

## **Trouble obsessionnel compulsif : approche cognitivo-comportementale**

**Rabia TRIBECHÉ**

Laboratoire SLANCOM, Université Alger 2

Le trouble obsessionnel compulsif a longtemps été considéré comme une maladie rare, résistante à toute approche thérapeutique. Ces dernières années, ce trouble a fait l'objet de nombreuses recherches dans différents domaines. La prévalence du trouble a été, à son tour, sous-estimée durant longtemps. Aujourd'hui les statistiques rendent compte de l'importance de sa fréquence à 3% chez la population en général (AFTOC, 2007).

Les travaux cliniques ont permis de mieux définir le trouble et d'affiner ses frontières avec d'autres pathologies. Le DSM IV définit les tocs par rapport à deux critères essentiels.

La présence d'obsessions qui peuvent prendre la forme d'une idée, impulsion ou image obsédante, qui vont générer une souffrance très importante à chaque fois que le sujet essaie de les inhiber.

Outre les obsessions, le sujet présente des compulsions, des rituels qui sont des gestes répétitifs ou a actes mentaux, que le sujet se sent obligé d'accomplir, pour diminuer le niveau d'anxiété.

Les tocs les plus couramment observés portent sur les thèmes suivants :

- La saleté associée à la compulsion du lavage.
- Le besoin d'ordre, de symétrie associé au besoin de rangement.
- Le doute, associé au besoin de vérification.
- La superstition, la peur des catastrophes associées à des formules ou des gestes conjuratoires, comme le fait de taper un certain nombre de fois avant de faire quelque chose.

Il est important de signaler que l'on ne peut parler de maladie que lorsque ces symptômes occupent au moins une heure par jour (cela peut aller jusqu'à six, voire huit heures par jour) et qu'ils deviennent une source d'angoisse pour le sujet et engendrent un handicap (DSM IV, 1994).

L'origine des tocs semble multifactorielle. Cela signifie que la présence de plusieurs facteurs en même temps, est nécessaire pour que le sujet développe un TOC.

Aujourd'hui les neurosciences ont ouvert les portes à différents travaux et hypothèses comme celle noradrénergique qui suppose l'existence d'une hyperactivité dopaminergique en se basant sur des taux plasmatiques de noradrénaline et sur l'association fréquente des tocs avec certaines affections neurologiques telles que la chorée et le syndrome de Gilles de La Tourette ainsi que l'efficacité des neuroleptiques dans les tocs associés à des tics complexes (J. A. Gray, 1982).

La neuro-imagerie rend compte de deux régions particulièrement concernées par les tocs : le lobe frontal et le noyau caudé.

Le rôle du lobe frontal dans les tocs apparaît presque évident lorsque l'on connaît sa responsabilité dans les tâches de programmation, de régulation et de vérification des activités en cours. Les lobes frontaux qui sont étroitement reliés au système limbique ainsi qu'aux aires sensorielles et motrices sont responsables du contrôle et de la modulation des comportements dirigés ou intentionnels, ainsi que leurs modifications lors des changements survenus dans l'environnement. Lorsqu'il existe un déficit dans ces aptitudes en relation avec une lésion de ces lobes, des comportements stéréotypés, des persévérations et l'absence d'adaptation aux changements vont apparaître (Kornreich, 2004).

Le modèle cognitivo-comportemental se fonde sur la présence d'une anxiété généralisée chez le sujet atteint de toc ; qui serait en rapport avec des anomalies dans le traitement de l'information et qui correspondraient à une attention sélective vis à vis des signaux de danger par rapport aux signaux de sécurité. (Rapeer, Barlowd, 1991). Plusieurs niveaux peuvent être décrits, formant ainsi un véritable système d'interaction psychobiologique avec :

- une vulnérabilité biologique et psychologique aux événements négatifs de la vie.
- une focalisation systématique et chronique de l'attention sur des dangers potentiels.
- une interprétation selon laquelle, il est impossible de faire face aux dangers. Ce qui se traduit par le pessimisme, la recherche de l'assurance, la vérification et l'évitement subtil d'un grand nombre de situations (J. Cotteraux, 1990).

De son côté l'approche de Gray (1982) repose sur la notion d'un système d'inhibition comportementale dont la fonction est de filtrer les stimuli environnementaux pour voir s'il existe une concordance entre les stimuli attendus et les stimuli réellement perçus. Dans la mesure où le système comparateur est dérégulé ; il va se lancer dans des vérifications sans fin entre obsessions et compulsions.

Le modèle behavioriste insiste sur le rôle du conditionnement dans l'acquisition des tocs. Des études statistiques ont montré que 80% des sujets dits normaux avouent avoir souffert plusieurs fois durant leurs vies d'idées intrusives semblables aux obsessions pathologiques observées dans les tocs et que souvent ces dernières sont soutenues par un ensemble de valeurs et de croyances fausses ; comme la peur de la pollution ou de la contamination qui va générer le lavage répétitif des mains ou le doute qui va entraîner la vérification. Les compulsions vont permettre une baisse momentanée du niveau d'angoisse. Ce qui va renforcer le comportement pathologique.

La thérapie comportementale vise la rupture de ces associations conditionnées en s'appuyant sur les points suivants :

- L'exposition directe aux idées obsédantes va permettre au sujet de découvrir que s'il se concentre sur les idées plus que s'il ne se concentre sur les stratégies d'évitement ; l'anxiété va diminuer progressivement par habitude au contenu anxigène de l'idée obsédante.

Les recherches dans ce domaine ont montré que l'utilisation de la thérapie comportementale ne peut avoir un impact thérapeutique si elle n'est pas associée à la thérapie cognitive ; qui elle ; se charge de cibler les schémas de pensées erronés en les réélaborant et en corrigeant les croyances liées aux idées obsédantes. Ces deux techniques doivent être associées pour défaire le conditionnement entre l'idée obsédante et son corolaire ; la compulsions.

La thérapie cognitivo-comportementale utilisée dans le traitement du cas qui va suivre s'étale sur trois étapes.

- La première étape comporte l'évaluation psycho-clinique du cas et sa préparation à la thérapie ou contrat thérapeutique.
- La deuxième étape comporte l'exposition virtuelle aux idées obsédantes et l'empêchement des compulsions.
- La troisième étape consiste à corriger les schémas cognitifs erronés, qui soutiennent les tocs en faisant appel au modèle thérapeutique cognitif.

### **Présentation du cas**

A est un jeune homme âgé de 26 ans, souffrant de tocs depuis près de 15 ans. Il est suivi depuis peu en psychiatrie et soumis à un traitement à base de Prozac. Les effets secondaires générés par ce traitement (vertiges et nausées) n'ont fait qu'augmenter l'angoisse du patient pour ensuite aboutir à un abandon du traitement chimiothérapeutique. L'initiative d'envisager une thérapie cognitivo-comportementale pour A revient à la mère qui a contacté le psychothérapeute par téléphone pour conclure par la suite à un accord sur le programme.

L'anamnèse révèle que la mère a aussi souffert de crises d'angoisse de longues années. La grand-mère a aussi présenté des comportements semblables aux tocs. Les données anamnestiques révèlent que A a grandi dans une famille ayant un niveau socio-économique plutôt bon. Les parents sont divorcés depuis peu. A est le deuxième d'une fratrie de deux enfants. Le père est cadre dans une société mais n'a aucune existence dans la vie du patient ; par contre, ce dernier présente une relation symbiotique avec sa mère. A rapporte que sa mère était très anxieuse pendant une longue période ; qu'elle était en proie à des idées telles que « quelque chose de néfaste va arriver à l'un de ses enfants ». C'est ainsi qu'elle nous accompagnait régulièrement à l'école jusqu'à un âge avancé. Elle continuera de nous appeler par téléphone un nombre de fois précis par jour pour se rassurer alors que nous avons dépassé la vingtaine d'années. Aussi avait-elle besoin de connaître le lieu où je me trouvais à chaque instant et si cet endroit est rassurant ou pas. Aujourd'hui, A vit toujours avec sa mère et lorsqu'il aborde le problème de son autonomie, elle lui demande d'attendre le mariage avant d'envisager cette éventualité.

À l'examen A se présente dans la peau d'un beau garçon, élégant, de constitution plutôt maigre, manifestant d'emblée des signes d'angoisse. A rapporte qu'il a commencé à souffrir de tocs prenant la forme de gestes répétitifs, alors qu'il était âgé d'à peine 10 ans. Il ajoute que son état de santé va de mal en pire les deux dernières années avec des poussées d'angoisses très fortes au moment même où il entamait une carrière de photographe. Les compulsions prennent la forme d'une vérification constante des photos sur micro ou des séances d'impression des photos à l'intérieur d'une pièce sombre, jusqu'à ce que les idées obsédantes se dissipent. Ces dernières comportent la peur de vomir ; le chiffre 15 ; l'idée de voir son visage se déformer suite à un accident de voiture ou à un crash de l'avion à bord duquel il se trouvait ; le pressentiment de la mort d'un proche, l'évitement des bus, des bateaux, des avions. A évite aussi de descendre et de marcher dans certaines avenues parce qu'elles sont devenues associées à des idées obsédantes précises. Il évite aussi d'acheter les CD de certains chanteurs ou musiciens décédés des suites d'un crash comme il évite de manger certains aliments de peur d'être contaminé. Aujourd'hui A souhaite avoir une promotion dans sa carrière en devenant photographe spécialisé dans la publicité commerciale. Il se réalise peu dans son travail. Sur le plan affectif, il va mal ; son ami de l'université l'a quitté depuis quelques années, à cause de ses tocs. A vit très mal cette rupture affective qui a engendré un isolement par la suite.

## **Programme thérapeutique**

La première étape est échelonnée sur 09 séances.

La première est consacrée au recueil des données anamnestiques, à l'explication des tocs, à leurs manifestations symptomatiques, à leurs causes, au programme thérapeutique à suivre. On obtient l'accord du sujet pour entamer la thérapie avec, comme préalable, l'engagement à respecter le contrat thérapeutique.

Durant les séances suivantes, d'autres questions sont abordées telles que l'enregistrement de tous les actes compulsifs accomplis durant une semaine, ce qui permettra au sujet de consigner l'immuabilité et la récurrence de certaines compulsions précises.

La deuxième étape du programme est échelonnée sur 04 séances

A avoue, au terme de la première séance du programme ne plus s'embarrasser de ses idées obsédantes et que depuis quelques jours, il n'a pas présenté de compulsions. Cependant nous avons attiré son attention sur les possibilités de rechutes et qu'il ne devrait pas être frustré si cela arrivait, car la particularité des tocs, c'est leur caractère récurrent.

Durant ces 04 séances, A a été entraîné à l'exposition imaginaire à toutes les situations anxiogènes associées à ses peurs. Pour une meilleure adaptation émotionnelle, nous lui avons demandé plus de détails sur la situation imaginée, le type d'émotion et les sensations ressenties et les comportements auxquels il recourt dans pareilles situations.

Durant les séances, une fiche évaluant le degré d'angoisse sur une échelle allant de 0 à 100 est mise à la disposition du sujet qui doit faire son auto-évaluation. La conversation est enregistrée dans le but d'être réécoutée par le patient chez lui. La répétition de ces séances a permis une régression importante du niveau d'angoisse. Les entraînements à l'habituation aux situations anxiogènes va aboutir à un affaiblissement de l'association conditionnelle entre l'idée obsédante et l'angoisse qui en découle.

Les séances passées avec le patient nous ont permis de repérer plusieurs schémas cognitifs erronés, soutenus par un ensemble de convictions :

- angoisse, qui selon le patient, ne serait pas bonne et qu'il faut l'éviter quel que soit son degré ;
- nécessité d'admettre et accepter uniquement ce qui est parfait ;
- nécessité d'éviter tout risque que l'être humain doit avoir une vie assurée à 100% ;
- pensée comme : si je plaçais mes intérêts avant ceux des autres, cela pourrait me causer des conséquences fâcheuses ; je suis responsable de ce qui pourrait arriver aux autres ; il existe quelque part, en moi, quelque chose de pas bien ; de ce fait, je ne suis pas digne d'être accepté par les autres.

Pour cela, un programme visant le traitement cognitif et émotionnel a été conclu avec le patient, en plus de son initiation aux techniques de management de l'anxiété (relaxation et concentration sur la réalisation de la tâche à exécuter).

Les schémas de pensée erronés soutenant les idées obsédantes ont été traités un à un, au fur et à mesure de la thérapie.

L'idée relative à l'angoisse a subi des modifications ; le patient admet aujourd'hui que l'anxiété jusqu'à un certain degré, est même nécessaire. Elle peut même avoir un rôle de stimulant dans la carrière ou dans le parcours scolaire et que sans cela, il ne peut y avoir de défi ni de sens de la responsabilité. Aujourd'hui, A a appris à se concentrer sur sa carrière et sur le défi à relever dans son travail plutôt que sur son niveau d'angoisse.

L'une des idées obsédantes du patient a trait à la peur d'être défiguré suite à un accident et qu'il devienne par la suite moche et désagréable au point où aucune femme ne pourra s'intéresser à lui.

Au terme des séances d'entraînement et du traitement cognitif, nous avons suggéré au patient qu'il venait de survivre à un accident et qu'il ne pourra plus trouver de travail et que toutes les femmes qui pouvaient l'intéresser le refusent. L'ensemble de ces suggestions a eu un impact assez faible sur le niveau d'angoisse avec un score à 40/100, selon son auto-évaluation. Sur ce, A affirme que ses schémas de pensées sont en train de changer.

Sur le plan cognitif, un progrès considérable a été opéré. Aujourd'hui, A admet que beaucoup de gens affrontent des expériences néfastes dans leur vie sans qu'elles soient forcément en rapport avec un crash.

Outre cela, A accepte aujourd'hui que la mort est une fatalité inéluctable qu'il va falloir admettre et qu'elle n'est pas forcément la résultante d'un crash. Il en est de même pour l'idée du vomissement dont la simple prononciation générerait le besoin de vomir chez le sujet. Désormais, la prononciation du mot a un impact très faible sur le degré d'angoisse (scoré à 25 selon l'auto-évaluation du niveau par le patient). L'habituation aux idées obsédantes ainsi que l'expérimentation de la baisse du niveau d'angoisse ont fini par encourager le patient et par accélérer le processus thérapeutique.

L'idée relative à la perfection a aussi subi un traitement cognitif. La peur d'être rejeté par sa partenaire a été au centre de la discussion. L'avancement dans la thérapie a permis à A d'avouer certaines craintes par rapport à la sexualité et à l'éventualité de la recherche d'une partenaire. A était convaincu qu'il présentait des anomalies au niveau de son organe génital. Les idées avancées sont une pure production de son imagination, du fait qu'aucun des différents examens effectués ne confirme l'existence d'une anomalie.

Sur conseil du thérapeute, A finit par rétablir le contact avec une ancienne amie, expérience fort enrichissante sur le plan du regain de confiance. Cette initiative lui a permis de découvrir que chacun de nous présente des imperfections sans pour autant risquer le rejet. Cette idée a été muri suite à la découverte de poils disgracieux sur les seins de sa partenaire et de conclure : « Et pourtant, je ne l'ai pas abandonné ». Cette expérience l'a amené à réviser son schéma cognitif lié à la perfection.

Une fois les schémas cognitifs corrigés et le caractère erroné de ses hypothèses confirmé, A se découvre des potentialités à même de l'aider à se concentrer sur sa réussite sociale. Il découvre en lui des aptitudes lui permettant de gérer son angoisse avec un meilleur contrôle des symptômes. L'expérience in vivo lui a permis de réaliser un avancement extraordinaire dans la thérapie. Les actes compulsifs ont diminué passant de quelques heures par jour à un nombre infiniment restreint. Aujourd'hui A est capable de monter dans le bus, de se balader dans les rues qu'il évitait auparavant, d'acheter des CD qu'il ne pouvait acheter jusque là.

Sur le plan de la personnalité, le patient a gagné beaucoup d'assurance, il est aujourd'hui capable d'affronter sa mère sur certaines questions personnelles sans éprouver de la culpabilité et il est beaucoup plus ambitieux.

Trois mois après la thérapie, A va bien ; les actes compulsifs sont à leur niveau le plus bas. La souffrance psychologique a beaucoup diminué. Aujourd'hui, le patient avoue en ces termes : « L'exposition imaginaire me rappelle un comprimé que je suis tenu de prendre pour préserver ma vie et mon mental et ce durant toute ma vie ; je ne l'oublierai jamais ».

Le jour conclu pour arrêter la thérapie, dans le but d'éviter une éventuelle dépendance au thérapeute et à la thérapie lui rappelle l'idée de quitter le domicile familial et d'œuvrer pour son autonomie avec la naissance d'une nouvelle vie pour lui.

### **Bibliographie**

1. TOC, 2007, [http://WWW ;aftoc.org](http://WWW.aftoc.org), Le trouble obsessionnel compulsif en milieu scolaire, Fiche Pratique.
2. Jean Cottraux, Les thérapies cognitivo-comportementales et cognitives, 3ème édition, Masson, 2002.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV, 1994, 4ème édition, Washington DC : American Psychiatric Association.
4. Korenreich, Le trouble obsessionnel compulsif, Institut de psychiatrie, CHU Brugman, Revue Médicale, 2004.