

La thérapie cognitivo-comportementale du trouble obsessionnel compulsif : Étude de cas

Keltoum BELMIHOUB

Département de Psychologie, des Sciences de l'Éducation et d'Orthophonie
Laboratoire SLANCOM Sciences du Langage - Neurosciences Cognitives - Communication, FSHS
Université d'Alger 2

Introduction

Le sujet souffrant d'obsessions ou de compulsions a des pensées intrusives déplaisantes, non souhaitées, répétitives qui sont des phénomènes normaux vécus par chacun d'entre nous, mais qui, chez le sujet obsessionnel, font l'objet d'une interprétation particulière.

Il en résulte une pénibilité émotionnelle, une dysphorie anxieuse, une souffrance que le rituel tente d'atténuer. Ce rituel confirme que l'obsession représente un danger réel contre lequel il faut lutter. Un terrible cercle vicieux débute alors.

Dans cet article, nous présentons la prise en charge cognitivo-comportementale de Melle A, qui a souffert de ce trouble durant 04 ans.

Définition

Les obsessions sont des idées, des pensées, des images ou des impulsions persistantes et /ou récurrentes. Elles sont involontaires, dépourvues de sens et peuvent présenter un caractère répugnant pour le sujet, lequel tente de les supprimer.

Le thème est souvent la saleté, la contamination, le sacrilège, la sexualité, le désordre, la peur d'être responsable de la mort d'autrui ou de catastrophes. Elles s'imposent au sujet, pendant des périodes prolongées, pouvant aller jusqu'à 08 heures par jour, dans les formes graves. Elles entraînent une culpabilité douloureusement ressentie.

Les compulsions ont un contenu parfaitement illogique et revêtent un caractère irrationnel. Les compulsions sont des comportements répétitifs et stéréotypés (vérifier, compter, nettoyer, mettre en ordre) que le sujet doit accomplir obligatoirement pour diminuer l'anxiété liée aux pensées obsédantes et irréalistes. Elles ont un caractère obligatoire (compulsif, du latin compellere : obliger). Il s'agit, au début, pour le sujet, de résister à ces compulsions qui vont, par la suite, le submerger.

Ces obsessions sont reconnues par le sujet et celui-ci ne présente aucun plaisir à les réaliser¹. Les obsessions compulsions s'accompagnent ou sont suivies souvent d'états dépressifs (50% environ des cas) mais elles évoluent rarement vers un délire².

La personnalité obsessionnelle

En voici les traits :

Perfectionnisme : exagérément attentif aux détails ; aux procédures, au rangement ; et à l'organisation, souvent, au détriment du résultat final.

Obstination : têtu, insiste obstinément pour que les choses soient faites comme il l'entend et selon ses règles.

¹ Cottraux & al. , Les obsessions compulsions, (1983), Ed Soledi, Liège, Belgique, p. 91.

² Jean Cottraux, Les thérapies cognitives : comment agir sur nos pensées, 2001, Ed Retz, Paris, p. 190.

Froideur relationnelle : a du mal à exprimer des émotions chaleureuses souvent très formelle, froid, embarrassé.

Doute : a du mal à prendre des décisions par peur de commettre une erreur tergiverse et ratiocine exagérément.

Rigueur morale : extrêmement consciencieux et scrupuleux¹.

Les rapports entre personnalité obsessionnelle et TOC sont beaucoup moins évidents que les théories psychanalytiques ne permettaient de le supposer. En effet, selon différentes études épidémiologiques, entre 50 et 90% des patients atteints de TOC n'ont pas de personnalité obsessionnelle et l'immense majorité des personnalités obsessionnelles ne souffrira jamais de TOC. la classification américaine DSM4 parle de TOC quand les obsessions et les rituels inutiles dépassent une heure par jour².

La thérapie cognitivo-comportementale

Selon l'approche comportementale classique, les rituels obsessionnels résultent d'un trouble de l'habituation et motivent le recours aux techniques d'exposition et de désensibilisation systématique de Wolpe. L'exposition aux situations génératrices d'obsessions et de rituels améliore 50 à 78 % des patients traités, selon les études.

Toutefois, le modèle comportemental est apparu incapable de rendre compte de la complexité des phénomènes obsessionnels et s'est enrichi de l'approche cognitive.

Selon l'approche cognitive, le sujet obsessionnel présente une perturbation spécifique du traitement de l'information. Les interprétations cognitives des obsessions et des compulsions mettent l'accent sur les postulats et les croyances développées par le sujet.

La thérapie cognitive vise à :

- Apprendre aux sujets à observer leurs propres cognitions, émotions et solutions. Les sujets sont incités à utiliser des fiches d'auto enregistrement des pensées, des émotions et des situations ;
- Aider le sujet à mettre en question ses systèmes irrationnels de pensée. Des techniques de questionnement et de recherche de pensées alternatives, divergentes sont apprises aux sujets ;
- Proposer au sujet des tâches d'exposition et de prévention de la réponse ritualisée.

De nombreuses études concluent que la thérapie cognitivo-comportementale, associée à un traitement médicamenteux, se révèle très bénéfique.

Nous avons utilisé ces techniques en milieu clinique algérien et nous avons obtenu des résultats très encourageants, ce que nous allons démontrer, à travers une étude de cas.

¹ François Le Lord et Christophe Andrée, Comment gérer les personnalités difficiles (1995). Odile Jacob, Paris, p. 104.

² Freeston Mark, H. Ladouceur, Robert Bouchard, Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel compulsif, Partie2 : Interventions thérapeutiques, Revue Québécoise de Psychologie, vol. 17, n° 1, 1996.

Présentation du cas

•Melle A est étudiante en informatique ; âgée de 20 ans, elle nous a consultée pour des obsessions compulsives.

Entourage Familial

- Le père : âgé de 50 ans, fonctionnaire, très pratiquant de la religion
- La mère : âgée de 50 ans, femme au foyer ;
- Melle A est troisième d'une fratrie de 05 enfants, elle a 02 frères plus âgés qu'elle et 02 sœurs plus jeunes.

Enfance et adolescence

Elle se sent aimée par ses parents ; son enfance était normale. Cependant, un souvenir l'a beaucoup influencée quand elle avait 05 ans. Son frère, une nuit, se mit sur elle. Par timidité, elle fit semblant de dormir en se couvrant jusqu'au visage avec un drap. Son père était pratiquant de la religion elle partit avec lui à la mosquée puis elle a cessé d'aller au CEM. Ensuite, elle a repris sa scolarité au lycée. Son père l'a obligée à porter le foulard en fin de CEM. Elle devint convaincue par la religion quand elle a accédé au lycée. Elle est devenue très pratiquante de la religion au point de ne plus regarder la télévision.

Études

En ce qui concerne les études elle a été toujours parmi les premiers de la classe elle a eu son bac avec une moyenne de 15 à l'âge de 17 ans.

Vie sentimentale

Elle a toujours réprimé ses sentiments envers l'autre sexe, vu son éducation conservatrice.

Les antécédents pathologiques

Melle A a souffert de l'angoisse de la mort de sa grand mère en 2002. Ce fut le premier décès dans la famille, puis elle s'est améliorée en s'occupant à préparer son baccalauréat. Le lendemain du tremblement de terre de 2003, elle a commencé à avoir des obsessions concernant les ablutions, la prière, le carême et tout ce qui concernait la religion. Avec le temps, les symptômes se sont accentués. En 2005, elle a commencé à avoir des obsessions de blasphèmes ; elle doutait de Dieu et elle avait peur d'être mécréante, pour se repentir elle se lave et lave ses vêtements par croyance à l'apostasie (الردة).

Symptômes

Melle A souffre depuis 04 ans des obsessions compulsives suivantes :

Les vérifications

La douche

Les rituels de lavage : répéter le lavage durant une demi-heure aux toilettes

Les rituels de répétition des ablutions et de la prière
Lutte contre les images sexuelles
Les blasphèmes.

Melle A ; passe un temps considérable à vérifier les sécrétions vaginales ; elle se lève même durant la nuit pour vérifier ; si elle trouve le liquide elle ne dort que parce qu'elle a décidé de se doucher le matin, faute de quoi, elle passe la nuit à vérifier.

Durant la journée, elle évite la sieste pour ne pas être obligée de se doucher.

Après chaque prière, elle vérifie le liquide et si elle le trouve, elle doit refaire la prière

Elle reste une demi heure aux toilettes avant chaque prière pour se laver du nombril aux orteils jusqu'à être sûre de n'avoir aucun liquide.

Melle A souffre des obsessions sexuelles qui l'obsèdent même durant la prière.

Elle ne peut pas lire un livre quand elle est dans le bus surtout s'il y a des garçons car elle pense aux idées sexuelles. Elle se fait mal, pour détourner son attention de ces images ; mais quand il n'y a que des filles, elle se sent mieux.

Techniques de diagnostic

- Après l'écoute et l'empathie qu'on a instaurées avec la patiente pour gagner sa confiance on lui a demandé de coopérer pour cerner le problème et trouver la solution.
- Pour réaliser ces objectifs nous avons utilisé les techniques suivantes :
- Self monitoring qui consiste à répondre aux questions suivantes :
- Quand les symptômes apparaissent t-ils?
- Quels sont les symptômes?
- Dans quelles circonstances apparaissent ils?
- Qu'est ce qui se passe avant et après?
- Quelles sont les idées qui lui viennent à l'esprit à ce moment précis?
- Comment ce problème a-t-il influencé sa vie?
- La patiente a été orientée vers la façon de pratiquer le self monitoring en répondant aux questions précédentes à chaque crise d'angoisse.

Résultats du self monitoring

Les symptômes mentionnés ci-dessus surviennent tous les jours et plusieurs fois par jour.

Ce trouble a influencé :

- Sa vie psychologique : elle déprime et se sent très fatiguée et malheureuse malgré la compréhension de sa famille,
- Sa vie sociale : elle ne participe à aucune activité sociale par peur que l'on se moque d'elle et que l'on fasse des commentaires sur son comportement,
- Sa vie professionnelle : en tant qu'étudiante en informatique elle souffre du temps perdu dans les répétitions du lavage et autres symptômes, elle fournit un effort pour pouvoir se concentrer dans ses études, elle ne participe pas en classe, par manque de confiance en soi ; même lorsqu'elle connaît la réponse, elle a peur de la donner, parce qu'elle pense qu'elle sera provocatrice pour les garçons et donc, elle se culpabilise (الخوف من الافتنة).

Analyse des données

L'entretien clinique et les fiches de self monitoring ont montré que la patiente souffre de tensions dans deux domaines importants les études et la religion.

- Les études : Melle A est une personne très dévouée aux études elle dit : (j'ai que Ça à faire) .durant toute sa scolarité elle était première ou parmi les premiers mais à l'école de l'informatique elle s'est retrouvée avec les meilleures comme elle, donc la concurrence est rude et elle accepte mal de se retrouver des fois avec de mauvaises notes tandis que les autres ont les meilleures notes alors dès qu' ' elle a une baisse de moyenne elle s'angoisse et les symptômes s'accroissent.

- La religion : dans la première séance Melle A, dès qu'elle a commencé à parler de l'histoire de sa maladie qui remonte à 4 ans de souffrance elle s'est mise à pleurer toute en tremblant (une peur bleu de dieu) dans cette situation embarrassante pour le clinicien je lui ai posé la question suivante : qu'as tu commis d'aussi grave pour avoir si peur de dieu le clément et le miséricordieux.

Elle a commence à parler de son frère aine qui à l âge de 10 ans se levait pendant la nuit pour se mettre sur son dos (elle avait 5 ans) et elle fait semblant de dormir par honte qu'il découvre qu'elle ne dort pas cette expérience a éveillé sa sexualité trop tôt. à l'adolescence elle se masturbait, puis quand elle est devenue pratiquante de la religion au lycée, elle se culpabilisait et réprimait tout ce qui est sexuelle même les pensées qui plus elle les chassait plus elles l'obsédaient pour cette raison elle a peur de dieu et cette peur s'est accentuée après l'évènement du tremblement de terre (le facteur déclenchant).

L'hypothèse

- On a conclu après plusieurs entretiens cliniques et analyses des données des fiches de self monitoring l'hypothèse suivante :

- Le trouble obsessionnel compulsif de Melle A est une réponse au stress lie aux études et les obligations de la religion telle qu'elle la perçoit surtout dans le domaine de la sexualité.

Programme thérapeutique

Après avoir posé le diagnostic on a commencé à appliquer le programme thérapeutique qui consistait aux techniques suivantes :

- Restructuration mentale :

Corriger les idées irrationnelles concernant la sexualité et l'interprétation des événements stressants (les mauvaises notes)

2- Diminution progressive :

On lui a demande de diminuer progressivement le temps passé au lavage aux toilettes de 5 minutes à chaque fois.

3- Résistance et prévention de la réponse ritualisée

4- L'encourager à remarquer les choses positives.

5- Lire le livre du Dr Cungi (Savoir s'affirmer).

Résultats

Le premier symptôme disparu était la douche parce qu'au début Melle A se douchait tous les jours et même plusieurs fois par jour, à cause des sécrétions vaginales.

On lui a expliqué la normalité de ces sécrétions sur le plan physiologique, ainsi la religion n'exige la douche qu'après un orgasme, chose, qui lui a facilité à faire la différence.

Deuxième symptôme disparu c'était les images sexuelles on lui a expliqué que c'est tout à fait normale de penser à la sexualité puisque c'est un besoin naturel que Dieu a créé chez l'être humain et c'est lui-même qui lui a bien déterminé ce qui est interdit et ce qui est toléré comme les pensées et les sensations surtout à son âge où la sexualité est à son apogée.

Cette explication la libère de ses sentiments de culpabilité et elle rapporte qu'elle se sent plus à l'aise dans le bus, dans la prière et quand elle parle aux garçons. Elle tolère ces pensées et n'essayent pas de les empêcher.

Concernant son angoisse quand elle obtient de mauvaises notes par rapport aux autres on a discuté de son image de soi et sa valorisation qui dépend des notes obtenues aux examens selon elle. Puis on a commencé à vérifier la validité de ces idées, est-ce possible qu'une note peut vraiment refléter la valeur d'une personne ? est-ce qu'il y a pas d'autres explications aux mauvaises notes qu'elle a obtenues ? elle a commencé à parler de ses conditions de pauvreté par rapport aux autres, elle a un micro portable très lent qui se bloque à chaque fois par contre les autres ont les micro portables les plus récents et tout ce qui est nouveau dans le domaine de l'informatique. Elle dit : si elle avait les mêmes moyens elle aurait fait beaucoup de choses.

Et elle en a senti qu'elle réprime ses sentiments d'amertume concernant ses conditions de vie et elle ne se plaint pas parce qu'elle est satisfaite de ce que Dieu lui a donné mais au fond d'elle, elle aurait aimé vivre autrement au point de dire des méchancetés sur Dieu et même douter de lui et de ses obligations (obsessions blasphèmes) ce qui la culpabilise et pour se purifier elle rentre dans ses compulsions et ses rituels de lavage et de répétitions.

Conclusion

Après 30 entretiens cliniques, Melle A nous a rapporté qu'elle est plus à l'aise maintenant ; elle pense à travailler et à aider sa famille ; elle pense même au mariage : je veux vivre et je ne vais pas consacrer ma vie seulement aux études.

Melle A eu une très bonne note à son mémoire de fin d'étude, ce qui l'a soulagée et a renforcé son estime de soi.

Bibliographie

1. Belmihoub Keltoum, thérapie cognitivo-comportementale de l'agoraphobie, Revue électronique d'Arabpsynet, APN eJ n 21_22 hiver et printemps.2009. pp269_270
2. Cottraux Jean .les thérapies cognitives : comment agir sur nos pensees.ed Retz. Paris.2001
3. Cungi Charley, 1996, Savoir s'affirmer. Ed. Metz. Paris
4. Fontaine O., Cottraux J., Ladouceur R., Les thérapies comportementales, Ed Soledis, Liège, Belgique, 1983.
5. Lelord Francois, André Christophe, Comment gérer les personnalités difficiles, Odile Jacob, Paris, 1996.
6. Loo Henri, Olie Jean-pierre, Cas clinique en psychiatrie, 2^{ème} édition, Médecine-Science, Flammarion, Paris, 1997.