

**TROUBLE OBSESSIONNEL  
ET COMPULSIF  
CHEZ L'ADULTE**

**T.O.C.  
E.P.U.B**

**“Je pense donc j’ai peur”**

animatrice D.Hals

EPU le 26 mars 2002  
Dr Michel Fromentin  
Dr Serge Marteau

## T.O.C.

- I - Introduction
- II - Clinique
- III - Diagnostic différentiel
- IV - Pathologies associées
- V - Evolution -
- VI - Modèles explicatifs
- VII - Thérapeutique
- VIII - Conclusion

## I- T.O.C. - INTRODUCTION(1)

- Dans la classification internationale des troubles mentaux(DSMIV) les **TROUBLES OBSESSIFS-COMPULSIFS** font partie du grand groupe des **TROUBLES ANXIeux**, au même titre que:
  - Le trouble panique
  - Les phobies
  - L.'anxiété généralisée
  - L.'hypochondrie
  - L.'état de stress post-traumatique
- Nous allons donc essayer de nous attacher à:
  - Individualiser cliniquement le T.O.C.
  - Définir ses différences avec les autres troubles **ANXIeux**.
  - Préciser la conduite à tenir thérapeutique la plus adaptée.

## I- T.O.C. - INTRODUCTION(2)

Maladie qui touche 2% de la population adulte.

- Début de la maladie souvent insidieux
- Dans 65% des cas, le début s'effectue entre 5 et 25 ans.
- C' est une affection grave, souvent invalidante.
- Pourtant c'est une affection sous diagnostiquée. Pourquoi?
- Les personnes souffrant de T.O.C n' en parlent que lorsque c' est insupportable.

## 1- T.O.C. - INTRODUCTION(3)

### POURQUOI LES PERSONNES SOUFFRANT DE T.O.C. TARDENT-ELLES À CONSULTER?

- Difficulté à concevoir que **des pensées anxieuses et des actes répétitifs** puissent constituer une maladie.
- **Confusion** entre préoccupations normales et obsessions.
- Espoir que les obsessions-compulsions " **passent** " toutes seules.
- Sentiment de **honte** vis à vis des symptômes.
- Peut d' être considéré comme **faux**

## I- T.O.C. - INTRODUCTION(4)

DU COTE DU MEDECIN, QUAND DOIT IL SE  
MEFIER DE L'EXISTENCE D'UN T.O.C?  
DEVANT

- Une dépression qui se chronicise.
- Une anxiété résistante aux anxiolytiques.
- Des troubles du comportement atypiques.
- Des plaintes de la famille au sujet de conduites inexplicables.
- Un échec professionnel incompréhensible.

# 1- T.O.C. - INTRODUCTION(5)

Plusieurs noms sont utilisés :

- **1- Névrose obsessionnelle**
  - C'est le terme le plus ancien.
  - C'est à Freud que l'on le doit.
- **2- Le trouble obsessionnel et compulsif**
  - Appelé T.O.C.(1980)
  - C'est le trouble retenu pour les classifications internationales CIM (1986/1994).
- **3 Les obsessions compulsions**
  - C'est le terme le plus simple qui reprend les deux principaux symptômes de la maladie les obsessions et les compulsions.

## I- T.O.C. - INTRODUCTION(6)

Comment définir les termes suivants :

- Obsession ?
- Compulsion ?
- Impulsion ?
- Inquiétude ?
- Anxiété ?
- Angoisse ?
- Peur ?
- Coupable ?
- Responsable ?
- Honteux ?
- Dans l'embarras ?



## I- T.O.C. - INTRODUCTION(7)

### Comment définir les termes suivants :

- **Obsession** : idée, image, mot qui s'imposent à l'esprit
- **Compulsion** : une force qui contraint, implique une lutte
- **Impulsion** : action de pousser, le passage à l'acte dominé
- **Impulsivité** : crainte avec agitation, nervosité > < quiétude
- **Anxiété** : trouble lié à une excitation ou une préoccupation psychique
- **Angoisse** : malaise à dominante physique avec tension intense
- **Pan** : émotion qui apparaît dans un danger réel, immédiat
- **Culpable** : qui a commis une faute
- **Responsable** : qui doit répondre de ses actes
- **Honteux** : déshonneur humiliant avec l'encre de sa couleur
- **Dans l'embarras** : être dans une situation gênante, difficile, embarrassée

## II- T.O.C. -CLINIQUE

Quatre symptômes :

- 1 Les obsessions
- 2 Les compulsions ou rituels
- 3 L'anxiété
- 4 L'évitement

## II- T.O.C. -CLINIQUE(I)

### - LES OBSESSIONS

- L'obsession est une **PENSÉE,**  
**CONSCIENTE,**  
**PÉNIBLE**
- Qui vient à l'esprit de façon **AUTOMATIQUE**
- L'obsession a un **THÈME**  
Les thèmes les plus fréquents sont la **SALÉTÉ**, L'EXISTENCE,  
L'AGRESSIVITÉ, LE MALHEUR. Plusieurs thèmes peuvent coexister
- L'obsession exprime un danger(= la **MALADIE** dans le cas d'une obsession concernant la saleté)
- L'obsession est source d'anxiété voire d'**angoisse.**

## II- T.O.C. -CLINIQUE(2)

# LES COMPULSIONS OU RITUELS

- RITUEL ou COMPULSION dérivent le même **COMPORTEMENT**
- C'est un **ACTE** que le sujet est **OBLIGE** d'accomplir
- Dans certaines situations **PRÉCISES**
- De façon **STÉRÉOTYPÉE**
- Et **RÉPÉTITIVE**
- LA COMPULSION (Le geste) est faite à son **OBSESSION** (pensée)
- Momentanément le RITUEL **APAISE**
- Enfin, Le sujet **SE EN REUSO-COMPTTE**

## II- T.O.C. -CLINIQUE(3)

### L'ANXIETE

- Le T.O.C fait partie du grand groupe des **TROUBLES ANXIENS**.
- **MAS** qui s'elle est caractérisé dans le cas de T.O.C ?
- Cette **ANXIETE** est liée à l'idée intrusive qui la provoque (ex. la peur de se suicider)
- C'est une **ANXIETE** de **FOYER**,
- **LANCINANTE**
- Peut aller jusqu'à l'**ANGISSE**
- Elle est **CALMEE** par le **RITUEL**.
- Cette **ANXIETE** retentit sur l'**HUMEUR**
- Peut favoriser la **DEPRESSION**

## II- T.O.C. -CLINIQUE(4)

### L'EVITEMENT

- La **souffrance** est parfois telle que le sujet atteint de T.O.C.
  - Peut **NE PAS AFFRONT**ER LES SITUATIONS :
  - **CONSTR**ICTES pour délécher les **OBSE**SSIONS.
  - L'Evitement est **EFFICACE**  
**POUR FAIRE L'ECONOMIE DU RITUEL.**
  - mais il **PERTURBE** considérablement la vie de l'individu.
  - Il existe, occasionnellement, quand les troubles s'aggravent.

### III- T.O.C. -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

1- avec les manifestations proches de la normale.

-2-avec les autres troubles anxieux.

-3-avec les troubles psychotiques.

-4-avec les manifestations obsessionnelles symptomatiques

de pathologies organiques

ou de troubles psycho moteurs.

-5-avec certains troubles des conduites.

### III- T.O.C.-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(L1)

- I- avec les manifestations proches de la normale.

#### Comparaison des OBSESSIONS-

chez **NORMAL.**

chez le T.O.C.

RARES	TRIS FREQUENTES
BREVES	TRIS LONGUES
RETIENEMENT EMOTIONNEL FAIBLE.	IMPORTANT
CONTEINENT RAREMENT ADVERSITES	TRIS SOUVENT



### III- T.O.C -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(L2)

– avec les manifestations proches de la normale.

#### 2- Comparaison des RITUELS

1.

Sujet NORMAL

dans le T.O.C

Interêt	Langage
Sans retentissement émotionnel	Flexibles
Le sujet peut y résister	Ne peut s'en débarrasser
Sans conséquence sur la vie sociale	Il entraîne une à bande (ex: perte de franges – aspirateur à une fleur/pain /maie)
Thème : Laver, résister, ou passer le temps...	Les infimes

### III- T.O.C -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(L3)

avec les manifestations proches de la normale

#### - 3 - Comparaison de L'ANXIETE

Sujet NORMAL

avec leT.O.C

Ceréalisation	Exagérée
Bon de ou fonction de la situation	Disproportionnée
Pas gênée	Incessante et gênée
C'est fait par fois à un bref instant	Presque toujours visible à un rituel long et gênée
Sans conséquence sur la vie courante	Entraine un handicap

### III- T.O.C -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(L4)

- avec les manifestations proches de la normale.
- 4 -Comparaison des **EVTEMENTS**
- Sujet **NORMAL** -dans le T.O.C

<b>Rare et occasionnel</b>	<b>Frequent et regulier SURTOUT EN LES MOMENTS CRITIS.</b>
<b>Avec un plan d'attention, le sujet peut <b>NE PLUS EVITER</b></b>	<b>L'EVTEMENT EST IMPLICITE. TOUTE LA SITUATION EST IMPLICITE--&gt;</b>
<b>Ne se retrospere sur la vie courante.</b>	<b>Entraine un handicap</b>

### III- T.O.C -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2)

#### 1- avec LES autres TROUBLES ANXIEUX.

-1-L 'ANXIETE GENERALISEE.

-2-L 'HYPOCONDRIE.

-3-LE TROUBLE PANIQUE.

-4-LES PHOBIES

- Phobie spécifique

- Agoraphobie

- Phobie sociale

-5-ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE.

-6-RÉSUMÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

## III-T.O.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2.1)

### -AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIENS

#### I-I. L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

- **RAPPEL CLINIQUE** -Anxiété et soucis incessants concernant un certain nombre d'événements ou d'activités de la vie quotidienne. L'anxiété et les soucis sont associés à trois ou plus des six symptômes suivants

- agitation ou sensation d'être surveillé
- fatigabilité
- difficulté de concentration ou trouble du sommeil
- irritabilité
- tension musculaire
- perturbations du sommeil

Il existe une souffrance et/ou impact significatifs ou une altération du fonctionnement social ou professionnel

### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

- Les troubles sont un **VARIÉS** et **FLUCTUANTS**

### III-T.O.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2.2) AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIEUX

#### 2-L ' HYPOCONDRIE

##### -RAPPEL CLINIQUE-

Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave

Basée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques

La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant

La croyance exposée ne revêt pas une intensité délirante.

##### -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

ICI- pas de compulsions

-Pas d ' évitement(le sujet va consulter)

-Pas ou peu de critique.

## III-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2,3) AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIEUX 3-TROUBLE PANIQUE

### • RAPPEL CLINIQUE

Survvenues brutales de crises d'angoisse (attaques de panique) qui se manifestent par des sensations physiques alarmantes-palpitations-difficultés à respirer-impulsion de s'évanouir-de faire un infarctus...

### DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Les crises sont ici brutales,brèves.
- En situation inter critique le sujet est plutôt mieux (ce qui n'est pas le cas dans le T.O.C)

### III T.O.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2-4) -AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIEUX -4- LES PHOBIES

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

- **Dans la phobie**

- l'angoisse se déclenche **EN PRÉSENCE DE L'OBJET CONSIDÉRÉ** comme menaçant-

- L'évitement est quasi systématique
- En dehors de l'objet phobogène, le sujet se sent assez bien.

- **Dans l'obsession,**

- la seule **ÉVOCATION SUFFIT** à déclencher l'angoisse.

- Le sujet reste sous tension anxieuse.



III T.O.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2-4-a)  
-AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIEUX  
-+ LES PHOBIES  
-a-PHOBIE SPECIFIQUE

- Peur persistante et intense déclenchée par l'anticipation ou la présence d'un objet ou d'une situation spécifique  
p. ex., prendre l'avion, les animaux, voir du sang
- L'exposition au stimulus provoque une réaction anxieuse intense qui peut prendre l'allure d'une attaque de panique
- Les situations phobogènes sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense
- Plusieurs types : animal, environnement naturel, sang et blessure, situationnel

**III-T.C.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2.4.b)  
-AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIEUX**

**4- LES PHOBIES**

**->AGORAPHOBIE**

*Anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper*

*ou de trouver du secours*

*en cas d'attaque de panique inattendue ou facilitée par les situations redoutées*

*Les situations sont évitées*

*ou nécessitent la présence d'un accompagnant*

### III-T.O.C -DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL(2-4c)

#### LES AUTRES TROUBLES ANXIeux

##### 4-LES PHOBIES

##### -c-PHOBIE SOCIALE

- Peurs persistantes et intenses de situations sociales ou de performances où le sujet est, soumis à l'observation attentive d'autrui
- Le sujet craint d'agir ou de montrer des symptômes de façon embarrassante ou humiliante
- L'exposition à la situation redoutée provoque, de manière systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique
  - Les situations sont évitées, ou vécues avec une détresse intense

### III-T.O.C-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(2.5)

#### AVEC LES AUTRES TROUBLES ANXIeux

##### -5-ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

#### **RAPPEL CLINIQUE**

- Le sujet a été exposé à un événement traumatique
  - il a été confronté à la mort ou aux blessures graves d'autrui ou il a été blessé ou gravement menacé
    - Il a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'isolement
  - L'événement traumatique est constamment revécu
  - souvenirs, rêves répétitifs, flash-back
    - réactivité intense sur des détails évocateurs
- #### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

- Les réminiscences peuvent ressembler à des obsessions mais ici le thème est toujours lié à la réalité du traumatisme

### III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2.6)

#### EN RÉSUMÉ pour les troubles anxieux

- **T.M.C.** Ma peur est intérieure                    je dois la neutraliser  
je me rassure avec mon rituel                    accessoirement j'évite
- **Les Phobies :**  
Si je rencontre l'objet de ma peur  
je vais avoir des sensations atroces ou ridicules.  
je dois tout faire pour éviter , accessoirement je me rassure
- **Anxiété généralisée :**  
La peur est dans l'avenir , je dois y penser avant  
je dois être tout le temps en alerte

### III - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2.6)

#### EN RÉSUMÉ pour les troubles anxieux

- Le trouble panique : un choc d'origine interne
- Le stress post traumatique : un choc d'origine externe  
peuvent être à la source des autres troubles anxieux
- L'hypochondrie :
  - comme le TDC la réassurance n'est pas très efficace  
elle est répétée.
  - comme dans l'anxiété généralisée l'avenir est  
dangereux il vaut mieux se préparer au pire.

## -III T.O.C. -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(3)

### avec LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

#### 1 - TROUBLES DÉLIIRANTS

- L' *idée délirante* s' impose à l' esprit (comme dans l' *obsession*)
- L' *idée délirante* est *irréfutable* (comme l' *obsession* peut l' être).
- Mais ici il n' y a pas de critique.

#### 2- SCHIZOPHRÉNIE

- Les *obsessions* peuvent faire partie du tableau clinique
- Mais ici elles sont dominées par:
  - Des *idées délirantes*
  - Des *hallucinations*
  - Un *syndrome dissociatif*.

### III- T.O.C. -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(4)

AVEC LES MANIFESTATIONS

#### **OBSESSIONNELLES SYMPTOMATIQUES**

##### **1-DE PATHOLOGIES ORGANIQUES,**

- EQUIVALENTS EPILEPTIQUES

*Syndrôme temporel avec pensée forcée-pas de critique-*

##### **2-DE TROUBLES PSYCHOMOTEURS**

-Maladie des tics de Gilles de la Tourette.

Présence de tics moteurs multiples (gestes symboliques)  
mais aussi de tics vocaux (grognos grossiers).



### III- T.O.C. -DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL(5)

#### avec CERTAINS TROUBLES DES CONDUITES.

- Elles ont aussi un caractère **incoercible**
- Mais **ici** le sujet en tire du **plaisir**.
- Ce qui les différencie des obsessions-compulsions.
  
- C' est le cas de certaines formes :
  - D' alcoolisme-
  - D' hyperphagie-
  - De kleptomanie
  - De jeu pathologique
  - De trichotillomanie -

## IV- T.D.C. -PATHOLOGIES ASSOCIEES(1)

### –1-avec les troubles anxieux

- 25% AVEC UNE PHOBIE SOCIALE
- 15% AVEC UN TROUBLE PANIQUE

### –2-avec la dépression.

### –3-autres associations.

- Avec une pathologie cérébrale organique (rare)
- Avec la maladie des tics de Gilles De La Tourette (8%).
- Avec une schizophrénie.

## IV-T.O.C. -PATHOLOGIES ASSOCIEES (2)

### T.O.C ET DEPRESSION

- La dépression est la complication la plus fréquente
- 2/3 des T.O.C développent au moins une fois sur le mode dépressif
  - Prévalence entre le T.O.C et la dépression sur le plan
    - neurobiologique
    - Clinique
    - Psychodynamique
  - La dépression peut survenir à n'importe quel moment de la il
  - pas de proportionnalité entre la sévérité des symptômes et l'épisode
  - après une dépression les symptômes obsessionnels peuvent être
    - Amplifiés
    - Inchangés
    - Aggravés

## V-T.O.C. -EVOLUTION

### -TROIS FORMES ESSENTIELLES

- LO-FORMES MINEURES AVEC POUSSEE UNIQUE RESOLUTIVE
- LO-FORMES GRAVES -TRIS INVOLUANTES (délit présumé)
- LO-FORMES MOYENNES-POUSSES SUIVIES DE REMISES

## VI- T.O.C. -MODÈLES EXPLICATIFS-

A la question posée:

« Pourquoi je souffre de trouble obsessionnel-compulsif ? »

Une réponse simple et univoque ne peut être donnée.

Actuellement on connaît un certain nombre de facteurs, souvent associés, qui pourraient être à l'origine du T.O.C.

Nous vous proposons de vous les exposer sous la forme de **MODÈLES**.

1-Modèle génétique.

2 -Modèle neuro-anatomique.

3-Modèle neuro-chimique.

4-Modèle psychanalytique.

5 -Modèle cognitivo-comportemental.

## VI- T.O.C -MODÈLES EXPLICATIFS (L2)

### -1-MODÈLE GÉNÉTIQUE-

-Confirmation d'un facteur génétique de prédisposition:

1. l'étude de jumeaux homozygotes souffrant de T.O.C montre que l'on retrouve le trouble chez l'autre jumeau dans 60% des cas.

### -2-MODÈLE NEURO-ANATOMIQUE-

- Gerce à la camera à division de position et à l'IRM ,il a été individualisé dans le cerveau des zones qui sont concernées dans le trouble obsessionnel compulsif( noyau caudé-cortex orbitofrontal)
- zones riches en connexions synaptiques impliquant la sérotonine.
- traces différentes dans le T.O.C et chez le sujet normal.

## VI- T.O.C. -MODÈLES EXPLICATIFS(3)

### -3-MODÈLE NEURO-CHIMIQUE-

-Bref appel: il existe dans le cerveau plusieurs neuro-médiateurs:

-adrénaline

-sérotonine

-dopamine

Le neuro-médiateur incriminé dans le T.O.C. est essentiellement la **sérotonine**.

Cause si ce circuit était ralenti par déficit.

D'où l'intérêt très important pour la thérapeutique utilisation de médicaments I.R. 5 ( inhibiteur de la recapture de la sérotonine)

## VI- T.O.C. -MODÈLES EXPLICATIFS(4)

### -4-MODÈLE PSYCHANALYTIQUE.-

-Il est rappelé la théorie Freudienne nous apprend que notre maturation psychique s'effectue au travers différents stades:

-Stade oral.

-Stade anal.

-Stade phallique.

-Complexe d'Œdipe.

-Dans les troubles obsessionnels il y a blocage au niveau du complexe d'Œdipe avec régression au stade anal.

-Le trouble fondamental consiste en une peur de se rapprocher de l'objet du désir.



## **VI T.O.C - MODÈLES EXPLICATIFS (5)**

### **LE MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL**

- 1 - LE TRIÈDRE DES TOC**
- 2 - LES COMPORTEMENTS**
- 3 - LES COGNITIONS**
- 4 - LE TRIADE COGNITIVE DE L'ANXIÉTÉ**

## VI - TRIÉPIED DES TCC (5.1)



## VI - COMPORTEMENTS (5.2)

Ensemble de réactions directement observables.

Se comporter c'est agir.

Le comportement c'est ce que l'organisme fait et dit.

La pensée consiste à se parler à voix basse.

Watson (1913) Skinner (1937) Wolpe (1942)

Developpent le Behaviourisme à partir des théories de l'apprentissage:

Un comportement est appris en fonction de son effet sur l'environnement.

## VI - COMPORTEMENTS : LES RENFORCEMENTS (5.2.1)

### CONDITIONNEMENT RÉPONDANT

#### PARLOIR

SI : nourriture	→	salivation RI
SI : nourriture + lumière SC	→	salivation SC
SC : lumière seule	→	salivation

Apprentissage par substitution de stimulus

### CONDITIONNEMENT OPÉRANT



Une seule réponse est renforcée la réponse B

## VI - COMPORTEMENTS : LES RENFORCEMENTS (5.2.2)

- **Renforcement positif** : le sujet reçoit une récompense pour son comportement
- **Renforcement négatif** : Le sujet reçoit moins de stimuli pénibles s'il fait le bon comportement
- **Renforcement aversif** : le sujet reçoit un stimulus désagréable pour son comportement

## VI -L'APPROCHE COGNITIVE (5.3)

“ Si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble. Il ne tient qu'à toi d'effacer ce jugement de ton âme”

**VII - COGNITIONS : (5.3.1)  
LES PENSÉES AUTOMATIQUES**

ELLE et BECK (1962) SALEMANSKI (1965)

Une pensée qui va s'imposer à la conscience du patient  
soit de façon spontanée  
soit en rapport avec un événement de la vie quotidienne.

Elles sont automatiques  
subconscientes  
des pseudo certitudes

"Elles sont une pensée, un enchaînement de pensées,  
une image dont vous n'êtes peut être pas conscient à  
moins de vous concentrer sur elles"

## VI - LES DISTORSIONS COGNITIVES (5.3.2)

Elles sont des erreurs logiques qui interviennent dans l'interprétation des données provenant du monde extérieur ou des perceptions internes

Elles sont principalement au nombre de six :

**Généralisation :** assimiler un cas singulier comme une règle générale

**Raisonnement dichotomique :** loi du tout ou rien

**Inference arbitraire :** conclusions sans lien avec la réalité

**Maximisation :** attribuer une grande valeur aux choses

**Personnalisation :** le négatif est relatif à la responsabilité personnelle du sujet

**Abstraction sélective :** extraction d'un détail et son utilisation hors contexte



## VI - LES DISTORSIONS COGNITIVES (5.3.2)

En plus :

**Injonction volontaire** : Il faut, je dois

En 1964 Piaget met en évidence :

**Assimilation** : Je transforme la réalité en fonction de mes schémas

**Accommodation** : Je transforme mes schémas en fonction de la réalité

En 1966 Rotter étudie le domaine des **attributions** :

**Internalité** : négative, globale, stable

**Externalité** : positive spécifique, instable

## **VI-COGNITIONS : LES SCHEMAS SAÛCOUS (5.3.3)**

Les schémas sont la partie la plus profonde des variables cognitives.

Ils représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes qu'un sujet entretient sur lui-même et sur le monde.

Ils expriment toutes une série de règles de vie légitimes mais dont l'application est beaucoup trop rigide et systématique.

Ils sont stockés dans la mémoire inconsciente.

## VI-SCHEMAS DANS LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

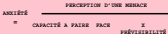
<b>type</b>	<b>scéma</b>	<b>conduites</b>
<b>paranoïde</b>	Les autres sont des ennemis potentiels	État de guerre permanent
<b>obsédant</b>	J'ai besoin d'espace	Isolation
<b>néo-narcissique</b>	Le monde et les autres sont étranges	Méfiance
<b>antisocial</b>	Les autres sont des proies	Attaque
<b>néo-narcissique</b>	Je dois impressionner les autres	Exagération et quête d'attention
<b>hystérique</b>	Personne n'est assez fort pour m'aider	Fuite ou attaque
<b>néo-narcissique</b>	Je suis quelqu'un de spécial	Isolation de soi
<b>hystérique</b>	Je peux être blessé	Évitement
<b>impulsif</b>	Je suis faible sans protection	Détachement
<b>néo-narcissique</b> <b>compulsif</b>	Je ne dois jamais être une fois de plus	Perfectionnisme
<b>passif</b> <b>néo-narcissique</b>	On pourrait me marcher dessus	Ressentir

## VI-SCHEMAS COGNITIFS (5.3.4) DANS LES TROUBLES ANXIEUX

Croyances typiques observées dans les différents troubles anxieux

DIAGNOSTIC	CROYANCES
Trouble panique	Je risque de mourir ou de devenir fou
Agoraphobie	Je suis perdu dans ce monde et sans secours
Phobie simple	Attention danger, je ne pourrais pas le supporter
Phobie sociale	Je dois absolument être aimé par tout le monde
Anxiété généralisée	Pour éviter le pire, je dois être vigilant, et penser à tout ce qui pourrait se passer
Obsessionnel compulsif	Il est dit être parfait, je suis responsable, je dois être irréprochable
Etat de stress post traumatique	C'est vraiment injuste, je dois tout faire pour oublier

## VI-TRIADÉ COGNITIVE DE L'ANXIÉTÉ (3.4)



## VII- T.O.C. -THERAPEUTIQUE

### - 1- LES INDICATIONS

- 1-dans les T.O.C légers.
- 2-dans les T.O.C modérés et sévères.

### - 2-CHIMIOOTHERAPIE

- 1-quel médicament?
- 2- posologie.
- 3-protocoles.

### - 3- LES PSYCHOTHERAPIES

- 1-la psychanalyse
- 2-la thérapie cognitive-comportementale.

## VII- T.O.C. -THERAPEUTIQUE(1)

### -I- LES INDICATIONS

#### 1-dans les T.O.C légers.

- c 'est la meilleure indication de la T.C.C.
- pour la psychanalyse: il faut un sujet jeune, coopérant, ayant une bonne insertion socio-professionnelle
- pas de chimiothérapie.

#### 2-dans les T.O.C modérés et sévères

- il faut associer T.C.C+CHIMIOTHERAPIE
- commencer par la chimiothérapie si les troubles dépressifs dominent.
- ça n 'est pas une indication de la psychanalyse

## VII- T.O.C. -THERAPEUTIQUE(2.1)

### -LA CHIMIOETHERAPIE.

#### 1-quels médicaments:

- la classe des anti - dépressifs.
  - en monothérapie.
  - n 'associer des tranquillisants et des neuroleptiques que dans les formes graves et pendant le premier temps thérapeutique (1à 2mois).
- deux classes d ' anti-dépresseurs:
  - les tricycliques (ANAFRANIL.
  - les I.R.S.(inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)
    - DÉPACAFT
    - FLUXYFRAL
    - PRÉCAC
    - ZULOFIT



## VII- T.O.C. -THERAPEUTIQUE(2.2)

### -LA CHIMIOTHERAPIE.

#### 2-POSOLOGIE

NOU	MOLECULE	DOSES POSSIBLES	DOSES EFFICACES DANS LE TCC
ANAFRANE 75	propranolol	10A20 mgj	10mgj
DELPAL 20	paroxetine	20A60 mgj	60mgj
FLUTERAL 100	fluoxetine	20A100mgj	100mgj
PRIZAC 20	fluvoxamine	20A60 mgj	60mgj
JOLIFT 50	sertraline	50A200 mgj	100mgj



## VII- T.O.C. -THERAPEUTIQUE(3.1)

### LES PSYCHOTHERAPIES

#### -1-La psychanalyse-

- Très utilisée par le passé.
- Actuellement les indications sont limitées.
- Il faut une forme mineure de T.O.C
- Le but essentiel : rechercher la résolution du conflit œdipien et modifier les rapports entre le MOI et le SURMOL.
- Chez un sujet jeune, bien inséré au plan socio-professionnel.
- Enfin, s'orienter vers une psychothérapie d'inspiration analytique, plutôt que vers la cure type.

## VII -T.O.C -THÉRAPEUTIQUE (3-2)

### 2-LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

- 1 - GÉNÉRALITÉS
- 2 - L'ANALYSE FONCTIONNELLE
- 3 - INFORMATION DONNÉE AUX PATIENTS
  - 1 L'EXTINCTION - L'HABITUATION
  - 2 LE CERCLE VICIEUX PATHOLOGIQUE
- 4 - LE PROTOCOLE
- 5 - EN RÉSUMÉ

## VII - 2 : T.C.C.

### (1) Généralités

- Elle sont des thérapies centrées sur le présent, le conscient.
- On peut les présenter comme une pédagogie du changement.
- Elles sont inspirées de théories de l'apprentissage.
  - Ce qui a été appris peut être désappris et reconstruit.
- Elles sont soumises à des règles d'évaluation par de nombreuses études contrôlées
- Elle débutent par une analyse fonctionnelle détaillée, pour aboutir au développement d'une stratégie de changement en accord avec le patient qui pratiquera des exercices régulièrement évalués

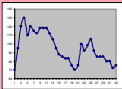
## VII - 2 : T.C.C.

### (2) L'ANALYSE FONCTIONNELLE S-O-R-C



## VII - 2 : T.C.C.

### (3.1) L'EXTINCTION ET L'HABITUATION



#### PHOENIX DES CHATS

Nombre de pulsations par minute

# VII- PHYSIOPATHOLOGIE (1)





## VII - 2 : T.C.C.

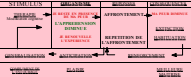
### (4) THÉRAPIE DU T.O.C.

L'analyse fonctionnelle minutieuse permet de proposer au patient un recadrage de son trouble. C'est déjà un travail cognitif.

- **Reconnaissance des pensées perturbantes**  
Pensée intrusive, pensée neutralisante, schéma de danger
- **Donner les informations concernant**  
le modèle comportemental et cognitif
- **Modifier les représentations de danger qui alimentent**  
"C'est plus fort que moi", par le questionnement socratique  
souvent à propos d'une cognition statistique : être risqué, être errant
- **S'exposer en imagination à ses scénarios catastrophes afin de**  
ressentir l'extinction et l'habituation
- **Tâches d'exposition avec généralisation des réponses de réassurance**

## VII - 2 : T.C.C.

### (5) THÉRAPIE : en résumé



## VII - L'ATTITUDE DES PROCHES

L'entourage est lui aussi envahi par le TOC :

- Par le temps perdu
- Les demandes pour faire le rituel en plus, ou à la place de...
- Le questionnement de réassurance.

D'où énervement, colère, sentiment d'impuissance, et

**Toujours une souffrance.**

Expliquer la maladie du « c'est plus fort que moi ».

Conseiller l'empathie : je comprend que ce soit difficile mais...

Aider en aidant pas, refuser par contrat explicite les répétitions des réponses, encourager l'arrêt des rituels le maintien de l'anxiété jusqu'à l'extinction

**RENFORCER TOUT LES PETITS PROGRES**

## THÉRAPIE DES AUTRES TROUBLES ANXIEUX

**TAG** : Seul le pire arrive travail sur les pensées alternatives

+ relaxation + exposition en imagination

**HYPONDRIE** : pouvoir donner des explications rationnelles aux sensations mal interprétées. Attention à "vous n'avez rien"

**TROUBLE PANIQUE** : Isoler les sensations déclenchant l'alarme donner des explications rationnelles, ex. hyperventilation, exposer à ces sensations

**AGORAPHOBIE** : Débiter par le traitement des AP, explication sur événement, extinction, habitude, exposition en imagination, puis in vivo. Sensiblement identique pour les PHOBIES SPÉCIFIQUES (sang)

**PHOBIE SOCIALE** : Travail sur l'hypertrophie du regard d'autrui, (honte) difficulté à faire accepter l'exposition au symptôme redouté sans cacher.

**STRESS POST TRAUMATIQUE** : Travail sur l'événement, retour sur les émotions vécues pendant et après (culpabilité, injustice) . la scène dramatique doit passer dans la mémoire narrative.

## VIII-EN CONCLUSION

### pour le médecin généraliste

- Le diagnostic des troubles graves est facile.
- Être soucieux de dépister les formes débutantes ou légères.
- Dans l'accompagnement des patients se méfier de deux écueils qui auraient tendance à aggraver la pathologie :
  - Être trop rassurant et aller dans le sens du patient.
  - Être très directif pour forcer le patient à supprimer son rituel.
- A l'opposé être très collaboratif, pour motiver le patient à maintenir le contact avec son anxiété et ainsi ressentir l'extinction et l'habituation qui invalident les cognitions pathogènes.