

OCDire - TOCtalk

Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel-Compulsif Inc.

Bulletin annuel

Automne 2011 Vol.8 No. 1

Dans ce bulletin

| | |
|--|----|
| Un message du fondateur..... | 2 |
| La thérapie d'exposition pour le TOC : Où nous sommes et où nous espérons aller..... | 4 |
| L'importance de la recherche : Ce que nos résultats sur les comportements de vérification impliquent pour vous | 11 |
| La thérapie basée sur les inférences : Un nouveau traitement pour le TOC..... | 17 |
| Qu'est-ce qu'un groupe de soutien ?..... | 23 |
| Le témoignage de Frédéric, 35 ans..... | 26 |
| Participants de recherche demandés..... | 28 |

Conseil d'administration

| | |
|---------------------------|---|
| Jennifer Goodwin | Présidente |
| Kieron O'Connor | Trésorier et Conseiller Scientifique |
| Adam Radomsky | Conseiller Scientifique |
| Isabelle Rozon | Administratrice |
| Loide Del Borrello | Administratrice/Secrétaire |

Un Message du Fondateur



Par : Kieron O'Connor, Ph.D., Psychologue

C'est un plaisir de célébrer le 10^e anniversaire de la F.Q.T.O.C. Au cours des dix dernières années, nous avons eu beaucoup de succès à transmettre de l'information au public sur le TOC et à sensibiliser les gens sur comment la maladie est handicapante. Les gens semblent être renseignés sur la dépression et la schizophrénie, mais peu sont informés sur le TOC. Néanmoins, il est le quatrième trouble de la santé mentale le plus commun, touchant environ un quart d'un million de Québécois. Le TOC occasionne non seulement de la dysfonction dans la vie des

individus, mais aussi dans la vie de leurs proches.

Le F.Q.T.O.C. a été impliqué au cours des années dans l'organisation de nombreux groupes de soutien pour les adultes, les adolescents et les membres des familles des personnes souffrant d'un TOC. Un gros merci à Karine Bergeron, Marie-Ève St-Pierre-Delorme, Magali Purcell Lalonde et Monique Lahoud pour prendre l'initiative d'organiser des groupes de soutien. Le F.Q.T.O.C. a également collaboré avec de nombreux organismes communautaires pour offrir des cours psychoéducatifs, de la

formation aux professionnels et de la consultation sur les événements de sensibilisation. Nos conseillers scientifiques qui sont activement impliqués ont aidé dans la transmission de ces connaissances.

Sur notre site web, nous vous tenons au courant des dernières évolutions dans le traitement du TOC et dans la recherche sur le trouble. Nous offrons également des liens vers diverses ressources et on vous tient informé des événements à venir. Par exemple, au cours des deux dernières années, nous avons eu deux campagnes de financement très réussies : un concert et une soirée de comédie. Un grand merci à notre présidente Jennifer Goodwin, l'une de nos administratrices Rozon Isabelle et l'une de nos membres Louise Ménard pour l'organisation de ces événements. Il y a plusieurs événements à venir, alors s'il vous plaît continuer à regarder notre site Web (<http://fqtoc.mtl.rtss.qc.ca>) pour les dernières nouvelles. Si vous souhaitez donner de votre

temps et faire du bénévolat afin de nous aider à organiser un événement, n'hésitez pas à nous appeler ((514) 727-0012 / 1-888-727-0012) ou nous envoyer un courriel (fqtoc@hotmail.com).

Cette année, notre 9^{ième} congrès annuel aura lieu. Durant les congrès, les individus dans la communauté peuvent gratuitement assister à des présentations données par des experts sur diverses problématiques liées au TOC. Le thème de cette année est le dépistage et la prévention du TOC. Un aspect particulièrement apprécié du congrès est la période de questions et réponses dans l'après-midi qui permet un échange intéressant entre les experts et les consommateurs sur des questions pertinentes au TOC.

Enfin, je tiens à donner la bienvenue à Loide Del Borrello, notre nouvelle secrétaire et coordinatrice qui est très efficace. Un **GROS** merci à vous tous pour votre soutien continu de notre travail.

La thérapie d'exposition pour le TOC : Où nous sommes et où nous espérons aller

Par : Hannah C. Levy, candidate au M.A. en psychologie clinique

Superviseur : Dr. Adam Radomsky



Qu'est-ce c'est le TOC ?

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble anxieux qui affecte environ trois quarts de million de Canadiens. Les symptômes du TOC sont les obsessions, qui sont des pensées indésirables et pénibles, et les compulsions, qui sont des comportements répétitifs ou des actions mentales 1. Un exemple d'une obsession, c'est la pensée récurrente de faire des blessures graves à une personne aimée, comme poignarder votre conjoint avec un couteau sans raison. Un exemple d'une compulsion typique est de vérifier à plusieurs reprises les appareils

électroménagers, comme vérifier le poêle pour s'assurer qu'il est éteint. Les pensées obsessionnelles peuvent provoquer beaucoup de détresse alors les gens effectuent des compulsions, afin de réduire l'anxiété qui est causée par eux. Les personnes atteintes du TOC se sentent souvent comme si leurs compulsions sont inutiles ou prennent trop de leur temps, mais elles ne peuvent pas s'empêcher de les faire.

Qu'est-ce c'est la thérapie d'exposition ?

La thérapie d'exposition est ancrée dans les réponses comportementales de base. Quand les gens ont peur, la réaction d'alerte (*fight or flight response*) entre en jeu pour qu'ils soient prêts pour l'évasion immédiate du

danger. Des réactions corporelles typiques de la réaction d'alerte sont les battements rapides du cœur, la transpiration et la respiration rapide. Ces réactions corporelles sont généralement ce que nous associons avec un sentiment d'anxiété ou de stress. Nous savons que l'anxiété persiste parce que la réaction d'anxiété est suivie par l'échappement de la situation menaçante. Par exemple, les personnes qui souffrent d'une peur de contamination liée au TOC se sentent anxieux quand elles tombent sur des objets qu'elles perçoivent comme sales ou contaminés. En réponse à un sentiment d'anxiété, ils pourraient essayer de fuir l'objet ce qui les aide à se sentir moins anxieux dans le moment. Toutefois, leur anxiété diminue seulement de façon temporaire. À long terme, éviter des objets à plusieurs reprises augmente la réaction d'anxiété et les gens craignent et évitent davantage ces objets. C'est là que la thérapie d'exposition entre en

jeu. Dans la thérapie d'exposition, les gens sont exposés aux choses qu'ils craignent le plus et sont demandés de rester dans la situation jusqu'à ce que leur niveau d'anxiété diminue. En faisant ces exercices, les gens apprennent que la situation ne mettra pas leur vie en danger, qu'ils ne deviendront pas «fou» s'ils affrontent leurs peurs, et que l'anxiété diminue naturellement avec le temps. Le nom que l'on donne à ce processus est l'habituation. Le corps humain ne peut tout simplement pas rester dans un état anxieux pour toujours, alors la réponse d'anxiété diminue progressivement par elle-même et atteint un état plus détendu. Pour cette raison, il est important de rester dans la situation assez longtemps pour que la réponse d'anxiété diminue par elle-même. L'exposition et la prévention de la réponse (EPR), qui est le nom de thérapie d'exposition pour le TOC, est basée sur les mêmes principes. Cependant, non seulement les individus sont exposés à des situations

desquelles ils ont peur mais ils sont aussi empêchés d'exercer leurs compulsions (par exemple, se laver les mains). La raison pour ceci est que les compulsions diminuent l'anxiété ce qui ne donne pas assez de temps au corps pour réduire sa réaction d'anxiété. Permettre aux gens de se laver les mains pendant une séance d'exposition serait comme les laisser fuir la situation ce qui causerait leur anxiété à augmenter la prochaine fois.

Est-ce que la thérapie d'exposition est efficace ?

Oui! Nous avons beaucoup de résultats de recherche qui appuient l'efficacité de la thérapie d'exposition pour les troubles anxieux, incluant le TOC. Par exemple, une étude qui comparait la thérapie d'exposition et prévention de la réponse (EPR) à la médication pour traiter le TOC a constaté que EPR a une efficacité supérieure à la médication, et l'ajout de médicaments à l'EPR n'augmente pas l'efficacité du

traitement 2. L'exposition et la prévention de la réponse a tellement de support empirique qu'elle est maintenant considérée comme l'une des composantes essentielles de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

3. Les psychologues théorisent que la thérapie d'exposition fonctionne en créant une nouvelle relation entre l'objet menaçant et la réponse de la personne. Avant la thérapie d'exposition, les gens se sentent très anxieux en présence des objets desquels ils ont peur. Après la thérapie, les gens se sentent beaucoup moins anxieux lorsqu'ils sont confrontés à ces objets, donc une nouvelle relation a été formée entre l'objet et la réponse (par exemple, une sensation de calme).

Quels sont les problèmes avec la thérapie d'exposition pour le TOC?

La thérapie d'exposition pour le TOC est un traitement extrêmement exigeant et anxiogène. Les gens sont invités à confronter leurs peurs et sont empêchés

d'exercer des compulsions qui réduisent leur anxiété dans le moment. Cela est extrêmement effrayant pour les gens, surtout s'ils ont évité ces situations menaçantes pour un long moment. En conséquence, beaucoup de gens refusent de faire la thérapie d'exposition ou abandonnent le traitement avant qu'il a une chance de les aider. Par exemple, une étude a révélé que 14% des participants ont refusé de participer à l'étude complètement une fois qu'ils ont découvert qu'ils allaient recevoir EPR et un autre 22% ont abandonné en cours traitement 2. Cela signifie que beaucoup trop de personnes ne reçoivent pas d'aide pour leur TOC.

Comment pouvons-nous réduire les abandons et les refus?

Certains psychologues suggèrent que nous avons besoin d'augmenter l'acceptabilité de l'EPR afin de diminuer les abandons et les refus. Si nous augmentons l'acceptabilité et la tolérabilité du traitement, plus les gens seront en mesure de l'endurer pour

suffisamment de temps afin qu'il les aide. Mais comment pouvons-nous augmenter l'acceptabilité? Certains suggèrent l'utilisation des comportements de sécurité dans les stades précoces du traitement quand les abandons et les refus sont communs 4. Les comportements de sécurité sont les actions que les gens prennent dans des situations menaçantes pour les aider à gérer leur anxiété 5. Un exemple de comportement de sécurité est d'éviter le contact visuel avec des objets effrayants lorsqu'ils sont exposés à eux. Parce qu'ils contribuent à diminuer l'anxiété dans des situations anxiogènes, et nous savons que la baisse d'anxiété à court terme peut l'augmenter à long terme, de nombreux psychologues pensent que les comportements de sécurité doivent être éliminés lors de la thérapie d'exposition 6. Toutefois, des recherches plus récentes ont démontré que les comportements de sécurité n'empêchent pas les gens de bénéficier de la thérapie d'exposition et peut réellement aider

les gens à se rapprocher d'un objet menaçant, plutôt que de l'éviter 7. Finalement, le but de la thérapie d'exposition est d'entrer directement en contact avec un objet menaçant afin d'apprendre qu'il ne représente aucun danger. Si les comportements de sécurité aident les gens à se rapprocher des objets menaçants dans le but d'apprendre cette information, on pourrait peut-être les utiliser davantage. Par exemple, une étude récente a révélé que les participants qui ont été autorisés à utiliser des habits de protection lorsqu'ils étaient exposés à un serpent vivant ont connu les mêmes réductions d'anxiété que les participants qui n'étaient pas offerts cet équipement. En outre, les participants qui ont utilisé cet équipement se sont rapprochés davantage du serpent ce qui leur a permis d'apprendre des informations importantes sur le serpent et de vaincre leurs peurs 7.

Directions futures

Plus de recherches sont nécessaires pour

déterminer si les comportements de sécurité interfèrent avec les bénéfices de la thérapie d'exposition. Jusqu'ici, quelques études ont démontré que ce n'était pas le cas, mais nous avons besoin de faire plus de recherche afin d'en être sûr. Nous devrions aussi considérer un autre point : comment savons-nous si les comportements de sécurité en effet augmentent l'acceptabilité de la thérapie d'exposition ? Il pourrait être logique de croire que si l'on permet aux gens d'utiliser des stratégies d'adaptation dans des situations anxieuses, ils seront plus à l'aise dans la thérapie et moins susceptibles d'abandonner. Cependant, nous devons tester cette théorie avec la recherche. À cette fin, une étude est en cours dans le laboratoire des troubles anxieux de l'Université Concordia afin de tester les effets des comportements de sécurité sur l'acceptabilité de la thérapie d'exposition pour la crainte de contamination. Dans cette étude, les individus sont exposés à divers

contaminants, avec ou sans gants de latex, et après sont invités à évaluer l'acceptabilité et la tolérance des séances d'exposition.

Pourquoi est-ce important?

Le TOC affecte des millions de personnes à travers le monde. Il peut être un trouble très grave et débilitant, donc il est important de développer des traitements efficaces pour le TOC. Cependant, si des traitements efficaces existent, mais personne ne va leur adhérer, des travaux supplémentaires sont nécessaires pour réduire les abandons et les refus de

telle sorte que davantage de personnes puissent être traitées efficacement. En effectuant des recherches sur les comportements de sécurité, nous espérons démontrer que les comportements de sécurité peuvent être utilisés pour augmenter la tolérance à la thérapie d'exposition sans nuire avec son efficacité. Si nous trouvons que cela est le cas, peut-être plus des traitements pour le TOC incorporeront les comportements de sécurité dans le futur.

References

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and response prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 151-161.
3. March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. (1997). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *58*(Suppl. 4).
4. Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 163-173.
5. Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognitive-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 453-458.
6. Powers, M. B., Smits, J. A., & Telch, M. J. (2004). Disentangling the effects of safety-behaviour utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 448-454.
7. Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2008). Safety behaviour does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1111-1118.

**L'importance de la recherche : Ce que nos résultats sur les
comportements de vérification impliquent pour vous**

**Par : Gillian M. Alcolado, M.A. en Psychologie Clinique, Candidate au
Doctorat en Psychologie Clinique**

Superviseur : Dr. Adam Radomsky



**Comment la recherche influence le
traitement ?**

Grâce aux médias populaires et les campagnes de financement, nous savons tous que la recherche est fondamentale pour l'amélioration des traitements pour les maladies et les troubles. Cependant, il peut être difficile de comprendre exactement comment la recherche amène ces changements. Même pour ceux qui lisent la recherche ou qui ont participé à la recherche, il peut être difficile de voir le lien entre les expériences de laboratoire et les applications au monde réel.

J'espère que cet article aidera à éclaircir un peu le mystère derrière la recherche. Je vais donner un exemple de résultats d'une étude qui a été faite à mon propre laboratoire, le laboratoire des troubles anxieux de l'Université Concordia, qui a mené à des changements dans le traitement pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Qu'est-ce que les chercheurs étudient ?

La recherche sur le TOC, ou sur toute autre maladie, peut être faite à plusieurs niveaux différents. À un niveau qui est facilement compris par les autres, de nombreux chercheurs évaluent l'efficacité des

traitements en comparant les symptômes des personnes suivant différents traitements. À un niveau plus fondamental, les chercheurs étudient comment les différents aspects de la maladie interagissent comme : Quelles sont les causes des symptômes ? Qu'est-ce qui améliore ou détériore les symptômes ? Ces résultats sont ensuite utilisés pour générer de nouvelles options thérapeutiques, qui sont testées, comme mentionné ci-dessus. La manière de laquelle nous obtenons des idées sur l'effet des symptômes provient de la théorie. Toutes les recherches commencent par la théorie qui est testée pour voir si elle est exacte, puis est appliquée à un traitement pour voir si notre nouvelle compréhension peut améliorer les interventions. En tant que scientifiques, nous pensons qu'un bon traitement doit être fondé sur une solide compréhension théorique de la maladie qui est appuyée par des résultats de recherche. Cela a toujours été le mandat de notre laboratoire : de mieux comprendre l'anxiété

et avoir un impact direct sur le traitement.

Dans le but d'expliquer davantage ces liens, je vais maintenant vous présenter certains résultats de notre recherche.

D'où vient la théorie?

En 2002, le chercheur Dr. Stanley J. Rachman a développé une nouvelle théorie concernant le maintien des symptômes de vérification dans le TOC. Il a proposé que même si les gens vérifient pour devenir plus certains, l'acte de se vérifier diminue grandement la confiance que les gens ont dans leur mémoire. Cela implique que l'acte de vérification a un effet paradoxal, car il diminue en effet la même chose que vous essayez d'augmenter. Vous remarquerez que cette théorie est très spécifique. Il peut être accablant et confondant d'essayer d'enquêter sur tous les processus d'un trouble à la fois, donc nous avons l'habitude d'étudier les différentes composantes ou symptômes individuellement. Dans ce cas, cette recherche porte sur une compulsion dans le

TOC : la vérification. Bien qu'un certain nombre de traitements efficaces existent pour le TOC, ils laissent régulièrement une proportion alarmante de personnes en détresse (par exemple, Foa et al., 2005). Cela peut être dû à des traitements qui ne visent pas tous les aspects de ces troubles, sans doute parce que nous ne les comprenons pas encore complètement. Il est donc important que nous continuons à revenir à l'essentiel et essayons de comprendre chaque partie de ce trouble.

Théorie de recherche

Depuis qu'elle a été proposée, cette théorie a été testée et supportée empiriquement dans les laboratoires de recherche du monde entier, y compris le nôtre. Il est important que vous trouviez le même résultat d'un certain nombre de fois afin que vous sachiez qu'il est fiable. Par exemple, dans notre laboratoire en 2006, Radomsky, Gilchrist, et Dussault ont également constaté que c'était bien vrai que plus vous vérifiez, moins

confiants vous devenez. Ils ont découvert cela en ayant deux groupes de participants vérifier des boutons un poêle une fois. Ils leur ont aussi demandé d'évaluer le degré de confiance dans leurs réponses. Les deux groupes ont été aussi précis quand ils ont rapporté les boutons qu'ils avaient utilisés, et très confiants de leurs réponses. Suite à cela, un groupe de participants a continué à vérifier le poêle 19 fois plus, tandis que l'autre groupe a vérifié le robinet d'un évier 19 fois. Enfin chaque groupe a vérifié le poêle une fois de plus. Bien que les deux groupes ont été aussi précis en rapportant les boutons qu'ils avaient utilisés, ceux qui avaient vérifié le poêle à plusieurs reprises n'étaient plus confiants de leurs réponses. Ceux qui avaient vérifié l'évier cependant, étaient encore très confiants. Donc, comme théorisé par Rachman, la recherche démontre maintenant que la vérification est paradoxale parce que l'acte de vérification diminue la confiance que les gens ont dans

leur mémoire, même si le but de la vérification est de devenir plus sûr.

Qu'est-ce que cela signifie pour le traitement ?

Grâce à cette recherche, les nouvelles recommandations de traitement pour la vérification compulsive (voir Radomsky, Shafran, Coughtrey, & Rachman, 2010) adressent maintenant les effets néfastes que la vérification a sur votre confiance dans votre mémoire. D'abord le client est éduqué sur la nature de la vérification répétée et comment elle engendre le doute. Ensuite, le client est invité à rentrer chez lui et comparer son niveau de confiance après une vérification et plusieurs vérifications répétées. Cela peut les aider à voir que le meilleur moyen d'être sûr est de ne pas vérifier. Ce type d'intervention n'a pas été précédemment inclus dans les protocoles de traitement pour la vérification. C'est un excellent exemple de comment les résultats de recherche qui sont fondés sur des théories

peuvent avoir un impact direct sur le traitement.

Plus de recherche nécessaire!

Bien que ce nouveau traitement a été proposé, il n'a pas encore été testé.

Maintenant, notre laboratoire fait une demande de financement pour étudier ce type de traitement. Chaque fois que nous voulons faire une nouvelle étude, nous appliquons pour des subventions pour être en mesure de payer les dépenses qui incluent les matériaux, le personnel, et rembourser les participants pour leur temps. C'est le cycle complet de la recherche, et comment il est lié au financement. Une fois que nous avons complété cette étude, nous serions sûrs que c'est une bonne intervention, et nous pourrions continuer à le recommander aux thérapeutes qui ont des clients ayant un TOC de vérification.

Enfin ...

Cette recherche a des implications pour vous même si vous n'avez pas de vérification

compulsive. Si vous avez quelque chose que vous vérifiez de temps en temps et vous voudriez ne pas vérifier, la meilleure chose à faire pour vous rendre plus certain est de ne

pas vérifier du tout. Chaque fois que vous vérifiez vous devenez de moins en moins certain.



Références

- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 151-161.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 625-639.
- Radomsky, A. S., Gilchrist, P. T., & Dussault, D. (2006). Repeated checking really does cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 305-316.
- Radomsky, A. S., Shafran, R., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2010). Cognitive behavior therapy for compulsive checking in OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*, *17*, 119-131.

La thérapie basée sur les inférences : Un nouveau traitement pour le TOC

Par : Loide Del Borrello, M.A. en Psychologie du Counselling, Candidate au D. Psy. en Psychologie Clinique.

Superviseur : Dr. Kieron O'Connor

PROCESSUS DE PENSÉE LIÉS AU TOC ET TRAITEMENT

Des études antérieures ont démontré que malgré le fait que 90% de la population générale a des pensées intrusives, seulement une minorité de personnes développe un TOC. Si la majorité des individus ont ces pensées indésirables, pourquoi seulement un petit pourcentage d'entre eux développe un TOC ? Les chercheurs croient que ce n'est pas les pensées intrusives en elles-mêmes qui amènent les gens à éprouver de la détresse et d'effectuer des compulsions, mais la manière dont ces pensées indésirables sont interprétées. En effet, les interprétations négatives données aux pensées intrusives amènent les gens à avoir des niveaux accrus



d'anxiété et de dépression. Par exemple, les gens peuvent devenir très anxieux quand ils considèrent que leurs pensées pourraient entraîner les autres à être nuis. Par conséquent, ils se sentent contraints à s'engager dans des rituels pour réduire leurs pensées ou décharger la responsabilité qui leur est associée. Dans la thérapie cognitive-comportementale (TCC) qui est couramment utilisée pour traiter le TOC, l'accent est mis sur changer la façon de laquelle les personnes perçoivent leurs pensées obsessionnelles. En outre, les clients sont exposés à des pensées ou des situations qui

sont anxiogènes et généralement engendrent l'exécution de leurs rituels. Par après, ils sont incités à ne pas faire leurs compulsions afin qu'ils réalisent que les conséquences qu'ils prévoient ne se produiront pas.

Conséquemment, leur niveau d'anxiété diminue graduellement. Bien que des études ont démontré que 75 à 85% des clients bénéficient de cette forme de traitement, d'autres décident de ne pas continuer cette thérapie parce qu'ils sont trop anxieux pour commencer l'exposition. De plus, les individus avec un haut niveau de conviction dans leurs idées obsessionnelles ont tendance à moins s'améliorer au cours d'une thérapie TCC. Pour adresser ces limites, approche basée sur les inférences (ABI) qui est axée sur le processus de raisonnement associé avec la manifestation des obsessions a été développée.

COMMENT ABI EXPLIQUE LE TOC

Dans l'ABI, la cible du traitement est ce doute obsessionnel que s'il n'était pas

présent, les gens ne se préoccuperaient pas des conséquences de leurs obsessions.

Douter est une réponse naturelle lorsque nous obtenons de nouvelles informations.

Par exemple, si je sens l'odeur de brûlé, il est normal que je me questionne sur le fait d'avoir éteint le poêle correctement.

Cependant, si mes sens ne m'indiquent pas que j'ai laissé mon poêle ouvert, et bien que je vérifie le poêle à plusieurs reprises et je vois qu'il est éteint, je continue de penser que je pourrais ne pas l'avoir éteint, mon doute est obsessionnel. Selon cette approche, la chaîne obsessionnelle commence par un déclencheur qui peut être interne comme une pensée soudaine, une émotion ou une sensation physique ou externe donc provenant des stimuli dans l'environnement comme le toucher d'un objet. Par la suite, les gens doutent que les choses soient correctes et pensent à toutes les possibilités que cela ne soit pas le cas. Si le doute se maintient, ils croient qu'il y aura des

conséquences aversives. Par exemple, les gens pensent que peut-être ils n'ont pas verrouillé la porte de la maison et si ceci est vrai, ils se feront voler. Par conséquent, leur niveau d'anxiété augmente et ils se sentent poussés à faire un geste compulsif pour se rassurer. Par exemple, ils vérifieront à plusieurs reprises si la porte est vraiment verrouillée. Le processus de raisonnement par lequel le doute obsessionnel est généré se nomme la confusion inférentielle qui est caractérisée par la tendance à traiter les possibilités comme si elles étaient vraiment liées à la réalité dans l'ici et maintenant et à ne pas faire confiance à ses sens. Un élément clé de la confusion inférentielle est l'inférence inversée. Une inférence normale survient suite à une observation. Par exemple, le sol est sale, donc beaucoup de gens doivent avoir marché dessus. Cependant, une inférence inversée précède l'observation de la réalité. Par exemple,

beaucoup de gens doivent avoir marché sur le sol, alors il est certainement sale.

La confusion inférentielle résulte dans le maintien des compulsions. En effet, les personnes font des gestes dans la réalité pour réduire les probabilités d'évènements imaginaires mais elles ne peuvent pas être certaines de leur efficacité parce qu'elles ne font pas confiance à leurs sens qui l'informent de la réalité. Ainsi, les gens qui craignent que leurs mains peuvent être contaminées par des bactéries laveront leurs mains à plusieurs reprises parce qu'ils n'ont pas confiance que leurs mains sont propres même s'elles semblent propres quand ils les regardent.

UN TRAITEMENT BASÉE SUR LES INFÉRENCES POUR LE TOC

Un traitement ABI est généralement composé de 20 à 24 séances de thérapie. Le traitement comporte dix étapes qui seront brièvement résumées dans la section suivante. Le traitement est centré sur deux

composantes : le doute obsessionnel et le narratif qui le soutient. Les clients sont amenés à comprendre la différence entre un doute normal qui provient d'informations sensorielles et le doute obsessionnel qui ne se justifie pas par des informations sensorielles dans le contexte présent et comprend une idée de pouvoir percevoir les situations au-delà des sens. Par exemple, un client croit qu'il pourrait avoir des bactéries sur la porte même s'il ne les voit pas car son bon sens lui dit cela. Les clients sont incités à voir que dans des situations qui ne sont pas liées au TOC, ils se fient sur leurs sens. Une intervention qui est accomplie afin de souligner cette différence est de prendre une situation neutre et d'essayer de la rendre anxiogène en y appliquant un raisonnement de confusion inférentielle. Un exemple serait peut-être je ne devrais pas aller faire du magasinage le jeudi, parce que je pourrais tomber dans le magasin et ne pas être en mesure de me relever. Cette intervention

permet aux clients de saisir l'absurdité de cette logique. Les clients sont entraînés à s'arrêter et se questionner sur la pertinence de leurs doutes dans les situations obsessionnelles avant de faire la compulsion. Pour illustrer ce point, les clients sont donnés l'analogie de traverser un pont. Il leur est expliqué qu'ils commencent dans la réalité mais quand ils accordent de l'importance à des doutes qui ne sont pas pertinents dans l'ici et maintenant en imaginant toutes les possibilités de choses qui pourraient être, ils franchissent la frontière entre la réalité et l'imaginaire. Donc, s'interroger sur la validité de leurs doutes leur permet de demeurer ou de retourner du côté de la réalité. Le doute obsessionnel est ancré dans un narratif composé d'arguments qui ne sont pas pertinents dans le contexte présent. En d'autres termes, la confusion inférentielle amène les individus à faire des liens subjectifs entre des éléments qui sont peu

liés à la situation réelle. Les arguments sont liés par des dévis de raisonnement. Il y a six types de dévis de raisonnement. Un type clé est l'inférence inversée qui a été discuté auparavant. Durant la thérapie, les clients sont encouragés en premier à élaborer sur leur narratif obsessionnel. Par après, ils apprennent les différents dévis de raisonnement que leurs histoires peuvent comprendre et comment ceux-ci peuvent servir à justifier leur doute. Par la suite, ils sont amenés à identifier les dévis de raisonnement qui constituent leur narratif. Ensuite, ils doivent créer une histoire alternative qui inclut tous les aspects du raisonnement derrière de le doute et va à l'encontre de ceux-ci. Ce nouveau narratif

intègre les éléments de la réalité donc n'incorpore pas de confusion inférentielle. Il est recommandé aux clients de pratiquer cette histoire quand le doute surgit. Le but étant d'ébranler la conviction des clients dans leurs doutes en démontrant comment un narratif peut déterminer leurs croyances. L'objectif ultime n'étant pas qu'ils internalisent cette histoire mais qu'ils n'aient plus ces mêmes doutes obsessionnels et par conséquent, ne voient plus le besoin d'effectuer des gestes compulsifs. ABI est encore en phase de recherche, mais jusqu'à ce point beaucoup de gens ont été aidés par ce traitement. L'avenir de l'IBA en tant que traitement pour le TOC est en effet très prometteur.

**La thérapie basée sur les inférences est offerte gratuitement au Centre de Recherche Fernand-Séguin à ceux qui sont admissibles à participer aux recherches.*

Appelez au (514) 251-4015 poste 3585 pour plus d'informations.

Références

- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy, 29*, 339-355.
- Foa, E.B., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 30*, 717-724.
- O'Connor, K.P., & Aardema, F. (2003). Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports, 93*, 227-232.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., ... Pitre, D. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 148-163.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., & Pélissier, M.C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester : Wiley & Sons.
- O'Connor, K.P., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels- compulsifs. *Revue Québécoise de Psychologie, 17*(1), 155-183.
- Rachman, S.J., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233-248.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 549-552.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S29-S52.

Qu'est-ce qu'un groupe de soutien ?

Par Magali Purcell Lalonde, Candidate au doctorat en psychologie clinique

Superviseur: Kieron O'Connor



Un groupe de soutien n'est ni un groupe de thérapie, ni un groupe de psychoéducation. Sa fonction est d'offrir un cadre de discussion pour les personnes souffrant d'un problème commun ou souvent, un trouble psychologique, afin d'échanger des idées, des informations et des ressources ; de partager leurs expériences personnelles ; de discuter de leur problèmes quotidiens, d'acquérir des connaissances sur la nature de leur trouble ; d'unir leurs forces afin de défendre leurs idées concernant leurs problèmes, ainsi que recevoir des suggestions d'experts. Les participants peuvent briser leur isolement, se donner du

soutien et partager leurs expériences et leur compréhension du problème. Ils apprennent ainsi qu'ils ne sont pas seuls, que d'autres souffrent, tout comme eux, et que les forums de discussion leur donnent la chance de partager leurs expériences communes, tout en étant valorisé. Les participants peuvent aussi acquérir des habiletés pour gérer leurs difficultés et comprendre les liens qui existent entre leur maladie et les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne. Au début de chaque réunion, les participants sont informés des règles éthiques qui doivent être respectées afin de faire partie du groupe de soutien tels que le respect de ce

qui est dit et partagé pendant les réunions, la confidentialité, le soutien mutuel et l'écoute empathique.

Les participants peuvent discuter de sujets personnels. Toutefois, l'accent sera jamais mis sur un cas particulier pour donner des recommandations de traitement. Au contraire, seulement des suggestions générales seront présentées. Les participants seront encouragés à exprimer leurs opinions, mais celles-ci ne reflèteront pas l'opinion de l'animateurs des groupes ou celles des autres membres. Pour des questions plus spécifiques concernant le traitement et pour

avoir des conseils, les participants seront référés à leur thérapeute, médecin ou autre professionnel de la santé mentale.

Néanmoins, les animateurs fourniront des renseignements et des ressources pour adresser les questions sur un cas spécifique.

Aimeriez-vous participer à un groupe de soutien pour les personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ? Les réunions ont lieu en français, une fois par mois, chaque deuxième jeudi du mois au Centre de recherche Fernand-Séguin, salle 107 (1er étage, dans la salle de conférence) pour notre calendrier, vous pouvez nous envoyer un courriel à kbergeron.crf@ssss.gouv.qc.ca ou nous téléphoner au (514) 251-4015 poste 3585.

Autres organismes offrant des groupes de soutien pour le TOC :

AQPAMM (En Français)

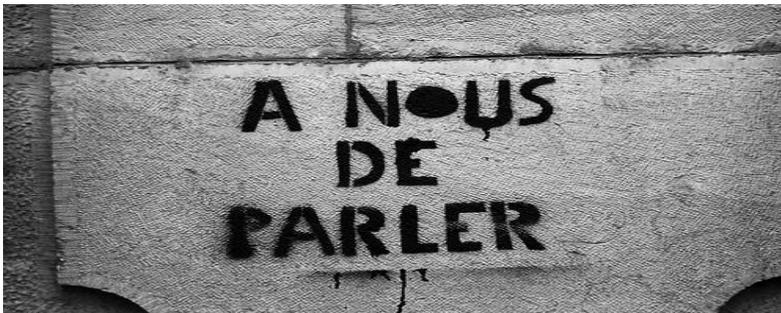
1260 Ste-Catherine St. Ouest salle 202A,

514 524-7131

AMI-QUEBEC (En Anglais)

Hôpital General Juif, 4333 rue Côte Ste-Catherine, edifice Lady B. Davis.

514 486-1448



Le témoignage de Frédéric, 35 ans



Le TOC est entré en force dans ma vie alors que j'avais 28 ans. Je venais de vivre une douloureuse peine d'amour et j'ai alors commencé à avoir des phobies d'impulsion très fortes (peur de devenir violent, peur de devenir homosexuel, peur de devenir pédophile, etc.). Ces pensées m'horrifiaient et étaient en contradiction avec la réalité et avec ma nature profonde. Je savais instinctivement que ces pensées étaient fausses mais plus je voulais les chasser, plus elles revenaient en force. C'était un cercle vicieux infernal.

Au fil des semaines, malgré tous mes efforts pour aller mieux (consultations, saine hygiène de vie, relaxation, etc.), mon état ne cessait de se détériorer. La thérapeute que je consultais était très compétente et m'aidait à

tenir le coup mais ne savait pas que je souffrais d'un TOC et ne connaissait pas bien ce trouble. Je perdais l'appétit ; mon sommeil était troublé ; je vivais de la détresse psychologique du matin au soir et je perdais espoir d'améliorer mon état. Je réussissais à fonctionner malgré tout mais je m'absentais de plus en plus de mes activités professionnelles. Un peu plus tard, j'ai commencé à réaliser que j'étais sur le point de craquer et mes parents m'ont convaincu d'aller consulter le médecin afin de me faire prescrire des anxiolytiques ou des antidépresseurs. C'est alors que j'ai reçu mon diagnostic de TOC et que j'ai débuté la médication (Effexor) malgré mon aversion de prendre ce type de médicament. J'ai très bien fait d'en prendre car sans cela je crois

que je me serais enfoncé de plus en plus. La médication m'a donc aidé et j'ai consulté un peu plus tard une psychologue spécialisée dans le traitement des TOC (thérapie cognitive-comportementale). Cette thérapie m'a littéralement « sauvé la vie ». J'ai pu commencer à sortir de mon enfer au fil des séances et retrouver une belle qualité de vie.

Les forums de discussion (www.doctissimo.fr), les groupes de soutien et d'entraide (www.phobies-zero.qc.ca), les lectures (voir celles suggérées sur ce site), le support de mes proches et la spiritualité m'ont également beaucoup aidé dans mon cheminement.

J'ai eu quelques petites rechutes au fil des années et de nouveaux thèmes de TOC sont apparus au fil du temps (hypermoralité, hyperresponsabilité, phobies impulsions liées à la conduite d'un véhicule). Cependant, j'ai

persévéré dans mes efforts et j'ai réussi à mieux apprivoiser les mécanismes de pensées et d'émotions causant mes différents TOC. Je vis maintenant une vie très heureuse avec mon épouse et ma fille et je réalise que ces troubles, malgré la souffrance qu'ils amènent, peuvent grandement nous aider à changer notre vision de la vie pour le mieux. En effet, tout ceci m'a amené à mieux m'aimer, mieux m'accepter, à essayer d'être plus ouvert d'esprit et plus compatissant. Il est évident toutefois que je devrai toujours rester vigilant car cette fragilité fait partie de moi. Je conclus en encourageant toutes les personnes souffrant de TOC à être tenaces et persistantes. Vous pouvez améliorer votre qualité de vie et votre bonheur. Les ressources existent et la lumière est toujours plus forte que la noirceur.

Solidairement,

Frédéric

Participants de recherche demandés

- VOUS PASSEZ BEAUCOUP DE TEMPS À LA RECHERCHE D'OBJETS ?
- VOUS AVEZ DE LA DIFFICULTÉ À VOUS DÉFAIRE DE VOS BIENS ?
- VOTRE ESPACE DE VIE EST ENCOMBRÉ ?
- VOUS AVEZ PLUSIEURS COLLECTIONS D'OBJETS EN TOUT GENRE ?
- L'ACCUMULATION D'OBJETS ENTRAÎNE DES DIFFICULTÉS POUR VOUS ?



NOUS SOMMES À LA RECHERCHE DE PERSONNES AYANT DES COMPORTEMENTS D'ACCUMULATION D'OBJETS QUI DÉSIRENT PASSER UNE ENTREVUE D'ENVIRON UNE HEURE TRENTE POUR NOTRE PROJET DE RECHERCHE, DANS LE CADRE DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. NOUS CHERCHONS À COMPRENDRE LA SIGNIFICATION QUE PREND L'ACCUMULATION D'OBJETS POUR VOUS. LES RÉSULTATS DE CETTE RECHERCHE PERMETTRONT D'APPROFONDIR LES CONNAISSANCES SUR L'ACCUMULATION D'OBJETS ET D'AMÉLIORER LES INTERVENTIONS OFFERTES.



POUR NOUS JOINDRE

mylene.mantha@umontreal.ca

514. 292.4342

DEMANDER MYLÈNE

COMPENSATION

**20\$ VOUS SERONT REMIS
POUR VOUS REMERCIER DE
VOTRE PARTICIPATION**



Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel-Compulsif Inc.

La FQTOC est un organisme sans but lucratif composé de bénévoles. Elle a pour mission d'éduquer la population sur le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et ses conséquences sur la personne atteinte, ainsi que de soutenir celle-ci et les proches.

Ses objectifs visent à améliorer la disponibilité et la qualité des services offerts en termes de diagnostic et de traitement et à sensibiliser le plus grand nombre d'individus et de professionnels concernant cette problématique.

OCDire / TOCtalk est publié pour les membres de la FQTOC et les professionnels de la santé. Vous pouvez nous aider à atteindre nos objectifs en devenant membre de la Fondation et/ou en devenant bénévole. Nous accueillons en tant que membres : les gens atteints du TOC ainsi que les membres de leur famille, les professionnels, et toute autre personne préoccupée par le sujet.

| | |
|---|--|
| Demande d'adhésion <i>À remplir et à retourner à:</i> Fondation Québécoise pour le Trouble Obsessionnel Compulsif Inc. Case Postale 158, Succursale H Montréal (Québec), H3G 2K7 http://fqtoc.mtl.rtss.qc.ca (514) 727-0012 1-888-727-0012 | |
| Nom: _____ | Veillez cocher: <input type="checkbox"/> Adhésion Régulière \$ 15.00 <input type="checkbox"/> Adhésion Familiale \$ 15.00 <input type="checkbox"/> Adhésion Professionnelle \$ 50.00 <input type="checkbox"/> Don \$ _____ Les dons sont déductibles d'impôts BN88520 2614 RR0001 |
| Adresse: _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Téléphone: _____ | |
| Courriel: _____ | |
| _____ | |
| Langue de correspondance: <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | |
| J'aimerais recevoir le bulletin d'information par: <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Poste régulière | |