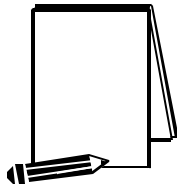


Thérapie cognitivo-comportementale des troubles d'anxiété

Des surprises très agréables

Par Charles Roy, psychologue clinicien
charlesr4@sympatico.ca



M. Stéphane Bouchard était le formateur retenu pour cette activité organisée par la Fédération le 10 octobre dernier. **Psychologue et professeur de l'Université du Québec en Outaouais** il a su capter l'intérêt de son auditoire et présenter de façon « comestible » les aspects de cette catégorie de troubles mentaux qui peuvent s'avérer arides. Soulignons, notamment, sa présentation intégrée des modèles d'anxiété incluant la physiologie du cerveau ainsi que ses capacités exceptionnelles de pédagogue pour présenter la neurobiologie des troubles anxieux et rendre cette matière séduisante.

Au-delà du dynamisme et de la compétence, une agréable surprise nous attendait en ce qui concerne l'attitude du formateur par rapport à son approche. Pas de chauvinisme d'école de pensée mais plutôt une grande ouverture. Ainsi, les psychologues qui utilisent des approches humanistes ou autres sont également bienvenus dans le champ du traitement des troubles anxieux où ils pourront utiliser leurs forces respectives pour s'attaquer à l'une ou l'autre des cinq causes sous-jacentes aux troubles anxieux : les prédispositions génétiques (24%), les facteurs environnementaux, les émotions, les comportements et les cognitions, tous en interaction les uns avec les autres. Tout plan d'intervention doit tenir compte des cinq variables bien que souvent, en thérapie, le praticien en cible deux ou trois.

La thérapie cognitivo-comportementale ne prétend pas être la meilleure approche pour le fonctionnement général ni une approche qui gagne sur tous les fronts. Elle n'est pas reconnue comme étant la meilleure pour le traitement de la dépression et des troubles de la personnalité. Mais elle est la principale forme de thérapie validée empiriquement et son taux de réussite avec les troubles d'anxiété est de 60% à 90% avec maintien des gains à long terme.

L'anxiété et ses différentes facettes

Quand l'anxiété devient-elle un problème ? Quand elle est excessive, exagérée, paralysante et nuisible. L'anxiété est une réaction normale d'alarme face au danger. Toutefois, quand cette réaction devient excessive, on peut « ajuster » le système d'alarme en psychothérapie. L'alarme peut se définir selon l'équation suivante :

$$\frac{\text{conséquences} \times \text{probabilités} \times \text{imminence}}{\text{perception d'efficacité personnelle}}$$

Un deuxième aspect retient l'attention : c'est la présence de **critères simples pour distinguer les différents troubles anxieux**. Car il n'est pas toujours facile de démêler le spécifique de chacun de ces troubles en naviguant dans le DSM. Par exemple, comment repérer un trouble panique, alors qu'on sait que tous les anxieux paniquent. Voici donc les critères retenus pour se repérer.

Trouble panique. Ce trouble anxieux se définit comme une période intense d'appréhension gravitant autour des sensations physiques et de leur interprétation catastrophique, telles la peur de perdre conscience. Les attaques de panique sont des épisodes d'anxiété intenses dont quelques-unes se déclenchent sans raison apparente. Les symptômes de la panique sont les palpitations, les douleurs à la poitrine, les tremblements, la transpiration, etc. et impliquent également la sensation d'irréalité, la peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle. Il faut tout de même s'assurer que les attaques de panique ne sont pas maintenues par un désordre physique (asthme, broncho-constriction). Le déclencheur peut être un lieu, une pensée ou une sensation.

Agoraphobie. Il ne s'agit pas, comme on le croit, de la peur des grands espaces, mais de la peur de ne pas avoir d'aide en cas d'attaque de panique. Ce n'est pas le lieu qui distingue cette phobie, mais l'enjeu, à savoir l'attaque de panique. On peut faire de l'agoraphobie même chez soi... et oui !

La phobie sociale concerne l'élément central suivant : la peur marquée des situations sociales ou de situations dans lesquelles la performance de l'individu est évaluée. Dans les situations phobogènes, l'individu vit la crainte d'être jugé négativement, d'être ridiculisé, etc. On observe certaines croyances dysfonctionnelles typiques chez les phobiques sociaux, dont l'obligation de standards hyper élevés et l'anticipation des conséquences négatives de l'évaluation des autres, telles le rejet, la peur d'être observé dans ses réactions anxieuses et l'impression de ne pas être à la hauteur des situations.

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est identifié par la présence récurrente d'obsessions et/ou de compulsions. Une obsession concerne une pensée, image ou impulsion, perçue comme faisant intrusion dans le cours de la pensée, et elle peut être soit à caractère agressif, sexuel ou encore en lien avec la propreté, la santé, la maladie. Le contenu est perçu comme irrationnel ou allant à l'encontre des valeurs personnelles de l'individu. L'aspect émotionnel joue ici un rôle important car il influence le degré (exagéré) de perception de responsabilité. La compulsion, pour sa part, concerne le comportement ou l'acte mental répétitif que la personne fait généralement dans le but de diminuer l'anxiété reliée à l'obsession et chasser cette dernière.

Le Trouble de stress post-traumatique réfère principalement au sentiment actuel de danger. Soit la peur que l'événement se reproduise ou que les souvenirs reviennent. La menace est perçue comme actuelle et porte atteinte au sentiment d'invulnérabilité. Les facteurs liés à la « main de l'homme » sont plus percutants que ceux provenant de la nature. Contrairement aux notions connues, le « debriefing » ne réduit pas le taux de développement d'un stress post-traumatique, bien que cette stratégie aide à d'autres niveaux, permettant par exemple d'améliorer la qualité de vie, de diminuer la réaction dépressive et la culpabilité et de repérer des clients à risque. L'absence de « debriefing » est préférable à un « debriefing » mal fait. La personne souffrant de TSPT aura tendance à éviter les stimuli associés au traumatisme (pensées, conversations, lieux ou personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme).

L'anxiété généralisée n'est pas « généralisée » à toutes les sphères, mais réfère au fait que la personne est constamment anxieuse. C'est la propension à s'inquiéter, voire, la maladie des inquiétudes. Aux prises avec des inquiétudes constantes, l'individu entretient psychologiquement des scénarios négatifs. Le facteur prédisposant consiste en une intolérance à l'incertitude.

L'évitement est subtil: c'est la recherche de solutions. L'erreur que le clinicien fait est d'aider le client à éteindre les petits feux (résolution de problèmes) plutôt que d'apprendre à tolérer l'incertitude, puisque l'incertitude fait partie de la vie. En d'autres termes, il vaut mieux apprendre à gérer l'incertitude que de tenter de contrôler la multitude d'événements échappant à la certitude.



exprimés par le client? En lui demandant de nous donner une chance pour le traitement.

Les participants à cet atelier ont pu se familiariser également avec les principes de base de la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Une bonne relation thérapeutique est une condition essentielle à la TCC, une approche qui porte sur des problèmes actuels et concrets et implique des « devoirs » à effectuer. Il était intéressant de mieux saisir les principales stratégies de la TCC soit : la transmission d'information (expliquer), les prises de conscience (détecter), la restructuration cognitive, l'exposition, la résolution de problèmes et la prévention de la rechute. Et la description détaillée de chacune de ces techniques par le formateur s'avère particulièrement utile pour le clinicien.

Alors, si vous avez la chance d'assister à une formation offerte par Stéphane Bouchard sur les troubles anxieux, n'hésitez pas. Même si vous ne vous n'êtes pas un praticien d'approche cognitivo-comportementale, vous en tirerez certainement profit.

Les enjeux du traitement

Les objectifs de traitement s'organisent autour d'un point de repère très clair: celui de viser à contrer l'évitement. L'évitement s'applique à tous les troubles anxieux. Toutes les personnes avec des troubles anxieux perçoivent quelque chose de menaçant. Or, ce qu'elles font régulièrement, c'est d'éviter l'objet ou la situation perçue comme menaçante. Et c'est évitement est parfois très subtil. Le clinicien pourrait ne pas voir ce que la personne évite parce qu'elle a organisé sa vie pour éviter systématiquement cet élément ou qu'elle a développé des stratégies très élaborées (et coûteuses) pour y faire face. Or, l'évitement maintient le problème, puisqu'il contribue à maintenir la perception des conséquences, la surestimation des probabilités et la faible perception d'efficacité personnelle à affronter la situation. Pour le T.O.C., par exemple, l'évitement concernera les pensées intrusives (« idées de fou »).

La solution à l'évitement: confronter la peur. Parce que l'évitement maintient la peur en ne permettant pas d'évaluer la pertinence du danger. Une aide concrète à apporter consiste à fournir des « trucs » pour apprivoiser la peur et non pas des « trucs » pour se rassurer, car on risque alors d'entraîner l'« accrochage » au truc. La médication viendra apporter également son concours en réduisant la réaction d'alarme et en facilitant l'emmagasinage d'informations correctrices, ce qui entraîne un changement de perception. Alors, pour bien réussir le traitement, le clinicien doit repérer et cibler ce qui fait peur pour chaque trouble :

- le trouble panique : les conséquences des symptômes;
- l'agoraphobie : l'anticipation de paniquer et de ne pas avoir d'aide;
- la phobie sociale : l'angoisse de mal paraître et d'être ridiculisé;
- le trouble obsessionnel-compulsif : les conséquences des pensées intrusives;
- le trouble d'anxiété généralisée : tout ce qui est incertain;
- le trouble de stress post-traumatique : l'événement traumatisant et son souvenir;
- la phobie spécifique : un stimulus spécifique.

Les principales stratégies de traitement visent à changer l'équation d'anxiété. Si plusieurs problèmes sont présents au tableau clinique, il faut cibler, prioriser et se concentrer sur un problème. Une bonne évaluation du cas va aider à identifier le problème principal. Les modèles psychologiques de chaque trouble anxieux, tels que présentés par le formateur, ne sont pas repris dans cet article mais constituent une aide pédagogique importante pour mieux cibler les variables affectant le traitement. Ils permettent de saisir plus clairement l'interaction entre les pensées, émotions et cognitions.

Et le problème des « étiquettes », qu'on reproche fréquemment aux psychologues ? Afin de préserver la légitimité de notre expertise et la possibilité de bien diagnostiquer les problèmes, une réponse toute simple est proposée : nous ne mettons pas des étiquettes sur les personnes, mais sur les problèmes. Et l'on rappelle que le fait de bien identifier les problèmes contribue à aider les personnes.

Et pour distinguer le profil anxieux chez les dépressifs de celui des anxieux typiques, voici quelques repères. Les anxieux ont un discours axé vers le futur et les dépressifs vers le passé. Les anxieux font preuve de la capacité d'affect positif et les dépressifs, peu ou pas du tout. Et comment contrer les doutes