

# AUX FRONTIÈRES DU DÉLIRE

## Épisode 1 Obsessions et compulsions

Par **Igor THIRIEZ**  
Version 1.1  
Mise à jour le 01/08/2015

<b>I. MADemoiselle B.</b> .....	<b>2</b>
A. Cas clinique.....	2
B. Questions sur Mademoiselle B.....	3
C. Réponses sur Mademoiselle B. ....	4
<b>II. OBSESSION, DÉLIRE ET HALLUCINATION</b> .....	<b>6</b>
A. Quelques définitions .....	6
B. Quelques exemples .....	6
C. Quelques frontières.....	8
<b>III. À LA (RE)DÉCOUVERTE DU TOC</b> .....	<b>9</b>
A. Questions sur le TOC .....	9
B. Réponses sur le TOC .....	10
C. Thématiques obsessionnelles-compulsives.....	12
<b>IV. SCZ + TOC = SCHIZOTOC</b> .....	<b>14</b>
A. Quelques idées reçues .....	14
B. Quelques exemples .....	15
C. Quelques outils thérapeutiques .....	17
<b>V. TABLEAUX</b> .....	<b>19</b>
A. Obsessions, délires et hallucinations .....	19
B. Tb. obsessionnel-compulsif et schizophrénie .....	20
C. Fréquence des obsessions et compulsions .....	20
<b>VI. DÉFINITIONS</b> .....	<b>21</b>
<b>VII. RÉFÉRENCES</b> .....	<b>24</b>

# **I. MADEMOISELLE B.**

## **A. CAS CLINIQUE**

Mademoiselle B., 25 ans, schizophrène, est hospitalisée en raison de menaces suicidaires liées à une recrudescence hallucinatoire.

À son arrivée, elle se plaint d'être envahie par des pensées racistes, insultantes et récurrentes depuis plusieurs semaines (ex. "sale arabe", "sale noir", "sale juif"). Questionnée sur l'origine de ces propos, la patiente les reconnaît comme émanant de sa propre activité mentale, les considère comme contraire à ses valeurs mais ses efforts pour les réprimer restent vains. Elle avoue craindre à chaque instant de prononcer par inadvertance ces insultes ou que les gens puissent les lire dans ses pensées, ceci bien qu'elle ne reconnaisse pas l'existence de la télépathie.

L'angoisse ainsi générée la pousse à s'isoler et à limiter au maximum ses contacts sociaux. Accablée par ce phénomène, la patiente finit régulièrement par se demander si elle ne serait pas une raciste qui s'ignore, ces périodes de doute étant logiquement associées à de la tristesse, de la culpabilité et un sentiment de désespoir.

Ne voyant pas d'autre issue à cette situation, la patiente envisage depuis peu de recourir au suicide pour ne plus souffrir.

## **B. QUESTIONS SUR MADEMOISELLE B.**

### **1. Quels sont les thèmes délirants observés chez cette patiente ?**

- A. Persécution
- B. Influence & télépathie
- C. Auto-accusation
- D. Aucun délire n'est observable

### **2. Comment différencier obsession et hallucination ?**

- A. Par la conscience du caractère pathologique du symptôme
- B. Par la méfiance ou la réticence du patient
- C. Par leur contenu
- D. Par le comportement associé

### **3. Pendant le repas, la patiente vous prend à part pour vous demander si vous l'avez entendue prononcer une insulte raciste. Que faire ?**

- A. La rassurer immédiatement sur le fait que vous n'avez rien entendu de tel
- B. Lui demander de finir son repas et de revenir faire le point avec vous par la suite
- C. Lui rappeler que ce n'est pas la meilleure manière de se rassurer
- D. Demander à ses voisins de table s'ils ont entendu quelque chose

### **4. Qu'est-ce que le TOC ?**

- A. Un TIC associé à des crises d'angoisse et des stéréotypies
- B. Un trouble anxieux qui se manifeste par des obsessions et des compulsions
- C. Un bruitage ou une contrefaçon
- D. Ce qu'on appelait jadis folie du doute puis névrose obsessionnelle

### **5. Chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie, le TOC est :**

- A. Impossible puisque c'est une névrose
- B. Moins fréquent que dans la population générale
- C. Aussi fréquent que dans la population générale
- D. Plus fréquent que dans la population générale

## **C. RÉPONSES SUR MADEMOISELLE B.**

### Réponse 1 : D

Douter n'est pas délirer

Idée délirante : conviction erronée, basée sur un mauvais traitement de l'information, et inébranlable, c'est à dire maintenue malgré ce que les autres peuvent penser et malgré l'évidence du contraire (preuve)

### Réponses 2 : A et D

(A) L'obsession est associée à une crainte lancinante de provoquer un dommage, un préjudice ou un malheur si on n'y prend pas garde. Elle est généralement critiquée et rejetée. L'hallucination est généralement intégrée dans un système de croyance dysfonctionnel et donc interprétée de façon délirante. L'hallucination mène à la conviction, l'obsession mène au doute.

(B) La réticence peut aussi bien s'expliquer par un sentiment de persécution que par un sentiment de honte tenace fréquemment associé aux obsessions.

(C) L'hallucination est généralement ressentie comme une perception, l'obsession comme une pensée. Si les thèmes diffèrent sensiblement, le contenu à proprement parler n'est pas toujours discriminant. Les insultes dont il est question pourraient tout aussi bien constituer des hallucinations acoustico-verbales s'intégrant dans le cadre d'un délire de persécution ou d'auto-accusation dans une mélancolie délirante.

(D) Le comportement est en revanche discriminant puisqu'il visera d'un côté à neutraliser le symptôme, de l'autre à s'accorder au délire.

### Réponses 3 : B et C

Cette demande de réassurance est à considérer comme une compulsion, en l'occurrence un moyen d'éviter de se confronter à sa crainte obsédante. En accédant à sa demande le soignant (A) et les patients sollicités (D) risquent d'être intégrés dans un rituel de vérification dont l'effet est certes rassurant à court terme mais qui renforce les obsessions à plus long terme (C), et demande donc à être effectué de plus en plus. Il est donc préférable dans la mesure du possible que la patiente continue à se confronter à ses craintes afin qu'elle puisse vérifier par elle-même si les conséquences catastrophiques redoutées finissent par arriver (B).

#### Réponses 4 : B, C et D

(A) Tic : gestes ou mouvements de la mimique, très rapides, itératifs, involontaires, très dépendants des circonstances, ne se produisant pas pendant le sommeil (ex. haussements d'épaules de Sarkozy).

Gilles de la Tourette : tics moteurs associés à des tics verbaux. 1/3 présentent un TOC. Présent chez 7% des TOCs.

Stéréotypies : attitudes, tics, gestes sans signification actuelle répétés inlassablement, reproduits avec fixité au point d'entraîner des lésions. Il peut s'agir d'automatismes simples (ex. grattages, balancements), de gestes plus complexes (ex. genuflexions, salutations), d'expressions verbales, d'écholalie, d'échomimie ou d'échopraxie (répétition/imitation de paroles, de la mimique et des gestes).

(B) Le trouble obsessionnel compulsif s'articule autour d'obsessions, sources d'anxiété, que le sujet tente de fuir ou de repousser par des compulsions (rituels) et des évitements. Plus ces obsessions sont fuies ou repoussées, plus elles se renforcent, d'où un cercle vicieux.

Dans ce cas précis, la patiente craint de proférer des insultes racistes aux gens qui l'entourent (obsession). Elle s'isole pour limiter le risque de passage à l'acte (évitement) et vérifie ne pas être passée à l'acte malgré elle (compulsions), ce qui lui permet d'éviter le problème au lieu de s'y confronter. C'est au contraire en se confrontant au risque de passage à l'acte que la patiente pourra constater que ce risque est dramatiquement surévalué.

(C) Sans commentaire.

(D) Monomanie (Esquirol en 1838), folie du doute (Falret en 1866), délire du toucher (Legrand de Saulle en 1875), délire émotif (Morel en 1966), Psychasthénie (Janet en 1903), névrose obsessionnelle (Freud en 1909), TOC (DSM en 1980).

#### Réponse 5 : D

Le TOC est 10 fois plus fréquent chez les schizophrènes.  
Jusqu'à ¼ des patients schizophrènes sont touchés dans certaines études.

## II. OBSESSION, DÉLIRE ET HALLUCINATION

### A. QUELQUES DÉFINITIONS

• **Définition 1 :** \_\_\_\_\_

Conviction erronée, basée sur un mauvais traitement de l'information, et inébranlable, c'est à dire maintenue malgré ce que les autres peuvent penser et malgré l'évidence du contraire (preuve).

• **Définition 2 :** \_\_\_\_\_

Phénomène par lequel un sujet éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur les fasse naître et qui apparaît au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue.

• **Définition 3 :** \_\_\_\_\_

Pensée, image, idée, doute, crainte, impulsion à caractère involontaire et angoissant, qui s'impose à tous moments à l'esprit du sujet, malgré son caractère absurde reconnu.

### B. QUELQUES EXEMPLES

• **Exemple 1 : les idées suicidaires**

Monsieur T. se réveille après une intoxication médicamenteuse volontaire. Il ne regrette pas son geste et se considère déjà condamné car il aurait commis "des choses trop atroces". Interrogé sur ce qui lui fait penser des choses pareilles, il répond que c'est le Diable qui le met en face de ses responsabilités en lui rappelant régulièrement ses crimes. Il affirme entendre régulièrement les "sentences" tomber, celles-ci consistant en des reproches, des condamnations à mort et des annonces régulières de confiscation d'organes. Le patient se dit angoissé par les propos qu'il entend mais en accepte la teneur ainsi que le sort qui lui est réservé, ceci au point d'avoir voulu accélérer "lâchement" le processus.

Madame T. se réveille après une intoxication médicamenteuse volontaire. Elle ne regrette pas son geste et se dit "hantée" par la mort depuis des années. Elle affirme être régulièrement envahie par des paroles récurrentes ("tu mérites de crever salope") qui auraient été prononcées par celle qu'elle nomme sa "génitrice". À ces mots s'associent généralement des images de mort violentes et angoissantes. Ce phénomène survient généralement dans les moments de solitude, d'ennui ou de contrariété. La patiente n'a pas trouvé d'autres solutions que le sommeil pour se débarrasser de cette souffrance, ce qui implique la prise de doses croissantes d'anxiolytiques. Selon elle personne ne la comprend, et personne ne peut l'aider.

*DÉLIRE ? OBSESSION ?*

• **Exemple 2 : le passage à l'acte hétéro-agressif**

Madame O. présente des angoisses envahissantes. Celles-ci ont débuté en fin de soirée lorsqu'elle allait vérifier que son fils de 4 ans dormait bien et qu'elle s'est mise à craindre de l'étouffer avec un oreiller. Depuis lors, la patiente évite de plus en plus de se retrouver seule avec son fils par peur de lui faire du mal. Questionnée sur ses "véritables" intentions à l'égard de son fils, elle affirme dans un premier temps ne lui vouloir aucun mal, puis se ravise et affirme timidement qu'elle souhaite peut-être lui en faire au fond d'elle, inconsciemment, puis qu'elle ne sait pas, qu'elle ne sait plus.

Monsieur O. présente des angoisses envahissantes. Celles-ci ont débuté le matin lorsqu'il accompagnait son fils à l'école et qu'il s'est mis à craindre que ce dernier soit kidnappé. Il vit depuis un mois reclus au domicile avec son fils et justifie ce comportement par le fait que le danger est trop grand, et qu'ils ne sont d'ailleurs même plus en sécurité au domicile. Interrogé sur ses intentions à l'égard de son fils, il affirme dans un premier temps ne lui vouloir aucun mal, puis dans un deuxième temps que la fin étant inéluctable, il est peut-être préférable d'en finir pour qu'il souffre le moins possible.

*DÉLIRE ? OBSESSION ?*

• **Exemple 3 : la jalousie pathologique**

Monsieur C. consulte sur les conseils de sa petite amie qui se dit au bord de la rupture. Le patient reconnaît l'appeler une cinquantaine de fois par jour pour s'assurer qu'elle n'est pas infidèle. Il la soumet très régulièrement à de véritables interrogatoires lorsqu'elle rentre du travail et aurait même récemment installé un mouchard sur son téléphone. Il affirme que l'image de sa compagne en train de le tromper lui est tellement insupportable que c'est la seule façon qu'il a trouvé pour arrêter de se "faire des films dans la tête" et de la suivre pendant des heures.

Madame C. consulte sur les conseils de son mari qui se dit au bord du divorce. Celle-ci aurait récemment agressé une femme dans la rue sous le prétexte qu'elle avait cligné de l'œil en regardant son mari. La patiente est convaincue qu'il s'agit de l'une des nombreuses maitresses de son mari et que c'est lui qui devrait venir consulter. Elle brandit le procès verbal (qui précise que la femme en question est une touriste chinoise qui n'a passé que quelques heures à Paris) qu'elle qualifie de tissus de mensonges et affirme que la sexualité de son mari ne connaît pas de frontières.

*DÉLIRE ? OBSESSION ?*

## C. QUELQUES FRONTIÈRES



Modèle **catégoriel** à *frontières*  
et/ou  
Modèle **dimensionnel** à *continuums*  
À chacun ses approximations



Égodystonie

Égosyntonie



À neutraliser

À confirmer



Sérotonine

Dopamine



# III. À LA (RE)DÉCOUVERTE DU TOC

## A. QUESTIONS SUR LE TOC

### 1. Que signifie TOC ?

- A. Triade œdipienne de Charcot
- B. Trouble obsessionnel-compulsif
- C. Tics obsessionnels carabinés
- D. Trouble obsédant caractérisé

### 2. Que faut-il réunir pour valider le diagnostic ?

- A. Des obsessions
- B. Des compulsions
- C. Des obsessions et des compulsions
- D. De l'anxiété et des évitements

### 3. Qu'est-ce qu'une compulsion ?

- A. Une contrainte intérieure, accompagnée d'une angoisse plus ou moins consciente, qui pousse l'individu à accomplir un acte.
- B. Une tendance, qui échappe au contrôle du sujet, à exécuter des actes satisfaisant un besoin impérieux, déchargeant un état de tension émotionnelle.
- C. Une impulsion soudaine, violente et irrésistible qui pousse un malade à commettre un acte grave
- D. Comportement répétitif qui soulage temporairement le stress procuré par une obsession.

### 4. En quoi consiste un évitement ?

- A. À ne pas affronter ou contourner une situation, un lieu ou une action connus pour déclencher des obsessions et des rituels
- B. À ne pas effectuer un rituel de vérification ou un lavage de main
- C. À demander à quelqu'un d'effectuer une compulsion à sa place
- D. À essayer de penser à autre chose qu'à ses obsessions

## 5. Pourquoi lutter contre les compulsions et les évitements ?

- A. Parce qu'ils renforcent les obsessions au delà du court terme
- B. Parce qu'ils contribuent à un véritable cercle vicieux
- C. Parce que les évitements peuvent finir par empêcher de vivre
- D. Parce que les compulsions peuvent finir par prendre un temps fou

## B. REPONSES SUR LE TOC

### Réponse 1 : B

Le TOC touche 2% de la population générale.  
Il est présent dans toutes les sociétés.  
Il s'agit de la 4<sup>ème</sup> maladie la plus fréquente  
Il s'agit de la 10<sup>ème</sup> cause de handicap dans le monde

### Réponse 2 : A, B et C

- (A) selon DSM-IV et CIM-10
  - (B) selon DSM-IV et CIM-10
  - (C) selon DSM-V
  - (D) présence quasi-systématique mais non inclus dans les critères diagnostiques (trop peu spécifique)
- + chronophagie des symptômes : perte de temps > 1 heure par jour  
+ détresse ou dysfonctionnement social, familial, professionnel, occupationnel etc.

### Réponse 3 : A et D

- (A) L'acte est volontaire et l'objectif est de réduire un risque.
- (B) Il s'agit de la définition d'une impulsion = incapacité à différer un comportement. On en retrouve dans le trouble de la personnalité borderline, antisocial, dans certains troubles du comportement alimentaire ou dans le TDAH.

Dans les deux cas l'action engagée permettra de soulager une surcharge émotionnelle :

- Par la recherche du risque avec l'impulsion (menace minimisée)  
*Ex. un patient qui se calme en se tapant la tête contre les murs*
- Par l'évitement du danger avec la compulsion (menace exagérée)  
*Ex. un patient qui se calme en se lavant les mains*

(C) Il s'agit de la définition du raptus qui est une forme d'impulsion

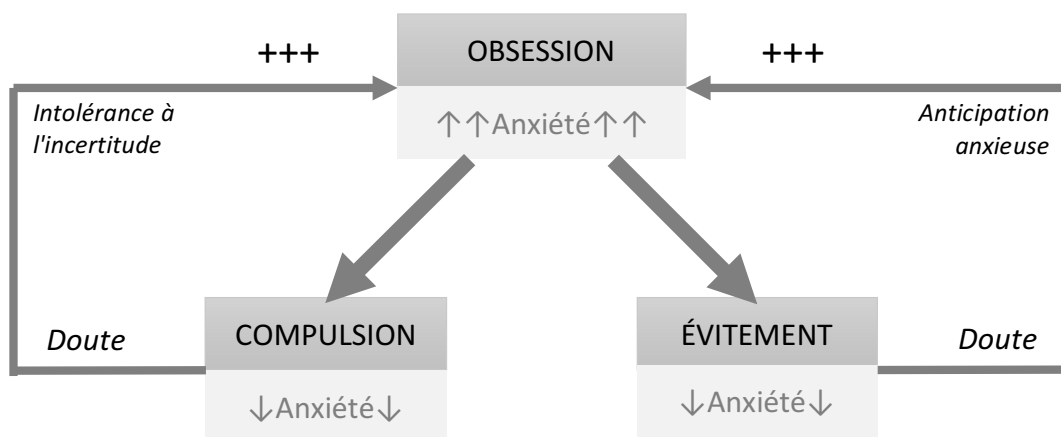
(D) Réponse anxiolytique à l'obsession

Réponse 4 : A et C

À l'instar de la compulsion, l'évitement est efficace à court terme pour lutter contre les obsessions et les rituels, et donc pour soulager l'anxiété.

Réponse 5 : A, B, C et D

### LE TOC EST UN DOUBLE CERCLE VICIEUX



Plus on accomplit les rituels, plus on fuit les obsessions et ce qui les provoque, plus on cherche à se débarrasser rapidement de son anxiété, plus la pathologie s'accroît.

## **C. THEMATIQUES OBSESSIONNELLES-COMPULSIVES**

<b>• Crainte obsédante</b>	<b>Exemples</b>
<b>SOUILLURE</b>	Déchets et sécrétions <span style="float: right;"><i>Je dois me laver les mains !</i></span>
	Microbes et germes <span style="float: right;"><i>J'ai marché sur une seringue ?</i></span>
	Cancer <span style="float: right;"><i>Je sais bien que c'est pas contagieux, mais...</i></span>
	Environnement <span style="float: right;"><i>Amiante, ondes, radiations, pollution etc.</i></span>
<b>ERREUR</b>	Ne pas avoir fermé quelque chose <span style="float: right;"><i>Ai-je fermé la voiture ?</i></span>
	Avoir mal fait son travail <span style="float: right;"><i>Est-ce que c'est le bon médoc ? Le bon patient ?</i></span>
	Avoir mal informé <span style="float: right;"><i>Qu'est-ce que j'ai oublié de te dire...?</i></span>
	Avoir perdu quelque chose <span style="float: right;"><i>Mes clefs ! Mes clefs ! Ah...</i></span>
	Avoir jeté par erreur <span style="float: right;"><i>Attends un peu avant de jeter la poubelle !</i></span>
	Avoir oublié ou mal lu <span style="float: right;"><i>Je dois relire ce paragraphe, et rajouter un post-it...</i></span>
<b>AGRESSIVITÉ</b>	Faire du mal volontairement <span style="float: right;"><i>Je vais le pousser de la falaise ?</i></span>
	Faire du mal par erreur <span style="float: right;"><i>J'ai écrasé quelqu'un ?</i></span>
	Se faire du mal <span style="float: right;"><i>Je vais sauter ?</i></span>
	Etre incorrect, obscène, insulter <span style="float: right;"><i>J'ai dit quelque chose de...?</i></span>
<b>MALHEUR</b>	Nombres ou couleurs <span style="float: right;"><i>Si la plaque est impaire, je dois dépasser, sinon...</i></span>
	Espace <span style="float: right;"><i>Il faut marcher au milieu des pavés, sinon...</i></span>
	Mauvaises pensées <span style="float: right;"><i>Parle pas de malheur !</i></span>
<b>SEXE</b>	Désinhibition <span style="float: right;"><i>Et si je l'embrassais ?</i></span>
	Déviances et perversions <span style="float: right;"><i>Et si j'avais des attouchements avec ma fille ?</i></span>
<b>RELIGION</b>	Péché <span style="float: right;"><i>Dieu pourrait m'en vouloir</i></span>
	Blasphème <span style="float: right;"><i>Le Christ en érection sur la croix !</i></span>
	Malédiction <span style="float: right;"><i>18 = 6 + 6 + 6</i></span>

• **Compulsions, rituels et évitements**

<p><b>LAVAGE</b> Savonnage, désinfection</p>	<p>Lavage des mains ritualisé ou excessif</p> <p>Lavage/soins du corps</p> <p>Nettoyage d'objets personnels</p> <p>Nettoyage de l'entourage</p> <p>Lavage moral ou magique</p>
<p><b>VÉRIFICATION</b> Contact, contrôle visuel, geste, récapitulation Vérification de la vérification</p>	<p>Portes, fenêtres, serrures, cuisinière et, appareils ménagers, voiture, gaz, électricité, robinets</p>
<p><b>ORDRE, SYMÉTRIE, RANGEMENT</b> Chaque chose doit être à sa place</p>	<p>Disposition fixée et parfois symétrique d'objets, de portions alimentaires, de caractéristiques physiques (ex. ongles, cheveux), de comportements (ex. habillage)</p>
<p><b>RÉPÉTITION</b> 5 à 10 séquences Nombre souvent magique</p>	<p>Toucher (main ou pied)</p> <p>Mouvement (ex. assis/debout, monter/descendre)</p> <p>Actionnement (ex. ouverture/fermeture, baisser/relever, allumer/éteindre)</p>
<p><b>MENTALISATION</b> Souvent cachée et méconnue de l'entourage</p>	<p>Arithmomanie</p> <p>Phrases conjuratoires</p> <p>Besoin de dire ou de faire dire</p> <p>Répétition mentale de phrases</p> <p>Récapitulation</p>
<p><b>PERFECTIONNISME</b> Complication de tâches simples</p>	<p>Lenteur et méticulosité dans l'accomplissement de certaines tâches (ex. écrire, se raser)</p>
<p><b>ÉVITEMENTS</b> Discrets ou spectaculaires</p>	<p>Quarantaine ou sas au domicile</p> <p>Contact physique dans les lieux publics (ex. barre dans le métro)</p> <p>Faire accomplir aux autres (ex. poster une lettre)</p> <p>Accumulation d'objets (ex. pour ne pas risquer de les jeter par erreur)</p> <p>Ne pas trop s'approcher des gens ou de certains objets (ex. couteau et phobie d'impulsion)</p>

## IV. SCZ + TOC = SCHIZOTOC

### A. QUELQUES IDEES REÇUES

- ***"TOC et schizophrénie ? Mais voyons... C'est impossible ! On ne peut pas être à la fois psychotique et névrosé ! Et surtout pas en même temps..."***

Les deux concepts que sont la "névrose" et la "psychose" (et notamment leur exclusion mutuelle) n'ont plus de pertinence pour caractériser les troubles mentaux au vu des connaissances actuelles.

Les caractéristiques associées à la "psychose" sont rarement présentes en permanence et peuvent très bien survenir chez un patient qualifié de "névrosé" ou sans pathologie psychiatrique (ex. hallucinations, dépersonnalisation, idée fixe/délirante).

Les patients schizophrènes manifestent autant voire davantage de symptômes auparavant qualifiés de "névrotiques" que la population générale (ex. attaques de panique, agoraphobie, obsessions, compulsions).

Chez les patients schizophrènes, la prévalence du trouble obsessionnel compulsif est évaluée entre 12 et 25% contre 2% dans la population générale.

Les obsessions et compulsions d'un patient schizophrène réagissent de façon similaire aux antidépresseurs et à la TCC que celles d'un patient non "psychotique".

- ***"Des défenses obsessionnelles chez un patient psychotique ? C'est bon signe ! Ça veut dire qu'il résiste à la psychose..."***

Les symptômes obsessionnels et compulsifs chez les schizophrènes étaient auparavant considérés comme un moyen de se défendre contre les symptômes psychotiques. Ce rôle spéculé protecteur et réducteur de "psychose" a été confirmé à partir de quelques études de cas.

Des études ultérieures et empiriques ont réfuté cette hypothèse d'un meilleur pronostic de la schizophrénie "pseudonévrotique" et notamment de la schizophrénie avec TOC.

Les symptômes psychotiques sont en général plus prononcés et plus souvent résistants. Les niveaux d'anxiété et de dépression sont plus élevés, le risque suicidaire est plus important, tout comme la désinsertion sociale et professionnelle.

- ***"Les psychotiques les plus obsessionnels sont facilement repérables. Ce sont les plus ritualisés, ceux qui ne résistent pas parce qu'ils ne sont pas conscients de leurs troubles."***

Les obsessions et compulsions sont plus difficiles à identifier en cas de schizophrénie. Les obsessions sont souvent difficiles à distinguer du délire et des hallucinations (notamment de l'automatisme mental) tandis que les compulsions peuvent se confondre avec certains symptômes catatoniques (maniérisme, stéréotypies, verbigérations, échopraxie, écholalie) ou avec des comportements répétitifs dus au délire ou aux hallucinations.

- ***"C'est la chronicisation qui les rend un peu obsessionnels, c'est en fin de parcours qu'ils sont les plus ritualisés. Si c'est trop envahissant, il suffit d'augmenter les neuroleptiques"***

Le TOC peut (1) précéder la schizophrénie et évoluer de façon indépendante, (2) faire partie des symptômes du ARMS (prodromes ou signes précoces), (3) survenir parallèlement à la manifestation des symptômes psychotiques, (4) apparaître durant l'évolution ultérieure de la schizophrénie, (5) être aggravé ou survenir suite à l'instauration d'un neuroleptique (ex. clozapine ou olanzapine).

## **B. QUELQUES EXEMPLES**

- ***Mauvaise mère et oreilles en chou-fleur***

Mademoiselle N. est hospitalisée après avoir consulté aux urgences pour des angoisses massives qualifiées de "psychotiques". Celles-ci surviennent généralement lorsqu'elle croise et regarde une petite fille dont les oreilles lui semblent brutalement rétrécir et se recroqueviller comme "un chou-fleur qui se referme". Ce phénomène est vécu avec un sentiment d'étrangeté qui précède l'apparition des symptômes anxieux et parfois d'une agitation psychomotrice. Interrogée sur son interprétation de ce phénomène, elle affirme que "c'est bizarre", qu'elle n'est "pas normale" que "c'est de la folie", qu'elle est "bonne à enfermer", qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfant si on ne lui enlève pas "ça", ou qu'elle sera une mère maltraitante. Quelques heures après l'admission, les membres de l'équipe notent déjà de multiples demandes de réassurance au sujet de son éventuelle future maternité : "et si j'avais une fille ?" ; "Je ne pourrais pas m'en occuper ?" ; "Je serais une mauvaise mère ?" ; "Vous pensez que je pourrai avoir un enfant un jour ?". Les différentes réponses obtenues ne semblent la soulager que quelques minutes si bien qu'elle n'hésite pas à poser les mêmes questions encore et encore. Depuis quelques semaines, la patiente sort de moins en moins de chez elle par peur de se retrouver face à une petite fille mais ça ne l'inquiète pas car selon elle le problème est ailleurs. Elle affirme avoir un problème à résoudre avec sa mère, et que sa psychothérapeute l'a aidée

à faire le lien entre le « chou-fleur » et le fait que sa mère aurait voulu avoir un garçon. Convoquée en entretien, la mère de la patiente reconnaît effectivement avoir avoué à sa fille il y a quelques années qu'elle souhaitait initialement un garçon mais assure qu'elle ne pense pas avoir été déçue au point de mal aimer ou mal élever sa fille. En pleurs, elle finit par révéler son désarroi face aux sollicitations incessantes de sa fille qui la harcèle depuis plusieurs mois avec en moyenne une vingtaine d'appels et une cinquantaine de sms par jour. Il s'agit principalement de reproches et d'interrogations par rapport à la maternité.

*SCZ ? TOC ? SCHIZOTOC ?*

- ***Psychologue et Sainte Marie mère de Dieu***

Monsieur A. est pris en charge depuis 10 ans pour une schizophrénie résistante. Depuis environ deux semaines, il se présente quatre à cinq fois par jour au secrétariat du CMP pour demander à parler à la psychologue de l'hôpital de jour. Régulièrement interrogé sur le motif de ces sollicitations répétitives, le patient répond qu'il ne peut en parler à personne d'autre, puis quitte les lieux avec le sourire avant de revenir à la charge quelques heures plus tard mais toujours sans agressivité. Un débat commence alors à faire rage au sein de l'équipe du CMP sur le caractère délirant ou obsessionnel de ce comportement. Au cours d'un entretien médical, il finit par avouer que cette psychologue est en réalité la réincarnation de la vierge Marie et que Dieu lui donne l'ordre d'aller la voir car c'est la seule personne qui peut encore l'absoudre de ses péchés avant la prochaine apocalypse dans deux mois et cinq jours. Il affirme que si cette psychologue le fuit depuis maintenant 17 jours, c'est car elle pense que ses crimes sont impardonnables et qu'il finira donc en enfer. Vis-à-vis de ces trois croyances (psychologue = vierge Marie, apocalypse = dans 2 mois, et lui = en enfer) la conviction est totale mais il entend continuer à se présenter au secrétariat tant que Dieu lui demandera de le faire. Interrogé sur ces injonctions, il répond qu'il s'agit de phrases répétitives qui "résonnent", qu'elles viennent de sa tête mais que ce ne sont pas ses propres pensées. Il se dit fermement convaincu que ses phrases ou pensées sont celles de Dieu et, qu'à ce titre, il n'a pas besoin de preuve pour le savoir, juste de sa foi. Il finit par croiser la psychologue un jour dans le couloir qui le renvoie péniblement vers son psychiatre référent, ce que le patient ne tarde pas à interpréter comme une confirmation de son imminente damnation. Trois mois plus tard et après une hospitalisation d'une dizaine de jours, il aura pu constater que l'apocalypse n'est pas survenue mais se dira "en sursis" et devoir faire ses preuves car Dieu ne lui a toujours pas pardonné ses crimes.

*SCZ ? TOC ? SCHIZOTOC ?*



## • ***Épidémie, inondation et infarctus***

Monsieur P. est hospitalisé depuis plusieurs années pour une "psychose d'évolution déficitaire". Il ne présente plus de symptômes délirants ni d'hallucinations sous traitement mais son fonctionnement reste altéré par un ralentissement psychomoteur, un détachement émotionnel et un apragmatisme marqués. Ce sont cependant de nombreux rituels plus ou moins chronophages qui sont les plus invalidants. Parmi ceux-ci, l'équipe signale (1) une grande difficulté à quitter la table et à se séparer de son bol de café qu'il inspecte une bonne demi-heure après le petit déjeuner avant de (2) téléphoner à sa mère pendant 10 minutes, (3) de multiples lavages des mains pendant le quart d'heure qui suit, (4) et enfin la monopolisation du cabinet de toilette de la salle à manger pendant environ une heure. Plusieurs réunions d'équipe ont permis d'envisager l'hypothèse d'un refus plus ou moins conscient de renouer avec la vie en société, et notamment de se rendre aux activités du CATTP auxquelles il est inscrit le matin. Interrogé plus précisément sur ces fameux rituels, le patient reste initialement assez réticent et s'en tient à déclarer qu'il sait bien que "tout cela est bien stupide" mais qu'il ne peut pas s'en empêcher. Après avoir parcouru de la documentation sur le TOC, il accepte de se confier davantage sur ses craintes, notamment celle de voir sa mère mourir d'une crise cardiaque si son bol de café n'est pas entièrement vidé (à la goutte près), celle de causer une inondation dans l'hôpital si le robinet du cabinet de toilette est mal fermé et enfin celle de provoquer une infection "nasocoloniale" si ses mains sont mal désinfectées. Il affirme être superstitieux et redouter ce genre de choses depuis plus de 20 ans, bien avant d'avoir connu la psychiatrie, mais que tout s'est emballé depuis le changement de traitement il y a environ 6 mois. Il justifie sa réticence à en parler par la peur d'être pris pour un fou incurable et gardé à l'hôpital toute sa vie.

*SCZ ? TOC ? SCHIZOTOC ?*

## **C. QUELQUES OUTILS THERAPEUTIQUES**

### • **Mesures médicamenteuses**

#### **Antidépresseurs** : ISRS, clomipramine

*Le meilleur niveau de preuve mais sources d'interactions et d'effets secondaires.*

*Ex. (es)citalopram et QTc*

#### **Stabilisateurs de l'humeur** : valproate, lamotrigine

*Résultats prometteurs mais niveau de preuve plus faible.*

*La lamotrigine est à privilégier chez les femmes en âge de procréer.*

#### **Neuroleptiques "anti-obsédants"** : aripiprazole, amisulpride

*Les plus sélectivement antidopaminergiques sont à préférer, voire à associer.*

*L'halopéridol en fait partie, mais est à prescrire en deuxième intention*

## • Mesures non médicamenteuses

### **Informier** : sur le cercle vicieux des compulsions et de l'évitement

*Ils soulagent à court terme, mais aggravent le problème à plus long terme.*

*Ex. "ne pensez surtout pas à un ours blanc"*

*Ex. plus on lave, plus c'est salissant*

*Ex. plus on vérifie, plus on doute*

### **Lutter contre les rituels et évitements** : ne pas renforcer, ne pas participer

*Attitudes souvent contre-intuitives pour les soignants.*

*Ex. ne pas rassurer plus d'une fois ("on en a déjà parlé", "vous connaissez la réponse")*

*Ex. ne pas forcément attendre la fin d'un rituel*

*Ex. renforcer (encourager, féliciter) les efforts de lutte contre les compulsions*

### **Exposition avec prévention de la réponse** : dans le cadre d'une TCC

*Inciter à faire face à la crainte obsédante sans répondre par le rituel ou l'évitement.*

*Exercices de difficulté croissante, parfois en imagination dans un premier temps.*

*Ex. poser la main sur le sol et ne pas se laver les mains pendant 30 minutes.*

# V. TABLEAUX

## A. OBSESSIONS, DELIRES ET HALLUCINATIONS

	<b>OBSESSIONS</b>	<b>DÉLIRE/HALLUCINATIONS</b>
Nature	Pensée, image, doute, crainte, impulsion	Perception, illusion, intuition, interprétation, imagination
Caractère intrusif & involontaire	Oui	Oui
Thèmes	Souillure Erreur/désordre Agression Malheur/superstition	Persécution Influence Mystique Dépressif/Mégalomanie
Conscience du caractère pathologique/erroné/excessif	Moyenne à forte	Absente
Attitude vis-à-vis du symptôme	<b>Egodystonique</b> Critique/rejet/résistance	<b>Egosyntonique</b> Interprétation/intégration
Émotions associées	Anxiété, honte, dégoût	+/- selon le thème
Pensées associées Distorsions/biais	<b>Doute</b> Pensée catastrophique Raisonnement émotif Fusion pensée/action	<b>Conviction</b> Biais de confirmation Rationalisation morbide
Comportement associé	Vise à neutraliser le doute	Vise à confirmer la conviction
Médicament recommandé	Antidépresseur	Neuroleptique
Attitude recommandée	<b>Mettre le doute à l'épreuve</b> Exposer aux situations redoutées et lutter contre les évitements et les compulsions	<b>Favoriser l'émergence d'un doute</b> Inciter à envisager des hypothèses alternatives à la conviction délirante

## **B. TB. OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET SCHIZOPHRÉNIE**

	<b>TOC</b>	<b>SCZ</b>
Symptômes	Obsessions Compulsions	Hallucinations Délire Symptômes négatifs Troubles cognitifs
Causes	Sérotonine ? Génétique (25%)	Génétique (10%) Environnement : virus ou malnutrition fœtale
Âge de début	< 25 ans	< 25 ans
Evolution	Chronique	Chronique
Traitement	Antidépresseurs TCC : exposition avec prévention de la réponse	Neuroleptiques TCC : remédiation cognitive, réhabilitation sociale, éducation thérapeutique
Troubles assimilés	Dysmorphophobie Accumulation pathologique Trichotillomanie	Schizotypie Trouble schizoaffectif Délires chroniques : PHC, paranoïaque, paraphrénie
Troubles associés	Dépression Trouble bipolaire et SCZ Troubles anxieux et phobies TCA	Abus de substances ESPT TOC Dépression

## **C. FRÉQUENCE DES OBSESSIONS ET COMPULSIONS**

Obsessions		Compulsions	
Thèmes	% patients	Thèmes	% patients
Contamination	50%	Vérification	61%
Doute pathologique	42%	Lavage	50%
Portant sur le corps	33%	Comptage	36%
Besoin de symétrie	32%	Besoin de dire ou de confesser	34%
Agressifs	31%	Symétrie ou précision	28%
Sexuels	24%	Accumulation	18%
multiples	72%	multiples	58%

# VI. DÉFINITIONS

**Biais de confirmation** : tendance à privilégier les informations qui confirment son hypothèse ou sa croyance.

**Pensée catastrophique** : construction et prédiction d'un scénario désastreux sur la base d'un simple incident sans gravité.

**Compulsion** : Contrainte intérieure, accompagnée d'une angoisse plus ou moins consciente, qui pousse l'individu à accomplir un acte. Comportement répétitif qui soulage temporairement le stress procuré par une obsession.

**Dépersonnalisation** : sentiment de ne plus être soi-même. Sentiment d'étrangeté ou d'extériorité, de perte totale ou partielle de l'intégrité corporelle et (ou) psychique.

## Déréalisation

**Perte des sentiments de réalité et de familiarité**

**Sentiments de séparation, d'éloignement, d'étrangeté de la réalité**

**Choses paraissent artificielles, factices**

**Personnes perçues comme bizarres, déformées, étranges** par leur taille ou tout autre caractère

**Modification des rapports dans l'espace et l'orientation :**

- Sentiment que les objets perdent leurs rapports réciproques, leur place relative
- Sentiment d'être perdu dans l'espace
- Impression de ne plus rien reconnaître

**Sentiment d'une perturbation dans la perception subjective du temps :**

- Perte de la sensation du temps qui s'écoule (le temps est figé)
- Sentiment de ne plus vivre au rythme du monde

**Sentiments de déjà-vu, déjà vécu, déjà entendu, illusions de fausses reconnaissances**

**Sentiment de n'avoir jamais vécu une situation familière**

## Désanimation

**Sentiment d'étrangeté de soi**

- Sentiment de ne plus être soi-même
- Sentiment de perdre sa personnalité, son identité, de se transformer en autre que soi

**Sentiment de transformation de soi**

- Sentiment de vide intérieur
- Sentiment d'automatisme, de perte de la volonté, de perte de sa propre liberté, de gêne, d'indécision dans l'action
- Sentiment d'irréalité des souvenirs, des idées
- Sentiment de transformation de l'affectivité, de dévalorisation

**Sentiment de dédoublement**

- Sentiment d'être spectateur de soi-même
- Proximité sémiologique avec l'héautoscopie (hallucination de double), l'automatisme mental

**Sentiment du néant, d'anéantissement psychique**

- Impression d'être à la fois mort et vivant
- Sentiment de vide, d'une baisse de l'intensité de la vie, d'une perte de l'énergie vitale

## Désincarnation

**Sentiment d'atteinte de l'intégrité corporelle**

- Sensation d'une pesanteur majorée de son corps propre ou au contraire d'être immatériel, sans poids
- Sensation de modifications de densité, de volume (corps dilaté ou rétréci) ou de forme de son corps
- Sensation d'une séparation entre la personne et son enveloppe corporelle ("Je flotte dans moi")

**Localisations prédominantes de l'éprouvé :**

- Cœur : "Il ne bats plus, il est rétréci"
- Cerveau : "il est changé, vide, éclaté"
- Intestins : "Ils sont noués, bouchés, rétrécis"
- Visages et regard : le visage n'est plus reconnu dans le miroir

**A minima** : sensation de vertige, fatigue, épuisement

**A distinguer de :**

- Hypocondrie, cénestopathie
- Délire de négation (Syndrome de Cotard)
- Asomatognosie

**Écholalie** : Répétition automatique, par un sujet, des paroles que vient de prononcer son interlocuteur.

**Échopraxie** : Répétition automatique, par un sujet, des gestes que vient d'effectuer son interlocuteur.

**Hallucination** : phénomène par lequel un sujet éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur les fasse naître et qui apparaît au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue.

**Idee délirante** : conviction erronée, basée sur un mauvais traitement de l'information, et inébranlable, c'est à dire maintenue malgré ce que les autres peuvent penser et malgré l'évidence du contraire (preuve).

**Illusion** : interprétation perceptive erronée de données sensorielles réellement existantes, due aux lois mêmes de la perception.

**Imagination** : faculté de raisonner, de spéculer, d'inventer, d'élaborer de nouveaux concepts, de nouvelles théories, de trouver des expédients.

**Interprétation** : attribution d'une signification à un fait réel, à un événement, à un comportement.

**Intuition** : action de deviner, pressentir, sentir, comprendre, connaître quelqu'un ou quelque chose d'emblée, sans parcourir les étapes de l'analyse, du raisonnement ou de la réflexion.

**Maniérisme** : Caractère affecté et précieux, donnant une impression d'inadéquation et d'inauthenticité des mimiques, des gestes, des propos et des écrits.

**Obsession** : pensée, image, idée, doute, crainte, impulsion à caractère involontaire et angoissant, qui s'impose à tous moments à l'esprit du sujet, malgré son caractère absurde reconnu.

**Raisonnement émotif** : tirer des conclusions ou formuler des jugements sur la base d'une ou plusieurs de ses émotions.

**Rationalisation morbide** : justification abstraite, souvent absurde, obscure ou incohérente d'une idée ou d'une croyance.

**Stéréotypie** : Répétition fréquente, incontrôlée et parasitaire d'attitudes, de gestes, de paroles.

**Symptômes négatifs** : cortège de symptômes associés à une diminution globale et plus ou moins prononcée de l'activation émotionnelle. Ils peuvent également être secondaires aux symptômes positifs, aux neuroleptiques ou se confondre avec des symptômes dépressifs.

Aboulie	Bradypsychie
Akinésie	Clinophilie
Amhormie	Détachement
Amimie	Fading mental
Anergie	Incurie
Anhédonie	Inertie
Apathie	Isolement, retrait, réclusion, claustration
Apragmatisme	Mutisme (semi-mutisme)
Ataraxie	Négativisme
Athymhormie	Ralentissement psychomoteur
Athymie	Stagnation

**Tic** : Mouvement convulsif, involontaire et qui se répète à intervalles variables.

**Troubles cognitifs de la schizophrénie** : altération des performances dans les domaines (1) de l'attention et de la concentration, (2) de la mémoire et (3) des fonctions exécutives (évaluation, raisonnement, planification, organisation, initiation, résolution de problèmes, changement de stratégie etc.). Ils ne sont pas uniquement la conséquence des autres symptômes ou des médicaments. Ils sont souvent présents avant que la maladie se déclare et pourraient être à l'origine de la plupart des symptômes de la schizophrénie.

Bizarrie	Abstractionnisme
Désorganisation	Barrage
Discordance	Discours flou, verbigération
Hermétisme et impénétrabilité	Incongruité verbale ou comportementale
Incohérence et altération du système logique	Néologisme, polysémie, logolatrie, schizophasie
Trouble des associations	Passage du coq-à-l'âne, diffluence
Trouble du cours de la pensée	Rationalisme morbide, pensée magique, paralogique
Trouble du langage	Stéréotypies, maniérisme

**Verbigération** : déclamation de séries de mots sans suite, souvent grossiers, en général toujours les mêmes.

## VII. RÉFÉRENCES

- Sauteraud, A. (2005). *Le Trouble obsessionnel-compulsif : le manuel du thérapeute*. Paris : Odile Jacob.
- Tribolet, S., Shahidi, M. (2005). *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*. Paris : Heures de France
- Veale, D. (2007). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 438-446.
- Salkovskis, P. M. (2007). Psychological Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233.
- O'Dwyer AM, Marks I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry*, 176, 281-284.
- Bottas A, Cooke R. G., Richter M. A. (2005). Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(3), 187-193.
- Yaryura-Tobias, J. (2004). An overview on delusions, obsessions and overvalued ideas. *Clinical Neuropsychiatry*, 1(1), 5-12.
- Oulis P., Konstantakopoulos G., Lykouras L., Michalapoulou P. G. (2013) Differential diagnosis of obsessive-compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: a phenomenological approach. *World Journal of Psychiatry*, 3, 50-56.
- Zink, M. (2014). Comorbid Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: Insight into Pathomechanisms Facilitates Treatment. *Advances in Medicine*, 2014, 317980.
- Hwang, M. Y., Yum, S. Y., Losonczy, M. F., Mitchell, G., & Kwon, J. S. (2006). Schizophrenia with obsessive compulsive features. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9), 34-41.