils éprouvent. C'est alors qu'ils commencent à s'exprimer clairement et distinctement.

La seconde étape vise à exposer le sujet à la situation phobique: il prend alors conscience qu'il avait tort de penser d'une telle façon et que ses peurs reposaient sur des notions complètement fausses. La discussion, la logique et la confrontation sont trois techniques de thérapie cognitive qui donnent d'excellents résultats dans le traitement des phobies.

LE TRAITEMENT SYMPTOMATIqUE

Les médicaments sont d'excellents adjuvants dans le traitement des phobies, principalement pour diminuer l'anxiété du malade et l'aider à

faire face a sa peur. Par contre, en aucun cas, ils ne peuvent par eux-mêmes guérir une phobie. Au mieux, les médicaments diminuent ou éliminent les attaques de panique et soulagent l'anxiété anticipatoire, c'est-à-dire lorsque le malade anticipe à l'avance devoir faire face à sa phobie et devient anxieux rien qu'à y penser. Dans le traitement des problèmes phobiques, deux classes de médicaments sont particulièrement utilisées: ce sont les médicaments contre l'anxiété, appelés les anxiolytiques, et les médicaments contre la dépression ou les antidépresseurs.

Le tableau suivant résume la liste de ces principaux médicaments. Ceux-ci sont énumérés selon leur nom générique ou chimique et leur nom commercial, c'est-à-dire les noms sous lesquels on les retrouve sur le marché.

Liste des médicaments utilisés dans le traitement des phobies A) Médicaments contre l'anxiété ou anxiolytiques: Nom générique Nom commercial Alprazolam Xanax Bromazepam Lectopam Chlordiazepoxide Librium Clorazepate Tranxène Diazepam Valium Ketazolam Loftran Lorazepam Ativan Oxazepam Serax B) Médicaments contre la dépression ou antidépresseurs: Nom générique Nom commercial Amitriptyline Elavil Amoxapine Asendin Clomipramine Anafranil Desipramine Pertofrane Doxepine Sinequan Imipramine Tofranil Maprotiline Ludiomil Nomifensine Merital Nor~triptyline Aventyl Phénelzine Nardil Protriptyline Triptil Tranylcypromine Parnate Trazodone Desyrel Trimipramine Surmontil Les anxiolytiques aident à diminuer la tension nerveuse chez les gens en général. En ce sens, ils sont aussi utiles chez les phobiques, même si l'anxiété n'est réduite que sur une base temporaire. Ils permettent au moins au malade d'accepter plus volontiers

un traitement qui vise la confrontation avec sa peur et peuvent aider un sujet à mieux apprendre une

technique de relaxation, du moins au début.

Par contre, lorsque le malade se sent plus à l'aise devant sa phobie et parvient à bien se relaxer par lui-même, les anxiolytiques devraient alors être graduellement diminués puis complètement arrêtés par la suite.

Plusieurs patients racontent néanmoins que, même s'ils sont maintenant guéris, ils traînent encore leur bouteille de médicaments avec eux, juste au cas où une panique surviendrait.

quant aux antidépresseurs, ils sont certes très utiles lorsque le malade est franchement déprimé. Par contre, on sait aussi que ces médicaments peuvent également contrôler les épisodes de panique, et que cette action n'est pas reliée à leurs propriétés antidépressives. Les chercheurs ignorent encore le mécanisme exact en cause dans le contrôle des paniques.

Les médecins qui prescrivent des médicaments aux phobiques doivent connaître les qualités et les effets secondaires de chacun de ces médicaments, tenir compte de la gravité du problème du malade et diminuer toute médication peu de temps après que le sujet présente une amélioration objective pour finalement arriver à la cesser complètement.

chapitre 9

LA PR...VENTION DES PHOBIES

Le Larousse définit la prévention comme un ensemble de mesures prises en vue d'éviter une maladie. Par exemple, pensons aux campagnes pour la prévention des accidents de la route. Pour enrayer ce fléau, les gouvernements prennent un ensemble de

mesures qui visent à prévenir les morts et les blessures causées par les accidents d'automobile: ceinture de sécurité obligatoire, ivressomètre, limites de vitesse, amélioration des conditions routières et ainsi de suite. Par ces diverses mesures, on tente de diminuer l'incidence des accidents de la route.

En médecine, il existe trois niveaux de prévention: c'est ce qu'on appelle la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire s'occupe des interventions qui s'attaquent aux facteurs susceptibles de causer ou de favoriser la maladie. Les stratégies de la prévention primaire peuvent être particulièrement bien développées quand la nature de la maladie est connue et quand des façons de l'entraver peuvent être utilisées. Prenons la poliomyélite en exemple. On connaît présentement le virus responsable de la polio et on a développé un vaccin pour immuniser même les enfants en bas ,ge contre cette terrible maladie.

quant à la prévention secondaire, elle consiste à intervenir dès que la maladie se manifeste afin d'en limiter les ravages. Ce sont donc des mesures pour réduire ou limiter la sévérité de la maladie par la détection et le traitement précoces.

En gynécologie, on demande aux femmes de passer un examen tous les ans afin de détecter précocement une maladie de l'appareil génital et d'administrer un traitement rapide pour éviter l'évolution de la pathologie vers une phase plus sévère. Cet exemple illustre en même temps la

prévention primaire et la prévention secondaire, puisque cet examen permet de découvrir des lésions dès le début de la maladie.

Enfin, la prévention tertiaire vise à éviter ou à retarder le plus possible les récurrences et les complications de la maladie. Les mesures prises consistent à réduire l'incapacité causée par la maladie. Par exemple, la prévention tertiaire joue un rôle important dans le cas d'un malade qui vient de subir une intervention chirurgicale pour un cancer du rectum. A la suite

de cette opération, l'individu doit faire face à une réhabilitation autant sur les plans physique que psychologique et interpersonnel.

Sur le plan physique, l'individu doit apprendre à vivre avec un sac accroché à son abdomen pour le reste de sa vie.

Sur le plan psychologique, une autre forme de réadaptation s'impose: l'individu ne doit pas se sentir diminué ou déprimé à cause de son handicap.

Au plan interpersonnel, ce genre d'intervention entraîne des tensions, voire des disputes entre les conjoints.

La prévention tertiaire devrait être capable d'éviter l'apparition de ces problèmes par différentes mesures.

Les exemples qui ont été donnés se rapportent tous à des maladies physiques. Peut-on faire les mêmes types de prévention quand il s'agit de problèmes psychologiques comme les phobies? En ce sens, comment peut-on faire de la prévention primaire en

ce qui concerne les phobies?

Dans ce cas, la prévention primaire se situe au niveau de l'éducation des enfants. Comme certains auteurs croient que des gens deviennent phobiques parce qu'ils n'ont jamais appris à faire face à leurs peurs au cours de l'enfance, il devient extrêmement important de savoir comment faire face aux peurs réelles ou imaginaires de nos enfants.

Soulignons deux attitudes négatives que plusieurs parents adoptent face aux peurs de leurs enfants.

La première consiste à ignorer l'enfant quand ce dernier a une réaction de peur. Bien plus, certains parents réprimandent et punissent leur enfant lorsque celui-ci leur fait part de ses craintes: "Arrête de faire le bébé"

ou "Cesse de nous énerver avec tes folies". Ces commentaires augmentent l'anxiété de l'enfant et ne règlent pas du tout le problème.

D'autres parents prennent l'attitude opposée et surprotègent l'enfant.

Ils exagèrent les peurs de leurs enfants et dramatisent la situation: "Ne t'éloigne pas trop, tu vas te faire écraser par une auto", "Si tu ne restes pas tranquille, le monstre va venir te chercher et te manger". A nouveau, l'anxiété de l'enfant atteindra des sommets et le rendra davantage craintif.

Ces deux attitudes négatives rendront nécessairement l'enfant vulnérable aux phobies. D'un côté comme de l'autre, l'enfant grandira dans la peur.

Les peurs étant normales chez les enfants, il s'agit bien plus pour les parents de discuter des craintes de l'enfant avec lui, de l'apaiser lorsqu'il est anxieux et de séparer la fiction de la réalité. Un chien peut effectivement mordre, mais tous les chiens ne mordent pas. Faire attention et savoir se comporter est une chose, ridiculiser ou dramatiser en est une autre. Des explications répétées, franches et réalistes valent bien mieux que des histoires de grand-mère ou des commentaires agressifs.

Comme il a été démontré, la prévention secondaire s'adresse surtout à la détection et au traitement précoce des problèmes. Ce livre est un exemple typique de prévention secondaire puisqu'il incite les gens à reconnaître leurs phobies dès que possible et à ne pas attendre des années avant de consulter. Dans le cas des phobies, la prévention secondaire vise à

informer le public de ce problème et à faire en sorte que les phobiques prennent conscience de leur problème et agissent dans les plus brefs délais pour s'en débarrasser. Comme on le sait maintenant, que ce soit pour un problème médical ou strictement phobique, les résultats du traitement sont bien meilleurs lorsque le malade consulte tôt, au lieu d'attendre des années avant d'avouer son problème à un professionnel de la santé. Tout comme il est plus facile de traiter une bronchite qu'un cancer du poumon avec métastases généralisées, il est plus facile de traiter une phobie

circonscrite qu'une phobie compliquée de dépression et d'usage intempestif de médicaments ou d'alcool.

Lorsque nous parlons de prévention secondaire pour les phobies, l'exemple des motards nous revient chaque fois à l'esprit. Combien parmi nous ont vu des motards subir de graves accidents routiers et remonter sur leur moto dès leur sortie de l'hôpital, plusieurs d'entre eux étant même encore incapables de marcher? Ils le font par bravade, bien sûr, mais ce comportement les protège contre le développement d'une phobie de la moto ou de l'auto.

Plusieurs auteurs rapportent qu'à la suite d'un accident, il y a souvent une phase de latence qui précède le développement d'une phobie. Si, au cours de cette phase, la personne est immédiatement exposée à nouveau à la même situation, cette exposition la protégera contre le développement de la peur. Même s'ils en ignorent les principes scientifiques, les motards aiment mieux risquer et faire face à la situation plutôt que de développer une phobie. Inconsciemment, ils savent très bien que s'ils évitent de remonter sur leur moto le plus vite possible, ils seront à tout jamais incapables de conduire ces véhicules à l'avenir.

quant à la prévention tertiaire, elle vise à éviter le plus possible la récurrence de la phobie et à réduire l'incapacité qui en découle. Trois aspects nous semblent importants en relation avec la prévention tertiaire en ce qui concerne les phobies. Ce sont l'élimination de la dépendance de l'individu par rapport à son environnement, l'élimination de l'abus d'alcool et de médicaments contre l'anxiété et la disparition ou l'absence d'apparition de la dépression.

La dépendance de l'individu par rapport à son environnement Pour réhabiliter un malade phobique, il faut éliminer sa dépendance face à son environnement. Nous connaissons maintenant l'expression "le compagnon du phobique" et le rôle qu'il joue dans la vie du malade. La prévention tertiaire consistera à expliquer au patient et à sa famille les conséquences négatives

d'une telle dépendance et à favoriser une autonomie beaucoup plus grande pour le malade.

L'abus d'alcool et de médicaments contre l'anxiété

L'abus d'alcool et de médicaments constitue un élément important de complication dans le traitement des phobiques. Il est incontestable qu'une dose importante d'alcool ou l'usage de médicaments sédatifs calme temporairement les patients atteints de phobie. A ce sujet, le psychiatre Klein est catégorique: "Tout en nous gardant d'affirmer que la panique est la cause de la majorité des états d'alcoolisme, nous pensons que le clinicien devrait interroger tout alcoolique et rechercher si des attaques de panique ont précédé l'abus d'alcool. On a pu noter que si on traitait la panique sous-jacente, les patients présentant un alcoolisme secondaire ne se remettaient pas à boire." Il en est de même pour l'usage abusif de médicaments. La prévention tertiaire vise à prévenir ou à guérir l'alcoolisme ou la toxicomanie secondaire aux phobies.

La dépression

Finalement, la dépression est une complication fréquente des phobies.

Les professionnels de la santé doivent donc être aux aguets pour dépister et traiter

les épisodes dépressifs qui peuvent survenir chez les phobiques. Lorsque le malade consulte tardivement et se présente avec une dépression, il faut d'abord traiter cette complication avant de commencer le traitement de la phobie. L'examen clinique montre donc toute son importance et permet au clinicien de faire un plan de traitement qui soit vraiment graduel et efficace pour le malade.

chapitre 10

CONSEILS PRATIQUES AUX PHOBiques, A LEUR FAMILLE ET A LEURS AMIS

Dès qu'un individu phobique est mis en présence de sa peur, il est envahi d'une forte anxiété, il ne sait plus où donner de la tête ni comment réagir dans cette situation. Le but de ce dernier chapitre est de donner des conseils pertinents aux phobiques, mais aussi à leur famille et à leurs amis. Il est à noter qu'en suivant ces conseils pratiques plusieurs phobiques pourront éliminer leurs problèmes par leurs propres moyens et avec l'aide de leurs proches sans recourir à l'aide d'un professionnel de la santé.

CONSEILS AUX GENS QUI SOUFFRENT DE PHOBIES

1. La réaction phobique n'est pas dangereuse pour la santé

Une phobie est une affection qui déclenche une anxiété importante. Par contre, même si l'anxiété se manifeste par des réactions physiques et psychologiques très désagréables, ces réactions ne sont pas dangereuses.

Nous le savons tous, personne n'est mort de peur. De plus, d'un point de vue scientifique, même lorsque des phobiques sont exposés à leurs peurs et ressentent les symptômes les plus graves, aucun accident n'est encore survenu et aucun décès

n'a été constaté. Il y a donc tout lieu de croire qu'il n'y a aucun danger pour la santé lorsqu'on fait face à ses phobies.

2. Plus on évite de faire face à sa phobie, plus on devient phobique; inversement, plus on fait face à son problème, moins on devient phobique. Vous connaissez sûrement le vieil adage: "C'est le premier pas qui coûte." Il en est de même pour les phobies. Votre premier contact avec l'objet de vos peurs sera très difficile, nous le comprenons très bien.

Néanmoins, vous serez d'abord surpris de constater après coup que c'est beaucoup plus facile que vous l'auriez cru à priori. Cette constatation vous rendra plus confiant pour faire face à la musique une prochaine fois.

3. ...vitez de prendre de l'alcool et prenez votre médication de façon intelligente

L'alcool est à proscrire d'emblée car les boissons alcoolisées ne calment l'anxiété que pendant une courte période de temps et présentent le danger de la dépendance. Vous avez assez de problèmes avec votre phobie, ne risquez pas de devenir alcoolique en plus.

quant aux médicaments contre l'anxiété, ils ne font pas de miracles eux non plus; tout au plus, ils sont des "béquilles" qui peuvent être utiles pendant un certain temps. Tout comme dans le cas d'une fracture d'une jambe, les béquilles permettent au patient de marcher au début, mais graduellement le sujet marchera avec un pl,tre puis finalement par lui-même. C'est la même chose pour les médicaments contre l'anxiété. Au début, selon les conseils de votre médecin,

vous pourrez prendre des médicaments si votre anxiété est très élevée au cours de la journée. A cet effet, attendez que l'anxiété commence à monter en vous avant de prendre votre médication. Elle sera alors plus efficace et vous n'aurez pas pris des médicaments pour rien. Combien de gens rapportent prendre leur premier comprimé au déjeuner alors qu'ils ne sont absolument pas anxieux? quelle est alors l'utilité de prendre une pilule?

Bien plus, deux heures plus tard, quand l'anxiété survient, l'effet maximal du médicament est passé. De façon simple, gardez donc vos munitions et servez-vous-en quand l'ennemi attaque.

Enfin, si votre anxiété vous empêche de vous confronter à votre phobie, prenez votre médicament deux heures avant de faire face à la situation.

Ce conseil comporte deux aspects importants. Tout d'abord la prise de médication diminuera l'anxiété anticipatoire, c'est-à-dire toutes les craintes et tous les symptômes qui se manifestent dans les heures qui précèdent la confrontation avec votre phobie. De plus, quand vous ferez face à la situation, vous serez encore sous l'effet maximal du médicament.

Ces deux aspects vous permettront d'affronter votre problème avec beaucoup plus de calme et de sérénité. Enfin, lorsque vous maîtriserez bien la situation, coupez graduellement votre consommation de médicaments pour arriver à cesser complètement en moins d'un mois. Ne les cessez pas d'une façon brusque à cause des dangers possibles de symptômes de sevrage.

4. La pratique quotidienne demeure la clé du succès Affronter sa phobie tous les jours est important, puisque la peur a tendance à diminuer à chaque pratique.

Surtout au début, mettez-vous en situation le plus souvent et le plus longtemps possible.

Une dame qui avait une phobie des ascenseurs s'est présentée dans un grand magasin et a expliqué son problème au portier de l'ascenseur. En proie à une forte anxiété elle lui a demandé si elle pouvait monter avec lui et essayer de rester dans l'ascenseur jusqu'à ce qu'elle devienne complètement calme. Le portier accepta et la réconforta en lui disant qu'il s'occuperait d'elle s'il lui arrivait un malaise. Pendant plus d'une heure, elle se promena entre le sous-sol et le douzième étage. Elle raconta que l'anxiété était tout à fait tolérable après vingt minutes, mais qu'elle ne s'était résolue à quitter l'endroit que lorsqu'elle se serait sentie complètement calme.

Le jour suivant, elle retourna au même endroit; son anxiété

anticipatoire était disparue et il ne fallut que dix minutes pour qu'elle se sente complètement calme à l'intérieur de l'ascenseur. Après la quatrième journée, tous ses symptômes étaient disparus. Depuis lors, elle se force à prendre l'ascenseur partout où elle peut utiliser ce moyen de transport. Elle y pense encore pendant quelques secondes, mais ce problème n'handicape plus du tout sa vie. De façon intéressante, au cours de ses échanges avec le portier de l'ascenseur, celui-ci lui confia qu'il avait une peur des hauteurs et remercia plus tard la patiente de lui avoir indiqué la façon de se débarrasser de son problème. Grâce aux explications de la patiente, il avait utilisé la même technique pour vaincre sa phobie.

5. que faire en cas de panique?

La panique est sûrement le plus mauvais moment à passer pour les phobiques. Rappelons à nouveau

que, comme pour l'anxiété, les sensations ressenties au cours d'un épisode de panique sont des réactions corporelles normales qui ne sont ni nocives ni nuisibles. Si vous présentez une panique, restez sur place et attendez que la réaction se passe. C'est encore ce qui est le moins dangereux à

faire. Comme vous connaissez bien vos symptômes, trouvez-vous un endroit pour vous asseoir et dites-vous "ça va passer". Pour vous aider à

surmonter votre panique plus rapidement, respirez lentement et profondément, pratiquez vos exercices de relaxation si vous connaissez une de ces méthodes, essayez de décrire dans votre tête ce qui vous arrive afin de garder le contrôle et pensez

à des scènes relaxantes ou à des images plaisantes.

Même si tous ces petits trucs peuvent vous sembler difficiles à faire, ils ont aidé plusieurs patients à maîtriser de plus en plus rapidement leurs épisodes de panique. Au fond, ces différentes méthodes ont pour but de détourner votre esprit de la situation désagréable et de vous empêcher de vous énerver davantage.

CONSEILS A LA FAMILLE ET AUX AMIS DU PHOBIQUE

La famille et les amis du phobique connaissent très bien son incapacité, son isolement, ses peurs et ses craintes. Malheureusement, sans le savoir, le conjoint, les enfants et les amis peuvent davantage nuire au malade que l'aider face à son problème. Trop souvent ses proches acceptent sans rien dire le comportement d'évitement du phobique et n'encouragent aucunement son indépendance. Ils l'accompagnent sans maugréer et, si la personne refuse une sortie, ils

ne passent aucun commentaire. Par leur ignorance, ils renforcent le phobique à devenir encore plus phobique. Il faut plutôt encourager chaque effort du sujet vers l'autonomie, si petit soit-il, et décourager tout comportement d'évitement et de dépendance. Si le phobique réussit à

franchir une petite étape, félicitez-le et encouragez-le à recommencer le lendemain. Le support, la compréhension et l'encouragement sont autant de facteurs qui motivent l'individu à faire des efforts et à se surpasser.

quand vous jugez que votre partenaire est prêt à affronter une nouvelle situation, prenez l'initiative et faites une suggestion ferme. Par contre, laissez-le toujours prendre la décision finale, car il est dans une meilleure position que vous pour savoir quelles étapes sont les plus difficiles. quand il est hésitant, demandez-lui au moins d'essayer.

Tentez aussi de proposer des étapes qu'il peut pratiquer seul. Surveillez bien cependant les "bonnes excuses" qui empêchent la confrontation avec sa peur. Des remarques comme: "Il faut que je travaille à la maison aujourd'hui" ou "Aujourd'hui il pleut, j'irai demain" sont trop souvent des excuses dont le phobique se sert inconsciemment pour remettre l'affrontement à plus tard.

Si votre partenaire devient effrayé dans un magasin, sur un pont, dans la rue, ou dans un restaurant, restez calme et supportez-le jusqu'à ce qu'il se sente mieux; ne fuyez surtout pas avec lui.

Finalement, il est possible que votre partenaire se plaigne d'une grande fatigue après avoir été mis en présence de sa phobie. Cette réaction est tout à fait normale; tout comme on se sent épuisé après un exercice physique violent, la même réaction survient à la suite d'un stress psychologique.

En résumé, la famille et les amis du phobique ne doivent pas prendre le chemin le plus facile et excuser celui qui a peur ou faire les choses à sa place. Ils doivent plutôt soutenir et encourager le patient à faire face à

sa phobie, l'aider à enregistrer ses progrès et récompenser ses efforts.

??