



**HAL**  
open science

# Comparaison des scores d'agressivité latente chez des patients présentant des TOC avec et sans personnalité obsessionnelle

Ambre Gazzera-Clais

► **To cite this version:**

Ambre Gazzera-Clais. Comparaison des scores d'agressivité latente chez des patients présentant des TOC avec et sans personnalité obsessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01360912

**HAL Id: dumas-01360912**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01360912>**

Submitted on 6 Sep 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS  
FACULTE DE MEDECINE

**Comparaison des scores d'agressivité latente chez des patients présentant des  
TOC avec et sans personnalité obsessionnelle**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement  
à la Faculté de Médecine de Nice le 24 juin 2016

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

par

**Ambre GAZZERA-CLAIS**

Née le 10 mai 1989 à Paris

Directeurs de thèse:

Monsieur le Professeur Guy Darcourt  
Monsieur le Docteur Bruno Giordana

Jury:

Monsieur le Professeur Michel Benoit	Président du jury
Monsieur le Professeur Guy Darcourt	Assesseur et directeur de thèse
Monsieur le Professeur Denys Fontaine	Assesseur
Monsieur le Docteur Christian Carrère	Assesseur
Monsieur le Docteur Karim Tifratene	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno Giordana	Assesseur et directeur de thèse

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Michel Benoit,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie pour l'importance que vous attachez à transmettre vos connaissances.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Guy Darcourt,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail de thèse.

Je vous remercie pour votre aide précieuse, votre écoute et votre disponibilité m'ayant permis d'avancer dans ma réflexion et de mener à bien ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Denys Fontaine,

Je suis honorée que vous participiez à mon jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail, signe de la transversalité de notre discipline mais aussi de la collaboration entre les spécialités.

Je vous prie de trouver ici la marque de ma haute considération

Monsieur le Docteur Christian Carrère,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Travailler à vos côtés a été pour moi une chance, tant professionnelle que humaine.

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Karim Tifratene,

Je te remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Je te remercie également pour ton aide dans la méthodologie de ce travail et pour la qualité de ton travail statistique. Cette aide précieuse m'a permis de mener à bien cette thèse.

Sois assuré de ma reconnaissance et de ma haute considération.

Monsieur le Docteur Bruno Giordana,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail.

Je te remercie profondément pour ton soutien, ta bienveillance, et ton aide précieuse tout au long de ce travail. Nos échanges constructifs et ton expérience m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je te prie de trouver ici la marque de ma gratitude et de ma sympathie.

Je tiens à remercier tous les chefs qui m'ont transmis leurs connaissances au cours de ces quatre années, notamment: le Docteur Jean-Yves Giordana, le Docteur François Leccia, le Docteur Ileana Paunescu, le Docteur Rafik Benharrats, le Docteur Michela Giugiaro, le Docteur Virginie Morel, le Docteur Jean-Charles Ardisson, le Docteur Sylvie Dubreuil, le Dr Edyta Cygankiewicz, le Docteur Magali Barré.

Au Docteur Aurélie Bernard, au Docteur Hélène Baudouin, au Docteur Edouard Salvati, au Docteur Ariana Ardelean, au Docteur Nicolas Paquin, au Docteur Delphine Desjardins, aux équipes et médecins des différents CMP, pour leur aide dans ce travail.

Je tiens à remercier toutes les équipes qui m'ont accompagnée pendant ces quatre années d'internat. Merci pour votre soutien et votre confiance.

Je remercie également tous mes cointernes, et anciens cointernes devenus docteurs, pour leur accompagnement au cours de ces années d'internat, et pour les moments partagés ensemble.

A ma mère. Ton soutien inconditionnel, ton aide, ton écoute pendant ces dix années d'études, m'ont aidés à devenir médecin. Je te remercie pour ton amour et d'avoir toujours cru en moi.

A mon père qui m'a transmis sa vocation et le sens du travail. Merci pour ta protection

A mon frère. Je te remercie de veiller sur moi.

A ma grand-mère. Je te remercie de t'être toujours intéressée à mes études. Merci pour ton amour et ton soutien.

A mon parrain et à Marie-Josée pour votre présence et votre soutien depuis toujours.

A ma marraine pour ta bienveillance.

A Sibylle et Gilles. Merci pour vos conseils précieux tout au long de mes études et votre soutien.

A Solène, ma soeur de coeur. Merci pour ta présence, ton écoute et ton soutien.

A toute ma famille, si précieuse à mes yeux.

A ma belle-famille. Merci pour votre accueil.

Je remercie mes amis pour leur présence et leur attention, pour certains malgré la distance.

A mon époux Edouard. Je te remercie de m'avoir soutenu depuis le début de nos études.  
A notre amour et notre avenir.



UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTE DE MEDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Vice-Doyen</b>	M. BOILEAU Pascal
<b>Assesseurs</b>	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. DE LEMOS Annelise
<b>Directrice administrative des services</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

### Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. VAN OBBERGHEN
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FRANKEN Philippe  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIRARD-PIPAU Fernand  
M. GUIDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIREE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

## PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto-Gastroentérologie (52.01)

## PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)

M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

### **PROFESSEUR AGREGES**

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)

M.	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire ( 44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

### **PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## Table des matières

Glossaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE : THEORIE</b>	<b>5</b>
<b>1. HISTORIQUE : CONCEPT DE L'OBSESSIONNALITÉ, LA NEVROSE OBSESSIONNELLE ET NAISSANCE DU TOC</b>	<b>5</b>
1.1 L'obsessionnalité dans l'Histoire : d'un concept mystique à une pathologie	5
1.2 De la naissance de la névrose à la névrose obsessionnelle	6
<b>2. AMBIVALENCE INTERPERSONNELLE ET AGRESSIVITE LATENTE DANS LE TOC: DES CONCEPTS D'ORIGINE PSYCHANALYTIQUE</b>	<b>7</b>
2.1 Vision psychanalytique des trouble obsessionnels: un conflit pulsion-défense	7
2.2 Ambivalence interpersonnelle, agressivité latente et névrose obsessionnelle	11
2.3 L'homme aux rats	15
2.4 La colère dans le TOC	19
2.5 Intérêt de l'approche psychanalytique des troubles obsessionnels	22
<b>3. CLASSIFICATIONS ACTUELLES, ET APPROCHE CLINIQUE ACTUELLE DES TROUBLES OBSESSIONNELS</b>	<b>23</b>
3.1 Epidémiologie des TOC et du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive	23
3.2 Classifications internationales	25
3.3 Rappels cliniques de la symptomatologie obsessionnelle	32
3.4 Les différentes sortes d'obsessions et de compulsions	36
3.5 Liens entre trouble de personnalité obsessionnelle et TOC	38
<b>4. APPROCHE GLOBALE DES TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS</b>	<b>40</b>
4.1 Modèle comportemental	40
4.2 Modèle cognitiviste	42
4.3 Modèle neurobiologique	44
4.4 Modèle génétique	51
4.5 Modèles psychobiologiques	53
<b>DEUXIEME PARTIE: ETUDE</b>	<b>56</b>
<b>1. OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>56</b>
<b>2. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>56</b>
2.1 Population	56
2.2 Déroulement de l'étude	57
2.3 Outils d'évaluation	58
2.4 Méthodologie statistique	62
<b>3. RESULTATS</b>	<b>63</b>
3.1 Caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques de la population	63
3.2 Résultats de l'agressivité latente et de l'ambivalence interpersonnelle	70
<b>4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES</b>	<b>72</b>
4.1 Originalité de notre étude	72
4.2 Forces de notre étude	72
4.3 Discussion sur les résultats	73
4.4 Limites de notre étude	77

4.5 Perspectives et conclusion	79
<b>CONCLUSION</b>	<b>81</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>88</b>

## **GLOSSAIRE**

BDI: Beck Depression Inventory

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CIM10: Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition

CMP: Centre Médico-Psychologique

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ISRS: Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory Revised

POC: Personnalité Obsessionnelle-Compulsive

Récepteurs 5HT: Récepteurs 5-Hydroxytryptamine

RIBAQ-R: Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire  
Revised

SCID II: Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality disorders

TEP: Tomographie par Emission de Positrons

TOC: Trouble Obsessionnel-Compulsif

TS: Tentative de Suicide

Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

# INTRODUCTION

---

Le concept de névrose obsessionnelle a disparu de la psychiatrie dans les années 1980 pour donner naissance à deux entités distinctes :

- les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
- les troubles de personnalité obsessionnelle ou anankastique

Les TOC sont une pathologie invalidante et fréquente, touchant selon un rapport de l'HAS (39) de 1,9% à 3,2% de la population générale sur la vie entière, et associant des pensées intrusives nommées obsessions, conjurées par des rituels : les compulsions.

Selon la théorie psychanalytique freudienne, les patients présentant une névrose obsessionnelle seraient tiraillés entre une haute moralité et des sentiments d'agressivité latente. L'agressivité latente correspond à de l'hostilité ou de l'agressivité envers d'autres personnes n'étant pas ouvertement exprimée, mais qui se manifeste dans des fantasmes ou sous forme dissimulée n'étant pas toujours accessible au niveau conscient (51). Ces sentiments, étant intolérables par le patient du fait de leur immoralité, entraînent des compulsions et des comportements d'évitement.

Selon la conception psychanalytique, les TOC naîtraient d'un continuum du trouble de personnalité obsessionnelle. Cependant, tous les patients présentant des TOC ne souffriraient pas de ce trouble de personnalité, et ces TOC pourraient ainsi ne pas avoir la même origine psychopathologique. En effet, seulement 16% à 32% des patients présentant des TOC auraient une personnalité obsessionnelle (17) (16) (32). C'est pourquoi dans la littérature, les auteurs se sont demandés si les TOC associés à une personnalité obsessionnelle étaient un sous-type de TOC.

Bejerot & al. ont décrit qu'il y aurait une agressivité indirecte (telle que bouter, claquer les portes en cas de colère) plus élevée chez les patients présentant des TOC lorsqu'un trouble de personnalité était présent, et notamment le trouble de personnalité obsessionnelle, alors même que les manifestations d'agressivité étaient comparativement basses (8). Moritz & al. ont montré que les patients présentant des TOC auraient une agressivité latente et des comportements calculateurs plus importants que les patients n'ayant pas de TOC, du fait d'un haut degré d'ambivalence interpersonnelle (53) (51). De plus, les patients présentant des TOC auraient une

certaine "façade altruiste" exagérée envers les autres, qui serait en réalité un mécanisme de défense contre cette agressivité latente. Ainsi, les patients présenteraient des sentiments d'inquiétude excessive, d'hypermoralité et d'hyperresponsabilité dans leurs relations aux autres, et particulièrement à leurs proches, contrastant avec une agressivité latente et une certaine méfiance et suspicion sous-jacente. Tout ceci constitue une ambivalence interpersonnelle.

Ainsi, nous souhaitons émettre l'hypothèse qu'il y aurait deux types de TOC : ceux présentant un trouble de personnalité obsessionnelle associé, qui naîtraient de ce continuum, et qui auraient une agressivité latente comparativement supérieure à ceux n'ayant pas ce trouble de personnalité.

Nous souhaitons également envisager, tout comme dans d'autres pathologies, que la physiopathologie des troubles obsessionnels puisse être variée. La psychanalyse pourrait alors être considérée comme un apport à la compréhension des troubles obsessionnels et comme un moyen de comblement des imperfections des théories plus récentes bien que complémentaires.

Dans la première partie de notre travail, nous décrirons l'évolution au fil du temps du concept d'obsessionnalité. Puis, nous verrons en quoi la vision psychanalytique des troubles obsessionnels avec notamment les notions d'agressivité latente et d'ambivalence interpersonnelle peut être utile à la compréhension de ces troubles. Nous exposerons ensuite la vision clinique actuelle des TOC et de la personnalité obsessionnelle et compulsive, ainsi que les différentes approches psychopathologiques des troubles obsessionnels, complémentaires et proches par certains aspects de la théorie psychanalytique, notamment par la notion d'agressivité latente.

La deuxième partie de notre travail est une étude clinique, ouverte, descriptive, et comparative. Nous avons comparé l'ambivalence interpersonnelle, incluant l'agressivité latente, des patients présentant des TOC avec ou sans personnalité obsessionnelle compulsive. Nous présenterons la méthodologie de notre étude, ainsi que nos résultats, nos discussions et perspectives.

# PREMIERE PARTIE : THEORIE

---

## 1. HISTORIQUE : CONCEPT DE L'OBSESSIONNALITÉ, LA NEVROSE OBSESSIONNELLE ET NAISSANCE DU TOC

### 1.1 L'obsessionnalité dans l'Histoire : d'un concept mystique à une pathologie

Les obsessions étaient considérées comme des vices ou des manifestations malignes plutôt que comme des pathologies jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle.

En latin, le mot « obsidere » signifiait « assiéger ». L'obsession était définie jusqu'au début du XVII<sup>ème</sup> siècle dans le dictionnaire d'Oxford (69) comme « *une action hostile du démon ou d'un esprit malin venant de l'extérieur* ». A la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, cette définition mystique évolue vers une conception plus scientifique : « *notion ou idée fixe qui, d'une manière persistante, assaille ou blesse, au point de décompenser l'esprit* » (17). Avec ces termes d'hostilité, de siège, de blessure nous pouvons voir se dessiner en filigrane des notions de guerre, de tension interne pouvant mener à une certaine agressivité.

Le prêtre Duguet, dans son ouvrage intitulé « Traité des Scrupules » paru au XVIII<sup>ème</sup> siècle, donne une probable première description française des obsessions avec une vision morale. Ainsi, le scrupule serait un doute qui n'est pas ou très peu fondé (18) (17). C'est à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle qu'apparaît une vision psychiatrique des obsessions, avec notamment des psychiatres français qui la considèrent comme « une folie » : « la folie raisonnante » de Pinel, les « délires partiels avec conservation des facultés intellectuelles et de raisonnement » d'Esquirol en 1838, et « la folie du doute » de Falret. Nous voyons alors dans ces visions peu à peu disparaître les conceptions mystiques de ces manifestations, et apparaître des conceptions faisant davantage appel au domaine de la pathologie et donc de la médecine.

## 1.2 De la naissance de la névrose à la névrose obsessionnelle

En 1878 apparaît avec Westphal le terme de *névrose*, en la nommant « **névrose de contrainte** ». Il décrit les obsessions comme des *idées parasites apparaissant dans un esprit intact et faisant intrusion dans le processus normal de la pensée, contre la volonté du sujet* (17).

En 1903, Janet décrit les obsessions, les compulsions, et la personnalité psychasthénique dans son livre « *Les obsessions et la psychasthénie* » (43). Ainsi, la pensée obsédante naitrait de cette baisse d'énergie psychique (psychasthénie), qui entrainerait la libération des pensées obsédantes (18). La psychasthénie serait sous-jacente à tous les troubles névrotiques, sauf à l'hystérie (17). La pensée obsédante se différencierait d'une pensée normale par sa fixité, sa répétition, et sa durée.

Selon Janet, les troubles obsessionnels évolueraient en trois phases (17) (43) :

- la psychasthénie et le sentiment d'incomplétude. « *La description du sentiment d'incomplétude pourrait <...> être celle d'un perfectionnisme douloureux* ». Dans cette notion de "perfectionnisme douloureux" semble apparaître une ébauche de description du trouble de personnalité obsessionnelle.
- les processus obsédants : les agitations forcées. « *Le patient se sent forcé de manière irrésistible à penser ou à accomplir des actes* ». Janet parle d'agitations mentales, motrices (tics, rituels), ou émotionnelles (angoisses).
- les idées obsédantes et les compulsions.

Les techniques thérapeutiques proposées par Janet semblent proches des thérapies comportementales actuelles.

Freud dans sa classification des névroses sépare les obsessions des phobies et de l'hystérie. Il décrit une fixation à un stade sadique-anal et des mécanismes de défense mis en place par les instances psychiques pour lutter contre l'angoisse. Selon Freud, **les obsessions représenteraient une substitution d'idées plus acceptables à des idées inconciliables** (désirs sexuels inassouvis) (17). Ainsi en 1895, le terme de *névrose obsessionnelle* apparaît.

En conclusion, il est peu à peu apparu un consensus sur une conception névrotique du trouble, alliant des obsessions et des éléments de trouble de

personnalité. Cette conception prendra fin en 1980 lors de l'édition du DSM III, avec l'éclatement de ce concept de névrose obsessionnelle en TOC et en personnalité obsessionnelle et compulsive. Le terme de "névrose" a disparu des classifications (18).

## **2. AMBIVALENCE INTERPERSONNELLE ET AGRESSIVITE LATENTE DANS LE TOC: DES CONCEPTS D'ORIGINE PSYCHANALYTIQUE**

### 2.1 Vision psychanalytique des trouble obsessionnels: un conflit pulsion-défense

Dans "*L'homme aux rats*" (29), Freud relate comment un patient était obsédé par une vision sadique dans laquelle un prisonnier subissait un supplice consistant à être assis sur un récipient dans lequel un rat était enfermé. Ce rat entrait alors dans l'anus du prisonnier. Le patient appliquait cette image à ses proches, et particulièrement à son père décédé.

Ce cas illustre le fait que le patient obsessionnel lutterait contre des pulsions sadiques que le surmoi tente de refouler.

La névrose obsessionnelle comprendrait un ensemble de troubles regroupant les TOC et la personnalité obsessionnelle. Il existerait un **continuum entre trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive et TOC**. Les patients présentant des troubles obsessionnels auraient une fixation au stade anal. Les sujets auraient donc une structure obsessionnelle appelée « **caractère anal** », « *composée de tendances agressives refoulées et de formations réactionnelles contre ces tendances* » (17). Selon Lara, Marinov et Ménéchal dans leur ouvrage "*La névrose obsessionnelle contraintes et limites*" (15), les traits de caractère anal se forment dans les conflits autour de l'éducation à la propreté chez l'enfant. "*Ces traits résultent des formations réactionnelles dressées contre les pulsions anales et les activités érotiques qui en découlent ainsi que des sublimations de ces activités*". Selon Freud, dans l'ouvrage "*Névrose, psychose et perversion*" regroupant plusieurs textes écrits entre 1894 et

1924 (27), le déroulement typique de la névrose obsessionnelle comprendrait trois stades:

- la "période de l'immoralité infantile" constituée "d'expériences de séduction sexuelle qui rendent plus tard possible le refoulement, puis les actions d'agression sexuelle contre l'autre sexe qui plus tard apparaîtront comme actions passibles de reproches";
- la "maturation sexuelle" avec un refoulement du reproche et un remplacement par un symptôme primaire de défense;
- la maladie, "défense réussie".

Les représentations obsédantes naîtraient de représentations inconciliables, qui à l'aide de mécanismes de défense, sont séparées de leurs affects pour les rendre plus tolérables et ainsi transformées en obsessions. Ceci constitue la "théorie de la substitution" qui est "un acte de défense du moi contre l'idée inconciliable", par "un mécanisme de transposition de l'affect" (27).

**Le stade sadique-anal** serait un stade archaïque auquel se fixerait le patient suite à un traumatisme. Cette fixation n'entraîne pas de perversion (selon Freud « la névrose est le négatif de la perversion »), le surmoi de ces sujets refoulant donc le sadisme (18) (17). Il y aurait un conflit entre des pulsions sexuelles et leur répression par le surmoi (défense), qui entraînerait des idées obsédantes en réponse à l'angoisse engendrée. Le surmoi combat les plaisirs sadiques et anaux du développement de l'enfant au stade sadique-anal. L'individu tente donc de refouler ce plaisir, et pour cela utilise des mécanismes de défense.

Le cœur de la sémiologie de cette pathologie résulte donc d'un **conflit pulsion-défense jamais résolu**, nécessitant de perpétuels efforts de contrôle par le « surmoi cruel » (17) du fait de la pression omniprésente sous-jacente du plaisir archaïque (18). Ce conflit incessant détaillé par la théorie freudienne, se manifeste entre autre par des attitudes ambivalentes vis-à-vis des proches (**ambivalences interpersonnelles**) (53) (51).

Roger Dorey, attribue la fixation au stade sadique-anal à la relation primordiale à la mère contrairement à Freud qui l'explique par un "facteur constitutionnel favorisant" (19). Par exemple dans *L'homme aux rats*, Freud "rattachait la fixation au refoulement, de la haine à l'égard du père", alors que Dorey considère que ce refoulement est déterminé par "**la relation préoedipienne à la mère**" (15). Cette mère serait à la fois une "mère dévouée" mais aussi une mère

investissant ses enfants "comme son objet sexuel privilégié", tout en refoulant tout attachement érotique à ses enfants. Ainsi le père de l'enfant n'a pas vraiment sa place comme représentant de l'interdit. L'enfant est face à une injonction paradoxale "sois l'objet de mon désir, je t'interdis de désirer" (15). Selon Dorey, "**C'est l'ambivalence qui conditionne le rapport à l'autre de l'obsessionnel**" (15) (19).

Les principaux **mécanismes de défense de l'obsessionnel sont : le déplacement, l'isolation et l'inversion.**

- « **Le déplacement** éloigne l'affect sur des représentations très lointaines des sentiments initiaux » (18). Dans le déplacement, le patient se préoccupe de choses qui peuvent nous sembler insignifiantes mais qui pour lui prennent des proportions démesurées par rapport à la réalité. Ces petites choses pouvant nous sembler négligeables ont pourtant des significations inconscientes à explorer (15).

- « **L'isolation** sépare l'affect de la représentation qui se trouve ainsi refroidie » (17). Cette "stérilisation des affects" entraîne un obstacle au traitement des patients obsessionnels. En effet, les souvenirs du patient sont évoqués froidement, sans affects. L'isolation est donc "un mode archaïque de défense contre la pulsion, le tabou du toucher" (15). Dans « *Inhibition, Symptôme et Angoisse* », Freud explique que "le toucher, le contact corporel, est le but premier de l'investissement d'objet, aussi bien **agressif** que tendre"(30). C'est ainsi que la peur de la contamination jouerait un rôle important dans cette névrose. "Selon Freud, la névrose obsessionnelle avait pour objectif initial le toucher érotique, puis, après la régression au stade sadique-anal, **le toucher masqué en agression**" (30) (15).

Ces deux mécanismes de défense permettent une certaine mise à distance des émotions par le sujet et les rendent donc plus tolérables.

- **L'annulation rétroactive ou inversion**, consiste à « remplacer le désir par la crainte ou la répulsion » (18). Selon Laplanche et Pontalis en 1967 (61), elle est le mécanisme "par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus; il utilise pour cela une pensée ou

un comportement ayant une signification opposée. Il s'agit là d'une compulsion d'allure magique".

**Ce mécanisme de défense est celui qui semble le plus en lien avec la conception d'ambivalence interpersonnelle.** En effet, les patients obsessionnels peuvent être très préoccupés par le bien-être des autres, alors même qu'ils auraient un souhait inconscient d'agressivité envers eux. Cette ambivalence prendrait naissance dans cette fixation au stade anal lors de l'acquisition de la propreté : selon Cottraux, « le surmoi cruel entre en conflit sadomasochiste avec le moi » (17).

D'un point de vue plus clinique abordé par Darcourt, l'inversion des plaisirs d'expulsion des matières fécales aboutirait aux obsessions de propreté, aux compulsions de lavage. L'inversion des pulsions sadiques entrainerait des idées obsédantes sur la crainte de nuire à autrui : **le sujet ressent une agressivité latente, contre laquelle il combat, ce qui engendre la peur de commettre des actes agressifs.** Dans les rituels et les compulsions, la défense du sujet prend tellement de place, que la pulsion sous-jacente n'est plus visible (18). Selon Fenichel en 1945 (24), "l'économie est un prolongement de l'habitude anale de rétention, motivée quelquefois par la peur de la perte, d'autres fois par le plaisir érogène (...). L'ordre est une élaboration de l'obéissance, l'entêtement en est une de la rébellion contre les exigences extérieures en rapport avec la régulation des fonctions excrétoires".

**La formation réactionnelle**, autre mécanisme de défense mise en évidence par Freud, se compose en réaction à un désir refoulé. "Il s'agit d'une lutte contre la représentation douloureuse qui est remplacée par un symptôme primaire de défense ou contre-symptôme consistant en des traits de personnalité, scrupulosité, pudeur, défiance du soi" (15). Dans la névrose obsessionnelle, les formations réactionnelles sont généralisées. Freud place les formations réactionnelles à côté de la régression et du refoulement parmi les mécanismes de défense. Selon Fénichel (24) "les formations réactionnelles évitent les refoulements secondaires en réalisant "une fois pour toutes" une modification définitive de la personnalité. Le sujet qui a élaboré des formations réactionnelles ne développe pas certains mécanismes de défense à employer quand un danger instinctuel menace ; il a changé la structure de sa personnalité comme si ce danger était toujours présent, pour être prêt quel que soit le moment où ce danger se présente". Dans la névrose obsessionnelle, le surmoi se comporte donc comme s'il n'y

avait pas eu de refoulement, entrant ainsi en conflit avec le moi. **Le moi se modifie alors via la formation réactionnelle "sur ordre du surmoi gagné par la régression sadique"**(15).

Les classifications internationales séparent seulement les obsessions des compulsions. La vision psychanalytique permet de mieux décrire les obsessions et compulsions. Darcourt dans son ouvrage « *La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ?* » sépare **3 formes d'obsessions** (18) :

- **les obsessions-impulsions** : qui correspondent à la peur de commettre un acte nocif. Dans ce type d'obsessions, nous voyons se dessiner une certaine agressivité latente ressentie par le sujet.
- **les obsessions pseudophobiques** : le sujet a peur de l'usage dangereux qu'il pourrait faire de certains objets. Là encore, l'agressivité latente semble présente. L'angoisse, contrairement au cas des phobies, peut survenir en dehors de la présence de l'objet ou de la situation.
- **les obsessions idéatives, ou idées obsédantes** : le sujet se sent coupable (ou angoissé) de pensées, images, mots qui s'imposent à lui contre sa volonté mais qu'il reconnaît comme venant de lui et comme étant pathologiques.

Les compulsions et les rituels sont des actes que le sujet est contraint d'exécuter, et qui entraînent un soulagement bref (18) :

- compulsions de lavage : le sujet a peur de contaminer les autres, mais peut aussi avoir peur pour lui-même.
- compulsions de vérification : le sujet les réalise dans le but que rien de néfaste n'arrive aux autres.
- les rituels : le surmoi agit fortement, et ne permet donc pas d'avoir accès au conflit : la défense est si forte que la pulsion n'est plus visible.

## 2.2 Ambivalence interpersonnelle, agressivité latente et névrose obsessionnelle

Selon le "*Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*" de Tribolet et Shahidi (74), l'ambivalence est définie comme "l'existence simultanée d'états

psychologiques contradictoires". Elle peut concerner les domaines intellectuel, affectif et comportemental.

**Freud décrit l'ambivalence comme un élément important de la symptomatologie de la névrose obsessionnelle** dans son article "*Pulsions et destins de pulsions*" (1915) (31). Ce terme aurait été développé en 1910 par Bleuler dans le cadre des symptômes de la schizophrénie, puis il a été réemployé par Freud pour définir la **coexistence dans la relation à l'autre de sentiments opposés** (15). Ceci est aussi illustré dans *L'homme aux rats* : le patient exprime ce désir inconscient que son père soit à la place de ce prisonnier torturé. Selon Rose (69), Freud se serait posé la question chez les obsessionnels « **d'une coexistence chronique de l'amour et de la haine envers une même personne et la très grande intensité de ces deux sentiments** ». Ceci est notamment envisagé dans l'ouvrage "*Totem et tabou*" (28), dans lequel Freud rattache le tabou à cette ambivalence amour-haine. Ainsi "la clinique obsessionnelle témoigne de cette ambivalence amour-haine", et "il existerait **une composante sadique au coeur de l'amour**" (69).

Une étude de 2013 de Moritz & al. affirme qu'il y aurait une ambivalence interpersonnelle supérieure chez les patients présentant des TOC comparativement à des sujets sains (52).

### 2.2.1 Agressivité latente dans le TOC

Comme nous l'avons vu dans la partie sur la théorie psychanalytique, l'agressivité latente semble avoir une place importante dans la symptomatologie du TOC. En effet, la lutte contre la pulsion sadique que le surmoi tente de refouler représente cette agressivité latente. Elle est une des dimensions de l'ambivalence interpersonnelle.

Selon l'ouvrage de sémiologie de Tribolet (74), l'agressivité peut s'exprimer de manière plus cachée, "sous la forme d'une activité imaginative, fantasmatique ou onirique", constituant selon nous l'agressivité latente.

Cette notion d'agressivité se retrouve également dans le spectre de l'impulsivité décrite par Cottraux : " le TOC serait caractérisé par une compulsivité compensatoire de l'impulsivité perçue " (17).

Cottraux a étudié le lien entre l'impulsivité et la responsabilité chez les patients présentant des TOC. Il rapproche les compulsions des impulsions : selon lui les compulsions sont des "comportements obligatoires, même si elles représentent une lutte contre les impulsions". Dans son tableau comparatif entre l'impulsivité et la compulsivité, Cottraux nous montre les similitudes et divergences de ces troubles. La notion d'agressivité apparaît en tant que similitude dans ce tableau (17). La différence entre ces troubles résiderait dans leur but: la diminution d'une angoisse pour les compulsifs, grâce aux rituels, et "la recherche d'un plaisir chez les impulsifs". Ainsi, "impulsivité pure et compulsivité pure seraient situées aux deux extrêmes d'un spectre au milieu duquel on trouve des patients qui sont à la fois impulsifs et compulsifs".

Des études de cas ont rapporté une agressivité latente, et parfois même une agressivité manifeste chez les patients présentant des TOC. Des études empiriques portant sur des échantillons plus grands ont permis d'étayer ces résultats, comme par exemple l'étude de Stein & al. (73).

Bejerot & al. dans un article de 1998 ont comparé des patients présentant des TOC à ceux présentant des TOC et un trouble de personnalité (8). Il a été trouvé qu'une agressivité indirecte (telle que bouder, claquer les portes en cas de colère) était plus présente chez les patients souffrant d'un TOC associé à un trouble de personnalité, et notamment le trouble de personnalité obsessionnelle, alors même que les manifestations d'agressivité étaient comparativement basses. Cette étude est concordante avec notre hypothèse, bien que les outils utilisés pour évaluer cette agressivité nous semblent insuffisants.

Moritz & al. dans son article de 2011 et plusieurs autres articles traitant de l'agressivité dans le TOC, montrent qu'il y a des preuves de plus en plus prégnantes qu'il existe une agressivité latente dans les TOC (51). Dans cette étude, les scores de la RIBAQ, ou Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire (autoquestionnaire évaluant l'ambivalence interpersonnelle), étaient significativement plus élevés chez les patients présentant des TOC que chez les témoins. La RIBAQ comprend trois sous-parties, dont une concerne l'agressivité latente. Aucun des facteurs de la RIBAQ n'était corrélé à la Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, échelle de sévérité du TOC) excepté l'item méfiance qui était modérément corrélé au facteur résistance.

Dans une étude récente de Hauschildt & al., plus de la moitié des patients présentant des TOC avaient des conflits avec leur partenaire et ont dit être agressif

envers celui-ci (38). En effet, les membres de la famille, refusant de participer aux rituels du patient, peuvent alors être la cible de la colère voire de l'agressivité de celui-ci (51).

En conclusion, les origines de cette agressivité latente ne sont pas totalement élucidées. Elles sont probablement multiples : la prédisposition génétique, un attachement insécurisé, une éducation parentale rigide avec hypermoralité et perfectionnisme n'autorisant pas l'expression normale d'attitudes agressives à incorporer dans une personnalité (51). Les études sur les liens entre agressivité latente et TOC, la conception psychanalytique du trouble ainsi que l'approche davantage cognitive de Cottraux nous semblent concorder vers une place importante de l'agressivité latente dans ces troubles.

### 2.2.2 Hypermoralité et hyperresponsabilité dans le TOC

L'hypermoralité dans le TOC serait en partie due à un mécanisme de défense contre l'agressivité latente (51) (24). Ce mécanisme de défense permettrait de transformer des souhaits immoraux en souhaits ou comportements opposés plus acceptables. Ceci entraînerait donc une hypermoralité.

De plus, il existerait chez les patients présentant des TOC, une hyperresponsabilité avec des préoccupations sur le bien-être des autres, qui seraient aussi bien dues à une réelle considération de ce bien-être qu'à une compensation de pulsions agressives latentes et d'attitudes calculées c'est à dire en attendant quelque chose en retour (51). Cottraux parle « d'impulsivité dangereuse », c'est à dire la peur d'avoir envie de faire du mal aux autres. Selon l'étude de Lopatka et Rachman, l'hyperresponsabilité serait fortement liée aux compulsions de vérifications (49). Comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus, d'autres études suggèrent que les patients souffrant de TOC ne se sentent pas seulement responsables de prévenir le mal. Ils croiraient que les autres personnes sont moins responsables qu'eux pour le prévenir (4). Selon Cottraux, " l'interaction entre l'environnement social et l'impulsivité perçue entraîne le développement des schémas de responsabilité qui deviennent stables et fonctionnent comme un système automatique de détection du danger ". Il nous explique que le patient présente des schémas de pensée modifiant sa vision du monde : le patient voyant la vie au travers de ce spectre, "considère qu'il est potentiellement

dangereux pour les autres". Ceci est nommé impulsivité perçue par Cottraux, et cette notion est donc intimement liée à la responsabilité : " La compulsivité compense l'impulsivité qui est perçue comme un danger venant de l'intérieur par les schémas de responsabilité " (17).

Ainsi, l'association de l'hyperresponsabilité, hypermoralité et agressivité latente représente cette ambivalence interpersonnelle (51).

L'échelle RIBAQ (*Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire*) a été utilisée dans les études de Moritz (51) (53) (52). Elle permet d'étudier cette hyperresponsabilité, l'agressivité latente ainsi que les attitudes interpersonnelles ambivalentes et méfiantes. Dans l'étude de 2011, les patients présentant des TOC avaient des scores de RIBAQ supérieurs aux témoins. Cependant, aucune des 3 catégories du RIBAQ n'était corrélée à la Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) sauf pour la méfiance. Les patients TOC et plus spécifiquement les vérificateurs avaient un score de RIBAQ significativement corrélé à celui de l'OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised, échelle de sévérité des dimensions cliniques du TOC).

En conclusion, l'ambivalence interpersonnelle dans les troubles obsessionnels semble avoir une place centrale mise en évidence tant par les études scientifiques que par les approches cognitivo-comportementale et psychanalytique. Le cas de *L'homme aux rats* décrit par Freud permet d'étayer la vision psychanalytique de ces troubles, et notamment cette notion d'agressivité latente.

### 2.3 L'homme aux rats

L'analyse de "L'homme aux rats" par Freud (29) joue un rôle primordial dans la compréhension de la névrose obsessionnelle. Freud nous propose des "remarques" sur la névrose obsessionnelle et avoue ne pas avoir "réussi à pénétrer et à élucider complètement la structure si compliquée d'un cas grave de névrose obsessionnelle ». Ce cas constitue la première analyse pour laquelle Freud peut parler de succès thérapeutique (bien que la durée de ce succès n'ait pas pu être étudiée du fait du décès prématuré du patient). C'est aussi la première analyse où la règle de la *libre association* est clairement énoncée. La thèse de psychologie de Sébastien Rose (69)

nous éclaire sur cette analyse centrale dans la compréhension de la névrose obsessionnelle:

Au centre de ce cas, se trouve "la haine parricide envers le père", "un souhait inconscient de pénétration" (forme inversée de l'Oedipe), qui aurait pour motif de "voir et posséder le corps de la femme" (15).

Le Dr Lanzer souffre d'obsessions : il a peur qu'il arrive quelque chose à son père et à une femme pour laquelle il éprouve "un amour respectueux". Il présente aussi des pulsions criminelles qui l'angoissent. L'agressivité latente semble alors ici perceptible.

L'analysé parle de son enfance avec la découverte de la sexualité vers l'âge de 4-5 ans, avec notamment l'expérience d'avoir pu toucher les organes génitaux d'une gouvernante, ce qui lui a laissé une certaine curiosité à l'égard des femmes nues. Il relate ensuite ses premières érections vers l'âge de 6 ans, vécues de manière traumatisantes. Il avait peur que son père décède s'il avait des pensées sexuelles, et ainsi essayait de les empêcher. De cette angoisse émergent des actes (compulsions) comme pour conjurer (mécanisme de défense) les pensées obsédantes. La sexualité infantile semble être au coeur de la névrose obsessionnelle. Ainsi Freud écrit d'ailleurs que « *la névrose obsessionnelle laisse reconnaître, bien plus clairement que ne le fait l'hystérie, que les facteurs qui constituent une psychonévrose ne se trouvent pas dans la vie sexuelle actuelle, mais dans celle de l'enfance* ». Selon Freud, la symptomatologie obsessionnelle débute dans l'enfance. La sexualité précoce semble aussi être un élément de la névrose obsessionnelle.

L'analysé relate ensuite les événements des derniers mois l'ayant poussé à consulter. Il explique avoir perdu son pince-nez, et avoir contacté son opticien pour en obtenir un nouveau. Il est assis près d'un "capitaine cruel" qui lui narre l'histoire d'un supplice historique : supplice aux rats (le condamné est assis sur un pot dans lequel il y a des rats qui entrent alors dans son anus). Au moment de raconter l'histoire de ce supplice, l'analysé présente une agitation et une expression du visage définie par Freud comme "l'horreur d'une jouissance à lui-même ignorée". Il explique que lorsque ce récit lui a été conté, une pensée s'est imposée à lui comme quoi il allait arriver cela à une personne aimée (son père décédé ou la femme qu'il aime). Le capitaine cruel lui

remet son pince-nez, en lui indiquant qu'il doit rembourser le lieutenant A mais l'analysé ne réussit pas à le payer de peur que le supplice ne se réalise.

Le père du patient est mort lorsqu'il avait 21 ans. Il s'inflige des reproches par rapport à son père, notamment de ne pas avoir été assez présent pour lui. Il en découle une culpabilité disproportionnée. Freud fait l'hypothèse d'un souhait infantile de décès du père dont la source serait des désirs sexuels infantiles (rivalité avec le père).

Le père du patient avait renoncé à épouser la femme qu'il aimait, du fait de sa situation financière : ainsi il épousa la mère de l'analysé, qui lui permit de faire fortune. L'analysé était amoureux d'une femme pauvre, mais son père ne souhaitait pas cette union. A la mort de son père, sa mère souhaite lui faire épouser une femme riche. A ce moment une pensée vient à l'analysé selon laquelle par la mort de son père, il pourrait devenir suffisamment riche pour épouser la femme qu'il aime. Il se pose le problème d'aller à l'encontre ou non des souhaits de son père. Ainsi, le souvenir de la mort de son père est associé à un moment crucial de sa vie qui est le choix de sa partenaire. Le patient présente ainsi **une haine inconsciente envers son père.**

Dans l'escalier de la demeure de Freud, l'analysé croise une jeune fille (qu'il imagine être la fille de Freud) et pense que celui-ci voudrait qu'il l'épouse. Il rêvera d'elle la nuit avec des crottes à la place des yeux : cela signifierait qu'il l'aime pour son argent et non pour ses yeux. Ceci fait écho à une dette impayée du père de l'homme aux rats. Le père n'a jamais réussi à retrouver un homme qui lui avait prêté une somme d'argent. Le patient se met à injurier Freud. Ces injures font admettre au patient sa haine inconsciente pour son père.

L'analysé décrit ensuite un rituel lorsqu'il était étudiant : il travaillait tard le soir pour satisfaire son père décédé. Il se présentait en érection face au miroir, devant son père mort.

L'analysé se souvient aussi du jour où son père l'a battu quand il était petit. Ne connaissant pas d'insultes, il traita son père de noms d'objets. Son père lui aurait alors dit « ce petit-là deviendra ou un grand homme, ou un grand criminel », et suite à cela son caractère se serait modifié.

Certains éléments du récit prennent un sens : **le supplice représente le conflit entre la volonté du père et les sentiments amoureux du patient. Le supplice en lui-même évoque l'érotisme anal du patient.** L'injonction du capitaine cruel de rembourser le lieutenant A rappelle au patient la dette de son père. Plusieurs mots de ce récit ont une homophonie en allemand: le paiement partiel et les rats (ratten et raten). Il y aurait donc un lien fait entre l'argent (la dette) et les rats.

Selon l'analysé, son père aurait eu la syphilis. L'analysé avait des vers intestinaux étant enfant. Les rats renvoient à la souillure et à la jouissance sexuelle difficile à nommer par l'analysé, mais aussi à un vecteur d'infection (la syphilis), et au mariage (heinraten). Ils renvoient également à la morsure, et l'analysé mordait étant enfant. Un jour, en allant sur la tombe de son père, il vit un animal qu'il pensa être un rat, qu'il crut voir sortir de la tombe et qu'il imagina avoir mangé le cadavre : le rat est aussi associé au père. Ainsi, le père est idéalisé puis abaissé. Le patient semble s'identifier au rat sur le plan narcissique du fait de sa saleté, le ramenant à lui étant enfant, mais aussi au fait que cet animal peut mordre tout comme le patient enfant. Le rat représente aussi la problématique du patient par rapport au deuil (15).

Freud propose finalement l'explication suivante de l'obsession : « lorsque le capitaine avait raconté, pendant l'étape de l'après-midi où mon patient avait perdu son lorgnon, le châtement par les rats, ce dernier avait d'abord été frappé par le caractère cruel et lubrique de la situation représentée. Mais tout de suite, s'établit le rapport avec la scène de son enfance où lui-même avait mordu ; le capitaine, se faisant l'avocat de punitions semblables à celle qu'il avait subi, avait pris pour le malade la place de son père et attiré sur lui un renouveau d'animosité pareille à celle qui avait jadis éclaté contre la cruauté paternelle. L'idée, qui lui avait alors furtivement traversé l'esprit, qu'il pourrait arriver une chose semblable à une personne chérie peut ainsi se traduire par ce souhait : " C'est à toi que l'on devrait faire ça ", lequel s'adressait, à travers le capitaine, aussi au père du patient ».

Le conflit pulsion-défense est bien mis en relief dans cette description clinique freudienne, tout comme l'agressivité latente. Il nous semble intéressant à présent d'évoquer le lien entre le TOC et la colère. En effet, cette émotion consciente peut être engendrée par une agressivité latente. La colère pourrait alors permettre dans ce cas d'avoir accès plus facilement à cette agressivité latente préconsciente.

## 2.4 La colère dans le TOC

Selon Tribolet (74), la colère est une "réaction émotive paroxystique à toute contrariété (menace, frustration), qui se traduit pas une excitation verbale et gestuelle accompagnée de manifestations neurovégétatives".

La colère chez les patients souffrant de TOC a été étudiée dans de nombreuses études. Elle serait en effet une émotion fréquemment ressentie dans cette pathologie.

Les patients souffrant de TOC auraient une **propension supérieure à ressentir de la colère** (54) (77). Des études de Moscovitch en 2008 et de Radomsky en 2007 suggèrent **que l'expérience de la colère est augmentée dans le TOC, mais pas son expression** (54) (66). Ainsi, la colère chez les patients présentant des TOC semble être davantage ressentie qu'exprimée.

Le "trait colérique" ou "trait anger" est défini comme : les différences individuelles dans la disposition à percevoir une large gamme de situations comme l'ennui ou la frustration et par la tendance à répondre à ces situations par une augmentation de l'état de colère. L'expression de la colère est entre autre composée de son intériorisation, son extériorisation et de son contrôle (intérieur et extérieur) (72).

Les patients présentant des TOC auraient des expressions de colère inadaptées et des difficultés pour faire face à la colère et à la frustration comparativement à un groupe témoin (45).

Selon l'étude de Whiteside, les mesures **du trait de colère étaient significativement plus élevées dans le groupe TOC** (77). Il n'y a pas eu de différence significative mise en évidence sur le plan de l'expression de la colère entre le groupe TOC et le groupe contrôle après ajustement sur la détresse générale. Cependant, la détresse pourrait être une conséquence de l'agressivité latente, c'est pourquoi un contrôle sur la détresse peut sembler discutable (51). Il n'y a pas eu de corrélation retrouvée entre la colère et la Y-BOCS (échelle standardisée de sévérité du TOC) ou l'OCI-R (échelle standardisée de sévérité des dimensions cliniques du TOC). Contrairement à cette étude de 2005 (77), Whiteside avait précédemment montré en 2004 (76) que les patients présentant des TOC plus intenses auraient tendance à

éprouver davantage de colère, mais qui ne serait cependant pas ouvertement exprimée. De plus, ils présentaient des difficultés à contrôler leur colère par rapport aux patients présentant des TOC moins sévères. Ces différences étaient cependant attribuées à un facteur confondant: la dépression. **Les résultats sur le lien entre sévérité des TOC et la colère sont donc discordants.**

**Les compulsions de rangement semblent être les compulsions le plus souvent associées à la colère (77).** Ceci est pondéré dans cet article par le fait que ces patients auraient possiblement plus souvent un trouble de personnalité obsessionnelle associé, sachant que les symptômes de ce trouble de personnalité comprendraient davantage la colère. Il n'y a pas eu de corrélations retrouvées entre les compulsions de vérification et l'expression de la colère.

L'étude de Moscovitch & al. en 2008 étudiant la colère chez les patients présentant des troubles anxieux (un trouble panique, des TOC, ou une phobie sociale), rapportait **une plus grande propension à éprouver de la colère chez les patients anxieux comparativement aux témoins**, avant ajustement sur la dépression. Il n'y avait cependant **pas de différence entre les groupes sur l'expression de la colère (54)**. Un sentiment de colère plus intense parmi les patients présentant des TOC, une phobie sociale ou un trouble panique serait lié aux symptômes d'une dépression comorbide. L'étude de Whiteside & Abramowitch a trouvé que les **catégories de lavage, de vérifications et de doute étaient les plus fortement reliés à l'expression de la colère et à son contrôle (76)**. De même que dans l'étude de Moscovitch (54), après ajustement sur le facteur dépression, nombreuses de ces relations ont disparu. Cependant, **les corrélations entre l'expression de colère, son contrôle et la vérification sont restées significatives.**

**Les patients vérificateurs rapporteraient un niveau plus élevé de colère qui serait dû à la frustration que leurs doutes soient rarement résolus par les vérifications (65).** En 2007, Radomsky & al. ont montré que les patients présentant des TOC de vérification avaient une propension supérieure à éprouver de la colère, par rapport aux témoins, mais qui n'était pas accompagné d'élévation de l'expression de la colère. Les patients avec des compulsions de vérification plus sévères rapportaient moins de colère que ceux avec des compulsions moins sévères (66). Contrairement aux études de 2004 et 2005 de Whiteside et Abramowitch, cette étude (66) ne trouve pas que la détresse générale soit responsable de la relation entre les symptômes de vérification et la colère chez les patients vérificateurs. Cette étude a

retrouvé que l'hyperresponsabilité, l'intolérance à l'incertitude ou le perfectionnisme étaient reliés à moins de contrôle tant extérieur qu'intérieur de la colère chez les vérificateurs. Ainsi ces patients croient qu'ils ne contrôlent pas assez leurs émotions et notamment leur colère. Ceci est cohérent avec les résultats de Whiteside et Abramowitch de 2004 et 2005. Les vérificateurs exprimeraient leur colère différemment des autres patients présentant des TOC (76) (63).

**Les patients présentant des TOC ont un sentiment d'hyperresponsabilité pour la prévention du mal, ce qui entrainerait des difficultés à exprimer leur colère.** Les sujets présentant des TOC exprimeraient donc davantage leur colère intérieurement (63). De plus, la croyance des patients présentant des TOC selon laquelle les autres seraient moins responsables qu'eux pour prévenir le mal (4), et qu'il faut prendre cette responsabilité en entier, contribuerait à éprouver de la colère (66). **Ainsi, l'hyperresponsabilité et le sentiment de colère semblent être liés.**

En plus de nous sembler être probablement liée à l'agressivité latente, la colère semblerait être liée à l'hyperresponsabilité et donc aussi à l'ambivalence interpersonnelle, comme nous le suggérons (l'agressivité latente et l'hyperresponsabilité la composant en partie).

En conclusion, les résultats de ces différentes études sont hétérogènes. Tout d'abord, l'agressivité latente n'entraîne pas forcément de la colère, et la colère ne signifie pas toujours qu'il y ait une agressivité latente. Il serait donc intéressant d'étudier le lien entre colère et agressivité latente dans le TOC.

Les patients souffrant de TOC auraient donc une augmentation de l'expression de la colère mais pas de son expression.

Le lien entre la sévérité du trouble et la colère reste à définir du fait de résultats discordants entre les études.

Les patients vérificateurs auraient un niveau plus élevé de colère qui serait dû à la frustration que leurs doutes ne soient jamais résolus.

Il y aurait également un lien entre l'hyperresponsabilité et la colère : elle contribuerait à ressentir ce sentiment.

D'autres études semblent nécessaires pour mieux clarifier la relation entre le TOC et l'expérience de la colère notamment pour élucider si les résultats retrouvés dans les études sont liés au trouble obsessionnel ou à une symptomatologie dépressive.

## 2.5 Intérêt de l'approche psychanalytique des troubles obsessionnels

### 2.5.1 Une vision restrictive de la conception actuelle des troubles obsessionnels

La psychanalyse apporte des réponses aux limites des classifications actuelles. En effet, comme nous l'avons vu, les classifications internationales ont abandonné le concept de névrose. De plus, un certain degré de gravité, avec "une souffrance personnelle considérable et habituellement, mais pas toujours, associée à une dégradation du fonctionnement professionnel et social" selon la CIM 10, est nécessaire pour que les symptômes soient considérés comme un TOC. Il faut que le patient ait un sentiment de détresse, ou une perte de temps importante et que ses activités quotidiennes soient entravées.

Ainsi, les critères sont restrictifs et laissent de côté des troubles moins graves que la névrose obsessionnelle comprenait, mais qui n'entrent plus ni dans le TOC ni dans le trouble de personnalité obsessionnelle.

De plus, la sélection de cas effectuée par ces classifications étant restrictive, les patients sélectionnés ne sont pas forcément représentatifs du trouble obsessionnel. En effet, les cas les plus graves ne sont pas obligatoirement les plus représentatifs (18).

Par ailleurs, dans le DSM, "toute référence à l'inconscient, au conflit interne et à la sexualité a disparu", entraînant donc une disparition du concept de conflit intrapsychique dans ce trouble. Alors, la notion d'ambivalence par la même occasion s'efface, "ambivalence pourtant si prégnante dans ce trouble" (15). Toute référence à un sentiment de culpabilité et de plaisir a aussi disparu alors même que "la question du désir est centrale dans la névrose obsessionnelle" (18). En effet, le ressassement des idées obsédantes contient une dimension de plaisir tout comme la réalisation d'un rituel infini. Il y aurait une notion de "masochisme moral" dans les troubles obsessionnels. "Le sentiment de culpabilité inconscient, comme l'angoisse du moi devant le surmoi, joue un rôle central dans la névrose obsessionnelle" (15). Selon Green (1967), "l'obsessionnel s'acharne à administrer la preuve que seul le surmoi désire, le sujet se bornant à se plier à son seul désir".

Ainsi, la conception actuelle des troubles obsessionnels, en se privant de certaines notions psychanalytiques, a appauvri leur vision clinique. En disparaissant de la définition actuelle, l'ambivalence et le conflit interne semblent manquer à présent pour comprendre toute la complexité de ces troubles.

### 2.5.2 Pallier à la distinction entre TOC et trouble de personnalité obsessionnelle

Les classifications ont séparé les symptômes obsessionnels devenant les TOC, et la personnalité obsessionnelle-compulsive. Ainsi, il n'y a plus cette notion de continuum que nous avons évoqué précédemment. Certains troubles sont alors devenus difficiles à classer. L'approche psychanalytique permettrait de pallier cette imperfection.

Les TOC qui ne présenteraient pas de trouble de personnalité obsessionnelle découleraient donc moins d'une "psychopathologie psychique" du fait de cette absence de continuum. Ceci n'enlève rien au fait que la psychanalyse peut aussi aider à la compréhension clinique des troubles présentés par ces patients, sur le plan des obsessions et compulsions, même si la notion d'agressivité latente semblerait moins présente dans ce cas.

Nous verrons dans notre dernier chapitre que la vision psychanalytique du TOC n'est pas si éloignée des autres modèles explicatifs du trouble, et permet une approche globale de la maladie.

## **3. CLASSIFICATIONS ACTUELLES, ET APPROCHE CLINIQUE ACTUELLE DES TROUBLES OBSESSIONNELS**

### 3.1 Epidémiologie des TOC et du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive

#### 3.1.1 Epidémiologie du TOC

**Selon l'HAS (39), la prévalence du TOC vie entière se situe entre 1,9% et 3,2% dans la population générale. Cette prévalence est au quatrième rang de**

**fréquence** parmi les troubles psychiatriques (après les phobies, la dépendance à l'alcool et aux drogues, et les troubles dépressifs). **Le ratio homme-femme serait de 1. Plus de la moitié des patients adultes (65%) décriraient un début avant l'âge de 25 ans. Un tiers des patients décriraient un début dans l'enfance avec un âge de début moyen de 12 ans.** Les troubles débuteraient après 35 ans chez seulement 15% des patients (39).

Selon le DSM 5, la prévalence aux Etats-Unis du TOC sur 1 an serait de 1,2%. Au niveau international, les chiffres seraient proches: entre 1,1 et 1,8% (2). **L'âge moyen de début des troubles serait plus tardif selon le DSM 5: 19,5 ans.** Un quart des cas débuteraient vers l'âge de 14 ans. Les femmes seraient légèrement plus touchées à l'âge adulte, tandis que cela serait l'inverse pendant l'enfance. Les troubles seraient plus précoces chez les garçons que chez les filles avec environ 25% des garçons ayant un début des troubles avant l'âge de 10 ans (2).

Selon une étude de 2004 de Aouizerate & al., le TOC représente un des troubles psychiques le plus responsable d'incapacité du fait de l'intensité, de l'évolution continue ou détériorative de ses symptômes et des troubles du fonctionnement psychosocial qu'ils entraînent. Les facteurs de moins bon pronostic seraient : un âge de début précoce des troubles, un fonctionnement social de base peu élevé, et une évolution chronique durant les deux premières années de suivi (3).

40% des patients ayant eu un début des troubles dans l'enfance ou à l'adolescence peuvent être en remission au début de l'âge adulte.

Sur le plan de l'héritabilité, le taux de TOC chez les apparentés au premier degré de patients présentant des TOC serait environ le double de celui des apparentés de sujets n'ayant pas de TOC (2).

### 3.1.2 Epidémiologie du trouble de personnalité obsessionnelle compulsive

Dans une étude épidémiologique de 1991, la prévalence en population générale du trouble de personnalité obsessionnelle était estimée de 1 à 2%. Les hommes étaient davantage représentés (55). Deux autres grandes études épidémiologiques de 2004 et 2005, ont respectivement donné **un chiffre de**

**prévalence pour ce trouble de personnalité de 7,9% en population générale et 8,7% chez les patients qui consultent en psychiatrie (35) (36).** Il y avait autant d'hommes que de femmes présentant ce trouble dans ces études. **Selon le DSM 5, la prévalence estimée de ce trouble de personnalité serait de 2,1 à 7,9%.** Le diagnostic serait fait deux fois plus souvent chez l'homme que chez la femme (2).

Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsif serait donc **le trouble de personnalité le plus fréquent** mais qui aurait aussi **le moins de conséquences sur le fonctionnement général** par le fait même que les traits de cette personnalité sont recherchés par la société actuelle notamment dans le domaine professionnel.

## 3.2 Classifications internationales

### 3.2.1 DSM 5 et CIM10

#### 3.2.1.1 TOC

Dans le DSM 5 est apparu un chapitre spécifique sur les TOC et les troubles apparentés. Cet ouvrage explique que cela reflète le fait qu'il y a "une utilité diagnostique à grouper ces troubles dans un même chapitre" et "des preuves de plus en plus solides des rapports que ces troubles entretiennent entre eux, en termes de diversité de validateurs diagnostiques".

Selon le DSM 5, les **TOC et troubles apparentés** incluent le TOC, l'obsession d'une dysmorphie corporelle, la thésaurisation pathologique, la trichotillomanie, la dermatillomanie, le TOC ou trouble apparenté induit par une substance/un médicament ou dû à une autre affection médicale, et les troubles non spécifiés.

Dans notre travail, nous nous intéresserons uniquement aux TOC et non pas aux troubles apparentés.

Les critères diagnostiques du TOC sont selon le DSM 5: (2)

A/ Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux:

***Obsessions définies par (1) et (2) :***

1. Pensées, pulsions, ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions.

***Compulsions définies par (1) et (2) :***

1. 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.
2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B/ Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C/ Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale.

D/ La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental.

*Spécifier si:*

- Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou **insight**: la personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses
- Avec mauvaise prise de conscience ou **insight**: la personne pense que les croyances concernant le trouble correspondent probablement à la réalité

- Avec absence de prise de conscience ou insight/ avec présence de croyance délirantes: le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel-compulsif sont vraies

*Spécifier si* : en relation avec des tics

### 3.2.1.2 OCPD

Selon le DSM 5, "les caractéristiques typiques d'une personnalité obsessionnelle-compulsive sont des difficultés pour établir et maintenir des relations proches, associées à un perfectionnement rigide, à une inflexibilité et à une expression émotionnelle restreinte." Les critères bien connus du trouble de personnalité, sont notamment utilisés dans la SCID II, outil que nous avons utilisé dans notre travail.

**Le modèle alternatif pour les troubles de personnalité**, décrit dans le DSM 5, nous semble intéressant car il permet de compléter les critères habituels, mais aussi, comme expliqué dans le DSM 5, il permet « d'assurer la continuité avec la pratique courante actuelle tout en introduisant une nouvelle approche destinée à pallier les nombreux défauts de l'approche traditionnelle des troubles de personnalité ».

Les critères proposés par ce modèle sont les suivants :

A/ Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans **au moins deux des quatre domaines suivants**:

**1. Identité** : sens du soi provenant essentiellement du **travail et de la productivité, limitation de l'expérience et de l'expression des émotions fortes.**

**2. Autodétermination** : difficultés pour terminer les tâches et pour remplir les objectifs, associée à des standards internes de comportements rigides, déraisonnablement élevés et inflexibles, hyper consciencieux et attitudes moralistes.

**3. Empathie** : difficultés à comprendre et à apprécier les idées, les sentiments ou les comportements d'autrui.

**4. Intimité** : les relations passent après le travail et la productivité, rigidité et entêtement affectent négativement les relations à autrui.

B/ **Au moins trois des quatre traits pathologiques suivants**, l'un d'entre eux devant être : (1) perfectionnisme rigide

**1. Perfectionnisme rigide** (un aspect du caractère consciencieux extrême (pôle opposé de la désinhibition)) : insistance rigide pour que tout soit parfait, sans fautes ni erreurs, qu'il s'agisse des performances d'autrui ou des siennes propres, sacrifice de la rapidité pour s'assurer que tout est correct jusque dans le moindre détail, croit qu'il n'y a qu'une seule bonne façon de faire les choses, difficultés pour changer d'avis ou de point de vue, préoccupé par les détails, l'organisation et l'ordre.

**2. Persévération** (un aspect de l'affectivité négative) : reste sur des tâches bien après que le comportement ait cessé d'être fonctionnel ou efficace, poursuite du même comportement malgré des échecs répétés.

**3. Evitement de l'intimité** (un aspect du détachement) : évitement des relations proches ou sentimentales, des attachements personnels et des relations sexuelles intimes.

**4. Affectivité restreinte** (un aspect du détachement) : peu de réactions aux situations émotionnellement stimulantes, restriction de l'expérience et de l'expression émotionnelles, indifférence ou froideur.

Le classement des symptômes en 4 catégories (identité, autodétermination, empathie et intimité) nous semble particulièrement intéressante, notamment le fait que les patients présentant ce trouble de personnalité présenteraient une **limitation de l'expérience et de l'expression des émotions fortes**, notion non précisée dans la définition classique. **L'affectivité restreinte et l'évitement de l'intimité** sont aussi deux symptômes liés à la limitation de l'expérience et de l'expression des émotions fortes. Ainsi, le lien entre ce trouble de personnalité et les affects et relations intimes sont davantage mis en évidence dans ce modèle.

**Les critères diagnostiques de la personnalité anankastique selon la CIM-10 sont : présence d'au moins 4 des caractéristiques suivantes:**

1. Doutes et prudence excessives
2. Préoccupation par les détails, les règles, et les inventaires
3. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches
4. Scrupules et méticulosité extrême
5. Souci excessif de la productivité aux dépens du plaisir et des relations interpersonnelles

6. Attitude pédante et conventionnelle
7. Rigidité et entêtement
8. Insistance ou réticence déraisonnable auprès des autres

### 3.2.2 Différences entre CIM10 et le DSM 5 pour le TOC

#### **La 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10)**

distingue les TOC (58) :

1. avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
2. avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan. Ces rituels ont pour but d'écartier un danger redouté par le sujet
3. forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
4. autres troubles obsessionnels compulsifs
5. trouble obsessionnel compulsif, sans précision.

#### **Les critères diagnostiques du TOC selon la CIM 10 sont :**

A/ Obsessions ou compulsions (ou les deux), présentes presque tous les jours **pendant une période d'au moins deux semaines.**

B/ Les obsessions (pensées, idées ou représentations) et les compulsions (comportements) ont en commun les caractéristiques suivantes, qui doivent être toutes présentes:

1. Le sujet reconnaît qu'elles sont le produit de ses propres pensées, et qu'elles ne sont pas imposées par des personnes ou d'autres influences extérieures.
2. Elles sont **répétitives et désagréables**, et au moins l'une des obsessions ou compulsions est ressentie comme exagérée ou absurde.
3. Le sujet fait des efforts pour leur résister (**la résistance** peut toutefois être minime dans le cas de certaines obsessions ou compulsions quand elles persistent depuis longtemps). Il doit y avoir au moins une obsession ou une compulsion à laquelle le sujet tente de résister, mais sans y parvenir.
4. Le sujet **ne tire aucun plaisir d'une pensée obsessionnelle ou d'un acte compulsif**. Cette activité peut toutefois entraîner une réduction momentanée de la tension interne ou de l'anxiété.

C/ Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse ou interfèrent avec le fonctionnement social ou individuel du sujet, habituellement entraînant une perte de temps.

D/ Les obsessions ou les compulsions ne sont pas dues à un autre trouble mental, par exemple une schizophrénie ou des troubles apparentés (F20-29) ou à un trouble de l'humeur (affectif) (F30-39).

**Ainsi, les différences entre la classification des TOC dans la CIM 10 et dans le DSM 5 sont les suivantes:**

- Dans la CIM10, les obsessions et compulsions sont différenciées selon l'existence de pensées, d'idées ou de représentations pour les obsessions, ou de comportements pour les compulsions (39). Le DSM 5 se base sur le fait que les obsessions entraînent de la souffrance tandis que les compulsions réduisent cette souffrance. Ainsi, les compulsions cognitives du DSM seront considérées comme des obsessions dans la CIM 10.
- La CIM-10 ne différencie pas le "bon" ou "mauvais insight" spécifié dans le DSM. En effet, le DSM 5 développe la notion d'insight dans le TOC.
- La CIM 10 précise une durée nécessaire des troubles de deux semaines, contrairement au DSM 5.
- La CIM 10 introduit la notion de résistance aux obsessions ou compulsions, ainsi que l'absence de plaisir tiré des obsessions ou compulsions.

**3.2.3 Différences entre la CIM10 et le DSM 5 pour le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive**

**La personnalité obsessionnelle selon le DSM 5 correspond à un mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.**

**Au moins 4 des critères suivants doivent être présents: (1)**

1. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches

3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale et d'éthique ou de valeurs (sans que cela ne soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
5. Incapacité de jeter des objets usés, sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres, l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
8. Se montre rigide et têtu

Ces critères du DSM sont utilisés dans la SCID II (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality disorders) pour diagnostiquer un trouble de personnalité obsessionnelle.

Les différences entre la CIM10 et le DSM sont les suivantes :

- La CIM mentionne le doute, la prudence. Le DSM évoque plutôt le fait que le perfectionnisme et la préoccupation du détail seraient responsables de temps perdu et de difficultés à achever les tâches. Il nous semble que ces notions se complètent dans la symptomatologie de ce trouble de personnalité.
- La CIM introduit des notions en lien avec les **relations interpersonnelles**, non-évoquées par le modèle classique du DSM : attitude pédante et conventionnelle et insistance ou réticence déraisonnable auprès des autres. L'attitude pédante et conventionnelle pourrait se rapprocher de la rigidité et scrupulosité notamment sur le plan de la morale. Il nous semble que ces notions de la CIM10 se rapprochent du modèle alternatif de trouble de personnalité obsessionnelle décrit dans le DSM 5. Là encore, les deux classifications se complètent. La mise en avant des troubles relationnels est intéressante car ils entraînent une incapacité notamment professionnelle, mais aussi des difficultés intrafamiliales et amicales.

Ainsi, le trouble de personnalité obsessionnelle, tout comme le TOC décrit par Tribolet dans son ouvrage de sémiologie (74), pourrait lui aussi être considéré comme **un trouble de l'émotivité**.

### 3.3 Rappels cliniques de la symptomatologie obsessionnelle

Comme nous l'avons expliqué, la névrose obsessionnelle a été scindée en TOC et en personnalité obsessionnelle. Ainsi, nous allons aborder sur le plan de la symptomatologie la personnalité obsessionnelle puis les TOC, en sachant qu'un sujet peut présenter les deux troubles, mais aussi qu'il existe des ensembles de symptômes ne remplissant pas les critères de gravité des classifications internationales mais générant de la souffrance.

La sémiologie de la personnalité obsessionnelle dans le livre de Tribolet (74), est décrite au travers de la théorie de la psychasthénie de Janet, mais aussi de la théorie psychanalytique freudienne du caractère anal. Les sujets présentant une personnalité obsessionnelle auraient donc des symptômes des deux groupes suivants: **la personnalité psychasthénique (Janet)** et **le caractère anal de Freud**.

#### **Les traits psychasthéniques se composent de: (74)**

- Tendances aux scrupules et aux vérifications
- Indécision ou absence de décision rapide
- Inhibition affective, sociale et sexuelle
- Méticulosité, lenteur, manque de spontanéité
- Dépression chronique
- Contention des émotions

#### **Le caractère anal se manifeste par: (74)**

- Perfectionnisme, avec souci exagéré de l'ordre, horreur de la saleté, préoccupation du détail
- Economie et collectionnisme
- Entêtement obstiné, moralisme rigide, dévotion pour le travail
- Angoisse de séparation, tendance aux regrets
- Prolixité paradoxale, prodigalité, propreté exagérée, obséquiosité, soumission à l'autorité

Dans l'ouvrage "*Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs*" de Clair et Trybou de 2013, la clinique des TOC est considérée comme étant "composite" (13).

Les caractéristiques cliniques de cette pathologie étant multiples, plusieurs classifications des TOC ont été créées. Ainsi, les troubles peuvent être classés selon plusieurs critères: l'âge de début des troubles, la sévérité des compulsions par rapport aux obsessions, et la thématique des symptômes.

**Les TOC peuvent être classés selon la prédominance d'obsessions ou de compulsions.** Le TOC sera alors "compulsif", "obsessionnel" ou "mixte". Les patients ayant un TOC à prédominance obsessionnelle auront donc peu ou pas de rituels, ou alors des rituels mentaux plus difficiles à mettre en relief. Les patients présentant un TOC à prédominance compulsive auront des obsessions quasiment absentes, c'est à dire que les rituels surviendront en réponse à de l'anxiété et non à une peur précise.

**La thématique des symptômes** permet également de catégoriser les TOC. La Y-BOCS est très utilisée pour identifier chez un patient toutes les obsessions et compulsions qu'il présente. Ainsi, des regroupements en sous-types cliniques ont été élaborés face à l'hétérogénéité de cette maladie. Ces sous-types seraient, selon les études, différents sur le plan de la réponse au traitement, des déficits neuropsychologiques, et des résultats de la neuroimagerie (13).

Une étude de Rasmussen & al. (67) nous décrit la fréquence des différentes obsessions et compulsions. En allant des plus fréquentes au moins fréquentes, il y aurait : les obsessions de contaminations (45%), le doute obsédant (42%), les obsessions de la maladie (36%), le besoin de symétrie (31%), les impulsions agressives (28%), et les impulsions sexuelles (26%). Plus de la moitié des patients souffriraient de plusieurs types d'obsessions. De même pour les compulsions, l'ordre de fréquence serait le suivant : les rituels de vérification (63%), de lavage (50%), de comptage (36%), de confession (31%), de symétrie (28%), et de collection (18%). Un peu moins de la moitié des patients souffriraient de plusieurs compulsions (17).

Nous pouvons tout d'abord commencer par les **patients laveurs**. Les femmes sont prédominantes dans ce groupe. Ces obsessions peuvent sembler se rapprocher de la phobie, mais l'angoisse persiste en dehors de la présence du stimulus générant l'anxiété. Les angoisses peuvent être celles d'une contamination, avec la peur de contracter une maladie, mais aussi des angoisses en lien avec une agressivité latente (peur de contaminer d'autres personnes). Les patients laveurs vont être rapidement soulagés par les rituels de lavage, mais ils vont aussi avoir recours à l'évitement pour par exemple ne pas toucher des objets considérés comme étant contaminés.

**Les patients vérificateurs** sont aussi bien des hommes que des femmes. Les rituels de vérification sont motivés par la prévention de la survenue de catastrophes futures. Ainsi le patient surestime le risque de survenue d'une catastrophe du fait entre autre, comme expliqué dans la théorie cognitive, de croyances irrationnelles. Les rituels diminuent très peu l'anxiété, du fait de ces croyances persistantes sur l'avenir et de cette surestimation du danger, et ainsi recommencent sans cesse, jusqu'à aboutir à une augmentation de l'anxiété. Des troubles de l'attention et de la mémoire ont été évoqués pour expliquer la persistance du doute et la répétition des rituels malgré les vérifications (17).

**Pour les patients ruminants**, les pensées obsédantes sont très présentes, mais les rituels moteurs sont peu ou pas présents. Les thèmes des ruminations sont multiples : des pensées immorales ou sexuelles honteuses, des doutes, une culpabilité etc...

**Les patients présentant des TOC de symétrie, d'ordre, de rangement, de perfection** sont obsédés par le fait qu'ils se sentent obligés de ranger les choses d'une certaine façon, le plus souvent avec symétrie, ou d'une manière qu'ils considèrent comme étant parfaite. La perturbation de leur rangement par exemple par une tierce personne entraîne de l'anxiété. Ce type de TOC est handicapant notamment par les contraintes inaccessibles que le patient s'impose à lui-même mais aussi aux autres: en effet, le patient est dans une anxiété quasi permanente car il est très difficile d'obtenir le rangement et la symétrie parfaits qu'il souhaite, mais il impose également à ses proches ses obsessions.

**Les patients procrastinateurs** ont, par définition, de grandes difficultés à prendre une décision, sans débat intérieur. Le verbe procrastiner signifie "remettre indéfiniment à plus tard". Les patients auraient une "peur des responsabilités qu'entraîne un choix" (17).

**Les collectionneurs** accumulent des objets sans valeur sentimentale, en excès et dont ils n'ont pas réellement besoin, jusqu'à envahir totalement leur lieu de vie. Certains patients peuvent rapporter le comblement d'un vide ressenti.

Le patient présentant des **obsessions sexuelles** se bat contre ces fantasmes qu'il considère comme non acceptables, et ne passera pas à l'acte. Ainsi, les obsessions peuvent être sur des transgressions sexuelles comme par exemple la pédophilie, le viol etc... Elles sont vécues avec beaucoup de culpabilité par le patient et le patient s'en défend avec une "contre-sexualité" (17).

Les TOC peuvent aussi être classés selon l'âge du début des troubles. Ils débutent le plus souvent avant l'âge de 25 ans ou à l'adolescence. Cependant, **la première consultation est souvent tardive**. Deux raisons pourraient expliquer ce retard pour consulter:

- le sujet cache souvent ses troubles, pensant être un cas isolé, et ne souhaitant pas être mal considéré par son entourage
- un certain nombre de patients pense que ce sont les autres qui ont un comportement désinvolte, qui sont peu soigneux etc...

**Les motifs de la première consultation sont multiples:**

- le patient peut se sentir entravé dans sa vie de tous les jours par ses TOC, notamment si ces derniers envahissent le temps de travail, ou les loisirs et les relations
- le patient exige que son entourage participe aux rituels : le patient se transforme alors aux yeux de sa famille en "tyran", et cette dernière exige une consultation. Le couple est aussi souvent en souffrance, et le sujet peut venir consulter dans un contexte de conflit conjugal ou de séparations récurrentes
- les conséquences directes des troubles comme par exemple des factures d'eau importantes pour les patients laveurs ou un appartement totalement encombré pour les collectionneurs
- le patient vient souvent consulter pour d'autres troubles, pouvant notamment être une conséquence du TOC : un alcoolisme chronique permettant d'apaiser les obsessions et l'anxiété, une dépression, des tentatives de suicide, des attaques de panique, une phobie sociale, ou une anorexie mentale. La symptomatologie obsessionnelle n'apparaîtra alors que lors de consultations suivantes.

En conclusion, il apparaît bien que les TOC sont des troubles avec de "multiples visages" (17), et nous pensons que les recherches futures permettront d'affiner leurs classifications pour réaliser des groupes plus homogènes.

### 3.4 Les différentes sortes d'obsessions et de compulsions

Plusieurs classifications des obsessions et compulsions existent. L'échelle Y-BOCS (**Annexe 2**) utilisée pour mesurer l'intensité des TOC, comprend 13 catégories d'obsessions et compulsions. Dans plusieurs catégories, il y a des obsessions ou compulsions en lien avec une notion d'agressivité sous-jacente.

Concernant **les obsessions**, la Y-BOCS les classe comme suit :

- les obsessions à thème agressif, avec notamment la peur de faire du mal aux autres
- les obsessions de contamination, avec notamment la préoccupation à l'idée de communiquer une maladie aux autres (agressivité)
- les obsessions sexuelles avec notamment des obsessions au sujet d'un comportement sexuel envers les autres (agressivité)
- les obsessions de collection, d'accumulation
- les obsessions religieuses
- les obsessions de symétrie, d'exactitude, d'ordre
- les obsessions diverses
- les obsessions compulsions somatiques.

Quant aux compulsions, elles sont classées de la manière suivante :

- les compulsions de lavage ou nettoyage
- les compulsions de vérification
- les rituels de répétition
- les compulsions ayant pour thème le fait de compter
- les compulsions d'ordre, de rangement
- les compulsions de collection
- les compulsions diverses.

Selon Tribolet, il y aurait **3 types d'obsessions : idéatives, phobiques et impulsives (74) :**

**Idéatives (ou idées obsédantes) :**

- Obsessions-idées (idée fixe)

- Obsessions-questions qui sont des questions obsédantes pour le sujet, auxquelles il ne trouve pas de réponse
- Obsessions-doutes : doutes sans fin, où le sujet peut même finir par douter de son propre doute
- Obsessions-scrupules : concernent souvent le propre comportement du sujet
- Obsessions-accomplissement: l'idée obsédante concerne des tâches intellectuelles que le sujet se sent obligé d'accomplir (arithmomanie, ou listes de mots etc...)
- Onomatomanie : obsession portant sur un mot ou un groupe de mots, qui sont associés par le patient à quelque chose de dangereux, de mal, ou de bénéfique pour lui ou un proche
- Bilanisme : obsessions de faire un bilan des gains et des pertes de l'existence.

### **Phobiques :**

Crainte reconnue comme absurde d'un objet ou d'une situation, existant en dehors de leur présence (différent de la phobie).

### **Impulsives (synonyme des phobies d'impulsion) :**

Peur obsédante de commettre quelque chose de dangereux, absurde ou scandaleux, c'est à dire un acte qu'il rejette sur le plan moral. Ainsi la crainte du sujet est par rapport à lui-même : perdre son propre contrôle.

**Les compulsions** sont définies dans ce précis de sémiologie comme des "comportements répétitifs intentionnels dirigés vers un but en rapport avec une ou plusieurs obsessions se déroulant suivant certaines règles, parfois de façon stéréotypée, et étant destinés à diminuer la lutte anxieuse qui provient des obsessions". Deux types de rituels sont individualisés:

- **rituels intimes** : correspondent aux rituels mentaux. Ils concernent en effet "la pensée ou autres phénomènes psychiques". Les rituels intimes ne doivent pas être confondus avec des barrages ou des hallucinations, car le patient peut sembler ailleurs pendant ces rituels, absorbé dans leur réalisation.
- **rituels extérieurs** : qui sont des rituels moteurs.

### 3.5 Liens entre trouble de personnalité obsessionnelle et TOC

Comme nous l'avons déjà évoqué, la névrose obsessionnelle regroupait un ensemble de troubles comprenant les TOC et la personnalité obsessionnelle. Des études récentes et notamment celle de Garyfallos & al., ont retrouvé que le trouble de personnalité obsessionnelle serait le trouble de personnalité le plus souvent retrouvé chez les patients souffrant de TOC (32). Le trouble de personnalité obsessionnel est dominé par un contrôle mental entravant une souplesse et une ouverture d'esprit. Les personnes sont préoccupées par l'ordre, le respect des règles, les détails, l'organisation. Leur personnalité est aussi marquée par une méticulosité et un perfectionnisme. Le travail a une place prépondérante, au détriment des loisirs et de la vie sociale. Ces personnes présentent une certaine rigidité. Elles ont une certaine froideur affective ayant un retentissement dans leurs relations affectives et sexuelles. Cependant, tous les patients souffrant de TOC ne présentent pas de personnalité obsessionnelle, bien que ces deux troubles puissent sembler proches. En effet, selon les études, **seuls 16% à 32% des patients présentant des TOC auraient une personnalité obsessionnelle** (17) (16) (32). C'est pourquoi dans la littérature, les auteurs se sont demandés si les TOC associés à une personnalité obsessionnelle étaient un sous-type de TOC. Ainsi, un travail de distinction entre les patients souffrant de TOC ayant ou n'ayant pas de trouble de personnalité obsessionnelle a déjà été effectué. Il ressort de ces études que les patients présentant les deux troubles auraient **un âge de début des troubles plus précoce** (16). Ceci ne va pas à l'encontre de notre hypothèse car les pathologies à début précoce ne sont pas forcément d'origine organogénétique, et les troubles de psychopathologie psychique débutent souvent dans l'enfance. Freud décrivait déjà un début précoce des troubles dans l'enfance, suite à un traumatisme psychique. De plus, selon une étude de Nestadt & al., **les patients avec des TOC présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive n'avaient pas davantage de parents au premier degré présentant des TOC que ceux n'ayant pas de personnalité obsessionnelle** (56).

**Il y aurait davantage d'hommes que de femmes chez les patients présentant les deux troubles.** Les symptômes de leurs TOC seraient davantage en lien avec le perfectionnisme (symétrie, ordre, rangement). **Leurs compulsions seraient plus sévères et le fonctionnement social et global serait plus entravé.**

Cependant, **il n'y a pas eu de différence significative sur la sévérité globale des symptômes obsessionnels retrouvés dans ces études** (16) (32). Les patients présentant des TOC et un trouble de personnalité obsessionnelle présenteraient davantage de troubles anxieux comorbides, de trouble de personnalité évitante, mais aussi des taux plus importants d'obsessions de symétrie, d'accumulation, et de compulsions de lavage, d'ordre, de répétition, et d'accumulation.

Il n'y a pas eu non plus de différence significative entre les deux groupes concernant les obsessions agressives. Ceci peut s'expliquer par le fait que les obsessions agressives sont différentes du concept d'agressivité latente. En effet, les obsessions agressives correspondent à la peur d'agresser quelqu'un (phobie d'impulsion), qui se situe au niveau conscient, tandis que l'agressivité latente fait appel à notre préconscient. Cependant, Bejerot & al. en 1998 ont décrit qu'il y aurait une agressivité indirecte (telle que boudier, claquer les portes en cas de colère) plus élevée chez les patients présentant des TOC lorsqu'un trouble de personnalité était présent, et notamment le trouble de personnalité obsessionnelle, alors même que les manifestations d'agressivité étaient comparativement basses.

Une étude de 2011 de Lochner & al. a trouvé les résultats suivants : **les patients présentant un trouble de personnalité obsessionnelle associé au TOC auraient un fonctionnement plus entravé, un insight plus faible, et davantage de comorbidités.** Selon cette étude, les TOC seraient plus sévères lorsqu'un trouble de personnalité obsessionnelle est présent (les résultats manquaient de significativité à ce sujet dans les études citées précédemment) (48). **Nous ne pouvons cependant pas conclure concernant le lien entre personnalité obsessionnelle et sévérité des TOC du fait de ces résultats hétérogènes entre les études.**

Nous souhaitons, dans notre travail, introduire les notions psychanalytiques d'ambivalence interpersonnelle et notamment de l'agressivité latente dans le cadre d'une étude incluant des patients présentant des TOC avec ou sans personnalité obsessionnelle. Cette étude permettrait de compléter les travaux précédents, notamment d'un point de vue psychopathologique, mais aussi d'envisager une approche globale de la maladie pour mieux en comprendre sa complexité.

## 4. APPROCHE GLOBALE DES TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS

Les modèles récents décrivant la psychopathologie du TOC prétendent être en opposition par rapport au modèle psychanalytique. En réalité, ces modèles sont complémentaires et se rejoignent, avec entre autre une notion d'agressivité latente.

Selon l'étude de Dupuy & al. en 2012 : "Il n'existe pas de modèle unique qui explique la cause et la complexité des troubles. Des facteurs psychologiques, neurophysiologiques, neurocognitifs (implication de régions cérébrales) et une susceptibilité génétique joueraient un rôle dans le développement et/ou le maintien des symptômes" (23). Selon Darcourt, "il pourrait y avoir des formes d'origine biologique et des formes d'origine psychologique", ainsi que des formes mixtes. Il émet également l'hypothèse que "les vrais TOC, ceux qui remplissent toutes les conditions du DSM IV, sont surtout d'origine biologique et que les névroses classiques sont surtout d'origine psychique" (18).

### 4.1 Modèle comportemental

Ce modèle explique les troubles présentés par les patients présentant des TOC par des **conditionnements pathologiques**. Cette vision de la maladie, bien qu'intéressante, et ayant montré une certaine assise notamment avec l'efficacité des thérapies comportementales dans ce trouble, nous semble insuffisante pour exprimer toute la complexité de cette pathologie. Ainsi, Darcourt explique qu'"il est difficile d'imaginer que de tels conditionnements puissent être à eux seuls responsables des troubles de personnalité et des TOC" (18).

Selon Cottraux, **les théories de l'apprentissage et de l'habituation** pourraient rendre compte de la symptomatologie obsessionnelle et des rituels.

La thérapie comportementale repose sur (17):

- l'exposition imaginaire aux situations entraînant de l'anxiété
- l'exposition dans la réalité à ces situations anxiogènes
- arrêter les rituels
- effectuer des tâches comportementales au quotidien

Selon la thèse de psychologie de Yao (79), la thérapie comportementale

propose donc de considérer que le fonctionnement humain serait basé sur **des théories de l'apprentissage**. Ainsi, les troubles présentés par le patient seraient la conséquence d'apprentissages survenus lors d'expériences dans le passé, puis maintenus par l'environnement : les rituels découleraient d'un conditionnement classique et opérant. **Le conditionnement classique** est présent lorsque par exemple un patient est angoissé de ne pas avoir bien fermé le robinet de gaz. Cela se passe comme s'il avait appris à être angoissé dans ce contexte. Le fait d'aller vérifier le robinet (rituel) diminuant l'angoisse, cela entraîne donc **un conditionnement opérant** c'est à dire une tendance à la répétition des rituels en réponse à cette angoisse. Le but de cette thérapie est donc de sortir du cercle vicieux suivant : les rituels entraînent une diminution de l'anxiété sur le moment, mais l'augmentent sur le long terme. La solution serait donc de ne pas éviter la situation anxiogène, d'oser diminuer les rituels en résistant à l'anxiété générée pour que l'anxiété à long terme diminue (17).

De plus, le patient présentant des TOC aurait des **difficultés d'habituaton**, c'est à dire des difficultés à s'adapter aux changements de son environnement. Par exemple, si un patient ressent de l'angoisse au contact d'un objet tranchant, il peut dans le cadre des TOC, diminuer cette angoisse au travers de rituels, ou par un évitement. Mais, s'il tolère cette angoisse sans rituels ni évitement, celle-ci va progressivement diminuer puis disparaître : le sujet s'y est habitué. Ainsi, selon cette théorie, les rituels seraient liés à une réponse émotionnelle à des stimuli environnementaux (79).

Cette approche, certes restrictive, du trouble, peut également être complétée par une approche cognitiviste. En effet, les processus cognitifs agissent sur les émotions, et le modèle comportemental à lui seul ne peut pas expliquer pourquoi l'angoisse engendre des rituels et des évitements (79).

Le modèle comportemental est moins proche du modèle préconscient de la psychanalyse que le modèle cognitiviste, qui ainsi le complète et permet d'introduire des notions préconscientes telles que l'agressivité latente.

## 4.2 Modèle cognitiviste

Selon Cottraux (17), la thérapie cognitive, née dans les années 80, représenterait davantage "une extension" de la thérapie comportementale qu'une thérapie totalement nouvelle. Elle permettrait ainsi de compléter le comportementalisme qui apparaîtrait comme étant "trop limité pour rendre compte de la complexité des phénomènes". Le courant cognitiviste aurait permis selon Cottraux de mettre en relief "les pensées, les images mentales, et leur signification personnelle, souvent négligées (...)".

Le modèle cognitiviste souhaite expliquer le mécanisme psychique entraînant les troubles. Les cognitivistes se rendraient compte, selon Darcourt, "que le sujet sent en lui une tendance à agresser". Par exemple, si nous prenons la cognition du patient selon laquelle il pourrait agresser quelqu'un, il se déclenche alors des schémas cognitifs notamment de culpabilité dans l'esprit du patient, suivis de "plans d'actions pour contrôler ce risque" (18) comme par exemple une vérification, ou une opération de comptage. **Le but de l'approche thérapeutique cognitiviste est d'amener le patient à mieux comprendre son "fonctionnement psychique", à y réfléchir, le critiquer, pour mieux réussir à le corriger.** Ce modèle peut sembler éloigné de la psychanalyse mais il n'en est rien : **les "cognitions pathologiques sont très proches des modèles préconscients de la psychanalyse"** (18). En effet, la psychanalyse cherche à faire surgir à un niveau conscient, des éléments se situant notamment au niveau préconscient, comme par exemple l'agressivité latente. Le modèle cognitiviste en aidant le patient à mieux comprendre son fonctionnement psychique semble se rapprocher de la psychanalyse. Ainsi Cottraux explique que "la théorie cognitive repose sur l'hypothèse que les sujets obsessionnels présentent des schémas cognitifs de danger inconscients, situés dans la mémoire à long terme et fonctionnant de manière automatique". Selon lui, le patient ressent des émotions résultants de ces "schémas automatiques et inconscients", qui entraînent une responsabilité excessive. En effet, les pensées intrusives seraient banales. Cependant chez l'obsessionnel, elles entraîneraient "des pensées automatiques" consistant en des interprétations négatives de ces pensées intrusives. Les schémas se mettraient alors en route entraînant un flot de pensées et d'actes dans le but de neutraliser ces intrusions: ce sont les rituels (17) (79).

En conclusion, comme expliqué dans l'article de Salkovskis & al. de 2000, la théorie cognitive propose que les pensées intrusives (ou images, impulsions, doutes) soient interprétées, au travers de ces schémas cognitifs, comme le fait que le patient pourrait être responsable de blessures envers lui-même ou autrui. Ceci entraînerait des comportements de neutralisation qui eux-même peuvent avoir l'effet d'augmenter la survenue de ces pensées intrusives et le sentiment de responsabilité. Cette étude montre que "les patients obsessionnels sont plus à même d'adopter des croyances et des hypothèses de responsabilité que les non-obsessionnels et qu'ils sont aussi plus à même d'estimer que la responsabilité est liée aux pensées intrusives de possible mal." (71).

**Le modèle de Carr (1974)** (11) aurait été le premier modèle cognitif de TOC élaboré : il y aurait chez les patients obsessionnels une **surestimation du risque** (79). Dans des situations considérées comme étant dangereuses par le patient, l'angoisse sera importante et, en réponse à cette angoisse et pour diminuer le risque, le patient réalisera des rituels.

**Le modèle de McFall et Wollersheim (1979)** (50) tente d'expliquer la cause de cette surestimation du risque : elle serait due à "**une croyance irrationnelle**" chez les TOC. Tout d'abord le patient ressentirait la menace au travers d'une "première évaluation irréaliste" puis le patient sous-estime sa capacité à gérer cette situation (79). Les rituels apparaissent alors au patient comme étant une solution face à ce danger et permettant également de diminuer l'anxiété. Ainsi "les patients préfèrent les rituels et subir leurs conséquences gênantes et souvent handicapantes, plutôt que de supporter l'angoisse associée aux surestimations catastrophiques". Il y aurait donc deux sortes de pensées irrationnelles. La première selon laquelle il faudrait être une personne irréprochable pour éviter des condamnations et désapprobations. Les rituels seraient magiques, avec une notion de toute-puissance. La deuxième selon laquelle il faudrait être troublé par des choses dangereuses, et les prévenir avec des rituels magiques plus tolérables (79).

**Selon le modèle de Salkovskis (70) et de Rachman (63) (64)**, il y aurait trois types de pensées obsédantes:

- **la pensée intrusive,**
- **la pensée automatique négative,**
- **la pensée neutralisante.**

L'hypothèse de ce modèle est que la **pensée intrusive serait un stimulus interne** qui avec des stimuli externes engendrerait alors de l'angoisse et des pensées neutralisantes en réponse à cette angoisse au travers des schémas cognitifs. Seules les pensées obsédantes entraînant des pensées automatiques négatives (pensées qui interprètent négativement c'est à dire comme non conforme à la morale, le contenu des pensées intrusives) sont les pensées intrusives.

Sur le plan thérapeutique, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été étudiée. Plusieurs études ont été concordantes, et ont montré une efficacité de la TCC par rapport à une thérapie placebo (3). Cette thérapie réduirait de 62 % la sévérité du TOC évaluée par la Y-BOCS par rapport à la thérapie placebo selon une étude de Lindsay & al. (47). Plusieurs études ont également montré la supériorité d'un traitement combiné par TCC et médicaments utilisés dans les TOC, par rapport aux médicaments seuls (3).

### 4.3 Modèle neurobiologique

Selon Darcourt les mécanismes biologiques expliquent sûrement certains aspects de la pathologie obsessionnelle, mais cette approche n'est pas suffisante. En effet, cette pathologie étant accessible aux psychothérapies, elle ne semble pas être de cause uniquement biologique (18). Cependant, cette approche, tout comme les autres, nous semble complémentaire et indispensable à prendre en compte dans la compréhension des TOC.

#### 4.3.1 Modèles monoaminergiques

Dans le TOC, il n'y a pas de lésion d'une structure cérébrale unique identifiée. Il a été retrouvé dans de nombreuses études, des modifications de la structure et du métabolisme de plusieurs régions cérébrales, corticales ou sous-corticales.

Une revue de la littérature de Ducasse & al. a effectué une synthèse des mécanismes neurobiologiques du TOC et décrit les deux principaux modèles monoaminergiques proposés : le modèle sérotoninergique, et le modèle dopaminergique (22).

En effet, la symptomatologie obsessionnelle est classiquement attribuée à une **dysrégulation sérotoninergique cérébrale**. Cette théorie trouverait son origine sur les réponses positives des patients au traitement par la clomipramine selon une étude de Perani & al. (59). Dans cette étude, les patients étaient soumis à un PET-scan (tomographie par émission de positrons) pour mesurer la distribution des récepteurs à la sérotonine 5 hydroxytryptamine (5HT) et à la dopamine. Il y avait une réduction significative de la disponibilité des récepteurs 5 HT<sub>2A</sub> dans le pôle frontal, dorsolatéral et le cortex frontal médial, ainsi que dans le cortex pariétal et le cortex temporal associatif. Une corrélation significative a aussi été retrouvée entre la disponibilité des récepteurs 5-HT dans le cortex orbito-frontal et frontal dorsolatéral et la sévérité des symptômes du TOC (59). Pirot & al. ont émis l'hypothèse qu'il y aurait une "hypoactivité des projections sérotoninergiques associée à une hypersensibilité secondaire des récepteurs 5-HT post-synaptiques du cortex orbitofrontal, du cortex cingulaire antérieur et du noyau caudé" (60). Chez les patients présentant des TOC, ces structures auraient une activité trop élevée (22). L'administration prolongée d'antidépresseurs sérotoninergiques permettrait de désensibiliser les récepteurs pré-synaptiques, de réduire le rétrocontrôle et d'augmenter ainsi la sérotonine synaptique, avec une désensibilisation des récepteurs post-synaptiques, ce qui permettrait d'obtenir une rémission clinique (60). Les récepteurs 5-HT du cortex orbitofrontal se désensibiliseraient moins rapidement que ceux situés dans l'hippocampe par exemple, et ils nécessiteraient des doses plus élevées d'antidépresseurs pour se désensibiliser.

Cependant, l'hypothèse sérotoninergique ne peut pas expliquer à elle seule ce trouble. En effet, l'efficacité thérapeutique des antidépresseurs ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) est incomplète (environ 40 à 60% de non-répondeurs selon l'étude de Bloch & al. (9)). De plus, seule une partie des patients souffrant de TOC auraient un taux plasmatique abaissé en sérotonine (59). Le modèle dopaminergique pourrait donc venir compléter le modèle sérotoninergique.

L'hypothèse d'une **implication des voies dopaminergiques** dans les TOC naitrait du fait que des agonistes dopaminergiques directs (comme par exemple la bromocriptine, l'apomorphine) ou indirects (cocaïne, amphétamine) entraînent une augmentation de la fréquence de ces troubles (22).

Des études anatomocliniques et d'imagerie par tomographie par émission de positrons (TEP) ont suggéré l'implication de régions cérébrales spécifiques dans le TOC. Une revue de la littérature de Coetzer & al. a étudié l'apparition de TOC chez des patients cérébrolésés suite à un traumatisme cranien. Les aires cérébrales impliquées dans la physiopathologie des TOC primitifs (c'est à dire apparus sans lésion cérébrale traumatique) seraient les mêmes que celles des TOC secondaires à une lésion cérébrale. Les structures cérébrales fréquemment impliquées seraient **le cortex orbito-frontal, le noyau caudé, et le cortex cingulaire antérieur**. De plus, les traitements des patients présentant des TOC après une lésion cérébrale, et celui des TOC primaires seraient identiques. Ainsi, il semble y avoir des convergences entre des études de neuropsychologie du TOC primaire, et des études de neuroimagerie du TOC après une lésion cérébrale (14).

Des études sur l'imagerie par TEP ont également permis de mettre en évidence l'implication de ces régions cérébrales dans les troubles obsessionnels. En effet, la détection du raclopride (antagoniste des récepteurs dopaminergiques D2, pouvant être marqué avec un traceur radioactif et ainsi détecté par la TEP) serait significativement réduite dans le striatum, notamment la partie ventrale de celui-ci. Ceci signerait probablement **l'hyperactivité dopaminergique endogène**. Il semble donc exister des dysfonctions tant serotoninergiques que dopaminergiques dans cette étude réalisée chez des patients présentant des TOC et étant naïfs de tout traitement (59).

#### 4.3.2 Structures neuroanatomiques impliquées

Les études anatomocliniques et d'imagerie par TEP ont suggéré que le TOC naitrait d'une **dysfonction du circuit cortico-striato-thalamo-cortical**. Le TOC résulterait ainsi d'un **déséquilibre fonctionnel entre les projections directes et indirectes du cortex orbitofrontal sur les ganglions de la base, et s'accompagnerait d'une hyperactivité dopaminergique striatale** (22). Les **ganglions de la base** (ou noyaux gris centraux) sont constitués de noyaux sous-corticaux pairs: le striatum (comprenant le noyau caudé et le putamen), le pallidum (globus pallidus interne et externe), le noyau sous-thalamique et la substance noire.

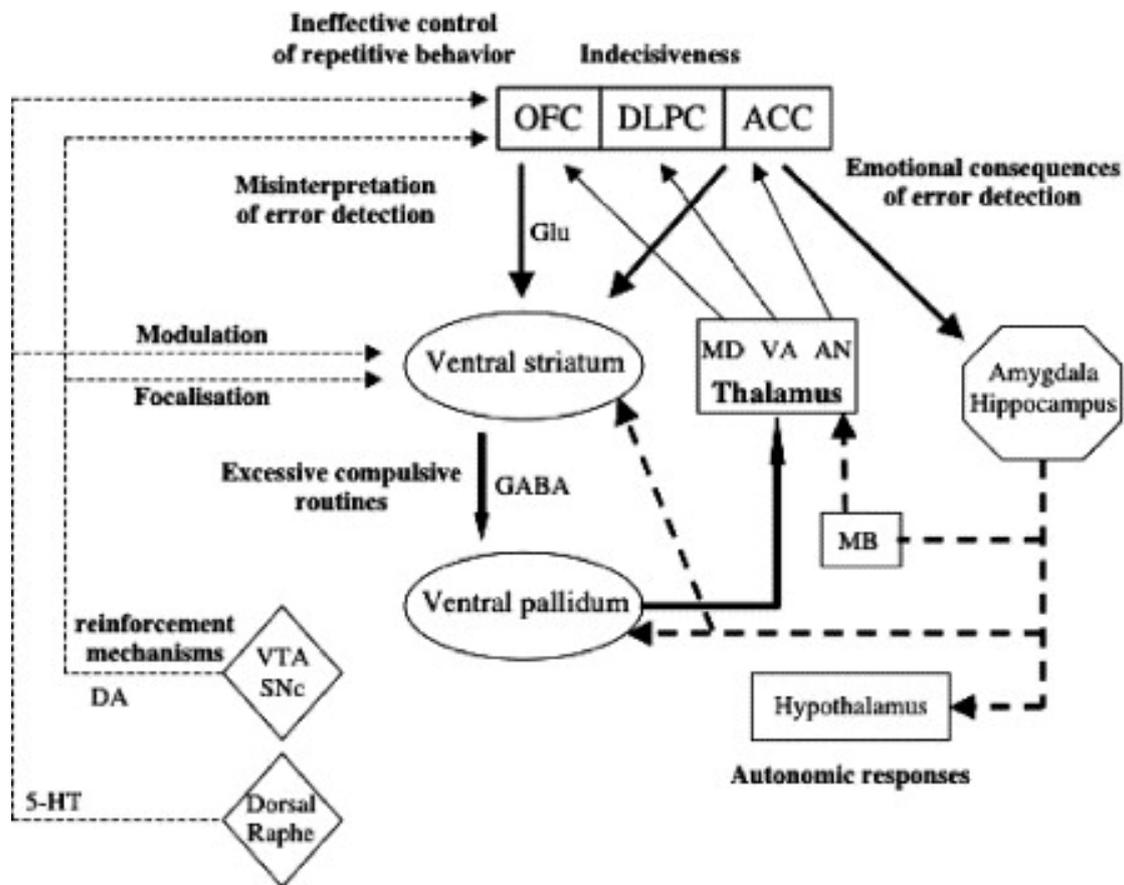
**Le système serotoninergique modulerait la voie dopaminergique striatale** : les neurones du raphé du mésencéphale se projettent sur la partie ventromédiale du

striatum, participant au maintien d'un tonus inhibiteur de la transmission dopaminergique impliqué dans l'équilibre entre les voies dopaminergiques directe et indirecte (22). Ainsi, un dysfonctionnement du système sérotoninergique entraînerait un défaut d'inhibition de la transmission dopaminergique, responsable de cette hyperactivité dopaminergique striatale et de l'augmentation de l'activité dans le cortex préfrontal.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, plusieurs régions cérébrales, tant corticales que sous-corticales semblent être impliquées dans la physiopathologie du TOC. Au niveau cortical, **le cortex orbitofrontal et le cortex cingulaire antérieur** semblent être les principales régions engagées. Le volume, et le métabolisme en imagerie de ces structures étaient augmentés chez des patients comparés à des contrôles sains. Cette augmentation était corrélée à la sévérité des troubles, et semblait se normaliser après un traitement efficace (40). **Le cortex préfrontal dorsolatéral** semble également être impliqué: il y aurait une diminution de l'activité de ce cortex chez les patients présentant des TOC, pouvant expliquer les difficultés à arrêter les compulsions du fait de l'implication de cette région dans le contrôle des réponses comportementales (3).

Au niveau sous-cortical, les modifications observées sont moins nettes. Cependant, les structures clefs dans le TOC semblent être **la tête du noyau caudé, le striatum ventral et les noyaux médians du thalamus**. Ainsi, il y aurait dans ce trouble **"une dysfonction d'un réseau cortico-sous-cortical ventromédian, correspondant aux régions dites "limbiques" du cerveau"** (40). Selon Aouizerate & al., les symptômes obsessionnels seraient dus "à un dysfonctionnement des boucles, provenant respectivement du cortex orbitofrontal et du cortex cingulaire antérieur, se projetant dans le noyau caudé et atteignant finalement le relais thalamique"(3).

Aouizerate & al. en 2004 proposent **ce schéma récapitulatif**, permettant de synthétiser l'ensemble des dysfonctionnements semblant être impliqués dans la pathogénèse du TOC (3). Actuellement, il est difficile d'établir un lien direct entre les symptômes et les anomalies observées à l'imagerie fonctionnelle du fait des nombreuses structures cérébrales impliquées et des nombreux circuits mis en jeu. De plus, ces anomalies sont-elle la cause ou la conséquence de ces troubles?



General diagram of the disruption in the different types of information processing involved in the pathogenesis of OCD in the light of the anatomical and neurochemical interconnections within distinct cortico-subcortical networks. OFC, orbitofrontal cortex; DLPC, dorsolateral prefrontal cortex; ACC, anterior cingulate cortex; MB, mammillary bodies; VA, ventral anterior nucleus of the thalamus; MD, medial dorsal nucleus of the thalamus; AN, anterior nucleus of the thalamus; VTA, ventral tegmental area; SNc, substantia nigra pars compacta; MB, mammillary bodies; 5HT, serotonin; DA, dopamine; Glu, glutamate; GABA,  $\gamma$ -aminobutyric acid.

### 4.3.3 Similitudes neurobiologiques entre TOC et comportements impulsifs et agressifs

Un déficit fonctionnel des structures cérébrales décrites précédemment semble également être impliqué dans les comportements impulsifs et agressifs. En effet les ganglions de la base et le système limbique joueraient un rôle dans les émotions.

Il y aurait probablement une hypoactivité sérotoninergique cérébrale chez les sujets agressifs et violents, ainsi qu'une hyperactivité dopaminergique, secondaire au défaut d'inhibition par la sérotonine. Les structures limbiques (l'hippocampe, l'amygdale, le fornix reliant l'hippocampe aux corps mamillaires et au thalamus, le lobe limbique, et l'aire septale) seraient impliquées dans le contrôle des émotions, et le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbitofrontal joueraient un rôle dans "le self-control de soi, le passage à l'acte et la motivation" (37).

Ainsi, des structures cérébrales assez similaires semblent être impliquées dans le TOC et les comportements agressifs. Ces études mettent en relief la place de l'agressivité et de l'impulsivité dans cette pathologie.

#### 4.3.4 Apport du modèle neurobiologique dans le traitement des TOC

Les découvertes neurobiologiques ont permis des avancées thérapeutiques pour la prise en charge des TOC. **Les antidépresseurs principalement inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** sont les médicaments utilisés actuellement en première intention dans la pratique courante pour traiter ces troubles. L'efficacité des antidépresseurs ISRS (ainsi que de la TCC), semble être associée à une progressive réduction de l'activité du cortex orbitofrontal et du noyau caudé, renforçant l'hypothèse d'une détérioration du système orbitofrontal (3). Cependant, 40 à 60 % des patients traités pendant 8 semaines par un ISRS sont résistants à ce traitement (22). Selon Aouizerate & al., dans ces cas de réponse partielle ou de non réponse à un ISRS seul, des traitements agissant comme antagonistes des récepteurs à la dopamine ont été proposés avec une certaine efficacité (tels que l'halopéridol ou la risperidone). Cependant, principalement lors du remplacement d'un antipsychotique de première génération, certains antipsychotiques de seconde génération ont pu induire des TOC (3). Selon Perani & al. en 2008, ceci pourrait s'expliquer par "l'antagonisme sérotoninergique anti-5HT-2A de l'antipsychotique de seconde génération qui augmenterait la transmission dopaminergique et démasquerait ainsi un TOC jusqu'alors abrasé par un antipsychotique puissamment anti-dopaminergique" (59) (22).

**Les traitements neurochirurgicaux des TOC** ont également évolués grâce aux découvertes scientifiques, permettant de prendre en charge les TOC résistants. Les premières techniques chirurgicales, les plus fréquentes et les plus décrites, et ayant montré leur efficacité (souvent modérée) sont : **la capsulotomie, la cingulotomie, la tractotomie subcaudée et la leucotomie limbique**, effectuées soit par abord direct, par thermocoagulation (radiofréquence avec implantation d'électrodes) ou par radiochirurgie (rayons gamma) (3). La cingulotomie antérieure était la procédure neurochirurgicale la plus utilisée dans le traitement des troubles anxieux, incluant les TOC résistants (3), avec une efficacité modérée après 32 mois de

suivi (32% de patients répondeurs et 14% de partiellement répondeurs selon Dougherty & al en 2002 (20). Cependant, ces premières techniques chirurgicales, du fait de leur irréversibilité et des complications non négligeables qu'elles peuvent engendrer, ont progressivement été abandonnées pour **la neurostimulation cérébrale profonde**. Cette technique chirurgicale, moins invasive et réversible, a tout d'abord été utilisée dans le cadre du traitement des formes sévères de la maladie de Parkinson et des mouvements anormaux (3), puis du fait de son efficacité, dans le cadre des TOC résistants. La stimulation cérébrale profonde permet d'agir de manière sélective sur les circuits cortico-striato-thalamo-corticaux décrits ci-dessus, grâce à l'implantation stéréotaxique d'électrodes, permettant une stimulation électrique à haute fréquence. Différentes cibles ont été proposées pour l'implantation de ces électrodes: le noyau subthalamique, le bras antérieur de la capsule interne, le noyau accumbens, le pédoncule thalamique inférieur, et le striatum ventral. Une étude de Le Jeune & al. de 2010, a comparé des sujets sains et des patients présentant des TOC résistants ayant bénéficié d'une neurostimulation cérébrale profonde du noyau subthalamique (cible utilisée initialement dans le cadre du traitement de la maladie de Parkinson sévère). La sévérité des troubles, évaluées par la Y-BOCS, était significativement diminuée lorsque la stimulation cérébrale était activée (moyenne des Y-BOCS à 31 sans stimulation, et à 19 lors de la stimulation). Lorsque la stimulation était en mode "off", les patients TOC présentaient au PET-scan un hypermétabolisme dans les gyri frontaux moyen et supérieur droits, le lobe pariétal droit, le gyrus postcentral et les putamens, comparativement au groupe témoin. Lors de la stimulation, il y avait une diminution significative du métabolisme cérébral dans le gyrus cingulaire gauche et le gyrus frontal moyen gauche. De plus, durant la phase de stimulation, l'amélioration du score de Y-BOCS était corrélée à la diminution du métabolisme cérébral au PET-scan à la frontière du cortex orbitofrontal et du cortex préfrontal moyen. Ceci suggérait que "l'effet bénéfique thérapeutique de la stimulation haute fréquence du noyau subthalamique est lié à une diminution de l'activité du cortex préfrontal, et particulièrement le cortex orbitofrontal" (46).

Selon la thèse de psychiatrie de Hamm (36), les différentes études réalisées concluent à des résultats positifs pour les différentes cibles citées, avec une réduction d'au moins 35% des scores de la Y-BOCS chez 50% des patients en moyenne. Cependant, ces études encourageantes concernant la neurostimulation cérébrale

profonde dans le TOC, ont été effectuées sur un nombre relativement restreint de patients. Des études à plus grandes échelles nous semblent importantes à réaliser.

La place de la neurobiologie et de la neuroanatomie est donc prépondérante dans les évolutions thérapeutiques de ces troubles.

L'approche génétique nous paraît également intéressante et prometteuse, pour parfaire l'approche globale des TOC, mais aussi pour l'évolution des thérapeutiques.

#### 4.4 Modèle génétique

Les premières preuves d'une probable composante génétique aux TOC ont été essentiellement basées sur des études familiales et de jumeaux.

Plusieurs études familiales ont ainsi mis en évidence un **pourcentage supérieur de parents au premier degré présentant des TOC chez les patients en souffrant par rapport à une population contrôle** (3). Ainsi, l'étude de Nestadt and al. de 2000, a évalué le pourcentage de TOC chez les parents au premier degré de témoins ou de patients souffrant de TOC, trouvant des résultats concordants avec les autres études familiales: respectivement 2.7% contre 11.7% ( $p < .001$ ) (56). L'étude de Coles de 2008 mais aussi l'étude de Nestadt de 2000, ont montré qu'il y avait un **taux plus important que prévu de TOC chez les parents au premier degré de patients présentant des TOC à début précoce par rapport à des TOC à début plus tardif**, suggérant qu'un début précoce des troubles pourrait être un sous-type de la maladie avec une plus grande héritabilité (16) (56). Ceci ne va pas à l'encontre de notre hypothèse car une éducation perfectionniste et rigide (c'est à dire des traits voire des symptômes obsessionnels chez les parents) entraînerait davantage de troubles obsessionnels chez les enfants. Or, les parents présentant des troubles obsessionnels influenceraient probablement avec leur pathologie la survenue de troubles obsessionnels chez les enfants. La part éducative nous semble importante à mettre en relief ici, car le début précoce des troubles peut se traduire par une cause environnementale et non uniquement secondaire à une héritabilité. En effet, selon une étude de Rasmussen et Tsuang de 1986, le taux de personnalité obsessionnelle chez les parents au 1<sup>er</sup> degré d'un enfant présentant un TOC est significativement plus

élevé que chez les témoins (68). **Un âge de début plus précoce des troubles chez les patients semblerait donc être relié à une composante familiale.** En effet, aucun parent du premier degré de patients ayant développé des TOC à l'âge de 18 ans ou plus n'a présenté de TOC. De plus, **les participants à cette étude présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive n'avaient pas davantage de parents au premier degré présentant des TOC que ceux n'ayant pas ces deux pathologies** (56).

Des études de jumeaux viennent étayer les résultats des études familiales, insuffisantes pour affirmer une origine génétique aux TOC.

Quatorze études de jumeaux concernant les TOC ont été réalisées entre 1936 et 1990, incluant au total 80 paires de jumeaux monozygotes et 29 paires de dizygotes. Il y avait respectivement 67,5% et 31% de taux de concordance entre les jumeaux sur le plan des TOC (3). Cependant l'environnement identique chez les paires de jumeaux reste à prendre en compte dans cette concordance (44). En effet, selon une étude de Cath & al. de 2008, l'évolution du TOC serait modérément stable: des études de jumeaux, épidémiologiques et cliniques auraient montré 50% de rechûtes au fil du temps (12). Cette probabilité pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs environnementaux, d'une grande importance dans la persistance ou la rémission des symptômes obsessionnel, sont à prendre en compte.

Une étude de Jonnal & al. de 2000 ayant inclus 1054 jumelles montre une **héritabilité des obsessions de 33%, et de 26% pour les compulsions** (44). Ainsi les obsessions seraient plus spécifiques de l'aspect familial des troubles que les compulsions (56). Les facteurs de risque génétiques et environnementaux de l'obsessionnalité et de la compulsivité ne semblent pas être les mêmes. En effet, la variance génétique partagée par les compulsions et les obsessions était modérée (28%) (44).

Une étude de jumeaux de Hudziak & al réalisée en 2004 aux Pays Bas et aux Etats Unis a retrouvé 55% d'influence génétique contre 45% d'influence environnementale sur l'expression clinique des TOC, montrant l'intrication de l'environnement et du génétique dans cette pathologie (41).

**Des études de ségrégation** ont cherché à étudier l'implication de certains gènes dans la pathogénèse de ces troubles. **Les gènes codant notamment dans l'expression des systèmes sérotoninergique et dopaminergique ont été étudiés:**

- une association entre la pathologie des TOC et les polymorphismes des gènes codant pour le récepteur à la sérotonine 5HT (1DB et 2A) et le transporteur 5HT a été retrouvée dans plusieurs études entre 1998 et 2000 et confirmé en 2002 par Walitza & al. (75) Cependant, ces résultats n'ont pas été retrouvés dans certaines autres études de ségrégation.
- une association entre le gène codant pour le récepteur D4 à la dopamine et la pathologie des TOC ont également été retrouvés dans une étude de Millet & al. de 2003.

En conclusion, selon Nicolini & al. en 2009, **des facteurs génétiques et environnementaux multiples pourraient être impliqués** (57). De nouvelles explorations étudiant les interactions gène-gène et gène-environnement semblent nécessaires. Selon une étude de Grados & al. de 2003, **l'hétérogénéité phénotypique et génétique des TOC complique la localisation de possibles gènes**. L'utilisation de sous-typages phénotypique (par exemple les troubles anxieux, les tics), et d'endophénotypage basé sur les mécanismes neurologiques des TOC (comme l'imagerie fonctionnelle et des évaluations neuropsychologiques) pourraient permettre de mieux comprendre les composants génétiques des TOC (34).

Il semble donc y avoir des preuves de plus en plus prégnantes d'une certaine **vulnérabilité génétique** dans le TOC, hypothèse d'autant plus étayée par l'avancement de la recherche génétique.

## 4.5 Modèles psychobiologiques

### 4.5.1 Modèle de l'impulsivité perçue de Cottraux

Selon Cottraux, dans son livre intitulé *"Les ennemis intérieurs"* (16), **"l'impulsivité perçue pourrait être le maillon manquant de la chaîne entre la biologie et la psychologie, qui expliquerait les TOC"**. Avec cette impulsivité

perçue, il décrit un modèle qu'il considère comme étant à mi-chemin entre la biologie ("par l'émergence involontaire de désir d'actions, d'angoisse et d'émotions négatives"), et la psychologie ("par les schémas cognitifs inconscients qui vont guider de manière automatique l'attention, la perception, les pensées conscientes et les comportements"). Il explique alors que les traitements médicamenteux agissant sur le système sérotoninergique permettraient d'agir sur la dimension émotionnelle de la pathologie entraînant cette impulsivité perçue. Les thérapies comportementales permettraient d'agir sur les rituels, et la thérapie cognitive sur ces schémas cognitifs altérés chez les patients présentant des TOC.

En conclusion, ce modèle, bien que se voulant non lié à la psychanalyse, nous semble s'en rapprocher, avec cette notion d'impulsivité perçue et de compulsivité compensatoire, décrivant avec d'autres termes l'agressivité latente présente chez les patients présentant des TOC.

#### 4.5.2 Hypothèse neuropsychologique

L'étude de Dupuy & al. de 2013 "Place de l'inhibition dans le TOC", émet l'hypothèse qu'un **défaut d'inhibition et de flexibilité cognitive** pourrait avoir un rôle dans les mécanismes neuropsychologiques du TOC (23).

"L'inhibition interrompt ou réprime les pensées ou les actions inutiles pour l'exécution d'une tâche". Ainsi, un défaut d'inhibition pourrait se traduire par de l'impulsivité tant cognitive que comportementale.

La flexibilité cognitive est "l'aptitude à changer de stratégie et à modifier un schéma d'action afin de s'adapter aux nouvelles situations. Elle sert aussi à passer d'une activité à l'autre ou à alterner l'attention entre plusieurs tâches". Ainsi, les troubles engendrés par un défaut de flexibilité cognitive sont des comportements répétitifs et inflexibles, représentant bien les rituels du TOC.

La région préfrontale et le cortex cingulaire sont deux régions essentielles à l'inhibition des comportements. Un consensus semble émerger concernant l'hypothèse suivante: **les régions sous-corticales, frontales, auraient des "liens avec les processus engagés dans l'activité d'inhibition/désinhibition impliquée dans la production et le maintien du TOC"** (23).

Cependant, les résultats de la littérature sur le lien entre inhibition et TOC restent disparates, possiblement du fait qu'il n'existe pas de "tâche pure d'inhibition" permettant de la mesurer.

Il y aurait également d'autres dysfonctions neuropsychologiques dans les troubles obsessionnels, décrits dans l'étude de Doumy et Aouizerate (21). Ces déficits neuropsychologiques pourraient être secondaires soit à des dysfonctions neurobiologiques ou anatomiques pouvant également expliquer les obsessions, soit être secondaires aux symptômes obsessionnels eux-mêmes.

Ainsi, l'hypothèse neuropsychologique pourrait participer à élucider le rôle des différentes structures anatomiques impliquées dans la naissance des TOC.

**Les principales dysfonctions neuropsychologiques présentées par les patients présentant des TOC seraient celles de la mémoire exécutive et non-verbale.** Les régions impliquées dans ces dysfonctions sont le lobe frontal avec entre autre le cortex orbitofrontal et le cortex cingulaire antérieur. Les patients présentant des TOC présenteraient également des **déficits dans le traitement visuospatial et la mémoire visuelle.** Une sous-activité des régions corticales plus postérieures telles que le cortex pariétal inférieur gauche et la jonction pariéto-occipitale serait concordante avec des difficultés dans les tâches spatiales plus complexes. Les régions sous-corticales sont également impliquées avec par exemple des déficits des fonctions exécutives en lien avec une dysfonction thalamique, ou des dysfonctions des régions cortico-striatales en lien avec des processus comportementaux complexes (3).

En conclusion, cette hypothèse nous semble intéressante et complémentaire dans la compréhension du trouble, notamment de part son lien avec la notion d'impulsivité, si proche de la notion d'agressivité latente, mais aussi son lien avec la neuroanatomie. Cette théorie rejoint celle de l'impulsivité perçue de Cottraux, mais aussi les théories neurobiologiques.

L'origine du TOC ne peut donc pas se résumer à un seul modèle. Nous considérons chaque TOC comme étant multifactoriel et ayant une part prédominante d'un ou plusieurs modèles. La physiopathologie du TOC est multiple et une vision globale et intégrative nous semble indispensable à sa compréhension et à sa prise en charge.

# DEUXIEME PARTIE: ETUDE

---

## 1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

**L'objectif principal** de notre étude est d'évaluer si les patients présentant des TOC et une personnalité obsessionnelle ont une agressivité latente (comprise dans l'ambivalence interpersonnelle), supérieure aux patients présentant des TOC sans personnalité obsessionnelle associée.

**L'objectif secondaire** de notre étude est d'évaluer notre objectif principal en l'étudiant en fonction des différentes dimensions cliniques du TOC.

## 2. MATERIEL ET METHODES

### 2.1 Population

#### 2.1.1 Description de la population

Patients adultes âgés de 18 à 75 ans au moment de l'inclusion, présentant un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif (selon les critères du DSM 5).

#### 2.1.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- diagnostic de TOC selon les critères du DSM 5
- patients âgés de 18 à 75 ans
- accord pour participer à ce travail

### 2.1.3 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient:

- diagnostic de schizophrénie
- trouble schizo-affectif ou bipolaire comorbide
- consommation actuelle de toxiques
- syndrome de Gilles de la Tourette
- pathologie organique neurologique comorbide

### 2.1.4 Critères d'exclusion

Patient ne donnant pas son accord pour participer à ce travail

## 2.2 Déroulement de l'étude

### 2.2.1 Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude clinique, ouverte, descriptive, et comparative. Nous avons comparé l'ambivalence interpersonnelle et notamment l'agressivité latente des patients présentant des TOC en les séparant en deux groupes: un groupe présentant une personnalité obsessionnelle et un groupe n'ayant pas ce trouble de personnalité obsessionnelle.

### 2.2.2 Procédure

Le diagnostic de TOC était posé par le psychiatre traitant du patient, puis confirmé selon les critères du DSM 5. Les psychiatres libéraux et hospitaliers de Cannes à Monaco ont été contactés par email et selon leur réponse par téléphone dans le but de recruter des patients présentant des TOC. Les patients ont tous été vus par le même psychiatre pendant un entretien semi-structuré d'environ une heure, permettant une évaluation clinique de leurs troubles et la passation des différents questionnaires. Ils ont été adressés par des psychiatres libéraux, des psychiatres du CHU, et des psychiatres et psychologues des différents CMP (Centres Médicaux Psychologiques).

Les données recueillies auprès du patient étaient standardisées et anonymisées, comprenant: sa date de naissance, son sexe, son statut marital, son niveau d'études, son emploi actuel, l'âge de début de ses troubles selon le patient, la date du diagnostic du TOC, la présence ou non d'antécédents de tentatives de suicide, la présence ou non d'antécédents familiaux de TOC, les traitements actuels et passés du TOC et les traitements psychiatriques autres du patient.

Chaque patient a répondu à :

- trois autoquestionnaires: la RIBAQ-R (Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire Revised, **Annexe 3**), OCI-R (Obsessive-Compulsive Inventory Revised, **Annexe 6**), BDI-13 (Beck Depression Inventory short form, **Annexe 4**)
- deux hétéroquestionnaires: Y-BOCS (Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, **Annexe 2**), la partie relative au trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive de la SCID II (Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality disorders, **Annexe 5**)

La SCID II nous a permis de séparer les patients en deux groupes: patients présentant ou non une personnalité obsessionnelle-compulsive.

## 2.3 Outils d'évaluation

### 2.3.1 Données épidémiologiques et médicales recueillies

Les données épidémiologiques et médicales recueillies sont les suivantes:

- Date de naissance
- Sexe
- Statut marital
- Niveau d'études et emploi actuel
- Age de début des troubles selon le patient et date du diagnostic du TOC
- Présence ou non d'antécédents de tentatives de suicide
- Présence ou non d'antécédents familiaux de TOC
- Traitements actuels et passés du TOC et traitements psychiatriques actuels

### 2.3.2 Echelles cliniques standardisées d'évaluation du TOC

#### \* *Y-BOCS*

La Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale est une hétéro-évaluation développée en 1989 par Goodman & al (33), permettant d'évaluer l'intensité des symptômes obsessionnels et compulsifs. Cette échelle est fiable, sensible aux modifications thérapeutiques, validée et se présente sous la forme d'un entretien clinique semi-structuré. Elle permet de faire un point quantitatif sur la sévérité du trouble, mais aussi une liste exhaustive des différentes obsessions et compulsions actuelles ou passées. Cette évaluation permet de définir avec le patient les trois principales obsessions, compulsions, et situations d'évitement qui seront les symptômes cibles sur lesquels portera l'évaluation. L'évaluation des symptômes est complète et peut être répétée pour en suivre l'évolution. Il existe une bonne fiabilité inter-examineurs.

Cette échelle mesure cinq dimensions des obsessions puis les cinq même dimensions pour les compulsions, qui comprennent: leur durée, la gêne engendrée, l'angoisse associée, la résistance vis à vis de ces obsessions ou rituels, et le degré de contrôle sur les obsessions ou rituels. Chaque dimension est cotée entre 0 (absence de symptôme) et 4 (symptôme extrême). Nous obtenons alors un score sur 20 pour les obsessions et un score sur 20 pour les compulsions, le score total étant sur 40. Nous pouvons distinguer cinq degrés d'intensité du trouble selon le score total obtenu:

- 0 à 7: TOC infraclinique
- 8 à 15: TOC léger
- 16 à 23: TOC modéré
- 24 à 31: TOC sévère
- 32 à 40: TOC extrême

#### \* *OCI-R*

L'Obsessive-Compulsive Inventory Revised (26) est une autoévaluation qui permet de quantifier la détresse associée aux obsessions et compulsions. Six sous-scores représentant les 6 dimensions cliniques principales du TOC (accumulateur, vérificateur, laveur, rangeur, compteur, ruminateur), sont calculés en additionnant les

trois items correspondant à chacune des 6 catégories (42). La première version de l'OCI a été validée en 1998 par Foa & al. Cette échelle comprenant donc 18 items, a montré une bonne cohérence interne, une validité convergente et une fiabilité test-retest dans des échantillons mixés de patients présentant des TOC, d'autres troubles anxieux et des témoins non anxieux (26). Le score total est compris entre 0 et 72 et chaque sous-score est compris entre 0 et 12. Un des avantages de cette échelle est sa rapidité, mais aussi le fait qu'elle évalue une large gamme de symptômes les plus communs dans le TOC (26).

Nous avons utilisé cette échelle dans notre étude pour deux raisons:

- nous souhaitons pouvoir comparer les patients avec et sans personnalité obsessionnelle sur le plan des différentes dimensions cliniques du TOC
- nous souhaitons pouvoir ajuster le résultat de notre objectif principal sur les différentes dimensions cliniques du TOC, afin d'étudier une éventuelle corrélation. En effet, Moritz & al. en 2011 avaient étudié le lien entre les scores de la RIBAQ et les dimensions cliniques du TOC. La RIBAQ-agression était significativement corrélée dans cette étude à l'OCI-R rangement, l'OCI-R totale, et l'OCI-R comptage (51). Ceci nous semble donc intéressant à corréler avec la présence ou non d'un trouble de personnalité obsessionnelle.

### 2.3.3 Evaluation de la personnalité: la SCID II

Le Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality disorders (SCID-II) (25) est un hétéroquestionnaire se présentant sous la forme d'un entretien semi-structuré par le clinicien qui permet d'évaluer les douze troubles de personnalité. Il a été séparé du SCID I en 1985 (et traduit par Cottraux & al.), du fait d'un intérêt croissant pour les troubles de personnalité, et a été créé en 1994 et officialisé en 1997 (10) (25). Le questionnaire a une grande sensibilité (10) et est utilisé dans la pratique courante et dans certaines études pour aider au diagnostic de trouble de personnalité. Nous avons utilisé uniquement la partie concernant les critères du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (POC). Le questionnaire comprend huit items. Il faut au minimum quatre items positifs et répondant au seuil pathologique décrit pour que le trouble de personnalité obsessionnelle soit retenu.

#### 2.3.4 Evaluation de l'ambivalence interpersonnelle: RIBAQ-R

La RIBAQ-R (Responsibility and Interpersonal Behaviors and Attitudes Questionnaire Revised) a été développée par un neuropsychologue allemand, Steffen Moritz. Cet auto-questionnaire étudie l'ambivalence interpersonnelle dans le TOC, en évaluant trois aspects de cette ambivalence: la méfiance et suspicion, l'agressivité latente et les conduites calculatrices, et l'hyper responsabilité et inquiétude excessive. Ce questionnaire comprenait 60 items à l'origine, avec 10 sous-items. Chaque sous-item avait lui-même six items séparés en items se rapportant à des tiers importants (significant others) ou non importants (non-significant others).

L'étude de Moritz & al. de 2009, a permis de développer la RIBAQ-R qui est une échelle révisée du RIBAQ présentant une bonne fiabilité, et ayant sélectionné les trois facteurs principaux de l'ambivalence interpersonnelle cités ci-dessus (53). Les items sont cotés par le patient comme suit: 4 si cela s'applique complètement à lui, 2 si cela s'applique pour une grande part à lui, 1 si cela s'applique légèrement à lui, et 0 si cela ne s'applique pas à lui. Une moyenne des items de chacun des trois aspects de l'ambivalence interpersonnelle est ensuite calculée, ainsi qu'une moyenne des trois moyennes.

La RIBAQ-R était disponible uniquement en anglais. Nous avons donc réalisé, pour pouvoir l'utiliser, une première traduction en français, puis nous avons réalisé une "back translation" pour confirmer cette traduction.

#### 2.3.5 Evaluation de la dépression: BDI-13

La BDI (Beck Depression Inventory) est un autoquestionnaire développé en 1961, contenant initialement 21 items et permettant d'évaluer la sévérité d'une dépression (6). Dans une étude de 1996, Beck, Steer et Brown (7) ont montré la fiabilité et la validité de cette échelle, avec notamment une fiabilité lors de la répétition de cette échelle à une semaine, et une bonne corrélation avec le score de dépression d'Hamilton révisé. La BDI short form, que nous nommerons BDI-13, correspond à la forme courte du BDI initial. La BDI-13 constitue un remplacement acceptable de la BDI selon l'étude de Beck & al de 1974, avec une fiabilité similaire (5).

Chacun des 13 items de la BDI-13 est constitué de 4 phrases qui correspondent à quatre degrés d'intensité pour un symptôme: de 0 à 3. Pour chaque item, le patient doit choisir parmi les quatre phrases celle qui correspond le plus à son état des deux dernières semaines. Pour obtenir le score total, nous additionnons les 13 items. Plus le score est élevé plus le patient est déprimé: un score entre 0 et 3 correspond à une absence de dépression, un score entre 4 et 7 correspond à une dépression légère, un score entre 8 et 15 correspond à une dépression modérée, tandis qu'un score supérieur ou égal à 16 correspond à une dépression sévère.

Nous avons utilisé cette échelle dans le but de prendre en compte un facteur confondant dans notre étude. En effet, les patients présentant des TOC souffrent fréquemment d'une dépression comorbide: dans une étude de Quarantini & al., la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé était de 32% chez les patients présentant des TOC, et la prévalence vie entière était de 67,5% pour ces patients (62). La dépression semble avoir un impact sur la sévérité du TOC car les scores de sévérité du TOC étaient plus importants chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé (78). De plus, 10,6% des patients souffrant de dépression auraient un trouble de personnalité obsessionnelle comorbide (78).

## 2.4 Méthodologie statistique

Les variables catégorielles sont décrites par pourcentages et les variables quantitatives continues par moyenne et écart type. Selon les besoins de l'étude et en fonction de la distribution des variables certaines ont pu être catégorisées.

Des analyses univariées ont été réalisées pour comparer les scores d'agressivité latente, les variables recueillies dans l'étude et les caractéristiques socio-démographiques entre les deux groupes étudiés : patients avec POC et sans POC. Pour les variables catégorielles, le test de Khi2 a été réalisé ou le test exact de Fisher lorsque les conditions d'application du Khi n'étaient pas vérifiées. La normalité des variables continues a été évaluée par méthode graphique (normogramme QQ plot des résidus) et un test de normalité de Shapiro-Wilk. Selon la normalité de la distribution des variables continues, les comparaisons de moyenne étaient effectuées soit par test t de Student soit par U de Mann Whitney. Les tests ont été réalisés de façon bilatérale avec un seuil de significativité de 5%. Nous avons également réalisé une régression

linéaire pour étudier deux variables quantitatives (les scores d'OCI et les scores de RIBAQ agression), par corrélation de Spearman.

Des analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique avec comme variable à expliquer la présence de POC. Les variables explicatives ont été sélectionnées en fonction des résultats des analyses univariées en retenant les variables pour lesquelles le degré de signification était inférieur à 0,20. Nous avons également forcé dans les modèles certaines variables pour des raisons de pertinence clinique et/ou pour des raisons liées à l'existence de facteurs de confusion décrits dans la littérature comme la dépression. Des régressions logistiques ont également été réalisées dans le cadre de notre objectif secondaire pour ajuster les résultats de notre objectif principal sur les différentes dimensions cliniques du TOC (OCI-R). Les Odds ratio sont présentés avec un intervalle de confiance à 95%.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel PASW 18.0 (SPSS Inc).

### **3. RESULTATS**

#### 3.1 Caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques de la population

**27 patients** ont accepté de participer à ce travail. Ils ont été inclus entre le 15 octobre 2015 et le 9 mars 2016.

Les patients ont été séparés en 2 groupes en fonction de la présence ou non d'un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (POC) évaluée par la SCID II:

- **le groupe A (patients avec POC)** comprend 12 patients, soit 44,4 % de l'effectif total
- **le groupe B (patients sans POC)** comprend 15 patients, soit 55,6 % de l'effectif total

Les patients ont été en majorité adressés par l'hôpital ou les CMP (66,7% des patients inclus), tandis que 33,3% des patients ont été adressés par des psychiatres

libéraux. Parmi les patients adressés par les libéraux, 55,6% avaient une POC. 61,1% des patients adressés par l'hôpital ou les CMP n'avaient pas de POC ( $p=0,448$ )

### 3.1.1 Sur le plan des caractéristiques socio-démographiques:

- **L'âge moyen de début des troubles** était d'environ 17 ans. **Cet âge était significativement supérieur dans le groupe B comparativement au groupe A (21 ans en moyenne contre 12 ans en moyenne;  $p=0,019$ ).**

- **Sur le plan du niveau d'éducation:** 70,4% des patients avaient un niveau universitaire et 85,2% des patients un niveau lycée ou universitaire. Seulement 14,8% des patients avaient un niveau collège ou primaire.

**Le pourcentage de patients ayant un niveau universitaire était statistiquement supérieur dans le groupe A comparativement au groupe B : 100% contre 46,7% ( $p=0,003$ ).**

- **Sur le plan du statut marital:** la majorité des patients (59,3%) étaient séparés, divorcés ou célibataires.

Le pourcentage de patients séparés, divorcés ou célibataires dans le groupe A était de 66,7% contre 53,3% dans le groupe B ( $p=0,696$ ).

- **Sur le plan de l'emploi:** 37% des patients étaient actifs au moment de l'inclusion. 62,9% des patients étaient inactifs avec: 22,2% en invalidité, en arrêt de travail ou touchant l'AAH, 25,9% au chômage et 14,8% à la retraite.

50% des patients du groupe A étaient actifs contre 26,7% des patients du groupe B ( $p=0,257$ ).

- **L'âge moyen lors de l'inclusion** était d'un peu plus de 42 ans. Cet âge était de 45 ans dans le groupe B contre 39 ans dans le groupe A ( $p=0,46$ ).

- Nous avons inclus 13 femmes et 14 hommes. Il y avait 66,7% d'hommes dans le groupe A et 40% dans le groupe B ( $p=0,168$ ).

- **Le délai diagnostique** était d'environ 13,7 ans: 14,4 ans dans le groupe A contre 12,7 ans dans le groupe B (p=0,571).

**Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques**

	Population totale (n=27)	Groupe A TOC+ POC (n=12)	Groupe B TOC (n=15)	Significativité p
Age moyen à l'inclusion (écart type)	42,4	38,8 (11,74)	45,2 (16,8)	0,464
<b>Activité professionnelle:</b>				
Actif	17 (63%)	6 (50%)	11 (73,3%)	0,257
Inactif	10 (37%)	6 (50%)	4 (26,7%)	
<b>Sexe</b>				
Homme	14 (%)	8 (66,7%)	6 (40%)	0,168
Femme	13 (%)	4 (33,3%)	9 (60%)	
<b>Adressage:</b>				
Libéral	9 (33,3%)	5 (41,7 %)	4 (26,7 %)	0,448
hôpital-CMP	18 (66,7%)	7 (58,3%)	11 (73,3 %)	
<b>Statut marital:</b>				
En couple	11 (40,7%)	4 (33,3%)	7 (46,7%)	0,696
Seul	16 (59,3%)	8 (66,7%)	8 (53,3%)	
<b>Niveau d'éducation:</b>				
Université	19 (70,4%)	<b>12 (100%)</b>	<b>7 (46,7%)</b>	<b>0,003</b>
Lycée ou inférieur	8 (29,6%)	<b>0 (0%)</b>	<b>8 (53,3%)</b>	

### 3.1.2 Résultats sur le plan de la physiopathologie et de la clinique:

- **Sur le plan de la dépression:** 63% des patients présentaient une dépression modérée ou sévère au score BDI-13. Seuls 7,4% des patients n'avaient pas de dépression. Le score moyen de dépression était environ de 11, signant une dépression d'intensité moyenne.

La moyenne du score BDI-13 était de 12,8 dans le groupe B contre 9 dans le groupe A ( $p=0,087$ ).

50% des patients du groupe A avaient une dépression modérée ou sévère contre 73,3% dans le groupe B. 60% des patients présentant une absence de dépression ou une dépression légère étaient du groupe A. Ces comparaisons de score BDI-13 entre les groupes étaient non significatifs ( $p=0,257$ ).

- **Sur le plan des TS:** 74,1% des patients n'avaient jamais fait de tentative de suicide. Les pourcentages de TS entre les groupes étaient comparables (75% dans le groupe A contre 73,3% dans le groupe B, ( $p=1$ )).

- **Sur le plan des antécédents familiaux de TOC:** 74,1% des patients n'en avaient pas. 80% des patients du groupe B n'avaient pas d'antécédents familiaux de TOC contre 66,7% des patients du groupe A ( $p=0,662$ ).

- **Sur le plan thérapeutique:** 40,7% des patients étaient actuellement traités par antidépresseur sérotoninergiques (ISRS) et 66,7% l'avaient été par le passé. Il n'y avait pas de différence de pourcentage de patients traités actuellement par ISRS entre le groupe A et le groupe B (58,3% vs 60%,  $p=1$ ). Seulement 33,3% des patients étaient actuellement traités par thérapie cognitivo-comportementale, sans différences entre les groupes (33,3% des patients du groupe A et du groupe B). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les antidépresseurs noradrénergiques et les antipsychotiques: respectivement 6,7% et 13,3% (groupe B) et 8,3% et 16,7% (groupe A) des patients en recevaient ( $p=1$ ) (de même pour les traitements par thymorégulateurs et antidépresseurs tricycliques).

Concernant le traitement par neurostimulation, tous les patients bénéficiant de ce traitement appartenaient au groupe B: 13,3% des patients du groupe B avaient reçu ce traitement ( $p=0,487$ ).

- **Sur le plan de la sévérité des troubles:** la moyenne de la Y-BOCS obsessions était de 10,85, tandis que celle de la Y-BOCS compulsions était de 10,52, c'est à dire un score de Y-BOCS moyen total à 21,37 (TOC d'intensité modérée).

Le score moyen de la Y-BOCS était de 23,27 dans le groupe B et de 19 dans le groupe A ( $p=0,082$ ).

- **Sur le plan des dimensions cliniques du TOC (OCI-R):** les obsessions mentales sont les plus représentées dans notre population avec un score moyen à 5,59 sur 8. Viennent ensuite les TOC de rangement avec un score à 4,7, puis les TOC de vérification avec un score à 4,67, puis l'accumulation (3,33), le lavage (3,04) et enfin le comptage (2,85).

Le score d'OCI-R total était de 26,5 dans le groupe A et de 22 dans le groupe B. Nous avons présenté les sous-scores de l'OCI-R en les comparant entre les deux groupes dans le tableau 2.

- Nous avons étudié **les corrélations entre les différents sous-scores d'OCI et les scores de RIBAQ-agression**. Les scores d'OCI obsessions mentales sont significativement corrélés aux scores de RIBAQ-agression ( $p=0,046$ ). Lorsque les scores d'OCI obsessions mentales augmentent, les scores de RIBAQ-agression tendent à augmenter également (**graphique 1**). Les scores d'OCI lavage sont significativement corrélés aux scores de RIBAQ-agression ( $p=0,014$ ). Lorsque les scores d'OCI lavage augmentent, les scores de RIBAQ-agression tendent à diminuer (**graphique 2**).

- Nous n'avons pas retrouvé de corrélations entre les scores de RIBAQ totale ou les sous-scores de la RIBAQ, et la YBOCS totale.

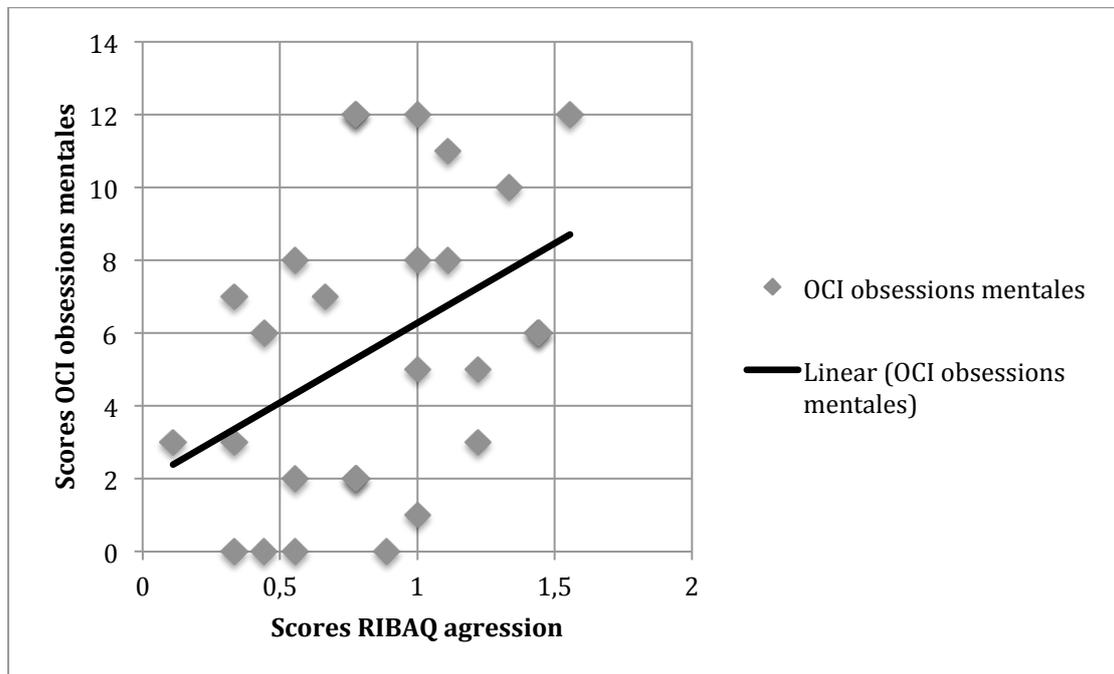
**Tableau 2: Comparaison des sous-scores de l'OCI-R entre les deux groupes (test de Mann-Whitney)**

scores OCI-R moyenne (écart type)	Groupe A: TOC+ POC	Groupe B: TOC	significativité p
OCI-R vérification	5,08 (3,40)	4,33 (4,61)	0,403
OCI-R accumulation	5,08 (5,23)	1,93 (2,40)	0,183
OCI-R comptage	2,50 (3,12)	3,13 (3,96)	0,682
OCI-R obsessions mentales	6 (3,81)	5,27 (4,45)	0,659
OCI-R lavage	2,25 (3,28)	3,67 (4,69)	0,447
OCI-R rangement	6 (3,72)	3,67 (3,74)	0,114
OCI-R total	26,5 (11,40)	22 (12,22)	0,328

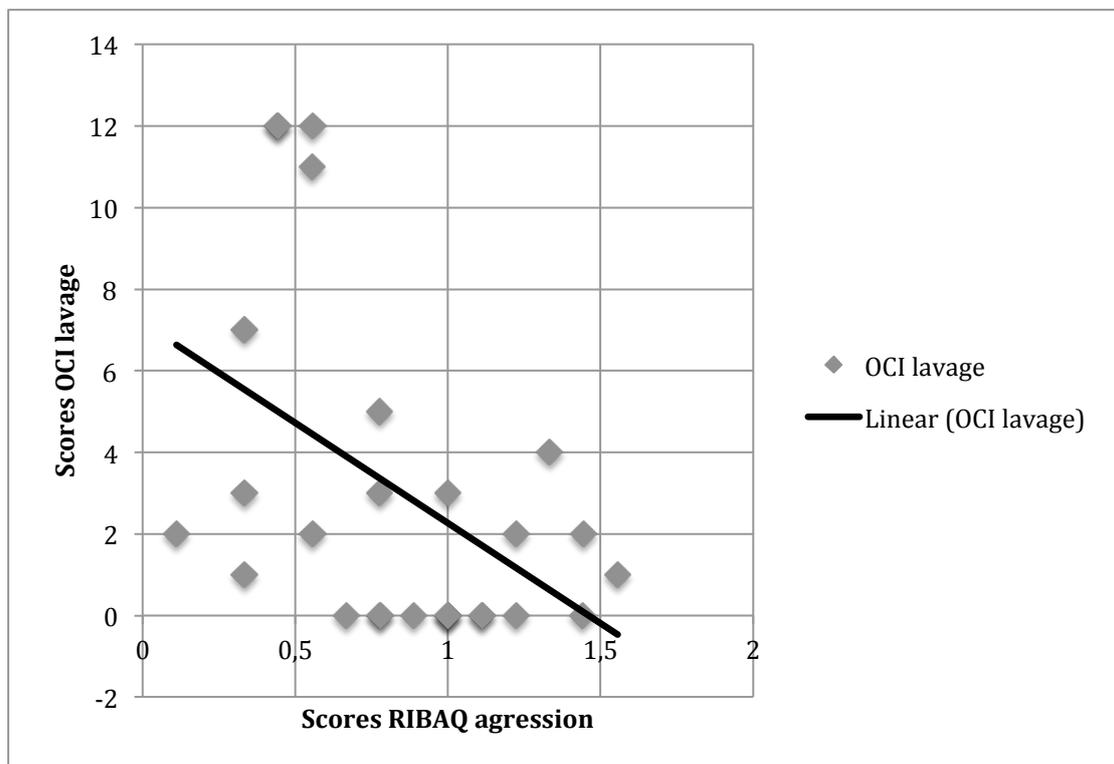
**Tableau 3: Corrélations entre les sous-scores d'OCI et les scores de la RIBAQ-agression (Spearman)**

Sous-scores OCI (coefficients de corrélation)	RIBAQ agression (coefficients de corrélation)	Significativité (Spearman)
OCI rangement	-0,119	0,553
OCI vérification	0,330	0,093
OCI accumulation	0,098	0,628
<b>OCI lavage</b>	<b>-0,468</b>	<b>0,014</b>
<b>OCI obsessions mentales</b>	<b>0,387</b>	<b>0,046</b>
OCI comptage	-0,270	0,172

**Graphique 1 : Scores d'OCI obsessions mentales en fonction des scores de RIBAQ agression: nuage de points et courbe de tendance linéaire**



**Graphique 2 : Scores d'OCI lavage en fonction des scores de RIBAQ agression: nuage de points et courbe de tendance linéaire**



## 3.2 Résultats de l'agressivité latente et de l'ambivalence interpersonnelle

### 3.2.1 Résultats de l'objectif principal et des scores d'ambivalence interpersonnelle

Sur le plan de l'agressivité latente, le score moyen de la RIBAQ-agression était de 0,843. Ce score était de 0,999 dans le groupe A contre 0,718 dans le groupe B, avec un seuil approchant la significativité:  $p=0,056$ .

Concernant l'ambivalence interpersonnelle, le score moyen de la RIBAQ-totale est de 1,305. Ce score était de 1,356 dans le groupe B contre 1,242 dans le groupe A ( $p=0,306$ ). Le score de RIBAQ inquiétude excessive et hyperresponsabilité était de 1,407 dans le groupe A, et de 1,573 dans le groupe B ( $p=0,464$ ). Le score de RIBAQ suspicion étaient de 1,319 dans le groupe A contre 1,778 dans le groupe B ( $p=0,328$ ).

Nous avons ajusté nos résultats sur la dépression pour éliminer ce facteur confondant que nous avons identifié à priori. Ceci n'a pas modifié le résultat de l'objectif principal.

### 3.2.2 Résultats de l'objectif secondaire

Nous avons décidé, à priori, d'étudier le lien entre la RIBAQ-agression, les différents scores d'OCI et la présence ou non d'une personnalité obsessionnelle. La régression logistique réalisée a permis d'obtenir le résultat suivant: **la RIBAQ-agression est liée de façon significative à la personnalité obsessionnelle lorsque nous ajustons sur l'OCI rangement ( $p=0,045$ )**

**Tableau 4: Comparaison des scores d'agressivité latente avec et sans personnalité obsessionnelle, en fonction des scores d'OCI rangement**

	Odd Ratio	IC 95%	Significativité
RIBAQ- agression	0,065	0,004-0,939	<b>0,045</b>
OCI- rangement	0,788	0,612-1,014	0,064

**Tableau 5: Caractéristiques psychopathologiques et scores d'ambivalence interpersonnelle**

Variables	Groupe A: (n=12)	Groupe B: (n=15)	Significativité p
<i><b>Psychopathologie</b></i>			
<b>moyenne âge du début des troubles (écart type)</b>	<b>12,08 (7,72)</b>	<b>21,13 (10,64)</b>	<b>0,019</b>
Y-BOCS totale/40 (écart type)	19,00 (4,90)	23,27 (10,42)	0,082
OCI-R total/72 (écart type)	26,50 (11,40)	22,00 (12,22)	0,328
nb de patients ayant: absence ou légère dépression / dépression modérée ou sévère	6/6	4/11	0,363
score moyen BDI-13 (écart type)	9,00 (5,59)	12,80 (5,74)	0,087
patients avec ATCD de TS	3	4	1
patients avec ATCD familial de TOC	4	3	0,662
<i><b>Attitudes interpersonnelles</b></i>			
RIBAQ-R total (écart type)	1,242 (0,35)	1,356 (0,48)	0,306
RIBAQ-R inquiétude excessive et hyper responsabilité (écart type)	1,407 (0,54)	1,573 (0,66)	0,464

<b>RIBAQ-R agressivité latente et conduites calculatrices (écart type)</b>	<b>0,999 (0,37)</b>	<b>0,718 (0,37)</b>	<b>0,056</b>
RIBAQ-R suspicion et méfiance (écart type)	1,319 (0,77)	1,778 (1,14)	0,328

## 4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

### 4.1 Originalité de notre étude

Notre étude n'avait pas été réalisée auparavant, et vient compléter les études réalisées notamment par S. Moritz. En effet, l'ambivalence interpersonnelle dans le TOC avait été étudiée par rapport à une population témoin. De même, le lien entre personnalité obsessionnelle et TOC avait été étudié dans de nombreuses études. Cependant, le lien entre TOC, personnalité obsessionnelle et ambivalence interpersonnelle (incluant l'agressivité latente) n'avait pas été étudié. Bejerot & al en 1998 avaient décrit qu'il y aurait une agressivité indirecte plus élevée chez les patients présentant des TOC lorsqu'un trouble de personnalité était présent (notamment le trouble de personnalité obsessionnelle) (8). Cependant, l'évaluation de l'agressivité latente était peu développée dans cette étude. Notre travail vient étoffer et compléter les études précédentes.

### 4.2 Forces de notre étude

Notre étude a été rigoureuse, avec une démarche scientifique visant à essayer de démontrer des notions psychanalytiques, et à souligner leur importance dans la compréhension et la prise en charge des patients présentant des TOC.

La grande majorité de nos échelles utilisées étaient fiables et validées, et leur passation a été réalisée par le même examinateur, permettant une évaluation comparable entre les différents patients.

De plus, les patients ont été adressés par des psychiatres libéraux mais aussi hospitaliers. Ceci a permis une meilleure représentativité de la pathologie.

Le nombre de patients inclus, bien qu'étant limité, nous semble suffisant dans le cadre d'une étude préliminaire qui pourra mener, par la suite, à des études à plus grande échelle.

### 4.3 Discussion sur les résultats

#### 4.3.1 Discussion du résultat de l'objectif principal

Les résultats de notre objectif principal se sont approchés du seuil de significativité, avec une agressivité latente tendant à être supérieure dans le groupe A comparativement au groupe B. Ce résultat va donc dans le sens de notre hypothèse: l'agressivité latente aurait une grande place dans la clinique du TOC, place qui semble être d'autant plus importante lorsqu'un trouble de personnalité obsessionnelle est présent. Une autre étude à plus grande échelle pourrait permettre de confirmer cette tendance.

Ces résultats ont été ajustés sur la dépression, facteur confondant que nous avons identifié à priori. Les tests de régression logistique réalisés pour prendre en compte ce facteur confondant n'ont pas modifié nos résultats.

Nous ne pouvons également pas conclure sur les deux autres scores de la RIBAQ (inquiétude excessive-hyperresponsabilité et méfiance-suspicion) et sur la RIBAQ totale (ambivalence interpersonnelle), les résultats étant non significatifs. Cependant, l'absence de significativité ne permet pas de conclure à l'existence ou non d'une différence entre les deux groupes.

#### 4.3.2 Discussion du résultat de l'objectif secondaire

Nous avons décidé, à priori, d'étudier le lien entre la RIBAQ-agression, les différents scores d'OCI et la présence ou non d'une personnalité obsessionnelle. La régression logistique réalisée a permis d'obtenir des résultats intéressants. La RIBAQ-

agression est liée dans notre étude de façon significative à la personnalité obsessionnelle en ajustant sur l'OCI rangement. Ainsi, lorsque la dimension clinique rangement est prédominante, le score d'agressivité latente serait plus important chez les patients présentant une POC comparativement à ceux n'en présentant pas. Dans l'étude de Moritz de 2011, l'OCI rangement était significativement corrélé au score de RIBAQ-agression, mais la présence ou non d'une personnalité obsessionnelle n'était pas étudiée (51).

#### 4.3.3 Discussion sur les caractéristiques socio-démographiques et la psychopathologie

Dans la littérature, seulement 16 à 32% des patients présentant des TOC auraient une POC. Dans notre étude, 44,4% de patients inclus avaient une POC. Ce pourcentage plus important de patients présentant une POC pourrait correspondre au fait que le diagnostic de POC a été posé avec une hétéroévaluation (SCID II). Or, l'élément nous semblant très important à prendre en compte dans cette différence retrouvée est que les patients présentaient des difficultés à différencier les symptômes de leur TOC de ceux d'un éventuel trouble de personnalité obsessionnelle. Ceci pourrait expliquer peut-être un surdiagnostic de la POC dans notre étude.

##### 4.3.3.1 Résultats significatifs

Deux éléments sont ressortis comme étant significativement différents entre nos deux groupes:

- **L'âge moyen de début des troubles** était significativement plus bas dans le groupe avec POC comparativement à l'autre groupe. En effet, les troubles débuteraient beaucoup plus jeune lorsqu'une POC est présente (12 ans en moyenne contre 21 ans). L'étude de Coles & al. de 2008 confirme notre résultat: il ressort de cette étude que les patients présentant les deux troubles auraient **un âge de début des troubles plus précoce** (16). Ce résultat est concordant avec la théorie psychanalytique freudienne selon laquelle la névrose obsessionnelle débiterait le plus souvent dans l'enfance. Ainsi, nous pourrions émettre l'hypothèse que les TOC associés à une personnalité obsessionnelle auraient une psychogénèse névrotique.

- Le pourcentage de patients du groupe A ayant fait des **études universitaires** est significativement supérieur à celui du groupe B. Tous les patients du groupe A avaient un niveau universitaire. Ceci est concordant avec la symptomatologie de la POC. En effet, le sujet présentant une POC est dévoué à son travail, hyperconscientieux, méticuleux, perfectionniste, et présente un souci excessif de la productivité aux dépens de sa vie personnelle. Ces éléments amènent le sujet à accomplir des études supérieures.

De plus, les scores **d'OCI lavage et d'OCI obsessions mentales étaient significativement corrélés aux scores de RIBAQ-agression**. Selon nos résultats, plus un patient aurait un score élevé pour l'OCI lavage, plus son agressivité latente évaluée par la RIBAQ serait faible, tandis que plus un patient aurait un score élevé pour l'OCI obsessions mentales, plus son agressivité latente serait élevée. Ces corrélations n'avaient pas été retrouvées pour les mêmes sous-scores d'OCI dans une précédente étude de Moritz dans laquelle les sous-scores corrélés étaient ceux du comptage et du rangement (51). Ces résultats étant discordants, il faudrait envisager une étude à plus grande échelle pour pouvoir conclure.

#### 4.3.3.2 Autres résultats

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les autres caractéristiques étudiées. Cependant, certains résultats nous semblent intéressants à discuter concernant les patients présentant des TOC:

**Le délai diagnostique** était de plus de 13 ans en moyenne dans notre étude. Ceci est concordant avec le fait que le patient présentant des TOC tarde souvent à consulter, soit par peur du regard de son entourage, soit par conviction que ce sont les autres qui ont un comportement désinvolte ou qui sont peu précautionneux etc.. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le délai diagnostique entre les deux groupes.

Concernant **le statut marital**, la majorité des patients de notre étude n'étaient pas en couple. Ceci est concordant avec le fait que le TOC entraîne un handicap sur le plan social et affectif.

**Sur le plan de l'emploi**, un peu moins des 2/3 des patients étaient inactifs, ce qui est concordant avec le fait que le TOC est responsable d'incapacité.

Concernant **la comorbidité dépressive**, une grande majorité des patients avait une dépression, avec un score moyen de dépression correspondant à une intensité moyenne. La dépression nous semblait importante à évaluer dans notre étude, du fait qu'il peut s'agir d'un facteur confondant dans l'évaluation des TOC. La dépression est connue pour être une comorbidité fréquemment retrouvée chez les patients présentant des TOC (62). De plus, la dépression peut aggraver la sévérité d'un TOC existant, mais aussi biaiser les résultats étudiés dans le cadre d'une étude sur les TOC. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la dépression entre les groupes, et le résultat de l'objectif principal n'a pas été modifié après ajustement. Ceci est concordant avec l'étude de Moritz de 2011 qui n'avait pas retrouvé de corrélation entre un score de dépression et la RIBAQ-agression chez les patients présentant des TOC, bien que cette étude ne prenait pas en compte l'existence ou non d'une POC (51).

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les groupes concernant le pourcentage d'antécédents familiaux de TOC. Nos résultats sont concordants avec l'étude de Nestadt & al de 2000. En effet, les participants à cette étude présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive n'avaient pas davantage de parents au premier degré présentant des TOC que ceux n'ayant pas ces deux pathologies (56). Nous ne pouvons cependant pas conclure sur une éventuelle corrélation entre les antécédents familiaux de TOC et la présence ou non d'une POC chez des patients présentant des TOC.

Nous pouvons nous étonner que très peu de patients, tant dans le groupe A que dans le groupe B bénéficient d'un traitement par TCC. Nous pouvons expliquer ces chiffres de plusieurs manières. Tout d'abord, il se peut que le patient ne sache pas qu'il est actuellement traité par TCC. Deuxièmement, certains patients notamment les plus graves, sont difficilement accessibles à cette thérapie. Concernant les patients traités par neurostimulation, ils appartenaient tous au groupe B. Ceci est intéressant d'un point de vue psychopathologique et pourrait faire supposer que les patients présentant

des TOC sans POC pourraient avoir un TOC davantage d'origine organogénétique comparativement aux patients souffrant d'un TOC avec POC. Cette hypothèse a été évoquée par G. Darcourt dans son ouvrage: les TOC ayant une POC associée pourraient avoir une origine davantage psychique du fait de ce continuum POC vers TOC (18).

De plus, nous n'avons pas retrouvé de corrélations entre les différents scores de la RIBAQ (total et sous-scores) et la YBOCS. Ceci est concordant avec l'étude de Moritz de 2011, n'ayant pas retrouvé de différence significative entre la YBOCS obsession, compulsion et totale et les différents sous-scores de la RIBAQ (51). Nous ne pouvons donc pas conclure sur le lien entre la sévérité des troubles et l'ambivalence interpersonnelle.

#### 4.4 Limites de notre étude

##### 4.4.1 Limites liées aux outils

###### 4.4.1.1 Limites de la RIBAQ:

Nous nous sommes interrogés sur la complexité de l'interprétation de cet autoquestionnaire. L'objectif des créateurs de ce questionnaire était de construire un instrument permettant de reconnaître une organisation névrotique telle que l'a conceptualisée Freud sous la dénomination de névrose obsessionnelle. Le modèle freudien considère que le trouble est dû à une fixation au stade sadique anal (donc avec persistance d'une tendance sadique/agressive) associée à une forte défense du surmoi cherchant à réprimer cette tendance; le tableau clinique comporte à la fois des manifestations agressives et des signes de contrôle voire d'hyper-contrôle. Les auteurs ont choisi d'évaluer cette tendance agressive, ils le font dans la section "agressivité latente et conduites calculatrices" (avec des items comme: "Il m'arrive de ressentir de la haine pour ceux que je devrais aimer" ou: "Parfois, j'aimerais faire du mal à des étrangers dans la rue"). Mais l'intensité de cette tendance n'est pas proportionnelle à la sévérité de la névrose, plus celle-ci est sévère, plus le contrôle est intense et le sujet n'en est pas conscient. A la limite la forme la plus grave ne comportera plus aucune

trace d'agressivité. Cette absence sera en elle-même révélatrice d'une défense et pourra être interprétée comme telle mais, si cela est justifié pour un thérapeute qui adhère aux conceptions freudiennes, cela ne l'est pas dans une approche psychométrique. Cette difficulté limite la mesure du degré d'agressivité mais ne l'annule pas. L'évaluation est approximative mais elle n'est pas sans intérêt.

De plus, ce questionnaire, traduit de l'anglais, comporte des items parfois un peu subtils et difficiles à comprendre par certains patients mais elle permet une évaluation fine.

Par ailleurs, il n'est pas réellement validé bien qu'il ait été utilisé dans des publications. Nous l'avons retenu car nous n'avons pas trouvé d'échelle validée aussi complète permettant d'évaluer l'ambivalence interpersonnelle et l'agressivité latente.

#### 4.4.1.2 Limites de la BDI-13

Cette échelle donne une évaluation du degré de dépression restant moins fine qu'un diagnostic clinique. En effet, de nombreux patients se décrivaient comme n'étant pas déprimés, mais le score de Beck signalait une dépression. Ceci pourrait être dû au fait que certains items ne sont pas spécifiques de la dépression, ce qui biaise les résultats.

Cependant, la fiabilité, la reproductibilité, et la validité de cette échelle, bien qu'ayant été utilisée dans sa version courte, nous ont semblées suffisantes pour le but recherché: étudier le facteur confondant de la dépression dans l'évaluation du TOC. Le TOC et la dépression étant deux troubles intimement intriqués et interagissant ensemble.

#### 4.4.1.3 Limites de la SCID 2

La SCID 2 a permis dans notre travail de séparer les patients en 2 groupes: ayant ou non la personnalité obsessionnelle. Cependant, nous n'avons pas confronté les réponses des patients à des réponses que nous aurions pu obtenir de leur entourage. Cet hétéro-questionnaire était donc dépendant de l'insight du patient par rapport à sa personnalité, ce qui à notre sens, diminuerait sa fiabilité dans notre travail.

Par ailleurs, une des difficultés rencontrées dans notre étude, était que pour certains patients, la distinction des symptômes de leurs TOC et d'un trouble de personnalité obsessionnelle était difficile. Ceci pourrait alors avoir biaisé les résultats obtenus à la SCID II. En effet, dans notre étude, presque 45% des patients présentaient un trouble de personnalité obsessionnelle. Ce résultat est supérieur à ceux retrouvés dans la littérature (16 à 32% des patients présentant un TOC auraient une POC). Ce surdiagnostic pourrait donc s'expliquer par la difficulté des patients à différencier les symptômes du trouble de personnalité et du TOC.

De plus, les patients ayant été évalués une seule fois, l'examineur ne pouvait pas pallier à cette difficulté diagnostique vis à vis du trouble de personnalité. En effet, la SCID II reste une échelle, et le diagnostic d'un trouble de personnalité est plus complexe et fin sur le plan clinique.

#### 4.4.2 Limites liées à la population

L'échantillon de notre travail est resté insuffisant pour obtenir des résultats avec une puissance d'étude significative. La taille de l'échantillon a été modérée, du fait notamment de la réticence de certains patients suivis en libéral, à venir consulter un psychiatre en CMP qu'ils ne connaissaient pas. En effet, les patients présentant des TOC sont peu nombreux à venir consulter à l'hôpital, sauf en cas de pathologie très invalidante ou de TOC résistants. De plus, malgré les relances téléphoniques, peu de psychiatres ont répondu et adressé leurs patients, limitant ainsi le nombre d'inclusions. Cependant, il s'agit d'un travail préliminaire qui, nous l'espérons, pourra aboutir à d'autres travaux à plus grande échelle. Le résultat de notre objectif principal s'est en effet approché du seuil de significativité ( $p=0,056$ ), et nous pouvons espérer qu'un travail à plus grande échelle permettrait d'obtenir un résultat significatif.

#### 4.5 Perspectives et conclusion

Notre travail visait à démontrer l'intérêt des concepts psychanalytiques dans la compréhension du TOC. Notre étude ayant manqué de puissance, une étude réalisée à plus grande échelle permettrait de confirmer nos résultats encourageants.

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'évaluation de l'agressivité latente d'un patient est délicate et complexe par le fait même que cette agressivité est préconsciente voire inconsciente. Cette difficulté reste limitante pour la mesure du degré d'agressivité. L'évaluation bien qu'étant approximative, n'est cependant pas sans intérêt. Cette agressivité dans notre étude tend à être supérieure dans le groupe avec POC. De plus, les troubles obsessionnels débuteraient plus tôt chez ces patients. Nous souhaitons alors envisager que les TOC associés à une POC pourraient davantage découler d'une psychogénèse névrotique, tandis que les TOC sans POC pourraient découler d'une origine organogénétique dominante par rapport à l'origine psychique. La notion psychanalytique de continuum entre la POC et les TOC irait dans le sens de notre hypothèse psychopathologique.

Une autre étude nous semblerait intéressante à réaliser dans le futur pour étayer nos propos: elle pourrait étudier l'agressivité latente entre trois groupes. Le premier groupe serait constitué de patients présentant des TOC sans POC, le deuxième groupe serait constitué de patients présentant des TOC avec une POC, et le troisième groupe serait constitué de patients présentant une POC sans TOC. Ceci permettrait d'étudier de manière plus approfondie la place de l'agressivité latente dans la symptomatologie obsessionnelle.

En conclusion, bien que notre étude n'ait pas réussi à démontrer une agressivité latente supérieure chez les patients présentant des TOC avec une POC, cette agressivité n'en reste pas moins une notion psychanalytique importante dans la clinique des troubles obsessionnels.

Nous avons souhaité aborder les TOC dans une approche multidimensionnelle, et mettre en évidence l'apport de l'approche psychanalytique dans la compréhension de ces troubles. Cette étude avait notamment pour but de dépasser les clivages en apportant un éclairage complémentaire sur cette pathologie.

# CONCLUSION

---

Bien que nous n'ayons pas réussi à démontrer une différence d'agressivité latente entre les patients présentant des TOC avec et sans personnalité obsessionnelle-compulsive, il nous semble intéressant d'avoir étudié des concepts psychanalytiques dans une démarche scientifique. Comme nous avons pu le voir dans notre travail, les différentes approches des troubles obsessionnels sont complémentaires et se rejoignent souvent.

Les notions psychanalytiques peuvent ainsi faire l'objet de recherches psychométriques et scientifiques intéressantes. Nous considérons que la psychanalyse et les neurosciences ne doivent pas être opposées, mais au contraire s'enrichir mutuellement, pour une approche des troubles dépassant les clivages.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. 2e ed. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson; 2003.
2. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
3. Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J, et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol* 2004; 72:195–221.
4. Ashbaugh AR, Gelfand LA, Radomsky AS. Interpersonal Aspects of Responsibility and Obsessive Compulsive Symptoms. *Behav Cogn Psychother* 2006; 34:151–163.
5. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychol Rep* 1974; 34:1184–6.
6. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation: 1987.
7. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI–II, Beck Depression Inventory: Manual (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace. 1996.
8. Bejerot S, Ekselius L, van Knorring L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:398–402.
9. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006; 11:622–32.
10. Bouvard M, Fontaine-Buffe M, Cungi C, Adeleine P, Chapoutier C, Durafour E, et al. Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité : le SCID II. *Encéphale* 1999; 25:416–21.
11. Carr AT. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychol Bull* 1974; 81:311–8.
12. Cath DC, van Grootheest DS, Willemsen G, van Oppen P, Boomsma DI. Environmental factors in obsessive-compulsive behavior: evidence from

- discordant and concordant monozygotic twins. *Behav Genet* 2008; 38:108–20.
13. Clair A-H, Trybou V, Demonfaucon C, Hantouche E, Mallet L, Morgiève M. *Comprendre et traiter les Troubles Obsessionnels Compulsifs*. Paris: Dunod; 2013.
  14. Coetzer BR. Obsessive-Compulsive Disorder following Brain Injury: A Review. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34:363–77.
  15. Cohen de Lara A, Marinov V, Ménéchal J. *La névrose obsessionnelle. Contraintes et limites*. Dunod. 2000.
  16. Coles ME, Pinto A, Mancebo MC, Rasmussen SA, Eisen JL. OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *J Psychiatr Res* 2008; 42:289–96.
  17. Cottraux J. *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Odile Jacob. 1998.
  18. Darcourt G. *La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie?* Odile Jacob. 2006.
  19. Dorey R. Problématique obsessionnelle et problématique perverse. Parenté et divergences. *Monogr Psychanal* 1996; :87–105.
  20. Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Nierenberg AA, et al. Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159:269–75.
  21. Doumy O, Aouizerate B. Spectre du trouble obsessionnel-compulsif revisité à travers un bipôle impulsion-compulsion. *Presse Médicale* 2014; 43:118–23.
  22. Ducasse D, Fond G. Troubles obsessionnels compulsifs résistants et antipsychotiques : données neurobiologiques et thérapeutiques actuelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2013; 171:725–32.
  23. Dupuy M, Rouillon F, Bungener C. Place de l'inhibition dans le trouble obsessionnel-compulsif. *L'Encéphale* 2013; 39:44–50.
  24. Fenichel O, Fain M. *La Théorie psychanalytique des névroses*. 4e éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1987.
  25. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Am Psychiatr Press Inc 1997;
  26. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychol Assess* 2002; 14:485–96.

27. Freud S. *Névrose, psychose et perversion*. Presses Universitaires de France; 1973.
28. Freud S. *Totem et tabou*. Paris: Payot; 2004.
29. Freud S. *L'Homme aux rats: un cas de névrose obsessionnelles*. Petite Bibliothèque Payot. 2010.
30. Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Presses Universitaires de France; 2011.
31. Freud S. *Pulsions et destins des pulsions*. Paris: Payot; 2012.
32. Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas VP. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Res* 2010; 177:156–60.
33. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1006–11.
34. Grados MA, Walkup J, Walford S. Genetics of obsessive-compulsive disorders: new findings and challenges. *Brain Dev* 2003; 25 Suppl 1:S55-61.
35. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:948–58.
36. Hamm M. *Prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs sévères et résistants : place de la neurochirurgie fonctionnelle*. Nice Sophia-Antipolis; 2012.
37. Hamon, M, Bourgoin, S, Martin, P. Neurobiologie de l'impulsivité, de l'agressivité et de la violence. *Lett Psychiatre* 2008; 4:91–102.
38. Hauschildt M, Jelinek L, Randjbar S, Hottenrott B, Moritz S. Generic and illness-specific quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 2010; 38:417–36.
39. Haute Autorité de Santé. *Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) Résistants: Prise en Charge et Place de la Neurochirurgie Fonctionnelle*. 2005;
40. Haynes WIA, Millet B, Mallet L. Le trouble obsessionnel-compulsif, un nouveau modèle de dysfonction des noyaux gris centraux ? Apports de la stimulation cérébrale profonde. *Rev Neurol (Paris)* 2012; 168:649–54.
41. Hudziak JJ, Van Beijsterveldt CEM, Althoff RR, Stanger C, Rettew DC, Nelson EC, et al. Genetic and environmental contributions to the Child Behavior

- Checklist Obsessive-Compulsive Scale: a cross-cultural twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:608–16.
42. Huppert JD, Walther MR, Hajcak G, Yadin E, Foa EB, Simpson HB, et al. The OCI-R: validation of the subscales in a clinical sample. *J Anxiety Disord* 2007; 21:394–406.
  43. Janet P. *Les obsessions et la psychasthénie*. L'Harmattan. 2005.
  44. Jonnal AH, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *Am J Med Genet* 2000; 96:791–6.
  45. Krug I, Julia-Capmany IB, Aymami-Sanroma N, Jimenez-Murcia S, Jaurrieta N, Forcano L, et al. P03-34 Anger expression in obsessive-compulsive spectrum disorders (SOGS): Common and differential traits. *Eur Psychiatry* 2009; 24, Supplement 1:S1033.
  46. Le Jeune F, Vérin M, N'Diaye K, Drapier D, Leray E, Du Montcel ST, et al. Decrease of prefrontal metabolism after subthalamic stimulation in obsessive-compulsive disorder: a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry* 2010; 68:1016–22.
  47. Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1997; 171:135–9.
  48. Lochner C, Serebro P, der Merwe L van, Hemmings S, Kinnear C, Seedat S, et al. Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011; 35:1087–92.
  49. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behav Res Ther* 1995; 33:673–84.
  50. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cogn Ther Res* 1979; 3:333–48.
  51. Moritz S, Kempke S, Luyten P, Randjbar S, Jelinek L. Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Res* 2011; 187:180–4.
  52. Moritz S, Niemeyer H, Hottenrott B, Schilling L, Spitzer C. Interpersonal ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 2013; 41:594–609.
  53. Moritz S, Wahl K, Ertle A, Jelinek L, Hauschildt M, Klinge R, et al. Neither saints nor wolves in disguise: ambivalent interpersonal attitudes and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Behav Modif* 2009; 33:274–92.

54. Moscovitch DA, McCabe RE, Antony MM, Rocca L, Swinson RP. Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2008; 25:107–13.
55. Nestadt G, Romanoski AJ, Brown CH, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, et al. DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey. *Psychol Med* 1991; 21:461–71.
56. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:358–63.
57. Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2009; 170:7–14.
58. OMS. CIM-10 Critères diagnostiques pour la recherche, classification internationale des maladies. Chapitre V: troubles mentaux et troubles du comportement. Elsevier Masson; 1994.
59. Perani D, Garibotto V, Gorini A, Moresco RM, Henin M, Panzacchi A, et al. In vivo PET study of 5HT(2A) serotonin and D(2) dopamine dysfunction in drug-naive obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage* 2008; 42:306–14.
60. Pirot S. TOC et sérotonine: données contradictoires actuelles et perspectives thérapeutiques. *Neuropsychiatr Tend Débats* 1998; 3:39–43.
61. Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Presses Universitaires de France; 2007.
62. Quarantini LC, Torres AR, Sampaio AS, Fossaluzza V, Mathis MA de, do Rosário MC, et al. Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Compr Psychiatry* 2011; 52:386–93.
63. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149–54.
64. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35:793–802.
65. Rachman S, Hodgson R. Obsessions and Compulsions. *Psychol Med* 1980; 10:802–802.
66. Radomsky AS, Ashbaugh AR, Gelfand LA. Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behav Res Ther* 2007; 45:2712–25.
67. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Suppl:5-10-14.

68. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:317–22.
69. Rose S. *Actualités de la névrose obsessionnelle [thèse de doctorat en psychologie clinique]. RENNES 2; 2009.*
70. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:571–83.
71. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38:347–72.
72. Spielberger CD. *Manual for the state-trait anger expression inventory STAXI-2. Psychological Assessment Resources. Odessa; 1989.*
73. Stein DJ, Hollander E, DeCaria C, Trungold S. OCD: a disorder with anxiety, aggression, impulsivity, and depressed mood. *Psychiatry Res* 1991; 36:237–9.
74. Tribolet S, Shahidi M. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Heures de France; 2005.*
75. Walitza S, Wewetzer C, Warnke A, Gerlach M, Geller F, Gerber G, et al. 5-HT2A promoter polymorphism -1438G/A in children and adolescents with obsessive-compulsive disorders. *Mol Psychiatry* 2002; 7:1054–7.
76. Whiteside SP, Abramowitz JS. Obsessive–Compulsive Symptoms and the Expression of Anger. *Cogn Ther Res* 2004; 28:259–68.
77. Whiteside SP, Abramowitz JS. The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive–compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21:106–11.
78. Wongpakaran N, Boonyanaruthee V, Pinyopornpanish M, Intaprasert S, Wongpakaran T. Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; :1091.
79. Yao S-N. *Troubles cognitifs dans les obsessions-compulsions. Lumière Lyon 2; 1999.*

# ANNEXES

---

## **Annexe 1: Informations recueillies pour chaque patient**

### **INFORMATIONS A RECUEILLIR CONCERNANT LE PATIENT:**

Date: ...../...../.....                      Nom du médecin: .....

2 premières lettres du nom: .....                      .....

Première lettre du prénom: .....

Date de naissance: ...../...../.....

Sexe: F / M

Statut marital:    célibataire,    marié,    concubinage,    divorcé

Niveau d'éducation:    collège,    lycée,    université

Emploi actuel: .....

Age du début des troubles selon le patient : .....

Date du diagnostic: .....

Antécédents de TS : OUI / NON (nombre: .....)

Antécédents familiaux de TOC: .....

Traitement psychiatrique actuel du patient:

.....

Traitement actuel du TOC:

.....

Traitements passés du TOC:

.....

## **Annexe 2: Echelle Y-BOCS**

### **ECHELLE D'OBSESSIONS-COMPULSIONS DE YALE-BROWN Y-BOCS LISTE DES SYMPTOMES**

#### **OBSESSIONS A THEME AGRESSIF**

Peur de se faire du mal.

Peur de faire du mal aux autres.

Images de violence ou d'horreur.

Peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes.

Peur de faire quelque chose d'autre qui met dans l'embarras\*.

Peur d'agir sous une impulsion non voulue (par exemple, de poignarder un ami).

Peur de voler des choses. Peur de blesser d'autres personnes par négligence (par exemple, provoquer ou subir un accident de la voie publique).

Peur que quelque chose d'autre de terrible puisse arriver par sa faute (par exemple, le feu, un cambriolage).

Autres -----

#### **OBSESSIONS DE CONTAMINATION**

Préoccupation ou dégoût liés aux sécrétions ou aux déchets corporels (par exemple, l'urine, les selles, la salive).

Préoccupation liée à la saleté ou aux microbes.

Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (par exemple, l'amiante, les radiations, les déchets toxiques).

Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (par exemple, les détergents, les solvants).

Préoccupation excessive à l'égard des animaux (par exemple, insectes).

Préoccupation liée aux substances ou résidus collants.

Préoccupé à l'idée d'être malade à cause d'un agent contaminant.

Préoccupé à l'idée de communiquer une maladie aux autres (agressivité).

Préoccupé simplement par le malaise qu'il ressentirait à la suite d'une contamination.

### **OBSESSIONS SEXUELLES**

Pensées, images ou impulsions perverses ou interdites à propos de la sexualité. Le contenu a trait à des enfants ou à l'inceste. Le contenu a trait à l'homosexualité \*.

Comportement sexuel envers les autres (agressivité).

Autres -----

### **OBSESSIONS DE COLLECTION, D'ACCUMULATION**

À distinguer des collections et attrait pour les objets ayant une valeur sentimentale ou monétaire.

Préoccupation excessive liée à la saleté ou aux microbes.

### **OBSESSIONS RELIGIEUSES**

Préoccupation liée aux sacrilèges ou aux blasphèmes. Préoccupation excessive liée au bien/mal, ou à la moralité. Autres -----

### **OBSESSIONS DE SYMETRIE, D'EXACTITUDE, D'ORDRE**

Accompagnées d'une pensée magique (par exemple, préoccupé à l'idée que sa mère puisse avoir un accident si les choses ne sont pas rangées à leur place).

Non accompagnées d'une pensée magique.

### **OBSESSIONS DIVERSES**

Besoin de savoir ou de se souvenir. Peur de dire certaines choses. Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut. Peur de perdre des choses. Images parasites (neutres). Sons, mots ou musiques parasites et dénués de sens. Gêné par certains sons/bruits \*.

Nombres qui portent bonheur ou malheur. Attribution de significations spéciales aux couleurs. Peurs superstitieuses. Autres -----

### **OBSESSIONS COMPULSIONS SOMATIQUES**

Préoccupation liée aux maladies \*.

Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou à son apparence (par exemple, dysmorphophobie) \*.

Autres -----

### **COMPULSIONS DE LAVAGE / NETTOYAGE**

Lavage des mains ritualisé ou excessif.

Soins corporels ritualisés ou excessifs (douche, bain, brossage des dents).

Nettoyage d'objets appartenant à la maison ou non.

Autres mesures pour éviter ou supprimer le contact avec des éléments contaminants.

Autres -----

### **COMPULSIONS DE VERIFICATION**

Vérifier les portes, les serrures, la cuisinière, les appareils ménagers, le frein à main dans la voiture, etc.

Vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres. Vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi-même. Vérifier que rien de catastrophique n'est / ne va arrivé(er). Vérifier l'absence d'erreur.

Vérifications en rapport avec les obsessions somatiques. Autres vérifications -----

### **RITUELS DE REPETITION**

Re-lecture ou ré-écriture.

Répétition d'activités routinières (par exemple, sortir / entrer, se lever / s'asseoir, etc.).

Autres -----

### **COMPULSIONS AYANT POUR THEME LE FAIT DE COMPTE**

### **COMPULSIONS D'ORDRE / DE RANGEMENT**

### **COMPULSIONS DE COLLECTION**

A distinguer des collections et de l'intérêt pour les objets de valeur sentimentale ou monétaire (par exemple, lire soigneusement du courrier sans valeur, empiler les vieux journaux, trier les ordures, collectionner les objets inutiles).Autres -----  
-----

### **COMPULSIONS DIVERSES**

Rituels mentaux (autres que vérifier ou compter). Besoin excessif de faire des listes. Besoin de dire, de demander, de confesser.

Besoin de toucher, tapoter ou frotter \*.

Rituels impliquant un clignement d'yeux ou un regard fixe \*.

Mesures (non des vérifications) pour éviter : de se faire du mal ----- ; de faire du mal aux autres ----- ; des conséquences catastrophiques -----

Comportements alimentaires ritualisés \*. Comportements superstitieux. Trichotillomanie \*. Autres comportements d'auto-agression ou d'auto-mutilation. Autres -----

*"Je vais vous poser quelques questions sur vos obsessions".*

(Veuillez faire référence aux obsessions-cibles du patient.) Noter les scores sur la feuille récapitulative.

## **1 Durée des pensées obsédantes** "*Combien de temps durent les pensées obsédantes?*"

Lorsque les obsessions surviennent d'une manière intrusive, brève et intermittente, il est parfois impossible d'évaluer leur durée en termes d'heures. Dans ce cas, estimez la durée en fonction de la fréquence de leur survenue. Prenez aussi bien en considération la fréquence de la survenue de la pensée, que le nombre d'heures dans la journée qui sont affectées par cette pensée. Demandez :

*"Combien de fois la pensée obsédante arrive-t-elle?"*

Assurez-vous d'exclure les ruminations et les préoccupations qui, contrairement aux obsessions, sont ego- syntoniques et rationnelles (mais exagérées).

**0** = Nulle

**1** = Légère (moins d'1 heure par jour) ou survenue occasionnelle (pas plus de 8 fois par jour)

**2** = Moyenne (1 à 3 heures par jour) ou survenue fréquente (plus de 8 fois par jour, mais la journée se passe la plus grande partie du temps sans obsession)

**3** = Importante (plus de 3 heures par jour, jusqu'à 8 heures par jour) ou survenue très fréquente (plus de 8 fois par jour et occupant une très grande partie de la journée)

**4** = Extrêmement importante (supérieure à 8 heures par jour, ou envahissement pratiquement constant) ; pensées tellement nombreuses que l'on ne peut les compter et il est très rare de passer 1 heure dans la journée sans que plusieurs pensées ne surviennent

## **2 Gêne liée aux pensées obsédantes**

*"Dans quelle mesure vos pensées obsédantes vous gênent-elles dans votre vie sociale ou professionnelle? Y a-t-il des choses qu'il vous est impossible de faire à cause de ces pensées obsédantes?"*

(Si actuellement le patient ne travaille pas, essayez d'évaluer de combien sa performance serait amoindrie s'il travaillait.)

**0** = Nulle

**1** = Légère, faible gêne dans les activités sociales ou professionnelles mais l'efficacité globale du patient n'est pas altérée.

**2** = Moyenne, nette gêne dans les activités sociales et professionnelles mais le patient peut encore faire face.

**3** = Importante, cause une altération réelle des activités sociales et professionnelles du patient.

**4** = Extrêmement importante: gêne invalidante.

### **3 Angoisse associée aux pensées obsédantes**

*"Quel niveau d'angoisse ces pensées obsédantes créent-elles en vous ?"*

(Dans la plupart des cas, l'angoisse est synonyme d'anxiété. Cependant, des patients peuvent trouver leurs obsessions "gênantes" mais dénier "l'anxiété". Ne cotez ici que l'anxiété qui semble déclenchée par les obsessions et non pas l'anxiété généralisée ou l'anxiété liée à d'autres symptômes.)

**0** = Nulle

**1** = Légère, rare et très peu gênante

**2** = Moyenne, fréquente et gênante, mais que le patient gère encore assez bien.

**3** = Importante, très fréquente et très gênante

**4** = Extrêmement importante, pratiquement constante et d'une gêne invalidante.

### **4 Résistance aux pensées obsédantes**

*"Quel effort fournissez-vous pour résister aux pensées obsédantes? Essayez-vous souvent de détourner votre attention de ces pensées quand elles vous viennent à l'esprit ?"*

(N'évaluez ici que l'effort fourni par le patient pour résister, pas le succès ou l'échec, dans le contrôle effectif des obsessions.) L'effort fourni par un patient pour résister à ses pensées obsédantes peut ou non correspondre à sa capacité à les contrôler. Cet item n'est pas une mesure directe de la teneur des pensées qui surviennent, il mesure plutôt la manifestation de quelque chose de sain, à savoir l'effort fourni par le patient pour contrecarrer les obsessions. Ainsi, plus un patient essaie de résister, moins cet aspect de son fonctionnement paraîtra altéré.

**0** = Fait l'effort de toujours résister, ou symptômes si minimes qu'ils ne nécessitent pas qu'on leur résiste.

**1** = Essaie de résister la plupart du temps.

**2** = Fait quelque effort pour résister.

**3** = Cède à toutes les obsessions, sans essayer de les contrôler, mais est quelque peu contrarié de ne pouvoir mieux faire.

**4** = Cède volontiers et totalement à toutes les obsessions

### **5 Degré de contrôle sur les pensées obsédantes**

*"Quel contrôle exercez-vous sur vos pensées obsédantes ? Dans quelle mesure arrivez-vous à stopper ou à détourner vos pensées obsédantes ?"*

(Contrairement à l'item précédent sur la résistance, la capacité du patient à contrôler ses obsessions est plus directement reliée à l'importance des pensées qui surviennent.)

**0** = Contrôle total.

**1** = Beaucoup de contrôle ; généralement capable de stopper ou de détourner les obsessions avec quelques efforts et de la concentration.

**2** = Contrôle moyen, peut de temps en temps arriver à stopper ou à détourner ses obsessions.

**3** = Peu de contrôle, arrive rarement à stopper ses obsessions, peut seulement détourner son attention avec difficulté.

**4** = Pas de contrôle, semble totalement dépourvu de volonté, rarement capable de détourner son attention de ses obsessions, même momentanément.

*"Les questions qui suivent concernent vos comportements compulsifs."*

(Veuillez faire référence aux compulsions-cibles du patient.)

## **6 Durée des rituels**

*"Combien de temps passez-vous à faire des rituels?"* Lorsque ce sont des rituels incluant des activités concernant la vie de tous les jours qui sont principalement présents, demandez:

*"Combien de temps vous faut-il de plus qu'à la majorité des gens pour accomplir les activités quotidiennes, du fait de vos rituels ?"*

Lorsque les compulsions se présentent comme des comportements brefs, intermittents, il peut paraître impossible d'évaluer le temps passé à les émettre en termes d'heures. Dans ce cas, estimez la durée en déterminant la fréquence de leur émission. Considérer aussi bien le nombre de fois où les compulsions sont émises que le nombre d'heures par jour parasitées par ces compulsions. Notez le nombre de fois où le comportement compulsif apparaît, et non pas les répétitions ; par exemple, un patient qui va dans la salle de bains 20 fois par jour, à différents moments de la journée pour se laver les mains 5 fois de suite très rapidement, émet des rituels 20 fois par jour, pas 5 fois, ni 100 fois (20 x 5). Demandez :

*"Quelle est la fréquence de vos rituels ?"*

Dans la plupart des cas, les rituels sont des comportements observables (par exemple, lavage des mains), mais il y a des cas où les compulsions ne sont pas observables (par exemple, des vérifications mentales).

**0** = Nulle

**1** = Légère (passe moins d'1 heure à faire des rituels ou émission occasionnelle de conduites ritualisées pas plus de 8 fois par jour)

**2** = Moyenne (passe de 1 heure à 3 heures par jour à faire des rituels), ou apparition fréquente des conduites ritualisées (plus de 8 fois par jour, mais le temps, en majorité, n'est pas envahi par les compulsions).

**3** = Importante (passe plus de 3 heures et jusqu'à 8 heures par jour à faire des rituels) ou apparition très fréquente des conduites ritualisées (plus de 8 fois par jour, la plupart du temps est pris par les compulsions).

**4** = Extrêmement importante (passe plus de 8 heures par jour à faire des rituels) ou présence pratiquement constante de conduites ritualisées (trop importantes pour être dénombrées ; une heure se passe rarement sans qu'apparaissent plusieurs compulsions).

### **7 Gêne liée aux rituels**

*"Dans quelle mesure les rituels vous gênent-ils dans votre vie sociale ou professionnelle? Y a-t-il des choses qu'il vous est impossible de faire à cause de vos rituels ?"*

(Si actuellement le patient ne travaille pas, essayer d'évaluer de combien sa performance serait amoindrie s'il tenait son emploi.)

**0** = Nulle

**1** = Légère, faible gêne dans les activités sociales ou professionnelles, mais l'efficacité globale du patient n'est pas altérée.

**2** = Moyenne, nette gêne dans les activités sociales ou professionnelles, mais le patient peut faire face.

**3** = Importante, cause une altération réelle des activités sociales ou professionnelles du patient.

**4** = Extrêmement importante, gêne invalidante.

### **8 Angoisse associée aux rituels**

*"Comment vous sentiriez-vous si l'on vous empêchait de faire votre (vos) rituel(s) ?"  
(pause) "Seriez-vous très anxieux ?"*

Évaluez le degré d'angoisse du patient si l'exécution du rituel était soudainement interrompue, sans réassurance en contre-partie. Dans la plupart des cas, mais pas dans tous, le fait de ritualiser réduit l'anxiété. Si, d'après le jugement de l'évaluateur,

l'anxiété est effectivement réduite quand on empêche le patient de faire ses rituels comme décrit ci-dessus, alors demandez: *"Donnez-vous un indice de votre anxiété, pendant que vous faites les rituels jusqu'au moment où, satisfait, vous cessez."*

**0** = Nulle

**1** = Légère, seulement légèrement anxieux si on l'empêche de ritualiser ou seulement une légère anxiété pendant l'accomplissement des rituels.

**2** = Moyenne, dit que l'angoisse monterait mais resterait contrôlable si on l'empêchait de ritualiser, ou que l'anxiété augmente mais reste contrôlée pendant qu'il accomplit ses rituels.

**3** = Importante, augmentation très nette et très éprouvante de l'anxiété si les rituels sont interrompus ou augmentation très nette ou très éprouvante de l'anxiété pendant l'accomplissement des rituels.

**4** = Extrêmement importante, anxiété invalidante dès qu'une intervention vise à modifier l'activité ritualisée ou anxiété invalidante pendant l'accomplissement des rituels.

## **9 Résistance aux compulsions**

*"Quel effort fournissez-vous pour résister aux compulsions ?"*

N'évaluez ici que l'effort fourni pour résister, pas le succès ou l'échec dans le contrôle effectif des rituels. L'effort du patient pour résister à ses rituels peut ou non correspondre à sa capacité à les contrôler. Cet item n'est pas une mesure directe de gravité des rituels, il évalue plutôt la manifestation de quelque chose de sain, à savoir l'effort fourni par le patient pour contrecarrer les rituels. Ainsi, plus le patient essaie de résister, moins cet aspect de son fonctionnement paraîtra altéré. Si les rituels sont très réduits, le patient peut très bien ne pas éprouver le besoin de leur résister. Dans ces cas, on donnera la cote 0.

**0** = Fait l'effort de toujours résister, ou symptômes si minimes qu'ils ne nécessitent pas qu'on leur résiste.

**1** = Essaie de résister la plupart du temps.

**2** = Fait quelque effort pour résister.

**3** = Cède à tous les rituels, sans essayer de les contrôler, mais est quelque peu contrarié de ne pouvoir mieux faire.

**4** = Cède volontiers et totalement à tous les rituels.

## **10 Degré de contrôle sur les rituels**

*"Quelle est l'intensité de la pulsion qui vous oblige à ritualiser?" (Pause.) "Quel contrôle pouvez-vous exercer sur les rituels?"*

(Contrairement à l'item précédent sur la résistance, la capacité du patient à contrôler ses compulsions est plus directement reliée à l'importance des compulsions.)

**0** = Contrôle total.

**1** = Beaucoup de contrôle. Ressent une certaine obligation à accomplir les rituels, mais peut généralement exercer un contrôle volontaire sur cette pression.

**2** = Contrôle moyen, forte obligation à accomplir les rituels, peut la contrôler, mais avec difficulté.

**3** = Peu de contrôle. Très forte obligation à accomplir des rituels. Doit aller jusqu'au bout de l'activité ritualisée, ne peut différer qu'avec difficulté.

**4** = Aucun contrôle, l'obligation à accomplir les rituels est vécue comme complètement involontaire et irrésistible, ne peut que rarement différer même momentanément l'activité.

« \* » : Symptômes pouvant être ou ne pas être des symptômes du TOC.

## Annexe 3: Autoquestionnaire RIBAQ-R

### **RIBAQ-R AUTOQUESTIONNAIRE**

Responsibility and interpersonal behaviors and attitudes questionnaire

Date: ...../ ...../.....

**2 premières lettres du nom:  
première lettre du prénom:**

*Pouvez-vous coder à côté de chaque phrase:*

*- 0: si cela n'est pas le cas*

*- 1 si la phrase s'applique légèrement à vous*

*-2 si la phrase s'applique pour une grande part à vous*

*-4 si la phrase s'applique complètement à vous*

#### **Inquiétude excessive et responsabilité**

Pour sauver la vie d'un parent, je ferai don d'organe. ....

J'ai peur de ne pas être jugé comme un homme attaché à sa famille. ....

J'ai peur que les personnes au travail pensent que je ne suis pas fiable à 100%.  
.....

Quand il y a du tonnerre et des éclairs dehors, je suis inquiet que quelqu'un puisse être blessé. ....

Je m'accuse (m'en veux) de ne pas m'occuper plus de ma famille. ....

C'est très important pour moi que mes amis pensent du bien de moi. ....

Beaucoup de mes amis sous-estiment le risque d'une attaque terroriste ou d'un désastre. ....

Le sort des personnes enlevées me touche profondément. ....

Je souffre d'une conscience rigoureuse envers ma famille. ....

Ma famille pense que je vois trop de dangers et que j'ai tendance à voir tout en noir.  
.....

Je pense souvent à la possibilité d'avoir fait du tort à une personne dans le passé.  
.....

Je m'inquiète souvent de la possibilité qu'un malheur puisse arriver à un membre de ma famille. ....

J'ai beaucoup de compassion pour les victimes d'actes terroristes. ....

Je me sens coupable de ne pas donner plus de temps aux bonnes œuvres. ....

J'ai des principes et ne peux excuser même des petites fautes. ....

Je me sens coupable d'avoir été un fardeau pour mes parents. ....

Quand on attaque une personne, j'interviens immédiatement .....

MOYENNE DE LA  
COLONNE:.....

### Agression latente/conduite calculatrice

J'ai moins de principes que je ne le prétends. ....

Il m'arrive de ressentir de la haine pour ceux que je devrais aimer. ....

Quand j'aide les autres, je ne m'attends pas à beaucoup de gratitude en retour. (non)  
..... *coter cet item à l'envers : 0 si s'applique complètement, 1 si cela s'applique pour une grande part à vous, 2 si cela s'applique légèrement à vous, 4 si cela ne s'applique pas à vous*

Dans une certaine mesure, je suis gentil avec mes amis car j'aurais besoin d'eux plus tard. ....

Parfois, j'aimerais faire du mal à des étrangers dans la rue. ....

Je me sens mal quand je n'ai pas appelé un ami alors que j'avais promis de le faire. (non)  
..... *coter cet item à l'envers : 0 si s'applique complètement, 1 si cela s'applique pour une grande part à vous, 2 si cela s'applique légèrement à vous, 4 si cela ne s'applique pas à vous*

Quand un petit malheur arrive à des amis/membres de la famille, je ressens du plaisir  
.....

Je suis là pour ceux que je connais. J'attends la réciprocité de leur part. ....

Je suis souvent un peu amusé/content du malheur qui arrive à des gens que je ne connais pas. ....

MOYENNE DE LA COLONNE: .....

### Suspicion/méfiance

Je préfère prendre le fardeau de la responsabilité moi-même car je ne peux pas compter sur mes amis. ....

Vous ne pouvez compter que sur vous-même. ....

J'ai des amis en qui j'ai une confiance absolue.(non) ..... *coter cet item à l'envers : 0 si s'applique complètement, 1 si cela s'applique pour une grande part à vous, 2 si cela s'applique légèrement à vous, 4 si cela ne s'applique pas à vous*

Je n'ai pas une grande envie de connaître d'autres personnes. ....

Je ne peux même pas avoir confiance en ma famille. ....

Je suis, d'abord, suspicieux des étrangers avant de mieux les connaître. ....

MOYENNE DE LA COLONNE: .....

**MOYENNE TOTALE:** .....

## **Annexe 4: Echelle de dépression de Beck (BDI-13)**

### Echelle de Beck (BDI-13 : Beck Depression Inventory)

#### A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

#### B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

#### C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

#### D

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

#### E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

#### F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même

2 Je me dégoûte moi-même

3 Je me hais

## G

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

## H

0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens

1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois

2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux

3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

## I

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume

1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision

2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions

3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

## J

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux

2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux

3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

## K

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose

2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

## L

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude

1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude

2 Faire quoi que ce soit me fatigue

3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Cotation:

0 à 3: pas de dépression

4 à 7: dépression légère

8 à 15: dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus: dépression sévère

## **Annexe 5: SCID II**

### **SCID 2** **HÉTÉROQUESTIONNAIRE TROUBLE DE PERSONNALITÉ** **OBSESSIONNELLE**

Date:...../...../.....

2 premières lettres du nom:.....

Première lettre du prénom:.....

Un modèle diffus de préoccupation vis à vis de l'ordre, et du contrôle de l'esprit et des relations interpersonnelles, de la perfection au dépend de la souplesse et de l'ouverture aux autres, et de l'efficacité, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans **au moins quatre des cas suivants:**

**1- Vous avez dit que vous êtes (Etes- vous) le genre de personne à vous arrêter sur des détails, le rangement et l'organisation, ou qui aime faire des listes et des programmes.**

**Donnez-moi des exemples.**

**OUI / NON**

**(OUI = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.)**

Etes-vous parfois tellement pris dans ce que vous faites (exemples) que vous perdez de vue ce que vous essayer de réaliser.

(Est-ce que cela arrive souvent?)

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: souci du détail, des règles, des listes, de l'ordre, de l'organisation, ou des programmes à tel point qu'il (elle) perd de vue les éléments les plus importants de l'action.)*

**2- Vous avez dit que vous avez (Avez- vous) des difficultés à terminer un travail tant vous passez de temps à faire en sorte que les choses soient parfaites.**

**Donnez-moi des exemples. (Cela arrive-t-il souvent?)**

**OUI / NON**

**(OUI = plusieurs exemples de tâches inachevées ou reportées plus tard de façon importante à cause de cet esprit perfectionniste)**

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: perfectionnement qui s'interpose dans l'accomplissement d'une tâche (par exemple : incapacité à accomplir un projet parce que le modèle qu'il (elle) s'est fixé(e) est trop parfait pour être atteint).*

**3-Vous avez dit que vous considérez ou d'autres personnes considèrent (Considérez-vous ou d'autres personnes considèrent-elles) que vous consacrez tellement de temps à votre travail (ou à l'école) qu'il ne vous reste plus de temps libre pour d'autres personnes ou juste pour prendre du plaisir.**

**Parlez-moi de cela.**

**OUI / NON**

(Combien de temps avez-vous gardé pour faire d'autres choses ? Etes-vous comme cela d'habitude ?)

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: un temps excessif consacré au travail et à la productivité à l'exclusion des activités de loisirs ou aux amis (pas justifié par des nécessités économiques).*

*(Remarque: ni justifié par des exigences de travail temporaire).*

**4- Vous avez dit que vous avez (Avez- vous) de très hautes idées sur ce qui est bien et ce qui est mal.**

**Donnez-moi des exemples de vos très hautes idées.**

**OUI / NON**

**(OUI = plusieurs exemples où il (elle) adhère ou fait adhérer les autres à des valeurs morales strictes.)**

(Suivez-vous le règlement au pied de la lettre, peu importe de quoi il s'agit?)

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: hyperconscientieux(se), scrupuleux(se), et inflexible en ce qui concerne des problèmes de moralité, d'éthique ou de valeurs morales (qui ne correspondent pas à une identité culturelle ou religieuse).*

**5-Vous avez dit que vous avez (Avez- vous) du mal à jeter les choses parce qu'elles pourraient servir un jour.**

**Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapable de jeter.**

**OUI / NON**

**(OUI = il en résulte qu'il vit dans le désordre)**

(Quel est le niveau d'encombrement chez vous, dû au fait que vous ne jetez pas les choses?)

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: incapacité à se faire défaire d'objets usés ou inutiles même lorsqu'ils n'ont pas de valeur sentimentale.)*

**6- Vous avez dit qu'il est (Est-il difficile pour vous de laisser les autres vous aider, à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le désirez.**

**Parlez-moi de cela.**

**OUI / NON**

**(OUI : reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.)**

(Ceci arrive-t-il souvent ?) (Est-ce que vous ne finissez pas souvent par faire les choses vous-même pour être sûr(e) qu'elles soient faites correctement ?)

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: peu enclin à déléguer des tâches ou à travailler avec les autres à moins de les astreindre à faire les choses à sa façon.)*

**7- Vous avez dit qu'il vous est (Vous est- il) difficile de faire des dépenses pour vous et pour les autres mêmes lorsque vous avez les moyens.**

**OUI / NON**

**(OUI: reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.**

Pourquoi? (Est-ce parce que vous êtes inquiet(e) d'en manquer plus tard quand vous en aurez vraiment besoin ?)

Parlez-moi des choses pour lesquelles vous n'avez pas dépensé d'argent par ce que vous deviez économiser pour plus tard

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: se comporte de façon pingre pour lui et les autres; l'argent perçu est comme quelque chose à accumuler en prévision de catastrophes à venir.*

**8- Vous avez dit que vous êtes (Etes- vous souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance.**

**Parlez-moi de cela.**

**OUI / NON**

**(OUI : reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes le lui en ont parlé.)**

Vous avez dit que des personnes vous ont (des personnes vous ont-elles) déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide

*(Critères du trouble de personnalité obsessionnelle: rigide et têtu(e))*

**NOMBRE TOTAL D'ITEMS CÔTÉS "OUI": .....**

## **Annexe 6: OCI-R**

Les énoncés suivants se rapportent à des expériences que de nombreuses personnes vivent dans leur quotidien. Entourez les chiffres qui décrivent le mieux **à quel point** l'expérience vous a **peiné ou dérangé durant le mois dernier**.

**0: Pas du tout**

**1: Un peu**

**2: Modérément**

**3: Beaucoup**

**4: Extrêmement**

1. J'ai conservé tellement de choses qu'elles bloquent le passage.
2. Je vérifie les choses plus souvent que nécessaire.
3. Je suis contrarié si les objets ne sont pas rangés correctement.
4. Je me sens obligé de compter pendant que je fais des choses.
5. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes.
6. J'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées.
7. J'accumule des choses dont je n'ai pas besoin.
8. Je vérifie de manière répétée les portes, les fenêtres, les tiroirs, etc.
9. Je suis contrarié si les autres changent la manière dont j'ai rangé les choses.
10. Je sens que je dois répéter certains chiffres.
11. Je dois parfois me laver ou me nettoyer, simplement parce que je me sens contaminé.
12. Je suis contrarié par des pensées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté.
13. J'évite de jeter les choses parce que je crains d'en avoir besoin plus tard.
14. Je vérifie de manière répétée les robinets de gaz et d'eau ainsi que les interrupteurs après les avoir éteints.

15. J'ai besoin que les choses soient rangées dans un ordre particulier.
16. Je sens qu'il y a de bons et de mauvais chiffres.
17. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.
18. J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser.

# Serment d'Hippocrate

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **RÉSUMÉ**

### ***Introduction***

Les TOC sont une pathologie fréquente et invalidante, pouvant ou non être accompagnés d'un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive (POC) comorbide. L'ambivalence interpersonnelle (AIP) et l'agressivité latente (AgL) sont des concepts psychanalytiques tenant une place importante dans la compréhension des TOC. Notre hypothèse principale est que l'AgL, faisant partie de l'AIP, serait plus importante lorsqu'une POC est présente.

### ***Méthodes***

27 patients présentant des TOC ont été inclus, entre le 15 octobre 2015 et le 9 mars 2016, dans notre étude clinique, ouverte, descriptive, et comparative. Nous avons comparé l'AgL, à l'aide de l'autoquestionnaire le RIBAQ-R, entre deux groupes: un groupe A présentant une POC et un groupe B n'ayant pas de POC. La sévérité des troubles a été évaluée à l'aide de la Y-BOCS, mais aussi de l'OCI-R pour la sévérité des dimensions cliniques du TOC. Un ajustement sur la dépression a été réalisé.

### ***Résultats***

Le score d'AgL tendait à être supérieur dans le groupe A comparativement au groupe B (0,999 vs 0,718;  $p=0,056$ ). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour les autres sous-scores de la RIBAQ-R. Ces résultats n'ont pas été modifiés après ajustement sur la dépression. Cependant, la RIBAQ-agression apparaît comme étant liée de façon significative à la POC lorsque nous ajustons sur l'OCI rangement ( $p=0,045$ ). L'âge de début des troubles et le niveau d'éducation étaient significativement et respectivement plus faible (12,08 vs 21,13 ans) et supérieur dans le groupe A comparativement au groupe B ( $p$  respectivement à 0,019 et 0,003).

### ***Discussion***

Les résultats de notre objectif principal se sont approchés du seuil de significativité, avec une AgL tendant à être supérieure dans le groupe avec POC. Ce résultat va dans le sens de notre hypothèse: l'AgL aurait une grande place dans la clinique du TOC, semblant d'autant plus importante lorsqu'une POC est présente. De plus, l'AgL serait plus importante chez les patients présentant une POC comparativement à ceux n'en présentant pas lorsque la dimension clinique rangement est prise en compte.

Les troubles débuteraient plus jeune lorsqu'une POC est présente. Ce résultat est concordant avec la théorie psychanalytique freudienne selon laquelle la névrose obsessionnelle débiterait le plus souvent dans l'enfance. Les patients présentant une POC étaient significativement plus nombreux à avoir fait des études universitaires. Ceci est concordant avec la symptomatologie de la POC.

**Mots clés:** TOC, personnalité obsessionnelle-compulsive, agressivité latente, ambivalence interpersonnelle

## **ABSTRACT**

### ***Introduction***

OCD is a frequent and disabling pathology that can be associated with a comorbid obsessive-compulsive personality disorder (OCPD). Interpersonal ambivalence (AIP) and latent aggression (AgL) are psychoanalytical concepts which play an important part in the understanding of OCD. Our main hypothesis is that AgL, a part of AIP, could be more serious if there is an OCPD.

### ***Methodology***

From 15th October 2015 to 9th March 2016, 27 patients, with OCD symptoms, took part in our open, descriptive and comparative clinical study. With the help of a RIBAQ-R self-questionnaire, we compared the AgL of the two groups: group A with an OCPD and group B without. The severity of the disorders was evaluated not only with the help of Y-BOCS, but also with that of OCI-R for the severity of the clinical extent of the OCD. An adjustment on the depression was carried out.

### ***Results***

The AgL score seemed to be higher in group A when compared to group B (0,999 vs 0,718;  $p=0,056$ ). We did not find a significant difference for the other under-scores of the RIBAQ-R. The results were not altered after the depression adjustment. However, the RIBAQ-aggression seemed to be linked significantly to an OCPD when it is adjusted to the OCI ordering ( $p=0,045$ ). The age at which the disorder began and the level of education were respectively and significantly lower (12,08 vs 21,13 years old) and higher in group A when compared to those of group B ( $p$  being respectively 0,019 and 0,003).

### ***Discussion***

The results of our main objective came close to the significance threshold, with an AgL seeming to be superior in the group having an OCPD. In so far as this result tends to confirm our hypothesis, i.e., that AgL could play an important part in the symptoms of OCD, even more so when an OCPD is present. Moreover, AgL is more important in patients showing signs of an OCPD compared to those without, when the clinical dimension ordering is taken into account.

The disorders appear at an earlier age when an OCPD is present. This result matches the Freudian psychoanalytical theory that obsessional neurosis begins more often than not in childhood. A greater number of patients with OCD symptoms had a higher education level. This result agrees with the OCPD symptomatology.

**Keywords:** OCD, obsessive-compulsive personality disorder, latent aggression, interpersonal ambivalence