

Perfectionnement ASPCo, Atelier clinique

Comprendre, identifier et traiter les anxieux généralisés (TAG) et les TOC sévères sans compulsions manifestes

Professeur Robert Ladouceur
Université Laval Québec

Genève, le 7 mai 2010

D'emblée, le professeur Robert Ladouceur a souligné que cette formation visait à être une journée pour des praticiens. Clairement énoncée, son intention était que l'enseignement comprenne plusieurs jeux de rôle et soit illustré par des vignettes cliniques personnelles ou proposées par l'assistance. Mais, c'était sans compter la légendaire réserve suisse... En dépit des nombreuses sollicitations lancées avec un délicieux accent québécois, le ludisme n'a pas été suffisamment fort pour nous entraîner dans des jeux de rôle propres à saisir les fines nuances entre TOC et TAG. L'orateur n'en a pas moins illustré son propos par de nombreux exemples éclairants et a réagi avec enthousiasme à chaque situation exposée par les cliniciens. Il en a résulté une journée vivante, plaisante et pratique durant laquelle ces troubles, réputés tenaces, se sont progressivement laissés un peu plus apprivoiser.

Une des distinctions principales que cet atelier cherchait à établir est la différenciation entre TAG et TOC sans compulsions manifestes, que l'on appelait parfois « phobie d'impulsion ». En langage courant, ces derniers troubles apparaissent chez des patients dits "ruminateurs".

TOC sans compulsions manifestes :

Les **obsessions** correspondent à des pensées, impulsions ou représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées, provoquant de l'anxiété et une souffrance importante. Elles sont involontaires. Ces pensées, impulsions ou représentations obsédantes sont reconnues comme provenant de la propre activité mentale. Elles sont Ego-dystones, c.à.d. qu'elles ne sont pas considérées comme des éléments faisant partie de la personnalité.

L'individu tente habituellement d'ignorer ou supprimer ces pensées, il essaye de les **neutraliser** à l'aide d'une autre pensée ou d'actions (**compulsions**). Les **compulsions** sont des comportements visant à neutraliser la détresse ou empêcher un événement redouté de se produire. Les deux principales sont les vérifications et les lavages.

La neutralisation est une pensée ou un comportement que le sujet initie délibérément, par des efforts volontaires et qui ont pour but de réduire l'anxiété et les risques.

Chez les patients avec des TOC sans compulsions manifestes, un des thèmes classiques des obsessions est l'agressivité (ex. : je pourrais frapper mon enfant). Il y a aussi neutralisation (ex: je suis une bonne mère), mais elle est devenue **automatique** et n'est plus un acte volontaire. De ce fait, le thérapeute a de la peine à distinguer les deux types de pensées.

Du point de vue thérapeutique, il convient d'amener le patient à augmenter **sa prise de conscience (awareness) de ses obsessions et des neutralisations**. Il s'agit d'expliquer au patient la différence entre obsessions et compulsions. **Ensuite, il est important d'exposer le patient à ses pensées obsédantes sans que la neutralisation ne prenne place en le faisant verbaliser ses pensées et en évaluant au fur et à mesure le niveau d'anxiété**. Il s'agit donc de ne plus procéder à l'arrêt de la pensée car, souvent, cela

exacerbe le problème en augmentant la neutralisation. Une fois que le patient aura conscience de la nature du problème, à savoir, par exemple, la peur de sa propre agressivité, les conditions d'exposition à cette agressivité devront être établies.

TAG

Les patients avec un TAG manifestent des **inquiétudes** pour énormément de sujets qui les concernent. Chez les jeunes, les inquiétudes portent sur les relations amoureuses, la réussite professionnelle, le futur, etc. Chez les aînés, ce sont plutôt des thèmes comme la santé ou les finances.

Deux types d'inquiétude sont distingués:

1) celles qui concernent les problèmes à résoudre, elles sont la conséquence d'un problème réel ou ayant déjà été vécu (appelées « inquiétudes de type 1 »)

2) celles qui concernent un événement hautement improbable, mais pas impossible. Elles découlent d'une surestimation des conséquences négatives d'un tel événement (appelées « inquiétudes de type 2 »)

Ce qui distingue ces inquiétudes des obsessions, c'est qu'elles sont Ego-syntones. Les patients les reconnaissent comme étant le fruit d'un fonctionnement qui est une de leurs caractéristiques propre, comme une partie intégrante d'eux-mêmes. Ce comportement peut même être valorisé et, souvent, le motif de consultation n'est pas le trouble anxieux, mais un symptôme physique du TAG.

Dans le tableau ci-dessous, R.Ladouceur résume les différences entre obsessions et inquiétudes:

TAG et TOC	
Obsession	Inquiétude
Image	Pensée, Verbal
Ego-dystone	Ego-syntone
Contenu stable	Contenu change
Pensée provoquera l'événement	Pensée prévient l'événement de se produire
Durée courte	Durée élevée
Déclencheurs identifiables	Déclencheurs variables
Anxiété élevée	Anxiété modérée
Interférence élevée	Interférence modérée

On note aussi que le TOC repose sur un sentiment de responsabilité élevé alors que ce n'est pas le cas pour le TAG. Chez ces derniers, les mécanismes cognitifs en jeu sont une intolérance à l'incertitude; le TAG cherche à contrôler l'incertitude ; un modèle cognitif de ces mécanismes a été présenté.

Du point de vue thérapeutique: le but n'est pas d'arriver à un état de "zéro" inquiétude, ni de réduire l'incertitude à « zéro » mais bien d'en **augmenter la tolérance**. Plusieurs étapes sont nécessaires. D'abord, il convient de déterminer quelles sont les sources de l'incertitude grâce à une flèche descendante, et aller "chercher la conséquence ultime". Valider les

inquiétudes du patient, en relevant qu'il a raison de s'en faire autant si les conséquences sont si importantes, est également nécessaire. Ces étapes amènent le patient à considérer que son inquiétude est exagérée et qu'il doit devenir plus tolérant.

La question est alors de savoir à quoi on expose un TAG et comment intervenir.

R. Ladouceur recommande de ne pas commencer les expositions avant que le patient ne comprenne pas aussi bien que nous ce qui se passe. Puis:

A) il faut construire avec le patient les expositions à l'incertitude, en tenant compte du modèle d'efficacité personnelle de Bandura. Donc, il faut être attentif au fait que le patient doit avoir a) une appréciation subjective de **pouvoir faire** la tâche et b) la perception que le **résultat sera positif**. a) Pratiquement, les expositions à l'incertitude doivent être préparées en estimant leur degré d'incertitude, par une cotation sur une échelle de 0 à 10, et choisies de manière à ce que le patient puisse les supporter (car il faut qu'il réussisse). b) Le thérapeute peut utiliser des formulations du type "nous allons réussir..." car, en utilisant le "nous" il s'engage, ce qui diminue la responsabilité du patient et aide ce dernier à avoir une perception positive du résultat.

B) On peut travailler sur les croyances positives que les patients ont à propos des inquiétudes:

- s'inquiéter facilite la réduction du problème
- " est une source de motivation
- " protège des émotions négatives
- " prévient des événements négatifs
- " est un trait positif de la personnalité

C) Etre attentif à l'évitement cognitif

A ce point, on peut aussi relever une autre distinction, à savoir celle entre TAG et comportements hypocondriaques. Les TAG ont peur de développer une maladie grave, alors que dans le cas de l'**hypocondrie**, les patients ont la certitude d'être DEJA atteints d'une maladie grave et les divers rendez-vous chez des médecins n'affaibliront pas cette certitude. Par ailleurs, le patient TAG aura, par exemple, peur de subir un accident, alors que le patient avec un TOC aura peur de causer un accident.

Donc, c'est par une analyse des monologues internes des patients que l'on parvient à un diagnostic différentiel.

Et pêle-mêle, quelques questions:

Qn: Pourquoi l'inquiétude, contrairement à l'obsession, est plus résistante à l'extinction?

L'obsession est une image stable, alors que l'inquiétude consiste en une série de pensées mouvantes. Donc à quoi s'exposer? C'est la raison pour laquelle l'exposition à une inquiétude est inutile.

Qn: L'entraînement à la résolution de problèmes est-il inefficace dans les cas d'inquiétudes? Oui, car les patients TAG n'ont pas ce type de difficultés. De plus, ils ne perçoivent pas le sujet d'inquiétude comme un problème à résoudre mais comme une menace. Cette perception négative les freine pour prendre des décisions. Il faut donc regarder en amont et leur demander comment ils ressentent le problème. Si c'est une menace...la réponse est de fuir...Le TAG n'est pas un manque d'habileté mais de perception.

Qn: Y a-t-il des TAG purs?

Non, Les co-diagnostic les plus fréquents sont 1) la phobie sociale 2) TOC. D'un point de vue clinique, dans le cas d'un TAG + Phobie sociale, on traitera d'abord la phobie sociale.

Echelles

On notera également la mise à disposition par l'auteur de différentes échelles :

- Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA), Dugas et al (2000). Université Laval Québec, Canada. [permet de « dépister » les TAG]
- Pourquoi s'inquiéter? Gosselin et al (2001). Université Laval Québec, Canada. [permet d'évaluer les croyances]
- Incertitude. Freeston et al. (1993). Université Laval Québec, Canada.
Freeston et al (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802
- Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State. Meyer et al. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 28, 487-495.
Gosselin et al (2000). Université Laval Québec, Canada.

Pour conclure, mentionnons également que R. Ladouceur a fourni des données sur la prévalence des troubles ou les taux de consultation auxquels ils aboutissent, proposé des modèles cognitifs de certains des troubles et répondu à bien plus de questions. Mais.... dans ce foisonnement d'informations, c'est bien avec un souci de praticienne que j'ai essayé de relever quelques idées-clé, qui pourront me servir de points de repère pour améliorer mon approche clinique des patients TOC et TAG.

Maryse Badan Bâ