

UNE NOUVELLE APPROCHE DES TOC

LA PSYCHOÉDUCATION

1/01/2008 - Auteur : M Trybou

Cet article décrit les problèmes rencontrés dans les TCC classiques et les avantages de la psychoéducation, nouvelle technique très efficace dans les TOC.

Le suivi journalier de personnes souffrant de TOC nous prouve de plus en plus la nécessité d'une refonte des techniques de thérapies cognitives et comportementales. En effet, les techniques habituellement utilisées laissent trop de place à la rechute des patients et à une angoisse massive lors des exercices, peut être parce qu'elles sont trop dérivées de la clinique des phobies.

La thérapie cognitive insiste bien plus sur la probabilité qu'un scénario catastrophe se réalise que sur la "mécanique chimique" d'une obsession, ce qui laisse trop de place au doute et est une autoroute pour l'angoisse lors de la mise en place d'un exercice.

La thérapie comportementale semble trop souvent se focaliser sur l'arrêt des rituels plutôt que sur l'exposition et l'arrêt des rituels (ne pas se laver les mains est un bon point, mais le patient est-il néanmoins capable de toucher sous sa chaussure puis se toucher le visage ?), ce qui fait que de nombreux patients rechutent dans les 6 mois suivant la fin de la thérapie.

Il nous paraît plus que nécessaire de repenser la façon de soigner un patient souffrant de TOC selon la biologie du TOC, c'est-à-dire commencer déjà par comprendre la maladie autrement et savoir l'expliquer autrement aux patients. Le travail thérapeutique, et notamment comment on va motiver un patient à se lancer dans des expositions, comment il va gérer l'angoisse avant, pendant et après l'exposition, doit se baser sur la psychoéducation du TOC (expliquer le fonctionnement de la maladie, le pourquoi et le comment des symptômes TOC, dans quel sens ils s'enchaînent et pourquoi) plutôt que sur les pourcentages de risque. La psychoéducation permet de mieux expliquer le rôle du doute (symptôme TOC et non fonction normale du cerveau), des obsessions (émanation purement TOC et non pensée réelle qui demande une réponse) et la fonction de l'angoisse (alibi du cerveau justifiant les rituels et non conséquence des obsessions).

Cette nouvelle clinique du TOC s'articule de même sur une tentative d'une meilleure compréhension des patients ruminateurs (la rumination est une pensée qui tourne sans cesse, des heures durant, et envahit le champ de conscience de la personne, provoquant une forte angoisse et utilisant le doute pour perpétuellement remettre en débat un thème angoissant, la personne cherchant à se rassurer et à trouver des certitudes inébranlables) et indécis (incapacité à choisir) qui sont encore trop peu étudiés en thérapies cognitives et comportementales et pour lesquels on dispose de peu de moyens efficaces de prise en charge.

Quand on prend l'exemple d'un patient ruminateur (peur de devenir homosexuel, puis schizophrène, puis de développer un cancer, puis de devenir pédophile), brassant toutes

ces pensées 7 à 8 heures dans la journée, on constate que le travail cognitif (probabilité que cela se réalise vraiment, force de ses arguments, ne fait que renforcer les ruminations, le patient se répétant sans cesse les arguments pour se rassurer, les remettant en cause au fur et à mesure, trouvant de nouvelles brèches dans la logique, et que les exercices d'exposition sont beaucoup trop angoissants (attaques de panique, augmentation du risque suicidaire).

Comme exposée à la Journée Nationale de l'AFTOC le 29 septembre 2007, une méthode basée sur la psychoéducation (reconnaître ce qui est un discours TOC, un symptôme TOC, une manifestation TOC, et les nommer, repérer la forme de la logique) est plus efficace que tenter de répondre aux ruminations qui sont alimentées par les réassurances (les ruminations, d'apparence purement obsessionnelles et sans rituels sont donc bien composées d'une part importantes de rituels).