

Névrose obsessionnelle

Trouble obsessionnel-compulsif

Docteur Philippe Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
Centre Hospitalier du Pays d'Arles

Une question existentielle



Note introductive

- La névrose obsessionnelle est une entité clinique isolée par Sigmund Freud grâce à son modèle conceptuel de l'appareil psychique
- L'interprétation qui faisait des idées obsédantes l'expression de désirs refoulés a permis à Freud d'identifier comme névrose ce qui jusque-là figurait comme « folie du doute », « phobie du toucher », « obsession », « compulsion », etc.

Note introductive

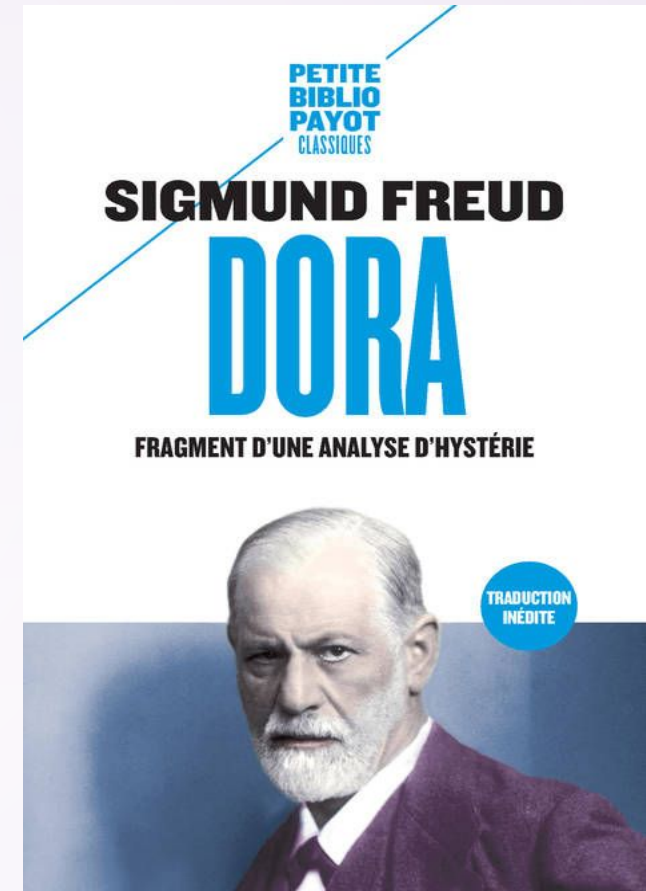
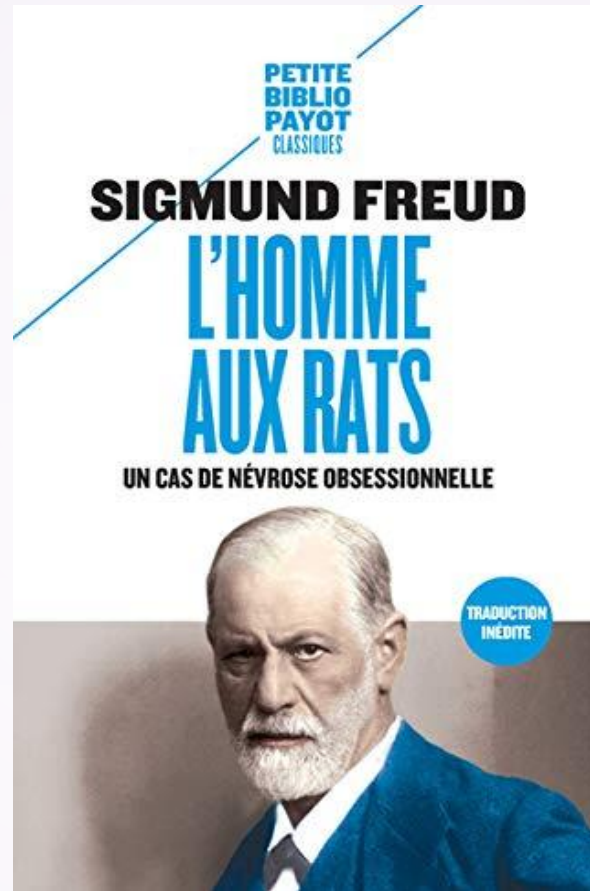
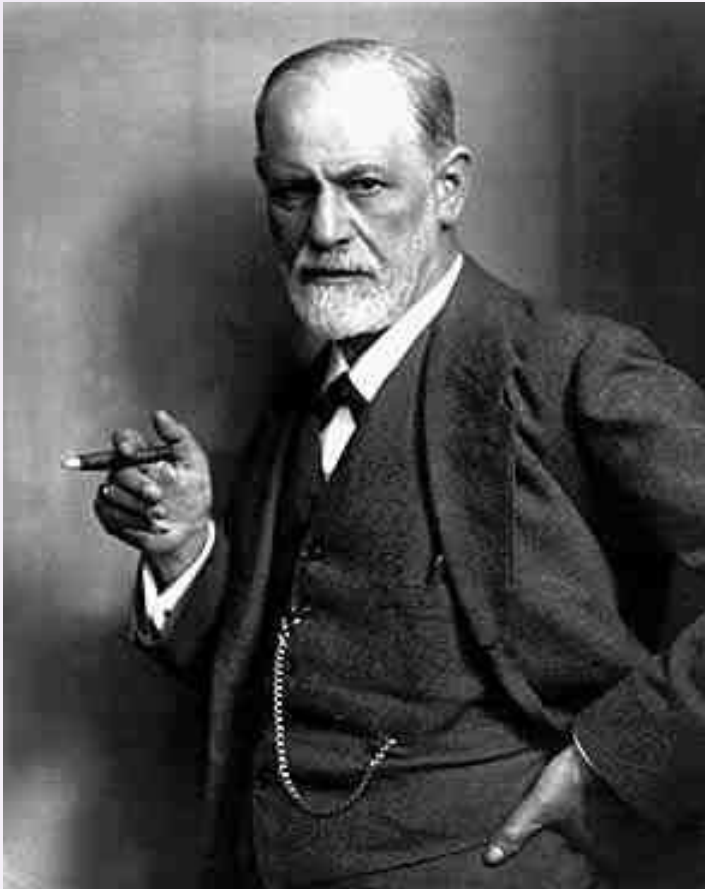


Note introductive

- Le cas *princeps*, publié par Freud en 1909, est celui dit « de l'Homme aux rats » (dans les *Cinq psychanalyses*), il est riche d'un enseignement qui n'est toujours pas à ce jour épuisé
- Sigmund Freud fait remarquer que la *névrose obsessionnelle* devrait nous être plus facile à saisir que l'hystérie parce qu'elle ne comprend pas de « saut dans le somatique », les symptômes obsessionnels sont purement mentaux et pourtant nous restent plus obscurs

Sigmund Freud

Modèle conceptuel de l'appareil psychique



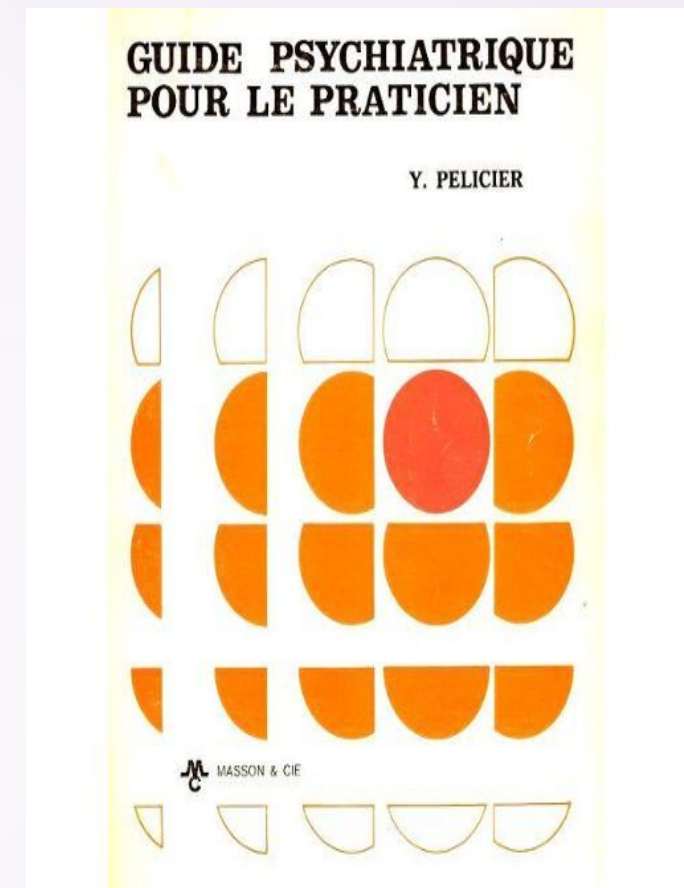
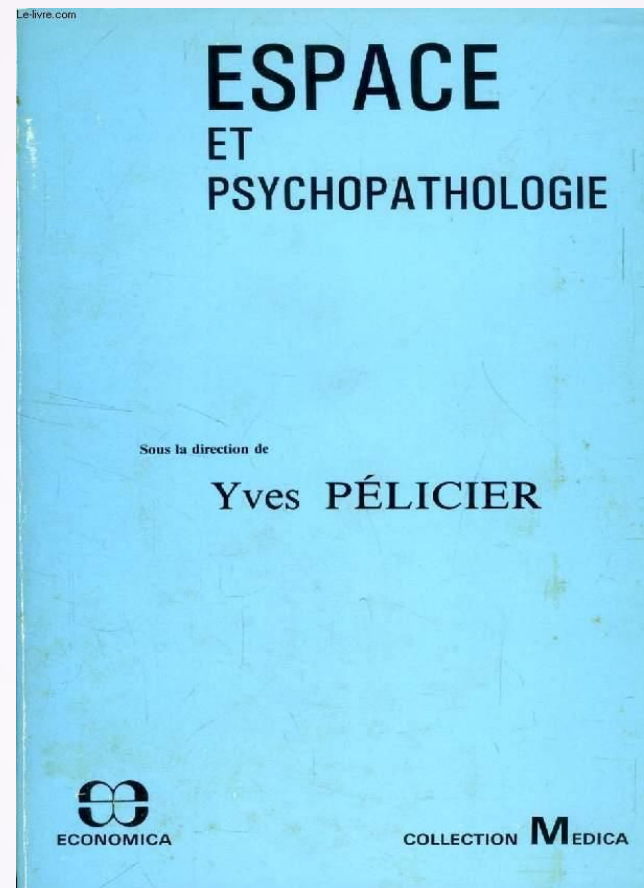
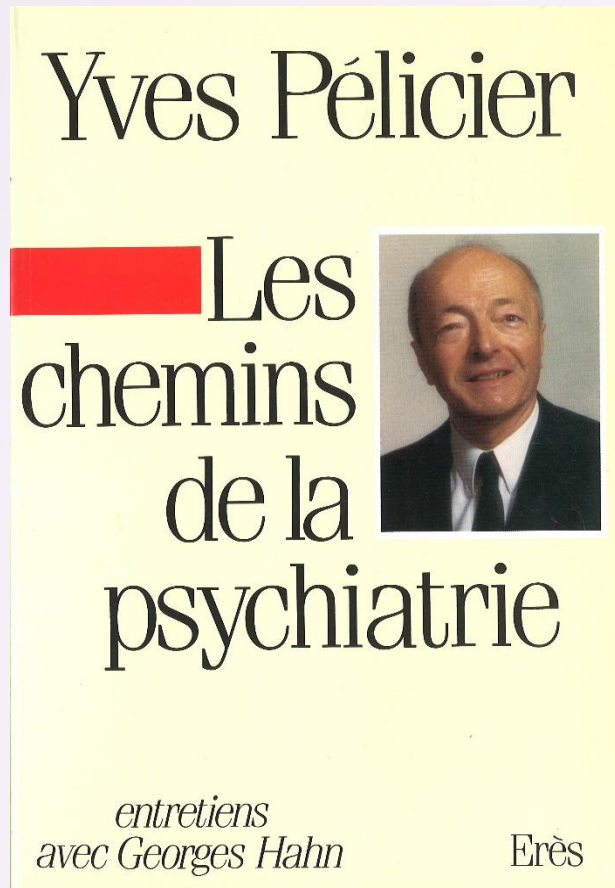
Note introductive

Analyse sémantique

- Le mot *obsession* vient du latin *obsessio* qui signifie « siège » : l'obsession a été longtemps confondue avec la possession ou état de celui qu'un démon obsède
- Pour certains auteurs (Yves Pélicier), la meilleure définition de l'obsession peut être donnée par l'image de la « *pensée prison* » illustrant l'aspect assiégeant des obsessions et l'incapacité du sujet à contrôler l'intrusion de ses pensées

Yves Pélicier

La pensée prison



Note introductive

Analyse sémantique

- L'adjectif *obsidional* est encore utilisé pour désigner ce qui est propre aux sièges ou aux villes assiégées (ex. la fièvre obsidionale est une sorte de psychose collective qui atteint une population assiégée)
- Le terme *obsession* est utilisé en psychiatrie depuis longtemps dans la description de la psychonévrose obsessionnelle (PNO), actuellement appelée troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Note introductive

Analyse sémantique

- Les obsessions désignent des idées, pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, vécues par le sujet, du moins au début, comme une intrusion dans sa conscience (aspect involontaire ou égodystonique) ; elles sont ressenties comme absurdes

Note introductive

Analyse sémantique

- Le sujet reconnaît que les obsessions sont le produit de ses propres pensées et qu'elles ne sont pas imposées de l'extérieur ; dans certains cas, c'est la lenteur obsessionnelle qui domine un tableau clinique dans lequel les compulsions et la lutte anxieuse sont presque absentes

Modèles conceptuels

Névrose obsessionnelle

Modèle psychanalytique

- Les fixations inconscientes de l'obsessionnel se font au niveau anal et sont donc centrées sur le conflit rétention-expulsion
- Les pulsions sadiques-anales tendent à détruire l'objet, le salir, l'expulser ; les formations réactionnelles tendent au contraire à le préserver, le nettoyer et le conserver

Modèle psychanalytique

- Le Surmoi des obsessionnels est tyrannique mais le Moi se défend, outre les formations réactionnelles, par l'annulation rétroactive et l'isolation
- La psychanalyse fournit un modèle très cohérent de la névrose obsessionnelle ; cependant ce modèle irremplaçable donne des résultats thérapeutiques souvent médiocres

Modèle psychanalytique



Modèle neurobiologique

- Un certain nombre de troubles du fonctionnement cérébral ont été incriminés dans l'apparition des névroses obsessionnelles et l'efficacité des antidépresseurs plaide en faveur de cet aspect

Modèle neurobiologique

- L'hypothèse du dysfonctionnement sérotoninergique dans le TOC est solide mais insuffisante, indiquant la participation conjointe d'autres substances neuroactives
- L'application systématique des différentes méthodes d'investigations en neuro-psychophysiologie et en neuro-imagerie ne permet pas actuellement de repérer des anomalies cérébrales spécifiques dans le trouble obsessionnel-compulsif

Modèle neurobiologique

Anomalies cérébrales non spécifiques



Modèle cognitivo-comportementaliste

- Les rituels sont des comportements de vérification ou de prévention qui répon-dent à un stimulus anxiogène ; ils ont pour effet de diminuer l'angoisse
- Après une exposition initiale, la réponse se pérennise par conditionnement

Modèle cognitivo-comportementaliste

- Les obsessions résultent d'un trouble du traitement de l'information : le sujet élabore des croyances personnelles sur ce qui pourrait arriver par sa faute (ces *scenari* pathologiques de catastrophe seraient à l'origine des obsessions)
- Le sujet essaie de maîtriser ce qui pourrait arriver par une pensée automatique qui devient incontrôlable

Etude clinique

Trouble obsessionnel-compulsif

Obsessions idéatives

- **Obsessions idéatives** : ce sont les idées les plus fréquentes, des idées, pensées ou représentations s'imposent comme des interrogations ou des doutes
- **Ces idées sont ruminées interminablement dans un doute** qui n'obtient jamais de réponse satisfaisante : les thèmes les plus fréquents concernent la morale, le bien et le mal, la religion, Dieu et la mort, les actes commis dans le passé (« n'ai-je pas porté tort à quelqu'un, oublié cela ? »)

Obsessions idéatives



Obsessions phobiques

- **Obsessions phobiques** : ce sont des représentations intérieures (d'une situation ou d'un objet) qui s'imposent à la conscience du sujet et provoquent l'angoisse, l'aspect clinique est en principe différent de celui des phobies ordinaires
- **Phobie simple** (situation réelle), **obsession phobique** (pensée de la situation)

Obsessions phobiques

- Les conduites de fuite physique ne sont pas très efficaces pour échapper à l'angoisse ou la contrôler : le sujet se livre en général à une lutte intérieure et un travail intellectuel intenses, mais improductifs

Obsessions phobiques

- Les thèmes les plus fréquents concernent la malpropreté et les microbes, les maladies (nosophobie, forme d'hypocondrie), des situations, avant même que le sujet y soit confronté (rougir en public, être coincé dans un ascenseur)

Obsessions phobiques



Obsessions impulsives

- **Obsessions impulsives ou phobies d'impulsion** sont la crainte de commettre un acte malgré soi : il s'agit toujours d'actes que le sujet trouve absurdes, et qui contrastent avec les motivations habituelles du sujet qui les trouve affreux, scan-daleux, choquants, etc.
- **Les passages à l'acte ne se produisent pratiquement jamais**, et il faut le dire à ces sujets qui redoutent tellement de perdre un jour le contrôle d'eux-mêmes

Obsessions impulsives

- Les thèmes les plus fréquents concernent des actes incongrus ou ridicules, mais sans trace d'humour, blasphématoires ou grossiers, agressifs et violents contre soi-même (se jeter par la fenêtre, phobie d'impulsion suicidaire) ou contre autrui (faire mal à quelqu'un qu'on aime, phobie d'impulsion agressive ou homicide)

Obsessions impulsives



Compulsions

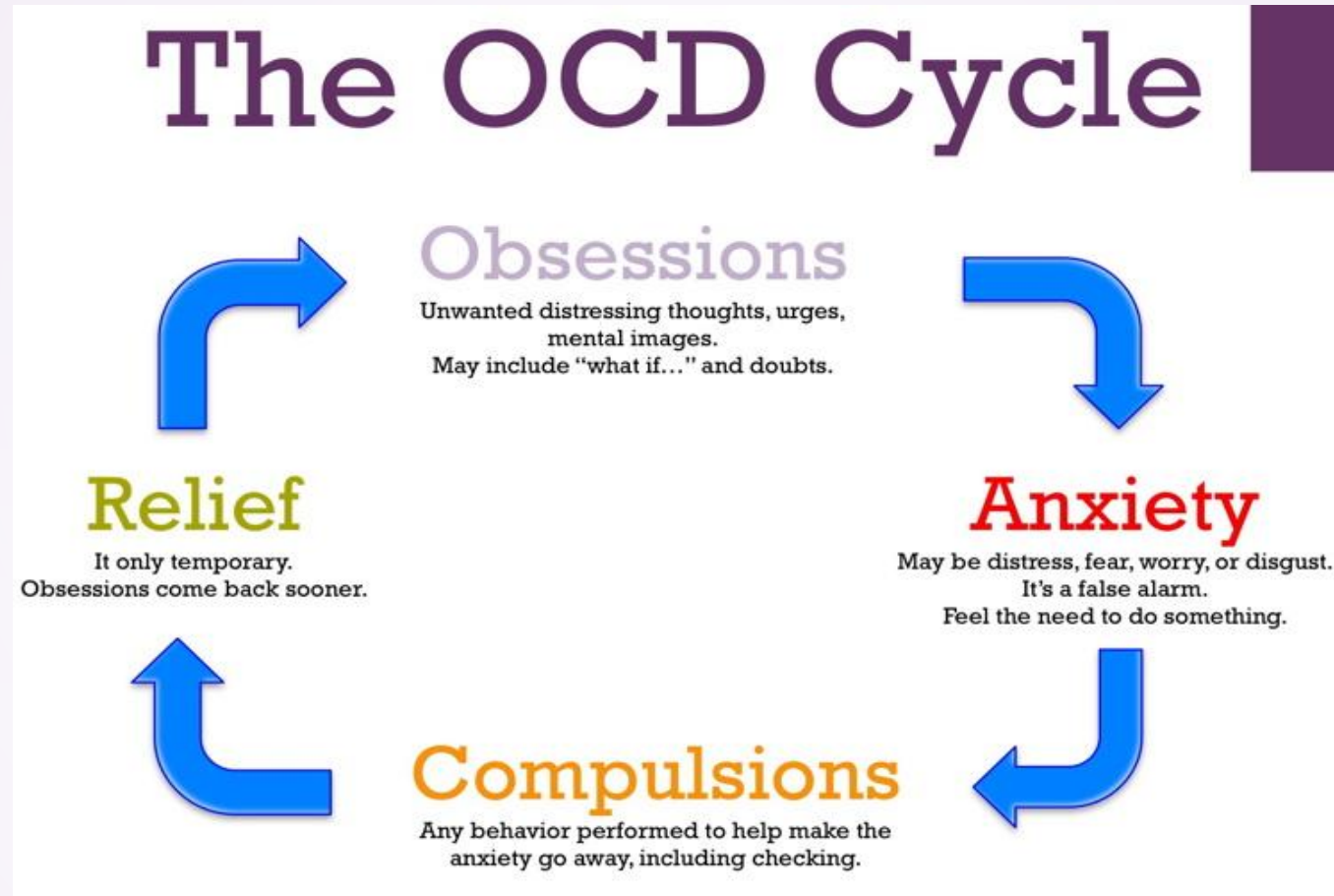
- Les compulsions sont des actes, des comportements que le sujet se sent con-traint d'accomplir en réponse à une obsession, ils sont plus ou moins complexes
- Le sujet considère qu'ils sont absurdes et les accomplir ne procure pas de plaisir, mais soulage l'angoisse : comme les obsessions, ce sont des moyens de défense contre l'angoisse

Compulsions

- Les compulsions simples sont extrêmement banales : comportements supers-titieux (toucher du bois, etc.), compulsions de la vie courante, qui font partie de la vie psychique normale

Compulsions

Le cercle vicieux



Compulsions

- Les rituels sont un ensemble de rites et de règles fixés par le sujet lui-même de façon très rigide et contraignante, ils doivent être exécutés sans changement ni erreur sinon il faut tout recommencer, ce qui peut prendre plusieurs heures...

Compulsions

- Les rituels les plus fréquents concernent des récitations intérieures très discrètes et souvent méconnues de l'entourage : des litanies de mots ou de chiffres que le sujet s'impose de réciter

Compulsions

- Les rituels peuvent concerner des comportements rituels : vérifications, retour en arrière, lavage des mains, activités ménagères, toilette, coucher, habillage
- L'entourage est souvent contraint de respecter l'ordre imposé par l'obsessionnel, qui peut avoir des exigences tyranniques

Formes cliniques

Névrose obsessionnelle

Critères de gravité

- Les formes mineures sont fréquentes mais assez souvent méconnues, le sujet ne s'en plaignant pas
- Les formes graves entraînent beaucoup d'inconvénients : une perte de temps (parfois plusieurs heures par jour) et la gêne du fonctionnement social et/ou professionnel, la souffrance interne du sujet, l'extension des rituels qui peuvent devenir très complexes et envahissants, la rigidité psychique rend difficiles les relations et surtout la relation thérapeutique

Personnalités obsessionnelles

- Il était classique de dire que les névroses obsessionnelles se développaient sur des personnalités particulières mais les études actuelles montrent une relative-ment faible concordance (20% environ)

Personnalités obsessionnelles

- **Personnalité psychasthénique** : difficultés à décider ou choisir (aboulie), senti-ment de n'avoir que des pensées, des émotions et un vécu incomplets (incom-plétude), tendance au doute, aux scrupules

Personnalités obsessionnelles

- **Personnalité obsessionnelle-compulsive** : perfectionnisme et rigidité, expression émotionnelle pauvre, rigidité morale, tendance à la rétention et donc incapacité à donner de soi (affectivement ou matériellement)

Personnalités obsessionnelles

- **Névrose de caractère obsessionnel** comporte peu ou pas de symptômes obses-sionnels-compulsifs, mais les traits du caractère sadique-anal : obstination, méti-culosité, agressivité, avarice, propreté excessive

Evolution clinique

Névrose obsessionnelle

Complication & comorbidité

- Les premiers troubles apparaissent le plus souvent de 15 à 25 ans, la première consultation est la plupart du temps tardive (plus de sept ans en moyenne après le début des troubles), les malades se sentant honteux avec un côté péjoratif à venir consulter un psychiatre (« je suis fou ! »)

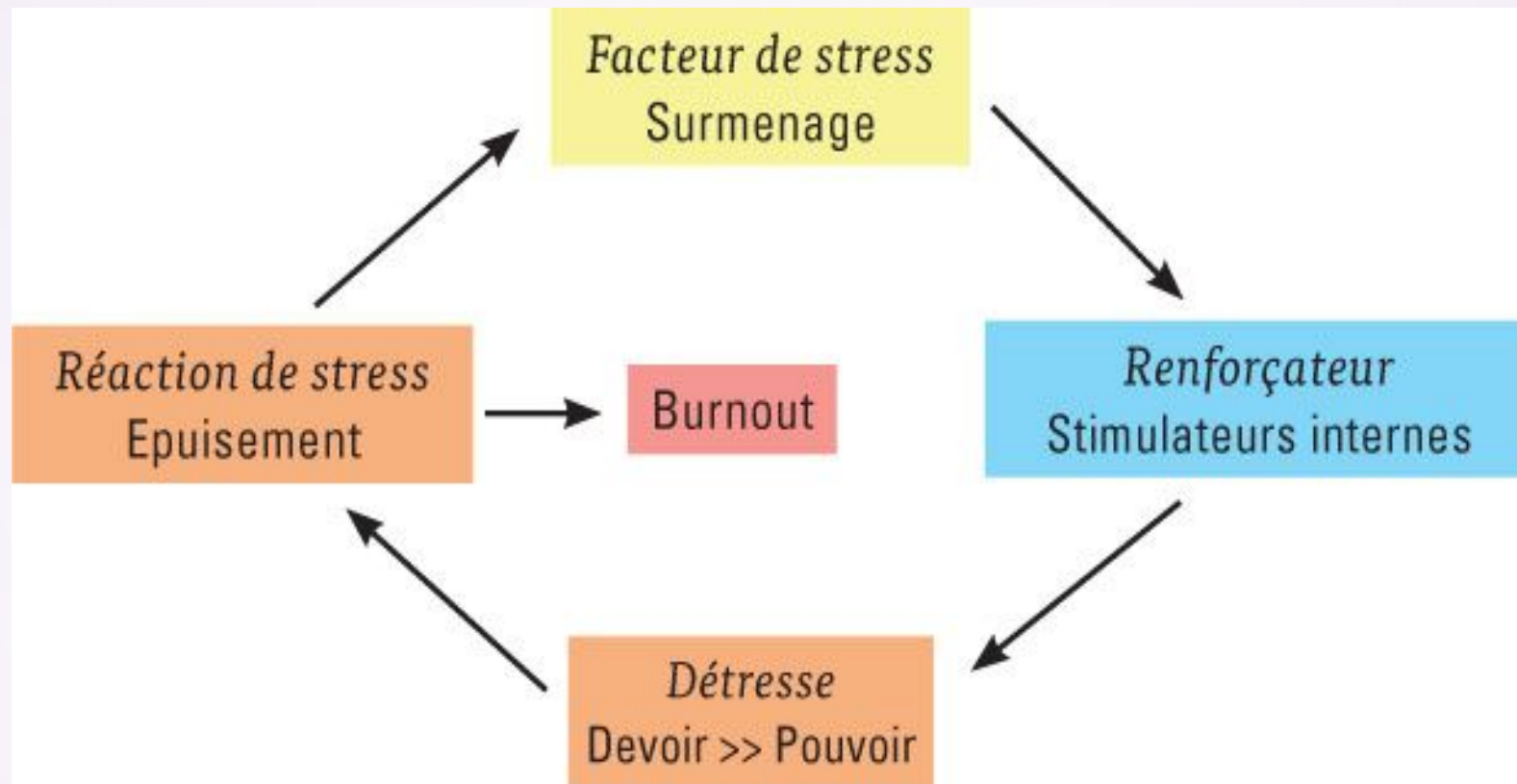
Complication & comorbidité

- Les névroses obsessionnelles évoluent souvent avec des périodes d'accalmie et des moments d'aggravation, une guérison apparente (rémissions prolongées) est possible (meilleur pronostic)
- La dépression est la complication la plus fréquente : 2/3 des TOC décompensent au moins une fois sur un mode dépressif

Complication & comorbidité

- Il faut savoir distinguer l'évolution d'un épisode dépressif des manifestations obsessionnelles pouvant survenir lors d'une dépression primaire
- Il n'existe pas de parallèle quantitatif entre l'intensité de symptômes dépressifs et obsessionnels : après une dépression, les symptômes obsessionnels peuvent s'améliorer, être inchangés ou aggravés

Complication & comorbidité



Complication & comorbidité

- Des épisodes de dépersonnalisation : survenue d'une altération de l'expérience de réalité marquée par le sentiment d'un changement de soi-même et du monde extérieur, une thymie pénible sans élaboration délirante
- Un développement psychotique est possible avec envahissement obsédant, une altération de la conscience de soi-même voisine de la dissociation avec un isolement d'allure autistique

Diagnostic différentiel

Névrose obsessionnelle

Symptomatologie différenciée

Obsessions temporaires

- Obsessions temporaires (slogan, chanson, etc.) sont des expériences banales : les slogans publicitaires ou les chansons à succès visent à s'imposer, mais cela ne dure pas, et en général ne gêne pas le sujet qui reconnaît que ces représentations intérieures lui appartiennent

Symptomatologie différenciée

Les impulsions

- **Impulsions se voient surtout chez les psychopathes** et s'opposent tout à fait aux compulsions : l'obsessionnel réfléchit longtemps mais ne passe pas à l'acte et ces malades sont souvent rassurés quand on leur explique cela ; le psychopathe ne réfléchit pas et passe à l'acte, quelles que puissent être les conséquences

Symptomatologie différenciée

Troubles psychotiques

- Différentes évolutions ou associations sont possibles : les idées délirantes sont en principe très différentes des obsessions, le sujet ne reconnaît pas qu'elles sont pathologiques, elles sont vécues comme imposées de l'extérieur
- Certains patients psychotiques présentent des hallucinations qui peuvent prendre une allure obsessionnelle

Symptomatologie différenciée

Troubles psychotiques

- **Troubles obsessionnels-compulsifs et schizophrénie** peuvent s'associer de façon variable : début par des obsessions-compulsions puis apparition progressive de troubles dissociatifs et/ou délirants évoluant vers une schizophrénie ou le contraire (les symptômes obsessionnels ont une fonction défensive contre l'angoisse psychotique et témoignent d'un certain progrès)

Symptomatogie différenciée

Troubles limites

- Les états-limites peuvent décompenser sous forme obsessionnelle
- La lutte anxieuse qui précède le passage à l'acte dans les conduites de dépen-dance (addiction) comme l'alcoolisme, la boulimie, le jeu pathologique

Symptomatologie apparentée

- Les mécanismes des tics, le rongement des ongles (onychophagie), l'arrachage des cheveux (trichotillomanie) et la maladie des tics (syndrome de Gilles de la Tourette), certains aspects de la maladie de Parkinson

Symptomatologie apparentée

- Les aspects cliniques de la névrose phobique (phobies d'impulsion), les obses-sions phobiques qui existent en dehors de l'objet, les dépressions (sentiments de culpabilité obsédants, en particulier au cours des mélancolies)

Traitement médical

Soins infirmiers de la névrose obsessionnelle

Traitements médicamenteux

- Il faut savoir penser à l'hospitalisation si nécessaire en fonction de la gravité du tableau psychopathologique
- Les traitements antidépresseurs donnent en général de bons résultats, même en l'absence d'état dépressif : *Anafranil*®, *Prozac*® et *Floxyfral*® ont un effet assez spécifique, ils permettent de réduire les symptômes cliniques (obsessions et compulsions, fatigue) et ils doivent être poursuivis au long cours

Traitements médicamenteux

- Les autres traitements allopathiques : tranquillisants pour contrôler l'anxiété (*Xanax*[®], *Buspar*[®]), neuroleptiques dans les cas graves, lorsque les troubles paraissent proches de la psychose (*Prazinil*[®], *Haldol*[®]), ou dans les anxiétés graves, en cas d'échec des tranquillisants (*Nozinan*[®] ou *Tercian*[®])
- La psychochirurgie (lobotomie préfrontale) a été abandonnée en France

Traitements psychothérapeutiques

Thérapies cognitives et comportementales

- Elles donnent de bons résultats **symptomatiques** avec un thérapeute formé à ces méthodes, après évaluation des comportements du patient qui aboutit à l'établissement d'un contrat
- Les **techniques employées sont variées**, mais sont plus efficace sur les troubles du comportement (compulsions) que sur les troubles cognitifs (obsessions)

Traitements psychothérapeutiques

Thérapies cognitives et comportementales

- **Compulsions** : technique d'exposition avec prévention de la réponse
- **Le thérapeute met le sujet en situation** (immersion) et l'empêche de réaliser les actes compulsifs (prévention de la réponse d'évitement)
- **L'angoisse face au stimulus** disparaît progressivement (habituation), puis l'extinc-tion s'étend aux différentes situations anxiogènes (généralisation)

Traitements psychothérapeutiques

Thérapies cognitives et comportementales

- **Obsessions** : contrôle de l'anxiété par désensibilisation et relaxation
- **Contrôle des pensées** par arrêt des pensées
- **Inhibition conditionnée par prescription du symptôme** et discussion autour de la pensée automatique de catastrophe avec élaboration de pensées rationnelles de remplacement

Traitements psychothérapeutiques

Psychanalyse

- La cure classique est en pratique réservée aux sujets jeunes, possédant un Moi suffisamment fort et un bon niveau socioculturel
- L'intellectualisation qui résulte des défenses obsessionnelles (annulation rétro-active, isolation) rend la psychanalyse particulièrement longue et difficile ; les résultats ne sont par conséquent pas très bons sur les symptômes
- Les psychothérapies d'inspiration analytique sont plus faciles à mener

Stratégies de soins

- Le choix d'un traitement est difficile, les meilleurs résultats sont obtenus comme d'habitude par l'association chimiothérapie-psychothérapie, chez des sujets bien adaptés socialement, mais gênés par leurs symptômes, et pris en charge assez tôt après l'apparition des troubles

Stratégies de soins

- **Psychothérapies de soutien et traitements palliatifs** : si les symptômes ont un retentissement important sur la vie familiale du sujet, il faut savoir proposer des conseils sur les *habitus* voire des interventions de thérapie familiale systémique

Stratégies de soins

- Le choix entre psychothérapie comportementale ou analytique dépend de la rencontre d'un thérapeute qualifié dans l'un ou l'autre domaine, du désir d'in-trospection et de remise en cause des troubles de la personnalité

Merci de votre attention

