

Quelle est la place de l'émotion dans les approches cognitivo-comportementales des troubles obsessionnels compulsifs ?

Discussion à partir d'une étude de cas

What is the place of emotion in cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorders?

¿Qué lugar ocupa la emoción en los enfoques cognitivo-comportamentales de los trastornos obsesivo-compulsivos?

Discusión a partir de un estudio de caso

Qual é o papel da emoção nas abordagens cognitivo-comportamentais dos transtornos obsessivos-compulsivos?

Discussão a partir de um estudo de caso

Miroslava Stankovic

Volume 29, numéro 1, printemps 2004

Les troubles anxieux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/008824ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/008824ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Stankovic, M. (2004). Quelle est la place de l'émotion dans les approches cognitivo-comportementales des troubles obsessionnels compulsifs ? Discussion à partir d'une étude de cas. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 105-114. <https://doi.org/10.7202/008824ar>

Résumé de l'article

Les techniques comportementales par exposition et prévention de réponse ont démontré leur efficacité dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Pourtant, si l'on tient compte des refus et des échecs thérapeutiques, bon nombre de patients ne viendraient pas à bout de leur trouble avec cette forme de traitement, soit un patient TOC sur deux, demandeur de traitement et considéré comme pouvant tirer profit d'un traitement comportemental. Les techniques cognitives permettent d'élargir le modèle comportemental, et constituent une approche plus indirecte et plus progressive, ainsi qu'une facilitation au traitement. Pourtant, le nombre des patients résistant au traitement cognitivo-comportemental reste malgré tout élevé. Des approches complémentaires, appliquées parallèlement aux techniques cognitivo-comportementales, pourraient contribuer à avancer dans la compréhension et dans le traitement de ces sujets. Les techniques centrées sur les émotions pourraient constituer cet apport au travers de la prise de conscience de son vécu émotionnel, l'exploration et la restructuration des émotions. Ces diverses techniques sont illustrées au travers de la description d'un cas clinique.



Quelle est la place de l'émotion dans les approches cognitivo- comportementales des troubles obsessionnels compulsifs ? Discussion à partir d'une étude de cas

Miroslava Stankovic*

Les techniques comportementales par exposition et prévention de réponse ont démontré leur efficacité dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Pourtant, si l'on tient compte des refus et des échecs thérapeutiques, bon nombre de patients ne viendraient pas à bout de leur trouble avec cette forme de traitement, soit un patient TOC sur deux, demandeur de traitement et considéré comme pouvant tirer profit d'un traitement comportemental. Les techniques cognitives permettent d'élargir le modèle comportemental, et constituent une approche plus indirecte et plus progressive, ainsi qu'une facilitation au traitement. Pourtant, le nombre des patients résistant au traitement cognitivo-comportemental reste malgré tout élevé. Des approches complémentaires, appliquées parallèlement aux techniques cognitivo-comportementales, pourraient contribuer à avancer dans la compréhension et dans le traitement de ces sujets. Les techniques centrées sur les émotions pourraient constituer cet apport au travers de la prise de conscience de son vécu émotionnel, l'exploration et la restructuration des émotions. Ces diverses techniques sont illustrées au travers de la description d'un cas clinique.

Les patients souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont souvent décrits comme froids dans le contact, cyniques, insensibles. Du côté des thérapeutes, on se rend compte que ces patients ne les laissent pourtant pas insensibles : « les toc, on les adore ou on les déteste, ce qui est sûr dans tous les cas, c'est qu'ils ne nous laissent pas indifférents ». Ce trouble induit ainsi fréquemment une réaction très émotionnelle chez le thérapeute, comme s'il cherchait ainsi à compenser le peu d'émotions auxquelles il se trouve confronté. Pourtant, en côtoyant ces patients, au fur et à mesure que la thérapie se déroule, il découvre des personnes attachantes, souvent drôles et touchantes. Dès lors, et en se basant sur ces diverses constatations, il nous a semblé opportun d'explorer la place à accorder aux émotions lors du traitement.

* Psychologue, FSP/SSTCC, Unité de recherche clinique et évaluative, Département universitaire de psychiatrie adulte, Lausanne, Suisse.

Les thérapies constructivistes apportent certains éléments, au travers de thérapies centrées sur les émotions (Greenberg et al., 1993), qui lorsqu'ils sont ajoutés aux outils cognitifs et comportementaux (Ladouceur et al., 1999) ouvrent de nouvelles pistes dans la compréhension et dans le traitement du TOC.

En effet, certains cas difficiles nous confrontent aux limites de l'approche cognitivo-comportementale. Dans le présent article, nous discuterons un de ces cas. Alors que ces patients semblent avoir intégré tous les concepts, ils manifestent une grande difficulté à les appliquer au quotidien et à les généraliser. C'est alors que nous avons constaté qu'en travaillant exclusivement sur les émotions, nous pouvions relancer le processus et permettre ensuite à la personne de s'approprier effectivement les outils pouvant la mener à une diminution de sa symptomatologie.

Au travers de cet article, nous aborderons les principales composantes thérapeutiques cognitives et comportementales dans le traitement du TOC. Nous verrons ensuite les différentes phases du traitement centré sur les émotions. Ces différentes techniques complémentaires seront enfin illustrées au travers de la description d'un cas clinique.

Principales composantes thérapeutiques cognitives et comportementales

La thérapie cognitivo-comportementale du trouble obsessionnel compulsif comporte trois composantes principales : la restructuration cognitive, l'exposition à l'anxiété et la prévention de la réponse (Ladouceur et al., 1999).

La *restructuration cognitive* débute par une phase d'explication du modèle cognitif. Cette étape est primordiale, car elle donne un cadre de référence à l'intervention. L'accent est mis sur la compréhension des différents mécanismes entrant en jeu dans le TOC et le thérapeute montre au patient que tout le monde a des croyances irrationnelles dans certaines situations. Ce qui pose problème, c'est lorsque ces croyances deviennent envahissantes et qu'elles engendrent des conséquences néfastes à la personne. Il est donc important de vérifier le fondement de ses croyances afin de pouvoir ensuite les modifier.

Cette phase est importante, car elle permet au patient de comprendre son trouble et de le replacer dans une perspective moins « anormale ». Différentes stratégies seront ensuite utilisées afin d'apprendre au patient à distinguer une croyance rationnelle d'une croyance irrationnelle. Ceci lui permettra ensuite de remettre en question chacune de

ses croyances et finalement de décider s'il désire modifier ses conceptions inadéquates pour en adopter de plus justes qui le feront moins souffrir.

Lorsqu'il s'agira de passer à la phase de *l'exposition à l'anxiété*, il est important que la compréhension du modèle soit assimilée pour que la personne puisse se confronter aux situations anxiogènes plutôt que de continuer à les éviter. Elle pourra ainsi apprendre à tolérer l'anxiété qui en découle et constater sa diminution. Parallèlement, le patient infirme ses croyances en voyant que ses craintes sont injustifiées et que rien de grave ne se produit comme il l'avait craint. L'exposition va donc permettre également d'effectuer des changements cognitifs qui viendront renforcer l'efficacité thérapeutique.

Enfin, pour que l'exposition soit réellement efficace, le thérapeute va demander au patient d'effectuer la *prévention de réponse* des compulsions. Ainsi, il devra éviter toute pensée ou tout comportement ayant pour but de neutraliser la pensée obsédante et diminuer son anxiété.

Les phases du traitement centré sur les émotions

L'émotion correspond à un système de significations qui informe les gens de l'impact d'un événement sur leur bien-être (Frijda, 1986). Ainsi, l'émotion révèle ce qui est important ou significatif, agréable ou mauvais pour eux. Les émotions agissent donc comme des guides auxquels les personnes vont se référer afin d'améliorer leur compréhension des choses et les aider dans leurs prises de décision. Ainsi, selon l'approche constructiviste, le système émotionnel est une des cibles cruciales du changement thérapeutique. Dans cette optique, l'émotion va permettre l'accès aux schémas inadaptés, puis à leur restructuration, ce qui donnera lieu aux changements comportementaux. Greenberg et al. (1993) se sont intéressés au traitement centré sur les émotions et ont décrit les trois phases suivantes :

La première phase est appelée *Phase du lien*. Elle comporte la validation des sentiments du patient au travers de la validation des vécus amenés par le patient et par l'attitude empathique du thérapeute, puis la focalisation sur les conditions déclenchantes des émotions. Cette phase va aboutir à une prise de conscience de l'action du patient dans le déclenchement de ses émotions problématiques et de son vécu émotionnel. Ici également, le poids est mis sur l'importance d'une forte alliance thérapeutique, ainsi qu'une bonne compréhension du patient de ses processus internes. En effet, la personne a besoin de percevoir le but thérapeutique de l'intervention et voir que l'évocation des sentiments négatifs est pertinente par rapport aux changements souhaités.

La deuxième phase est consacrée à l'*Évocation* et à l'éveil des émotions problématiques. À ce stade, on cherche à mettre en évidence l'expression actuelle de l'émotion chez le patient, sur son intensification et sur l'évocation de souvenirs s'y rattachant. Ceci permettra d'activer les différents nœuds des schémas émotionnels en utilisant les situations actuelles auxquelles est confronté le sujet, mais également en effectuant des retours sur des situations du passé ayant pu provoquer des émotions analogues. La mise en évidence de sentiments négatifs est accompagnée par un travail sur la prise de conscience des mécanismes de blocage ou d'interruption de l'émotion. L'idée est que ces interruptions ne soient plus automatiques, mais que la personne puisse retrouver un certain contrôle ou un choix en la matière.

Ce stade constitue la pierre angulaire de notre travail avec les personnes souffrant de TOC. En effet, on constate de gros déficits à ce niveau chez ces patients avec un blocage non seulement pour des émotions « négatives » comme la tristesse, la colère, par exemple, mais également pour des émotions « positives » tel le plaisir. Une seule émotion prédomine souvent chez eux : l'anxiété. De plus, cette anxiété est surtout rattachée à leurs pensées obsédantes et devient tellement envahissante qu'elle annihile la perception de toute autre anxiété provenant d'autres situations stressantes ou alors sera interprétée sous le couvert de leurs obsessions « Si je suis anxieux, c'est qu'il doit y avoir un danger... que j'ai oublié de vérifier... ».

Suivent alors l'*Exploration* et l'identification des séquences cognitivo-affectives générant l'expérience émotionnelle. En effet, l'identification des émotions et de leur signification est souvent très problématique pour certains patients. Ils peuvent ainsi ressentir un creux dans l'estomac sans arriver cependant à symboliser ce qu'ils ressentent. Ils peuvent ainsi prendre pour de la colère ce qui en fait est de l'ordre de l'angoisse ou de la peur. Le travail du thérapeute va alors consister à aider le patient à rechercher et identifier de façon précise ses expériences, avant de leur donner une nouvelle signification.

C'est dans la dernière phase, celle qui consiste en une *Restructuration* de l'émotion, que l'on va travailler à la mise en place d'une nouvelle signification de l'émotion. En effet, ce n'est pas seulement l'expérience de l'émotion en soit qui est importante, mais surtout l'accès aux besoins, buts, préoccupations et tendance à l'action qui lui sont associés. Ainsi, on se rend compte que le fait d'être en contact avec le besoin et la tendance à l'action va stimuler la motivation de la personne et fournir le moteur au changement. C'est exactement ce dont nous avons besoin avec notamment nos patients TOC récalci-

trants au changement et résistants à un traitement purement cognitivo-comportemental.

Description d'un cas

Thomas est un jeune homme de 27 ans. En raison de l'importance de son trouble obsessionnel compulsif, il a arrêté ses études à l'université en troisième année de droit et ce depuis six mois. Il vit avec son amie depuis deux ans et demi. Lors de l'évaluation, le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif est posé. Son intensité est sévère, les rituels de nettoyage pouvant atteindre jusqu'à six heures par jour. Ses obsessions concernent principalement la peur d'être contaminé par de l'urine et de contaminer ensuite tout son environnement. On constate beaucoup d'évitements concernant toute situation qui pourrait le mettre en contact avec l'urine. Ceci l'amène à éviter tout lieu public, mais aussi tout contact direct avec les personnes, tel que de leur serrer la main. Conjointement au TOC, Thomas présente un épisode dépressif majeur d'intensité modérée. La prise de contact est difficile, le patient s'exprime très peu, il rit d'un air gêné et fait des plaisanteries hors contexte. Il a beaucoup de peine à parler de ses symptômes et répond de manière très brève aux questions qu'on lui pose.

Peu à peu, on apprend pourtant que sa mère souffre également d'un TOC de lavage qui aurait débuté alors qu'elle était enceinte du patient. Elle est décrite comme étant très perfectionniste, maniaque au niveau de la propreté, n'admettant pas la moindre saleté à la maison et interdisant tout plaisir à ses enfants. A noter qu'elle faisait du chantage affectif à ses enfants en menaçant de se suicider. Le père est décrit comme quelqu'un d'autoritaire et de très exigeant envers ses enfants, surtout au niveau scolaire. Par ailleurs, il était souvent absent du domicile familial, passant beaucoup de temps à son travail. Thomas est le second d'une fratrie de trois. La sœur aînée du patient souffre d'un TOC de rangement.

Lors de l'analyse fonctionnelle, Thomas indique que les premiers symptômes étaient déjà apparus à l'enfance, mais concernaient surtout les rangements (disques, livres, etc.). Ses rituels de lavage ont fait leur apparition alors qu'il avait quitté la maison familiale pour habiter seul dans un studio pendant ses études. Un travail éreintant de nuit et l'échec aux examens de troisième année en droit ont précipité les symptômes et l'ont mené à venir à notre consultation ambulatoire sous la pression de son amie. Principalement, on note une forte angoisse (qu'il nomme « stress ») à être en contact avec l'urine (la sienne ou celle d'autres personnes). Une autre crainte découlant de cette crainte principale est de contaminer ensuite tout son environnement et de ne plus savoir ensuite

ce qui est propre et ce qui est sale. L'extérieur est considéré comme sale et contaminant. Son amie est fortement associée à ses rituels au travers de nettoyages et de rassurements quotidiens.

Les objectifs thérapeutiques suivants ont été fixés en collaboration avec le patient :

- diminution des lavages (douches, lavages des mains)
- reprendre une vie sociale (sortir davantage, inviter quelqu'un à la maison,...)

L'intervention débute par une explication du modèle cognitif TOC. Nous distinguons les pensées intrusives des pensées automatiques et cherchons les neutralisations visant à diminuer l'anxiété. Thomas se rend compte de ce processus : il constate qu'il y a diminution de l'anxiété dans un premier temps, mais que le doute persiste et qu'il y a un renforcement des croyances erronées au travers de ses neutralisations. Diverses techniques sont utilisées afin de discuter les croyances erronées, telles que les techniques des arguments « pour et contre », du double standard, le calcul des probabilités de la catastrophe (Bouvard et al., 2003). Thomas se montre collaborant dans ce travail, mais il n'arrive pas à intérioriser et à s'appropriier les conclusions et les expériences auxquelles il parvient. On a l'impression qu'il parle d'un cas clinique et qu'il ne parvient pas à s'investir lui-même dans le processus : « Je sais qu'il n'y a pas vraiment de risque, il faudrait se dire... ».

Parallèlement à ce travail, nous avons établi une hiérarchie des situations anxiogènes et avons entrepris une série d'expositions avec prévention de la réponse. Thomas a commencé graduellement à diminuer le lavage des mains, puis la durée de la douche. Peu à peu, il parvient également à sortir hors de chez lui, aller boire un café au bistrot et lire le journal et même inviter des amis chez lui.

Malgré une baisse appréciable de ses rituels, Thomas reste pourtant persuadé qu'il pourrait être contaminé par de l'urine et qu'il ne le supporterait pas. Nous nous rendons compte qu'il a mis en place toute une série de neutralisations « subtiles » telles des injonctions « non, tu n'es pas sale », des rassurements auprès de son amie « ce n'est pas grave ? » ou des « mesures de décontamination » comme vaporiser un produit nettoyant sur ses habits dès qu'il rentre à la maison. Ceci va compenser la diminution des lavages, mais renforce les obsessions concernant la contamination. Thomas repère facilement toutes ces neutralisations, il aimerait s'en débarrasser, mais avoue qu'il n'en est pas capable pour le moment, « Je sais que je dois résister, mais je n'y arrive pas, ça me stresse trop ».

Nous décidons alors de laisser de côté le traitement du TOC pendant les séances suivantes et passons à des techniques centrées sur les émotions, utilisant dans un premier temps les situations vécues au quotidien, pour revenir ensuite également à des situations du passé.

Thomas décrit bon nombre de situations qu'il vit au quotidien. Pourtant, ses descriptions restent très factuelles. Lorsqu'on lui demande ce qu'il a ressenti dans ces situations, la réponse reste invariablement la même : « C'était drôle » et ce, que ça soit dans une situation où il s'est disputé avec son amie, fait gronder par un policier, s'est fait prendre sa place de parc.

C'est comme s'il y avait une neutralisation qui s'était produite au niveau de toutes ses émotions. De même, on peut faire l'hypothèse qu'il y a eu censure des émotions déjà au moment de son enfance, car celles-ci pouvaient s'avérer dangereuse face à une mère qui interdisait tout plaisir en menaçant de se suicider si on lui désobéissait. Effectivement, lorsqu'on demande à Thomas de décrire émotionnellement certaines situations douloureuses du passé, nous avons encore droit à « C'était drôle ».

Dans un premier temps, nous commençons nous-mêmes par décrire les émotions pouvant se rattacher aux situations décrites par Thomas et dire ce que nous ressentirions si nous nous y trouvions confrontés. Peu à peu, Thomas parvient à reprendre nos émotions, puis à ressentir de la colère par exemple et à s'impliquer dans les situations qu'il décrit, « C'est vrai, c'est injuste que mon amie ne me permette pas de chanter au karaoké et qu'elle exige que je reste à ses côtés parce qu'elle s'ennuie ». Ainsi, il se rend compte qu'il va censurer tous ses plaisirs, afin de garder l'image du « bon copain », comme il le faisait à l'époque avec sa mère en voulant toujours être le « bon fils ».

Une liste répertoriant la plupart des émotions est utilisée lors de la description des diverses situations (*Joie* : soulagement, ravissement, contentement, plaisir,... *Colère* : tourment, envie, jalousie, dégoût, révolusion, méprise, rage, hostilité, férocité, haine,... *Tristesse* : pitié, sympathie, culpabilité, remords, déception, déplaisir,... *Peur* : alarme, choc, frayeur, terreur,... etc.). Nous constatons que Thomas sort peu à peu de sa réserve, il se montre de plus en plus impliqué, de plus en plus « vivant » dans la relation.

On peut alors passer à l'étape suivante qui consiste à faire partager ses émotions à son entourage et à mettre en place des comportements plus appropriés. Thomas parvient au fur et à mesure à reconnaître ce qui lui fait plaisir, ce qui l'attriste et il demande à son entourage d'en tenir

compte. Il en ressent de la fierté et persévère dans ce processus d'affirmation de soi.

Parallèlement, Thomas continue de travailler sur ses symptômes chez lui. Il se rend compte que pour réellement s'améliorer, il a besoin de partir de chez lui afin de ne plus demander des rassurements à son amie. Il trouve un travail dans un hôtel où il peut loger et il décide de « sauter le pas », chose qu'il n'aurait même pas pu imaginer trois mois plus tôt. Il parvient enfin à exprimer son désir et à trouver un but concret à ses journées. À partir de ce moment, ses rituels et ses pensées obsédantes diminuent rapidement ; il arrive enfin à appliquer les outils qu'il a acquis grâce à la thérapie cognitivo-comportementale.

Conclusion

Cet article tente de souligner l'importance que l'exploration des émotions peut acquérir dans le traitement cognitivo-comportementale du TOC. Ce travail peut conduire le patient à un investissement personnel pour l'aider par la suite à confronter l'anxiété générée par les croyances. Dans cette optique, la thérapie est vue comme un processus, dans lequel le patient va apprendre à se libérer des contraintes imposées par l'extérieur, que ce soit l'entourage ou les contraintes imposées par son TOC. Il pourra effectuer ce travail en se concentrant sur ses émotions et en apprenant à se les approprier, puis à les exprimer. Ceci va l'amener progressivement à mettre en œuvre les outils comportementaux et cognitifs qu'il aura précédemment appris à utiliser sans être parvenu dans un premier temps à les appliquer.

Références

- BOUVARD, M., 2003, *Les troubles obsessionnels compulsifs*, Paris, Ed. Masson.
- FRIJDA, N. H., 1986, *The Emotions*, Cambridge University Press.
- GREENBERG, L. S., RICE, L. N., ELLIOTT, R., 1993, *Facilitating Emotional Change : The Moment by Moment Process*, New York, Guilford Press.
- LADOUCEUR, R., MARCHAND, A., BOISVERT, J.-M., 1999, *Les troubles anxieux*, Paris, Ed. Masson.

ABSTRACT

What is the place of emotion in cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorders?

The efficacy of behavioral techniques based on exposure and response prevention has been well validated in the treatment of obses-

sive-compulsive disorder. Nevertheless in a large proportion of patients the disease persists, among others due to refusal of the treatment or due to non-response. About one of two patient entering treatment seems therefore to possibly benefit from behavioral therapy (Ladouceur et al., 1999). Cognitive techniques may extend the behavioral approach, and may represent a more indirect and progressive method, and may improve patients' commitment in the therapy. However, the proportion of treatment resistant patients remains important. New techniques are therefore warranted in order to progress in the understanding and treatment of these patients. Emotion focused therapy could possibly represent an interesting approach based on the improvement of emotional awareness, the exploration and the cognitive restructuring of emotions. The different techniques are described throughout clinical case reports.

RESUMEN

¿Qué lugar ocupa la emoción en los enfoques cognitivo-comportamentales de los trastornos obsesivo-compulsivos?

Discusión a partir de un estudio de caso.

Las técnicas comportamentales por exposición y prevención de respuesta han demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Sin embargo, si se tiene en cuenta el rechazo y los fracasos terapéuticos, un buen número de pacientes no superarían el trastorno con esta forma de tratamiento, es decir, uno de dos pacientes TOC que necesita tratamiento y se considera que puede beneficiarse con un tratamiento comportamental. Las técnicas cognitivas permiten ampliar el modelo comportamental y constituyen un enfoque más indirecto y progresivo, además de facilitar el tratamiento. Sin embargo, el número de pacientes que se resisten al tratamiento cognitivo-comportamental permanece elevado a pesar de todo. Los enfoques complementarios, aplicados paralelamente a las técnicas cognitivo-comportamentales podrían contribuir al avance de la comprensión y el tratamiento de estos pacientes. Las técnicas centradas en las emociones podrían constituir dicha aportación a través de la toma de consciencia de las vivencias emocionales, la exploración y reestructuración de las emociones. Se ilustran estas diversas técnicas a través de la descripción de un caso clínico.

RESUMO**Qual é o papel da emoção nas abordagens cognitivo-comportamentais dos transtornos obsessivos-compulsivos? Discussão a partir de um estudo de caso**

As técnicas comportamentais por exposição e prevenção de resposta demonstraram sua eficácia no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC). Entretanto, se levarmos em consideração as recusas e os insucessos terapêuticos, muitos pacientes não chegariam a curar-se do transtorno com esta forma de tratamento, ou seja, um a cada dois pacientes com TOC, que pede um tratamento e é considerado como podendo aproveitar de um tratamento comportamental. As técnicas cognitivas permitem ampliar o modelo comportamental e constituem uma abordagem mais indireta e mais progressiva, além de facilitador do tratamento. Entretanto, a quantidade de pacientes que resiste ao tratamento cognitivo-comportamental é, apesar de tudo, elevado. Abordagens complementares, aplicadas paralelamente às técnicas cognitivo-comportamentais, poderiam contribuir para aumentar a compreensão e o tratamento destes casos. As técnicas centralizadas nas emoções poderiam constituir a fonte através da tomada de consciência de sua experiência emocional, exploração e reestruturação das emoções. Estas diversas técnicas são ilustradas através da descrição de um caso clínico.