

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

Cognitive behavioral therapy for obsessive and compulsive disorder: clinical case

Hammas Bendiouis, Yamina^{*1}, Bendiouis, Sarah²

¹Université Abou BekrBelkaid Tlemcen, Laboratoire TNDA (Algérie),
email: bendiouis.hammas@gmail.com

²Université Abou BekrBelkaid Tlemcen, Laboratoire TNDA (Algérie),
email: sarah.bendiouis@gmail.com

Soumis, le

06/06/2024

Accepté, le

12/11/2024

Publié, le

01/12/2024

Abstract: This article describes the use of different tools and methods from cognitive and behavioral therapies (CBT) in the treatment of obsessive and compulsive disorder (OCD). With this in mind, the case study was adopted as a research method, which consists of setting up a detailed description of the patient and the therapeutic process. S., a 30-year-old woman with severe OCD with magical and aggressive obsessions and counting rituals. The diagnosis is made according to the DSM-IV criteria and the Y-BOCS (Obsession-Compulsion Scale of Yale-Brown). S. benefits from CBT structured in twenty sessions. From functional analysis to the results of evaluation scales through session summaries, the different tools and means used are presented in detail in this article. The results obtained at the end of therapy are satisfactory, with a significant drop in evaluation tool scores and an achievement of therapeutic objectives.

Keywords: Cognitive and behavioral therapies; Obsessive and compulsive disorder; Case study; Exposure with response prevention.

Résumé: Le présent article décrit l'utilisation des différentes étapes et méthodes issues des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans la prise en charge du trouble obsessionnel et compulsif (TOC). Dans cette optique, une méthode largement utilisée est adoptée, l'étude de cas, qui consiste à mettre en place une description détaillée du patient et du processus thérapeutique. S., une jeune femme âgée de 30 ans présentant un TOC sévère avec des obsessions à thème magique et agressif, ainsi que des rituels de comptage, diagnostiquée au moyen du DSM-IV et de la Y-BOCS (Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown), bénéficie d'une TCC structurée en vingt séances. De l'analyse fonctionnelle aux résultats des échelles d'évaluation en passant par les résumés de séances, les différents outils et moyens utilisés sont présentés en détail dans cet article.

***Auteur correspondant**

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

Les résultats obtenus en fin de thérapie sont satisfaisants, avec une baisse significative des scores d'outils d'évaluation et un aboutissement des objectifs thérapeutiques.

Les mots clés : *Thérapies cognitives et comportementales ; Trouble obsessionnel et compulsif ; Etude de cas ; Exposition avec prévention de la réponse.*

INTRODUCTION

Cet article traite l'utilisation de la thérapie comportementale et cognitive dans le traitement du trouble obsessionnel et compulsif. Les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) reposent sur les principes de la psychologie scientifique. Elles ont pour objectif de comprendre et de modifier les troubles psychologiques qui entravent la vie de l'individu. Elles sont définies comme étant des « *méthodes psychothérapeutiques ayant pour but le déconditionnement d'un sujet pour transformer un comportement pathologique acquis en une condition adaptée* » (Tribolet, 2006). Il s'agit de thérapies brèves et validées scientifiquement. Elles mettent en relation trois composantes essentielles : les pensées, les émotions et les comportements.

Le trouble obsessionnel et compulsif (TOC) se définit selon le DSM-IV par la présence d'obsessions (pensées ou images intrusives et répétitives) et/ou des compulsions (comportement répétitif en réponse aux obsessions).

Le modèle cognitivo-comportemental permet de prendre en charge le schéma obsession-compulsion en utilisant des outils spécifiques, tels que l'exposition avec la prévention de la réponse (exposer le patient à un stimulus anxiogène et l'encourager à ne pas ritualiser ou compulser), ou l'analyse des pensées automatiques (aider le patient à prendre conscience du caractère irrationnel des obsessions et pensées automatiques) (Lajeunesse et al., 2004).

S. est adressée par son psychiatre traitant pour un trouble obsessionnel et compulsif sévère, pour une TCC qui a pour but de conduire la patiente à acquérir des conduites efficaces afin d'affronter des situations problématiques et diminuer la sévérité du trouble. Dès les premières séances, un contrat thérapeutique comportant différents objectifs de prise en charge a été formulé avec la patiente afin de spécifier les éventuelles possibilités en terme concret et pratique.

De l'analyse fonctionnelle (Grille SECCA (Cottraux, 1990) aux résultats des évaluations, nous aborderons dans cet article tous les points techniques utilisés avec S. durant le processus thérapeutique.

2. PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

2.1 Anamnèse

S., âgée de 30 ans, célibataire et habite chez ses parents, elle est issue d'une famille modeste. Son père est retraité et sa mère femme au foyer. Son frère et sa sœur souffrent d'une maladie neuro-dégénérative, elle a un frère adoptif âgé de 10 ans.

S. a eu un parcours scolaire chaotique, elle a arrêté en quatrième année primaire suite à un fâcheux incident, alors qu'elle se rendait à l'école, S. a été emportée par une crue due à une forte pluie. Cet événement l'a traumatisée, elle refusait de se rendre à l'école seule et une fois en classe, elle présentait des crises d'angoisse, elle fuguait souvent de l'école, sa mère la battait, car elle ne comprenait pas sa fille. Les parents ont alors décidé d'arrêter sa scolarité.

Depuis l'arrêt de ses études, S. tente difficilement d'apprendre la broderie dans un centre professionnel. Elle prend en charge les tâches ménagères de la maison, et mène une vie sans histoires, jusqu'à la maladie de son frère ; celui-ci devient dépendant car il a du mal à se déplacer et à coordonner ses mouvements, elle s'occupe de lui du matin au soir et ne bouge plus de la maison. Cinq ans après, sa sœur tombe à son tour malade et présente les mêmes symptômes. S. rapporte qu'elle est arrivée à détester son frère et sa sœur, car elle se retrouve prisonnière de la maison. Par moment elle se révolte et se montre agressive vis-à-vis d'eux ; d'autres moments, elle culpabilise et craint d'être punie par Dieu. C'est dans ce contexte que les premiers rituels de lavage font leurs apparitions lors des ablutions.

2.2 Histoire de la maladie

Le début des troubles remonte à ses vingt ans, marqué par l'apparition progressive d'obsessions à thème religieux. En effet elle répétait inlassablement ses ablutions et ses prières, elle décide alors d'arrêter ses prières sans donner d'explication à sa famille, sa mère mécontente, lui disait sans cesse qu'elle serait punie par Dieu ce qui aggrava davantage son malaise.

Au fil du temps, elle développe de nouvelles obsessions, suite à une série d'événements, le premier : un incendie accidentel à la maison, ce jour-là, S. et sa mère étaient chez les voisins, son frère et sa sœur sont restés à la maison, ils ont été secourus de justesse par les voisins, elle s'est sentie responsable vu que c'est elle qui a demandé à voir la voisine. Le deuxième étant l'accident de son père, épileptique, qui d'habitude se faisait accompagner par sa femme lors de ses déplacements, décide de sortir seul, une fois dehors il fait une crise et tombe sur

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

une barre de fer, il est hospitalisé pour traumatisme crânien, il quitte l'hôpital quelques jours après avec des séquelles neurologiques. S. se sent de nouveau coupable car elle a laissé son père sortir seul. Elle s'est mise alors à compter les carreaux du sol pour conjurer le mauvais sort, ensuite à compter les points noirs et les points blancs de chaque carreau, elle passait ses journées à compter et à recompter.

La mère décide d'emmener sa fille en consultation psychiatrique, un traitement est prescrit (Haloperidol, et Prazépan). Ce traitement est maintenu pendant sept ans sans aucun résultat.

S. passe ses journées à compter, elle ne prend plus de douches, et ne mange pratiquement pas. Elle passe des heures à compter, pour avaler un pot de yaourt, elle devait le faire en cachette, car ses frères et sœur se moquaient d'elle, ce qui l'a rendait encore plus anxieuse. Devant l'aggravation des troubles, le médecin double les doses et lui signifie que son état est critique. S. décide alors d'arrêter le traitement et de consulter ailleurs, un traitement pharmacologique (fluoxétine 40 mg, mirtazapine 15mg, prazepam 5mg) a été mis en place et une Thérapie cognitive et comportementale lui a été conseillée. Elle entame sa thérapie un mois après.

2.3 Diagnostic selon le DSM-IV

Axe I : Trouble obsessionnel et compulsif

Phobie de la pluie

Dépression réactionnelle

Axe II : Pas de trouble de la personnalité

Axe III : Pas d'affection médicale

Axe IV : Un frère et une sœur handicapés

Père épileptique

Axe V : Évaluation globale du fonctionnement = 41

2.4 Analyse fonctionnelle

- **Diachronie**

a) Données structurales possibles

Génétiques : aucun membre de la famille n'est atteint de trouble obsessionnel et compulsif, en revanche, son père, frère et sœur présentent des maladies neurologiques.

Personnalité : S. se décrit comme une personne perfectionniste

Autres troubles associés : Phobie de la pluie

b) Facteurs historiques de maintien possibles

A9 ans, S. a été emportée par la crue après une pluie diluvienne, elle se rendait à l'école ce jour-là, elle a lutté avec toutes ses forces, elle s'est accrochée à un arbre, son cousin est venu la secourir à temps. Depuis, elle évite de sortir quand il pleut, de peur que le même scénario ne se répète. Elle a développé une phobie scolaire, et refuse de s'éloigner de sa mère, mais cette dernière ne l'a pas comprise, elle la battait pour qu'elle aille à l'école seule.

La maladie du frère et de la sœur, a toujours été une lourde charge pour elle, et se reproche de les avoir mal traités.

c) Facteurs précipitant le trouble

Un incendie s'est déclenché au domicile, alors que S. et sa mère étaient chez la voisine, laissant derrière elles le frère et la sœur handicapés qui ont été secourus de justesse par les voisins. S. s'est sentie coupable car elle a insisté pour rendre visite à sa voisine.

Un autre incident est survenu avec son père épileptique, il est sorti de la maison, alors que son épilepsie n'était pas stabilisée, il a eu une crise, il est tombé sur une barre de fer, et s'est fracturé le crâne. Pour S. c'était encore elle la responsable car elle pouvait l'empêcher de sortir seul.

S. se sent coupable de tous les événements et accidents survenant à la maison : maladies, petits incidents, disputes...

d) Facteurs aggravant le trouble

La dernière consultation chez son premier psychiatre, il lui a annoncé, qu'elle allait passer le restant de ses jours dans cet état, et qu'elle était dépendante au traitement.

e) Autre problème

Une situation familiale complexe : Handicap moteur du frère et de la sœur, le petit frère est adopté et l'ignore.

f) Traitement

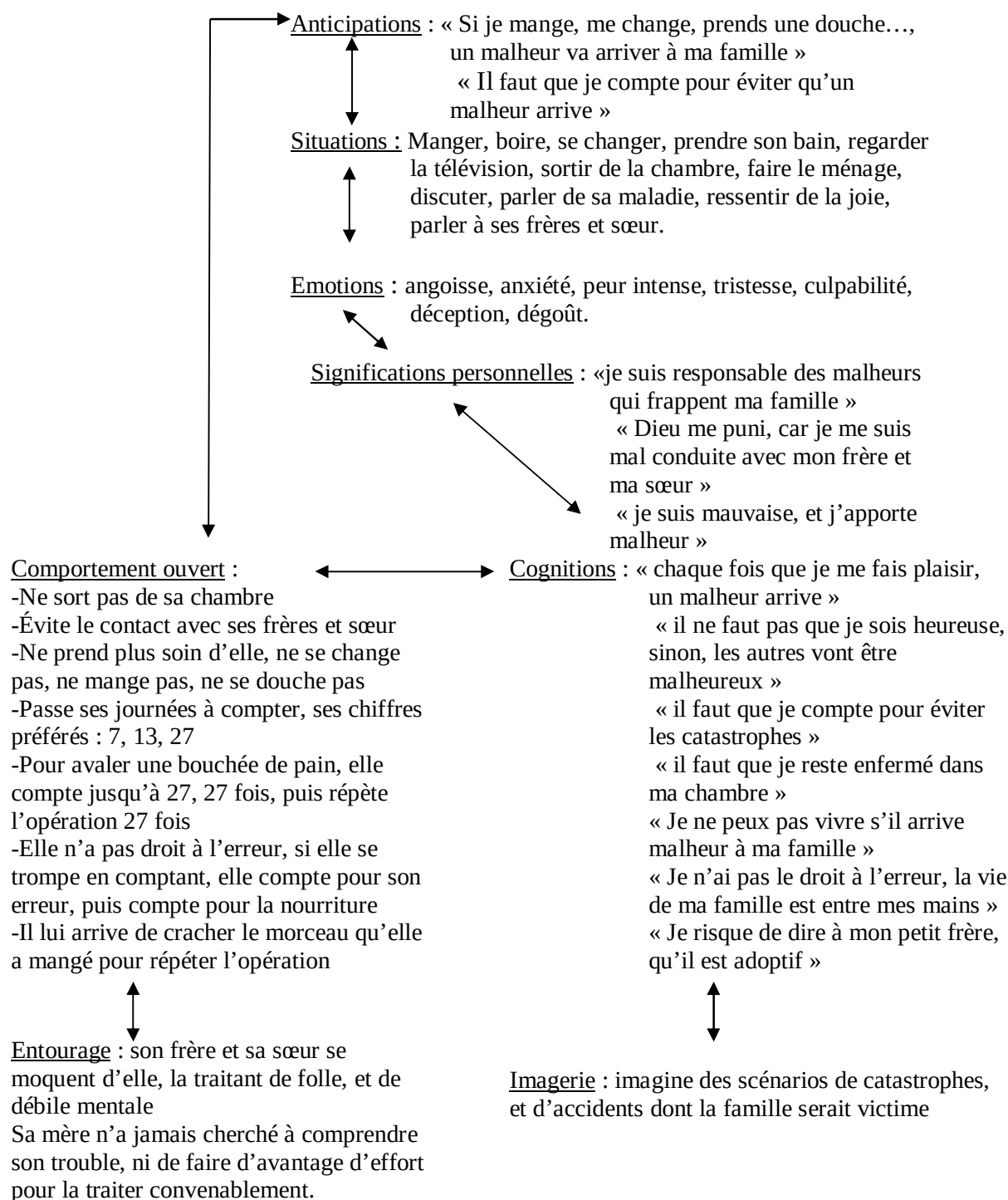
Fluoxétine : 40mg/jour

Mirtazapine : 15mg/jour

Prazépam : 5mg/jour

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

• Synchronie



3. PROGRAMME THERAPEUTIQUE

3.1 Outils d'évaluation (Bouvard, Cottraux, 2010)

Outils utilisés avant la thérapie

- L'échelle d'obsessions compulsions de Yale Brown (Y-BOCS)
- La liste des pensées obsédantes
- L'échelle de dépression de Beck

Outils utilisés pendant et en fin de thérapie

- L'échelle d'obsessions compulsions de Yale Brown (Y-BOCS)
- La liste des pensées obsédantes
- L'échelle de dépression de Beck
- L'échelle subjective de l'anxiété

3.2 Contrat thérapeutique

S., souffre d'un trouble obsessionnel et compulsif sévère, on lui explique que la thérapie prendra du temps, et que le contrat thérapeutique portera sur 25 à 30 séances, à raison d'une séance tous les quinze jours

Les objectifs thérapeutiques fixés avec S. sont les suivants :

- Manger normalement
- Atténuation du rituel de comptage
- S'occuper de soi même
- Reprendre ses activités quotidiennes (tâches ménagères, courses, recevoir...)
- S'occuper de son frère et de sa sœur, et améliorer sa relation avec eux
- Reprendre ses cours de broderie, afin de travailler et aider sa famille

3.3 Protocole thérapeutique

Le déroulement de la thérapie comportera trois phases :

- ❖ Première phase : (5 séances)
 - Anamnèse et biographie
 - Explication du principe des thérapies cognitive et comportementale
 - Analyse fonctionnelle
 - Passation d'échelles d'évaluations
 - Psychoéducation, explication du trouble obsessionnel à la patiente ainsi qu'à sa mère

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

❖ Deuxième phase : (20 séances)

- Exposition avec prévention de la réponse
- Restructuration cognitive
- L'établissement d'un régime alimentaire
- Echelles d'évaluations

❖ Troisième phase :

Suivi et évaluation clinique

3.4 Déroulement des séances

S. se présente en consultation avec sa mère, elle a du mal à se tenir debout, et à tenir une discussion, elle se sent fatiguée. C'est sa mère qui prend le relai, elle explique que Samira ne s'alimente presque plus, il lui arrive de passer dix heures par jour pour manger un plat, car elle ne peut pas s'empêcher de compter, elle passe beaucoup de temps à compter.

S. n'as pas pris de douche depuis trois mois, elle entre dans la salle de bain passe deux ou trois heures, puis sort sans prendre de douche. Elle passe ses journées dans sa chambre ne sort pas, ne veut recevoir personne, seule la mère est autorisée à y rentrer.

Dès les premières séances, un travail sur la nourriture est établi, la patiente est invitée à tracer un tableau qui résume les compulsions lors des repas.

Tableau 01

Tableau des compulsions lors des repas

Situation	Rituel de calcul
Prendre un verre de lait	27, 27 fois, puis l'opération est répétée 27 fois
Prendre un bout de pain	27, 27 fois, pour chaque bouchée, si je me trompe, je recompte les 27, 27 fois, puis 27, 27 fois, et je répète l'opération 27 fois
Voir mon frère	Je compte avec mes doigts et mes orteils jusqu'à ce que l'obsession parte
Se préparer pour sortir	27, 13 fois pour chaque geste que je fais

S. évoque son malaise, lorsqu'elle compte, elle le fait discrètement de peur d'être traitée de folle ce qui la rend encore plus anxieuse, lorsqu'elle a un doute, elle recompte de nouveau.

Il est demandé à sa mère de préparer les aliments suivants quotidiennement : couscous, un gâteau traditionnel, et un grand verre de lait pour chaque repas, car pour S. c'est la nourriture des pauvres, elle n'éprouve aucun plaisir en les mangeant et donc aucun malheur ne risque d'arriver. S. se voit

rassurée après lui avoir permis de compter autant qu'elle veut.

Elle maintient le même régime alimentaire pendant un mois, elle arrive à manger, et compte de moins en moins, elle pense, qu'il ya moins de risque qu'un malheur arrive parce qu'elle ne se fait pas plaisir.

Au fil des séances, (un mois après la mise en place du régime alimentaire)S. fait des progrès concernant la nourriture, elle ajoute progressivement de nouveaux plats, et compte de moins en moins. Cependant, elle a toujours du mal à quitter sa chambre, à voir les autres et à prendre une douche.

S. a eu un accident en rentrant chez elle, le bus a dérapé et s'est retrouvé dans le fossé, il n'y a pas eu de blessé S. téléphone juste après pour dire « *j'ai mangé un gâteau et on a eu un accident, c'est de ma faute* ». Cet accident l'a bouleversé, durant quinze jours, elle avait du mal à s'alimenter, ses repas étaient réduits au couscous et au riz.

Un travail de restructuration cognitif à l'aide du questionnement socratique, a permis à S. de remettre en question le postulat suivant a été retravaillé : « *si je me fais plaisir, un malheur risque d'arriver à ma famille, donc je serais la seule responsable de la mort de ma famille* »

S. culpabilise, mais se dit prête à refaire un effort, elle s'est rappelée qu'une voisine a eu un accident à 7 heure du matin, trois jours avant. Elle comprend qu'elle n'y est pour rien, vu qu'elle n'a rien mangé ce jour-là et que l'accident de la voisine s'est quand même produit.

D'autres situations et obsessions sont reprises avec la patiente, notamment le fait de « *se retrouver devant son petit frère* », Rappelons que ce dernier a était adopté, et ne le sait pas.

Une flèche descendante permet de dégager le postulat suivant :

« *Si je me retrouve devant mon frère, je vais lui dire la vérité alors que je ne veux pas le faire, il va partir de la maison, ma mère ne me pardonnerait jamais, je ne pourrais jamais vivre tranquillement, je risque de me suicider* »

S. se sent très angoissée chez elle, ses obsessions concernant son frère sont présentes toute la journée, elle préfère ne pas le croiser pour ne pas lui dire la vérité. Elle décide alors d'aller chez sa tante, avec sa cousine, la seule qui la comprend, elle se sent protégée, personne ne la juge dit-elle.

Une nouvelle situation est travaillée avec S. « la douche », notant qu'à ce moment cinq mois s'était écoulée sans qu'elle prenne de douche. Une exposition en imaginaire est alors utilisée, il est permis à S. de compter pour faire baisser le niveau d'anxiété, elle compte alors, 27, 27 fois pour chaque geste qu'elle entreprend. Ce travail est repris plusieurs fois avec la patiente afin de la désensibiliser.

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

S. a vu ses calculs à la baisse, et ce, dans plusieurs domaines, au lieu de compter jusqu'à 27, 27 fois, elle compte 22, 2 fois pour certains aliments. Elle s'attable avec tout le monde, elle compte rapidement et ne s'attarde pas (une fois 27). Elle a aussi pris une douche chez sa tante, ça lui a pris cinq heures pour le faire, elle se sent satisfaite, car, elle a constaté qu'il n'y a pas eu de catastrophe après.

Cependant, elle passe toujours ces journées, à ne rien faire. Un programme des tâches quotidiennes est établi, ce dernier, comporte les tâches suivantes : se coiffer, se changer, préparer un petit plat (salade) quotidiennement et prendre une douche une fois par semaine. Ce programme est noté sur un carnet, devant chaque tâche, il est inscrit le nombre à calculer.

S. accomplit toutes ses tâches, Cependant la vaisselle et la préparation des repas lui posent toujours un problème, elle n'y arrive pas, elle explique que pour faire la vaisselle, elle commence à taper avec les cuillères et fourchettes au moins 27 fois sur chaque assiette, elle craint les réactions des autres.

Une exposition en imagination est alors pratiquée, elle commence par rincer un verre, puis deux verres, puis, une assiette et une fourchette. Il est demandé à la patiente d'utiliser ses doigts pour compter, afin de ne pas taper sur la vaisselle.

Un travail est accompli sur son retour chez ses parents, elle évoque que le plus difficile pour elle est de retrouver son jeune frère, sa chambre, car elle en garde un très mauvais souvenir, et puis le regard des voisins, tout le monde la prenait pour une malade mentale.

Progressivement, S. retrouvait son chez elle, au début, elle se rendait tous les jours chez ses parents, elle évitait les heures où son jeune frère était à la maison, puis, elle a commencé à aider sa mère pour les tâches ménagères, et pour finir elle passait seulement quelques weekends, elle ne pouvait pas rester plus, à cause de la présence de son frère.

Vers la fin de la thérapie, S. voyait son séjour s'allonger, jusqu'au jour où elle avait décidé de rentrer définitivement chez elle, même si les obsessions concernant son frère étaient toujours présentes, elle arrivait à gérer son anxiété et ses compulsions. Elle s'occupait des tâches ménagères, pour cela, elle se levait à 6h du matin, commençait par préparer le pain et comptait (27, 3 fois), ensuite le ménage (27, 1fois pour la poussière, 27, 2fois pour le par terre, et 27, 27 fois, 3 fois), et pour finir le linge (1-2-3, puis 1-2-3-4 pour chaque vêtement).

4. RESULTATS

Le score de la liste des pensées obsédantes est passé de 98 lors de la cinquième séance (avant la thérapie) à 31 en fin de thérapie, soit une diminution de 67 points.

L'échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown est passée de 40 avant la thérapie à 24 points en fin de thérapie, ce qui représente une diminution des obsessions de presque 50%.

L'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) est passé de 34 (dépression sévère) à 13 (dépression légère) à la vingtième séance.

L'ensemble des résultats des questionnaires est reporté sur le tableau puis sur les graphes.

Tableau 02

Résultats des questionnaires et échelles

Liste des pensées obsédantes LPO

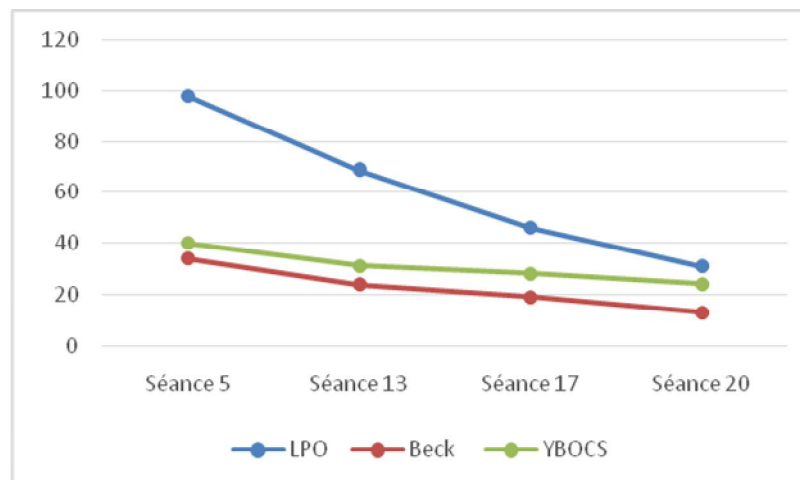
Questionnaire de dépression de Beck

Echelle d'obsession-compulsion YBOCS

Test	Séance 5	Séance 13	Séance 17	Séance 20
LPO	98	69	46	31
Beck	34	/	24	13
YBOCS	40	31	/	24

Figure 01

Figure représentant le score des questionnaires d'évaluation



5. CONCLUSION

S. présente un trouble obsessionnel et compulsif sévère, au début de la thérapie, la patiente ne s'alimentait presque pas, se négligeait sur le plan de l'hygiène, elle

Thérapies comportementale et cognitive du trouble obsessionnel et compulsif : cas clinique

n'avait pas pris de douche pendant presque six mois, elle passait ses journées à compter pour éviter qu'un malheur arrive à sa famille. Elle ne se faisait plus plaisir, ne s'accordait plus du bon temps craignant qu'une tragédie puisse frapper les membres de sa famille.

Un traitement à base d'antidépresseurs était instauré par un psychiatre, un mois après une thérapie cognitive et comportementale est mise en route, avec comme objectifs : s'alimenter normalement, atténuer les rituels, s'occuper de soi-même, reprendre les activités quotidiennes, s'occuper de son frère et de sa sœur, travailler.

Grace à la thérapie cognitive et comportementale, cinq objectifs ont été atteints, S. s'alimente et mange de tous ; elle a repris ses activités et tâches ménagères quotidiennes, elle s'occupe de son apparence et hygiène, elle s'arrange pour sortir, elle a aussi repris son apprentissage de la broderie.

Elle compte de moins en moins, et plus rapidement, en cas d'erreur, elle ne refait plus la série. Cependant, S. a toujours du mal à s'occuper de sa sœur et son frère handicapés, elle compte trois fois plus en leur présence, elle préfère les éviter.

6. BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington: DC: American Psychiatric Publishing.
- Bouvard, M., Cottraux, J., (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Masson.
- Charly Cungi. (2006). *L'alliance thérapeutique*. Retz Eds.
- Cottraux, J. (2008). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Belgique : Masson.
- Cottraux, J. (2009). *TCC et neurosciences*. Paris : Masson.
- Cottraux, J., & Young, J. (2017). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Paris : Deboeck.
- Eraldi-Gackiere, D., & Graziani, P. (2007). *Exposition et désensibilisation en thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
- Lieury, A. (2005). *Psychologie cognitive : des principes aux applications*. Paris : Dunod.
- Palazzolo, J. (2007). *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- Samuel-Lajeunesse, B., Mirabel-Sarron, C., Vera, L., & Mehran, F. (2004). *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
- Tribolet, S. (2006). *Vocabulaire de santé mentale*. Paris : Editions de santé.