

A propos de l'atelier clinique du 14 septembre 2013 : Est-il utile de penser l'intolérance à l'incertitude comme un concept transdiagnostique ? Et si oui, quelles en sont les implications cliniques ?

Prof. Mark Freeston (Newcastle, UK)

Etant moi-même très souvent confrontée à des patients présentant des pathologies multiples (patients d'âge gériatrique), j'étais impatiente de suivre ce cours. J'avais en effet déjà constaté dans ma pratique, que bien souvent, les patients présentaient des signes d'intolérance à l'incertitude quel que soit leur diagnostic principal. J'espérais que ce cours me permettrait de mieux cibler la prise en charge de ces patients.

Le cours s'est déroulé en alternant les moments de présentation d'études, des discussions en petits groupes, la présentation de l'hypothèse du concept transdiagnostique et ses implications dans la prise en charge.

Après un petit historique sur le développement des recherches portant sur l'intolérance à l'incertitude, M. Freeston nous explique en quoi son hypothèse peut être utile dans les traitements cognitivo-comportementaux. Si le trouble à traiter est simple (comme par exemple un trouble panique isolé), le thérapeute va intervenir de façon ciblée et à forte dose sur ce trouble. Mais bien souvent, les patients présentent des pathologies complexes. Dans ce cas, la question du traitement se pose : il est en effet impossible de faire 3 séances pour traiter le trouble A, 3 séances, pour le trouble B, puis 3 autres pour le trouble C (traitement trop dilué, donc peu efficace), ou 15 séances pour A, 15 pour B, puis 15 pour C (traitement trop long). Le thérapeute peut se retrouver rapidement perdu, face à un patient présentant de multiples comorbidités. Une conception transdiagnostique (l'intolérance à l'incertitude, selon l'hypothèse de M. Freeston) serait alors bien utile. Cela nous permet d'expliquer plusieurs choses à la fois, de cibler moins de troubles, mais de façon plus approfondie, en dépensant moins d'énergie, et en étant plus efficace. Le traitement redeviendrait alors plus simple. Le thérapeute peut, dès lors, donner une explication simple au patient, plutôt que de lui expliquer sa symptomatologie en fonction de toutes les comorbidités.

M. Freeston explique alors comment l'intolérance à l'incertitude s'est imposée à lui comme concept transdiagnostique, en nous faisant part de différentes recherches, et en relevant que le nombre d'études touchant à ce concept a augmenté au fil du temps. Par exemple, il apparaît que l'intolérance à l'incertitude est évoquée dans 36% des études portant sur le TAG ; 29% dans les études portant sur les autres troubles anxieux, 12% dans les études sur les états dépressifs, 16% de celles sur les autres troubles, ainsi que dans 7% des études portant sur la santé et la condition physique. Cela conforte M. Freeston dans son idée que l'intolérance à l'incertitude est un concept transdiagnostique qui semble valide.

M. Freeston donne ensuite une définition de ce concept transdiagnostique : c'est un processus qui se situe dans un continuum dimensionnel (allant de « pas malade » à « malade »), qui représente un facteur de risque ou de maintien de la maladie ; il a un lien de causalité et a de ce fait des implications au niveau du traitement. M. Freeston donne ensuite quelques exemples de conceptualisation nous montrant que l'intolérance à l'incertitude pourrait être ce processus transdiagnostique :

Pathologie	Manifestation principale	Processus impliqué
TOC	Sentiment de responsabilité	intolérance à l'incertitude (« je dois le faire, sinon ... »)
AP	Hypersensibilité à l'anxiété	intolérance à l'incertitude (« si je sors, je risque d'avoir un problème »)
PS	Peur du jugement négatif	intolérance à l'incertitude (« je ne sais pas quand ni comment, mais on va me juger »)
TAG	Hypersensibilité à l'anxiété et responsabilité	intolérance à l'incertitude (« et si ... ? »)

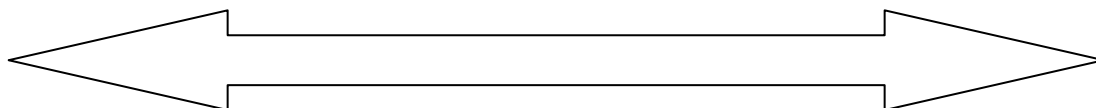
Cette conceptualisation fait un lien entre la pathologie et la manifestation principale du trouble présentée par le patient. Cibler le processus peut, dès lors, simplifier le traitement.

Dans l'après-midi, M. Freeston aborde les implications cliniques de cette conceptualisation transdiagnostique. Dans une étude de Freeston et coll. portant sur l'Iowa Gambling Task (étude soumise à la publication), les personnes qui sont intolérantes à l'incertitude ont tendance à ressentir leurs sensations internes comme plus intenses qu'elles ne le sont en réalité, et désirent fortement que les événements soient prévisibles. L'incertitude peut littéralement les paralyser, et surtout, leur faire adopter certains comportements qui ne sont pas toujours adéquats, comme par exemple :

- Sous-engagement : évitement des situations, engagement conditionnel, règles rigides, suivre les règles des autres, etc.
- Sur-engagement : rechercher l'information, contrôler, s'occuper des autres plutôt que de soi, etc.
- Hésitations : Procrastination, « ça ne va pas marcher » ; « je devrais, mais », etc.
- Passer d'un extrême à l'autre : changer de thérapeute, s'engager dans le changement puis retourner aux habitudes, « passif-agressif », etc.
- Agir impulsivement : « passages en force », prendre une décision désavantageuse plutôt qu'une meilleure décision, mais plus incertaine, etc.

Au début de la prise en charge, l'important est de ne pas trop surcharger le patient avec l'incertitude : on peut alors lui demander de faire quelque chose qu'il a déjà accompli par le passé (une activité prévisible) ou une activité pour laquelle le degré d'incertitude est bien dosé (pas trop incertain, afin d'éviter les comportements décrits ci-dessus). Ajouter petit à petit un peu plus d'incertitude, et voir si cela a du sens pour le patient. Si cela fonctionne, on va continuer à travailler ce processus dans le traitement, en augmentant progressivement le degré de difficulté (aller de moins d'incertitude à plus d'incertitude).

M. Freeston affine encore la définition de l'intolérance à l'incertitude. Il y aurait selon lui 3 « styles » d'intolérance à l'incertitude, qui se situeraient sur un continuum :



Style :	INQUIET	QUI DOUTE	CONVAINCU
Incertitude :	Divergente	Convergente	A éliminer
Stratégie :	Essayer de localiser le danger, la menace, sans jamais réussir à la trouver	Vérifier qu'il n'y a pas de menace, que tout est sûr, avec difficulté arriver à un point de certitude	Ne pas être capable de confirmer ce qui est sûr. C'est plus simple d'être convaincu du danger
Ex. de trouble :	TAG : « et si ? »	TOC : « est-ce que je suis sûr que... ? »	Paranoïa : « Le loup est là, même si je ne l'ai pas encore vu »
En thérapie :	Plus on avance, plus on risque de trouver d'autres problèmes	Recherche de réassurance, même subtile	Difficultés à faire confiance

Ces trois styles d'intolérance à l'incertitude peuvent amener des comportements totalement différents, aussi bien chez une même personne (à des moments différents) que chez trois personnes présentant une problématique différente. M. Freeston donne l'exemple d'une préoccupation excessive à la santé :

Le style « inquiet », pourrait avoir des préoccupations généralisées sur son corps, peu précises (et si... ?). Le style « qui doute » pourrait avoir une préoccupation centrée sur une seule partie du corps, et rechercherait la preuve qu'il n'a rien. Le style « convaincu », pourrait aller voir tous les médecins, pour être certain qu'on trouve quelque chose ; il préfère avoir la certitude d'être malade, plutôt que de supporter l'incertitude d'avoir éventuellement quelque chose de grave.

En petits groupes, nous avons ensuite essayé de classifier certaines pathologies en fonction de ces trois « styles » d'intolérance à l'incertitude, ce qui n'a bien évidemment pas été simple, vu qu'il s'agit d'un processus qui se situe sur un continuum, et que rien n'est figé dans le temps.

En fin de journée, toujours en petits groupes, nous avons également observé ce que ces trois styles peuvent avoir comme influence sur le thérapeute, et comment essayer d'y remédier. Par exemple, face à une personne qui « doute », le thérapeute peut se sentir rapidement impuissant, avoir l'impression d'être sur un fil, avec une peur de casser la relation. Une stratégie thérapeutique serait de bien approfondir l'hypothèse du patient (hypothèse A), de bien lui faire comprendre que nous l'avons comprise, avant d'introduire, progressivement, l'idée d'une hypothèse B.

Dans ce résumé, j'ai essayé de regrouper les informations qui m'ont semblé les plus utiles à ma pratique quotidienne. Je retiens plus particulièrement l'idée de cibler le traitement au niveau du processus général, ce qui nous évite de nous disperser face à des patients qui présentent de multiples comorbidités. Je retiens également l'idée qu'il y aurait 3 types de styles d'intolérance à l'incertitude, et que rien n'est figé, que ce concept se situe sur un continuum.

Sandra Baudois
Psychologue FSP