RT et RF : Shirley ODOUARD

RL : Maxime JIN

DrPr PETIT de 10h30 à 12h30

Cours 3 de psychologie

**SEMIOLOGIE OBSESSIONNELLE**

|  |
| --- |
| **Sommaire**1. **Epidémiologie**
2. **Historique**
3. **La clinique**
4. Obsession
5. Compulsion et rituels
6. Caractéristiques des obsessions et compulsions
7. Critères du DSM4 sur le TOC
8. Prédisposition : personnalité obsessionnelle ou compulsive
9. Evaluation du TOC
10. Facteurs etiopathogéniques.
11. **Facteurs etiopathogéniques.**
12. Hypothèse génétique
13. Approche théorique comportementale
14. Approche neuropsychologique
15. **Diagnostic differentiel**
16. **Evolution et complication**
17. **Prise en charge**
 |

**Sémiologie obsessionnelle**

*Le prof fait tout d’abord un rapide topo sur les ECN en disant que qu’ il faudra utiliser un vocabulaire précis par exemple ne pas dire « une déprime » mais « épisode dépressif majeur »*

*Ce cours parlera de la sémiologie obsessionnelle, il n’est pas très long et le prof n’a pas rajouté beaucoup de choses a l’oral et n’a fait que lire les diapos. Je vous mettrais les exemples cités en cours pour clarifier certains termes. Les « +++ » sont des points sur lesquels il a appuyé et demande expressément de les connaitre.*

*Sur ce je vous souhaite bon courage pour l’apprentissage de la ronéo que j’espère la plus claire possible ;-).*

1. **Epidémiologie**

La fréquence du TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif) **varie entre 2 et 3% en population générale**, ce qui est très **élevé**. *Rq : 1% de la population à des ATCD de schizophrénie ce qui est aussi enorme, d’après le prof c’est quasi obligatoire pour nous de connaitre un schizo ☺*

C’est une maladie touchant **aussi bien les hommes que les femmes (sex ratio=1)**, mais touchant plus souvent les personnes **célibataires**.

Bien sur les TOC sont plus fréquents en **population** **psychiatrique**.

**Les ATCD familiaux sont aussi très important : 20 à 25% d’ATCD familiaux de TOC, ce qui est assez élevé.**

En **comorbidité** on retrouve le syndrome depressif et le trouble anxieux. Des pathologies neuropsychiatriques sont aussi associées.

1. **Historique**

Pour notre culture. : en psychiatrie les concepts évoluent, le premier a s’intéresser aux TOC est Falret au 19e en parlant de folie raisonnante. Ce n’est qu’avec Marks que le mot « TOC » apparait.

* Falret (XIXème siècle) : folie raisonnante
* Janet (1903) : psychasthénie et obsessions
* Freud (1905) : névrose obsessionnelle. Compromis entre les tendances anales et sadiques et les interdits du *surmoi*. (*obsolète de nos jours d’après le prof, has been)*
* Marks (1988) et comportementalistes : trouble obsessionnel compulsif
1. **La clinique**
2. L’obsession

**Définition de l’obsession**  +++: Les obsessions sont des **représentations mentales** s’imposant au sujet de façon répétitive. Elles sont générées par son fonctionnement mental, mais ne sont **pas en accord avec ses convictions** et sont à l’origine d’angoisse contre laquelle **le sujet lutte** par des actes (rituels) ou des pensées compulsives

L’idée de **lutte anxieuse** est très importante, le patient en souffre.

La personne est donc gênée dans son quotidien.. études, vie sociale…

Plusieurs types d’obsession :

Obsessions idéatives : pensées désagréables envahissant le champ conscient du sujet (idées grossières, sacrilèges).

Obsessions phobiques : peur obsédante de la maladie ou de la saleté, crainte de la contamination, en **dehors de la présence d’un risque réel** et en dehors de la présence de situations déclenchantes

*Exemple du VIH ou certains patients vont faire de multiples tests alors qu’ils n’ont pas été exposés.*

Phobie d’impulsions ou obsessions d’impulsions : peur obsédante de réaliser un acte incongru ou irrévérencieux. *Attention ce n’est pas une phobie !*

1. les compulsions et les rituels

*Attention à ne pas confondre les obsessions et les compulsions !*

**Les compulsions** +++: sont des **pensées** ou des **actions** que le sujet s’impose dans le but de diminuer l’angoisse provoquée par les pensées obsédantes. Elles peuvent avoir un caractère absurde.

Il peut s’agir de **tâches mentales** (arithmomanie = calculs mentaux à accomplir de manière répétitive, ruminations) ou **comportementales** (lavage, vérifications) à accomplir. **Elles apaisent très temporairement** le sujet qui éprouve bientôt un doute quant à leur caractère salutaire et se sent contraint de remettre en œuvre ses compulsions.

*Donc attention les compulsions ne sont pas que des actions, mais aussi des pensées !*

On appelle **rituels** : l’ensemble des comportements répétitifs ou de façon plus restrictive ceux qui n’ont pas de rapport logique avec les obsessions (rituels d’habillage ou de rangement par exemple)

*Exemple de nadal qui ne marche pas sur les lignes du terrains ou qui posent sa bouteille à une place bien précise…*

1. Caractéristiques des obsessions et des compulsions +++
* Le sujet **souffre** de leur aspect contraignant.
* Leur réalisation peut nécessiter une **durée très importante** (plusieurs heures) au détriment des autres activités du patient
* Il a **conscience** qu’elles sont pathologiques *(c’est en cela que ce n’est pas une psychose, dans la psychose les patients n’en ont pas conscience)*
* Il ne **peut s’empêcher de réaliser les compulsions** sous peine de ressentir une angoisse importante et ne peut chasser les pensées obsédantes de son esprit
* Thèmes : **religieux** (sacrilège, blasphème, péché, expiation), **santé** (contamination, hygiène), **dangers physiques** (couteaux, feu), **ordre** (rangement, collection), etc.
1. Critères du DSM-IV du TOC

*On a déjà donné les définitions plus haut, mais je vous remets l’intitulé de la diapo, il y a beaucoup de redite*

**Critère A**. Existence **soit** d’obsessions, **soit** de compulsions. *.*

***Obsessions***: pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l’affection, sont ressenties comme **intrusives et inappropriées** et qui entraînent une anxiété ou une **détresse importante**. Elles ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de sa vie réelle. **Le sujet fait des efforts pour les ignorer ou les réprimer ou pour les neutraliser par d’autres pensées ou actions**. Il reconnaît qu’elles proviennent de sa propre activité mentale.

***Compulsions***: comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. Ces comportements ou actes mentaux sont **destinés à neutraliser ou à diminuer son sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée**, mais ils n’ont pas de relation réaliste avec ce qu’ils sont censés neutraliser ou empêcher ou ils sont manifestement excessifs

**Important : (Q partiel ?) : Attention un TOC n’est pas forcément les 2 en même temps ( obsession ET compulsion), il peut y avoir association des deux, mais aussi l’un ou l’autre seul.**

**Critère B.** Le sujet reconnaît que ses obsessions et ses compulsions sont excessives ou irraisonnées

**Critère C**. Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable ou elles interfèrent de façon notable avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

**Critère D.** Si le sujet présente un autre trouble de l'axe I, le thème des obsessions et compulsions n’est pas lié à ce dernier (par exemple, préoccupation liée à la nourriture dans un Trouble des conduites alimentaires, etc.).

**Critère E**. Le T.O.C. ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale.

**Avant chaque diagnostic de TOC il est important d’éliminer une atteinte somatique ainsi que d’un abus de substance +++** (🡪critère E de la DSM4).

1. Une prédisposition : la personnalité obsessionnelle ou compulsive

Attention a ne pas confondre avec TOC ( qui est une maladie !) : une personnalité obsessionnelle compulsive ne donne pas toujours de manière systématique des TOC, ce n’est qu’une prédisposition aux TOC.

Caractéristique d’une personnalité obsessionnelle compulsive :

* Perfectionnisme, méticulosité, intérêt marqué pour les détails, les listes, l’organisation
* Priorité accordée à la **profession** par rapport aux loisirs et aux relations sociales
* Caractère **scrupuleux**, consciencieux et rigide dans le domaine des valeurs
* **Exigence** à l’égard d’autrui
* **Incapacité à se débarrasser des objets**, même inutiles
* **Parcimonie** ou avarice (fait des économies pour ne pas risquer de manquer plus tard)
* **Entêtement**
1. Evaluation

Dans le toc il y a une échelle dite **échelle d’obsession compulsive**, le **Y-BOC** (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*). Dans certains essais thérapeutique on utilise cette echelle et on conclut a une efficacité du traitement lors d’une reduction de 30% à la Y-BOCS (=critère d’efficacité thérapeutique). Bien sur cette echelle est traduite et validée en francais.

1. **Facteurs Etiopathogéniques**

*Pourquoi peut on avoir un TOC?*

1. Hypothése génétique

On a fait des études de jumeaux et on trouve un taux de **concordance chez les homozygotes** plus important que chez les dizygotes

Là encore le **rôle des ATCD familiaux est important (+++) 20 à 25% des parents du premier degré on des ATCD de TOC**.

Cependant **l’hypothèse du « tout génétique » est fausse** : aucun gène ou fonction pouvant jouer un rôle dans la genèse des TOC n’a été identifié. **On sait qu’il y a un role de la génétique, mais il n’existe pas de « gène du TOC » +++. Ainsi d’autres études sont nécessaires**.

1. Approche théorique comportementale

La compulsion fait suite à l’idée **obsédante donc l’idée obsédante constitue le phénomène initiale**, elle entraine de l’anxiété et provoque, en réponse à l’intensité de la symptomatologie anxieuse et à la crainte obsédante, une **réponse compulsive**. (idée obsédante/obsession 🡪 compulsion)

Ainsi la **compulsion est envisagée comme un comportement moteur conditionné** *(l’idée de conditionnement est importante)* ne répondant pas ou plus à la menace représentée par l’idée obsédante.

1. Approche neuropsychologique (Neuroanatomie fonctionnelle)

Il existe une Hyperactivité de certaines zones du cerveau durant les TOC. Cette hyperactivité est montrée dans les études de **neuro-imagerie fonctionnelle** :

* Cortex orbito-frontal
* Noyaux caudés
* Régions limbiques et thalamiques

*Cependant d’après le prof ces informations sont inutiles encore pour le moment. Mais il pense que l’imagerie fonctionnelle sera de plus en plus importante en psychiatrie.*

1. **Diagnostics différentiels**

Attention a ne pas se tromper de diagnostic, pour cela il faut connaitre les diagnostics différentiels que voila :

* **Tendance scrupuleuse** ou méticuleuse sans caractère de contrainte
* **Idée fixe** (mais pas de lutte interieure comme dans les TOC)
* **Phobies** : l’angoisse est provoqué par une situation (danger extérieur) et non par une idée (intérieur) comme dans les TOC
* **Impulsions** : décharge motrice immédiate, sans mentalisation préalable *Attention a ne pas confondre avec les compulsions, dans les Impulsions il n’y à pas de mentalisation de l’acte, l’acte n’est pas réfléchie comme chez les psychopathes par exemple !*
* **Obsessions atypiques des psychotiques** : idées anormales dont le sujet n’a pas conscience qu’elles viennent de lui ou contre lesquelles il ne lutte pas. Associées à une froideur affective de nature psychotique et aux autres symptômes schizophréniques. *🡪 lors d’une psychose le sujet n’a pas conscience de son problème, de sa paranoia : exemple de l’homme qui croit que se voisin le contamine par les murs, ou l’espionne…*
1. **Evolution et Complications**

La **Recrudescence obsessionnelle** ainsi que des **longues périodes d’atténuation des symptômes** sont possible.

La complication majeur est la **dépression** , elle touche **80%** des patients souffrant de TOC +++ *(généralement c’est a ce moment-là que l’on découvre la pathologie car les patients vont être hospitalisés pour leur dépression).*

Dans les formes extrêmes : **Parasitage et Apragmatisme** (cause de **handicap**) *C’est lorsque le patient est tellement tourmenté par ses obsessions qu’il ne fait plus rien, ne travail pas et n’a plus de vie sociale… exemple du patient qui ne bouge plus de son canapé.*

1. **Prise en charge**

La prise en charge est de deux types : la **psychothérapie** et le **traitement thérapeutique**.

Psychothérapie :

**TCC (thérapie cognitive et comportementale**) : exposition avec prévention de la réponse, on effectue ainsi une désensibilisation systématique.

On peut aussi utiliser la **Psychothérapie de type analytique**.

Traitement pharmacologique :

* **Antidépresseurs** : clomipramine ; **IRS(+++)** : sertraline, paroxétine, fluvoxamine, fluoxétine. On retiendra la IRS qui ont des résultats montrant une amélioration des TOC.
* **Anxiolytiques**, lors des crises
* **Thymorégulateurs**, lors des troubles bipolaires ces médicaments permettent d’avoir un niveau d’humeur un peu près contant. *D’après le prof assez obsolète.*
* **Antipsychotiques** possible

Il existe une **autre perspectives : la stimulation transmagnétique transcranienne ou TMS**