

Insight et trouble obsessionnel compulsif : à propos d'un cas

Ratiba Djedid, Université Bejaia,Algerie.

Resume :

The obsessive compulsive disorder is a frequent illness which affect 2 to 3% of the population. It evolves progressively till it becomes within a few years really disabling. In addition, we should notice that the patient is aware of his pathology. It is this awariness that called the insight on which depends the diagnostic and the therapentic task. That's why we aim through our study to assess the relationship between anxiety and insight in the patient suffering from obsessive compulsive disorder.

الملخص:

الوسواس القهري مرض متواتر يصيب 2 إلى 3 ٪ من السكان، ويتطور المرض بصفة تدريجية إلى أن يشكل بعد بضع سنوات إعاقة فعلية. وتجدر الإشارة إلى أن المريض يكون واعيا بحالته المرضية وهذا الوعي هو ما يطلق عليه تسمية "أنصايت" بالانجليزية و عليه يتوقف كل العمل التشخيصي و العلاجي. ولهذا نحن نهدف من خلال دراستنا إلى تحديد العلاقة بين القلق و"الأنصايت" لدى المريض المصاب بالوسواس القهري .

Le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) constitue sans doute le trouble anxieux le plus grave et le plus incapacitant. Il est caractérisé par la présence d'obsessions récurrentes à l'origine d'une anxiété le plus souvent sévère et éprouvante que le sujet cherche à diminuer en se servant de divers moyens appelés stratégies de neutralisation. Celles-ci, nommées parfois comportements sécurisants, peuvent prendre différentes formes dont celle de compulsions ou rituels.

Le TOC est une maladie fréquente .D'après un ensemble d'études américaines, elle touche près de 2% de la population comme dans d'autres pays où la maladie a été étudié. En l'Algérie, il n' ya pas eu d'études épidémiologiques du TOC, néanmoins la fréquence constatée dans d'autres pays, laisse supposer que près d'un million de personnes adultes en seraient touchées.

Les troubles obsessionnels compulsifs se composent d'obsessions et de compulsions : Les *obsessions* sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante.

Les *compulsions ou rituels* sont des comportements répétitifs observables (« overt » en anglais, par exemple se laver les mains, ranger dans un certain ordre ou vérifier) ou des actes mentaux également répétitifs mais non observables (« covert » en anglais, par exemple prier, compter ou répéter des mots de manière silencieuse)

dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance causées par les obsessions et non de procurer plaisir ou satisfaction.

Le trouble obsessionnel compulsif peut toucher n'importe quel individu. Il en est ainsi, par exemple, du célèbre producteur américain Haward Hugues ou du grand romancier Emile Zola. Le trouble s'installe de façon progressive pendant quelques mois ou quelques années, ou parfois de façon brusque en quelques semaines.

C'est une maladie du sujet jeune qui débute entre 3 et 18ans, en moyenne à l'âge de 12 ans et les rares données disponibles estiment le trouble à 0,8 % d'une population d'adolescents. En ce qui concerne la prise en charge, seulement 10% des enfants souffrant de TOC vont consulter avant l'âge de 7ans. Chez les garçons la maladie se déclare avant la puberté, tandis que les filles vont consulter au moment de la puberté.

La maladie se déclenche après 35ans chez seulement 15% des sujets. La maladie touche indifféremment l'homme ou la femme.

Cependant les thèmes des obsessions – compulsions sont déterminées par le sexe : on constate les rituels de lavage et les obsessions agressives chez les femmes alors que les hommes sont portés sur les rituel de vérification.

Dans une étude sur l'âge de survenue des TOC sous la direction du professeur Bruno Millet Harreguy, on a constaté que

80% des troubles surviennent pendant l'adolescence, même si certains TOC apparaissent dès l'enfance et que de 0.5 à 0.3% des enfants et des adolescents en souffrent.

Cette pathologie évolue progressivement jusqu'à devenir après quelques années franchement handicapante pour le sujet. Ainsi on peut considérer les TOC comme une maladie du développement relationnel et une maladie du développement comportemental.

Par ailleurs, les Toc peuvent survenir moins souvent vers 35 ou 40 ans.

Dans ces cas de figure, la maladie de déclenche suite à un événement traumatisant rupture affective, agression....etc.

On peut dire, en résumé que deux catégories de patients sont touchées par les TOC : la première souffre de TOC ayant une origine traumatique ou réactionnelle ; tandis que la seconde souffre de Toc dont l'évolution est lente et qui commence dès l'enfance. Ces TOC sont liés à une vulnérabilité génétique ou biologique.

Le TOC est une maladie qui répond à des critères diagnostiques précis insistant notamment sur la présence d'obsessions et/ou de compulsions qui prennent plus d'une heure par jour ou entraînant une souffrance objective quotidienne.

Il ya de nombreuses thématiques aux obsessions et compulsions. Les plus classiques sont les peurs de la contamination ou de la saleté avec un rituel de lavages répétés « je vais me laver les

maines parce que j'ai peur d'avoir touché quelque chose de sale ou de contaminant » ; et es obsessions de doute « peur d'avoir fait une erreur » avec compulsion de vérifications « je vais relire ou refaire ça plusieurs fois pour être sûr ».

Chez un patient, les compulsions peuvent prendre une part majeure : par exemple, passer des heures à ranger les choses correctement ; et les obsessions peuvent être beaucoup moins handicapantes et durent peu de temps « je suis anxieuse, mais je ne sais pas dire qu'elle idée précise me pousse à ranger ». D'autres formes sont principalement composées d'obsessions « très peu de rituels moteurs ». Enfin d'autres formes sont dites mixtes (autant d'obsession que de compulsion).

Le diagnostic différentiel nous permet de savoir s'il s'agit bien d'un TOC et non d'un TOC avec d'autres troubles associés (comorbidité).

- Il ne faut pas confondre la lenteur, ou les idées négatives des personnes atteintes de TOC avec celles d'une personne déprimée.
- Le TOC est un trouble anxieux à ne pas confondre avec les autres troubles anxieux, comme le trouble anxieux généralisé (TAG) par exemple. Dans les TOC, les personnes sont anxieuses pour des choses très précises, alors que dans les TAG, l'anxiété se porte sur l'ensemble des événements de la vie quotidienne.

- Ne pas confondre les tics et les TOC : Les Tics sont des mouvements que la personne fait pour soulager une tension et non de l'anxiété. De même, il n'y a pas d'obsessions motivant les tics.

Le diagnostic de comorbidité consiste à se demander si le TOC est associé ou non à un autre problème psychiatrique. Cette question peut paraître superflue dans l'optique où il faudra soigner de toute façon le TOC. Elle est en réalité centrale dans la mesure où une comorbidité va influencer fortement le choix dans le traitement. De façon générale, la présence de problèmes psychiatriques associés au TOC va inciter le thérapeute à prescrire des médicaments. De plus, le trouble associé influencera le choix du ou des médicaments utilisés. Le TOC est rarement une pathologie isolée, mais est le plus souvent associé à d'autres affections psychiatriques parmi lesquelles :

- Les troubles de l'humeur : avec la dépression majeure (67%) ou le trouble bipolaire (13%).
- Les troubles anxieux, qu'il s'agisse des phobies spécifiques (22%), de la phobie sociale (18%) ou du trouble de panique (12) %).
- Les troubles des conduites alimentaires (17%).
- Les troubles liés à l'utilisation des substances psychoactives comme l'alcool (14%).
- La maladie de Gilles de la Tourette (17%).

Le Docteur Alain Sauterand dans son manuel du thérapeute rapporte que les chiffres de comorbidité sont cependant très variés en fonction des modes de recrutement des patients ou des méthodologies des études.

Dans l'étude épidémiologique ECA (Epidémiologic Catchment Area) réalisée au USA utilisant les critères diagnostiques du DSM, les sujets souffrant de TOC présentaient un autre trouble psychiatrique dans les 2 /3 des cas. Cette comorbidité du TOC avec un autre trouble est résumée dans le tableau si dessous :

Agoraphobie	39%
Alcoolisme	34%
Dépression majeur	32%
Dysthymie	26%
Toxicomanie	22%
Phobie sociale	19%
Trouble de panique	14%
Trouble bipolaire	10%

Remarque le total des pourcentages dépasse largement 100%, car de nombreux patients ont plusieurs troubles associés.

Par ailleurs le Docteur Alain Sautraud cite les troubles de comorbidité possibles, à savoir :

Les autres troubles anxieux : le trouble de panique, les phobies spécifiques, l'agoraphobie, l'état de stress-post traumatique, le trouble anxieux généralisé l'hypochondrie et la phobie sociale.

- La dépression et les troubles bipolaires.
- Les troubles des conduites alimentaires.
- La dysmorphobie.
- La maladie des tics de Gille de la Tourette.
- La Trichotillomanie.
- Le jeu pathologique.
- La schizophrénie.
- Un trouble de personnalité.

Les troubles de comorbidité chez les enfants sont les suivants :

- L'incitation du TOC parental.
- Les Tics.
- Le PANDA : Pendiatic Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with streptococal infection.
- L'anorexie mentale et les maladies somatiques.
- L'anxiété de séparation.
- Les trouble oppositionnels de l'enfant et le déficit de l'attention / hyperactivité.

Par ailleurs l'intérêt d'identifier la comorbidité nous permet de hiérarchiser les problèmes et d'opter pour le traitement le plus efficace (chimiothérapie et psychothérapie).

Les origines des troubles obsessionnels compulsifs sont méconnues. Elles seraient liées à de multiples facteurs : génétiques ; neurophysiologiques ; psychologiques ou encore immunitaires.

Chez les personnes souffrant du TOC, il y a lieu de noter que le patient est conscient de sa pathologie et c'est ce qui l'empêche d'aller consulter de crainte d'être pris pour un fou : c'est cette conscience-là de la maladie qu'on appelle Insight .

L'*insight* est un terme anglais traduit en français de manière approximative par différents mots : «conscience du trouble», «introspection», «dénier», «anosognosie», «discernement».

Ces traductions ne sont pas appropriées car chacun de ces mots a une histoire différente et renvoie à une discipline particulière. Par exemple, les neurologues utilisent « l'anosognosie » qui renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale alors que « le déni » et/ou « l'introspection » renvoient à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique. De la même manière, la traduction de l'*insight* en gestaltthérapie par « *la découverte soudaine de la solution d'un problème* » est très différente de sa traduction en psychologie

cognitive par « *la capacité cognitive* » et/ou par « *la théorie de l'esprit* ».

Cette question qui n'est pas seulement un effet de genre ou de traduction est fondamentale car de nos jours le terme *insight* est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique sans que l'on comprenne à quoi cela renvoie. L'utilisation du mot « conscience » utilisé ci-dessus doit être appréhendée sous un angle sémantique plutôt que celui d'une connotation conceptuelle habituelle.

L'*insight* est la compréhension que le patient a de son état, de lui-même, de ses lacunes et de ses ressources ; sa capacité de comprendre qu'il est malade et de former une explication valable de son état en examinant sa façon de penser et d'agir.

Le manque d'*insight* couvre un concept encore plus large en intégrant plusieurs dimensions dans l'aveuglement de l'individu quant à ses symptômes. Parmi ces dimensions, on trouve :

- Le manque de reconnaissance de la maladie mentale.
- L'oblitération de la clairvoyance de certains symptômes par rapport à d'autres ;
- L'incapacité à attribuer une cause à la maladie ;
- Le manque d'adhésion au traitement ;
- L'incapacité à reconnaître le degré de retentissement de la maladie sur son entourage.

Toutes ces dimensions peuvent être atteintes mais, souvent, l'une d'entre elles seulement est altérée, ce qui contribue à rendre le malade « bizarre ».

Le déficit d'insight a longtemps été considéré comme un symptôme permanent et stable, presque constitutif, chez l'individu ; il est apparu récemment qu'il pouvait fluctuer dans le temps et être sensible à la prise en charge thérapeutique dans le TOC. Des auteurs ont proposé trois aspects pour l'insight qui sont :

- l'*insight* clinique est défini par l'aspect de l'*insight* relatif à la conscience de la maladie ;
- l'*insight* cognitif est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses distorsions cognitives et à en faire des interprétations erronées ;
- l'*insight* somato-sensoriel est défini comme la capacité à identifier les désordres de son propre corps.

L'insight dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une question importante car elle conditionne la prise en charge des patients souffrant de cette pathologie. En effet, un faible insight peut être responsable d'une non-reconnaissance du caractère absurde des obsessions par le patient qui peut alors être diagnostiqué comme psychotique et se voir proposer une prise en charge thérapeutique inadaptée.

Au cours de l'histoire, la notion d'insight est apparue dans le TOC avec l'émergence de la notion du TOC égodystonique (obsessions critiquées) s'opposant au TOC égodyntonique (obsessions non critiquées) . Dans cette approche catégorielle, l'insight était défini comme un symptôme de la maladie et il était considéré comme constant tout au long de la maladie. Cependant, différents auteurs avaient critiqué cette définition catégorielle de l'insight dans le TOC en attirant l'attention sur le caractère non permanent de l'insight au décours de la maladie. Insel et Akiskal , en 1986, postulent que l'insight dans le TOC doit être considéré d'une manière dimensionnelle car il n'est pas stable dans le temps.

Ils définissent l'insight dans le TOC « comme la capacité du patient à faire face aux idées intrusives », constituant ainsi un spectre allant d'une résistance maximale à l'absence totale de

résistance. Ce continuum comprend, d'un côté, les patients TOC reconnaissant le caractère absurde et irraisonnable de leur pathologie, et, de l'autre côté, les patients ne le reconnaissant pas.

D'autres études ont utilisé une approche dimensionnelle, dans laquelle l'insight est défini comme la solidité de la croyance (« *strength of believes* »). Le concept de la solidité de la croyance en tant que des idées surévaluées (« *overvalued ideas* ») a été introduit par Wernicke en 1900 : selon lui, les idées surévaluées sont issues d'une seule croyance que la personne perçoit comme justifiée, et qui va solidement déterminer son action.

Il existe deux façons d'évaluer l'insight des patients TOC :

- l'approche catégorielle
- l'approche multidimensionnelle, où les croyances de l'individu sont évaluées sur plusieurs dimensions (ex: la rigidité, l'étrangeté, la résistance, le niveau de contrôle, ...etc).

Concernant l'approche catégorielle, l'item # 11 du Y-BOCS permet d'évaluer jusqu'à quel point le client est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non.

Les études utilisant l'approche catégorielle de l'insight dans le TOC ont évalué celui-ci avec un seul item, l'item 11 de l'échelle Y-BOCS (*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*). Cet item évalue la capacité du patient à reconnaître sa maladie. Un score de zéro/deux est considéré comme faible insight, alors qu'un score de trois/quatre est assimilé à un bon insight.

Pour ce qui est de l'approche multidimensionnelle, il existe seulement deux questionnaires validés conçus pour évaluer les convictions obsessionnelles sur plusieurs dimensions:

- le *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS; Eisen et al., 1998);

- *l'Overvalued Ideas Scale* (OVIS; Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999; Neziroglu, Stevens, McKay, & Tobias, 2001).

Le *Brown Assessment of Belieft Scale* (BABS (Eisen et al., 1998) est une entrevue semi-structurée de sept items spécifiquement conçue afin d'évaluer l'insight auprès d'une population souffrant de troubles psychiatriques. Durant la passation de cette entrevue, l'évaluateur doit coter les croyances de l'individu sur plusieurs dimensions:

- Le degré de conviction,
- La perception du point de vue des autres,
- L'explication des différents points de vue,
- La rigidité des croyances,
- Les tentatives que le sujet fait pour réfuter ses croyances,
- L'insight et les idées de référence.

Quant à l' *Overvalued Ideas Scale* (aVIS), il s'agit d'un questionnaire plus spécifique au TOC qui évalue les dimensions suivantes

- La force de la croyance.
- L'aspect raisonnable de la croyance.
- Le degré de conviction.

- La justesse de la croyance.
- Le degré d'adhérence par les autres.
- Les raisons qui expliquent pourquoi les autres ne partagent pas les mêmes croyances
- L'efficacité des compulsions.
- La prise de conscience (insight).
- La force de la croyance.

Suivant cette approche, deux échelles ont été validées : la BABS (*Brown Assessment of Beliefs Scale*) et l'OVIS (*Overvalued Ideas Scale*). L'utilisation de ces échelles dans différentes études chez les patients souffrant d'un TOC montre l'existence d'une relation entre un faible insight et différentes variables cliniques telles qu'un âge de début précoce, une durée de maladie plus longue, un nombre et une sévérité accrus des symptômes, une plus faible réponse à la psychothérapie et/ou aux traitements psychotropes.

Notre étude portera sur la question suivante :

Ya- t-il une relation entre l'insight et le degré de l'anxiété ?

Notre hypothèse est la suivante :

Il y a une relation entre le degré de l'anxiété et la qualité de l'insight.

Protocole d'étude :

Pour réaliser cette étude, nous avons suivi les démarches suivantes :

Première étape : diagnostic du TOC.

Deuxième étape : application des deux échelles d'évaluation : l'échelle de Yale Brown et l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton à la patiente en phase de calme (repos).

Troisième étape : exposer la patiente à sa thématique obsessionnelle et appliquer les deux échelles : l'échelle de Yale Brown et l'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton

Méthodologie de l'étude

A faire de mener à bien notre étude, nous avons choisi l'étude de cas. Par définition, la méthode de cas est appropriée pour étudier de façon approfondie des situations cliniques isolées ou rares ; elle constitue ainsi un authentique travail d'analyse et de synthèse.

Les outils de l'étude

Pour répondre à notre question, nous avons utilisé deux échelles et un entretien clinique :

- L'entretien clinique : nous avons opté pour l'entretien semi-directif.
- L'échelle de Yale Brown pour connaître la qualité de l'insight.
- L'échelle d'évaluation de l'anxiété de Hamilton.

Présentation de l'échelle de Yale Brown (YBOCS):

Application :

Conçue par Goodman et Coll (1989), cette échelle se présente comme un entretien structuré. Elle permet d'obtenir la mesure de la sévérité des symptômes obsessionnels sans être biaisée par la présence ou l'absence d'un type particulier d'obsession ou de compulsion.

Mode de passation :

Le clinicien donne tout d'abord la définition des obsessions et des compulsions au patient. Puis il fait une enquête à l'aide d'une liste d'obsessions et de rituels passés ou actuels. L'évaluateur définit ensuite les 3 principales obsessions, les 3 principaux rituels et les principales situations actuellement évitées par le patient. Ces symptômes définis, l'évaluation de YBOCS proprement dite commence. Un seul item permet d'évaluer l'insight, c'est l'item 11. Celui-ci évalue la capacité du patient à reconnaître sa maladie.

Cotation :

Un score de zéro/deux est considéré comme faible insight, alors qu'un score de trois/quatre est assimilé à un bon insight.

Présentation de l'échelle d'anxiété de Hamilton :

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle a été conçue pour être utilisée chez des patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer sa sévérité.

Mode de passation

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après Pichot., la note (0) correspond à l'absence de manifestation des symptômes, la note (1) correspond à des manifestations d'intensité légère, la note (2) à des manifestations d'intensité moyenne, (3) à des manifestations fortes et (4) à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidantes. La note (4) ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des maladies ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine

Cotation :

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : note d'anxiété psychique(somme des items 1-2-3-4-5-6-14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13).

Norme : d'après Bech et coll.(1989) :

De 0-5= pas d'anxiété.

De 6 à 14= anxiété mineure.

15 et plus= anxiété majeure.

Présentation d'un cas clinique

Biographie

Mademoiselle Anissa a 25ans, elle est née à Alger d'une famille de deux enfants (une fille et un garçon). Elle est l'aînée de la fratrie. Les antécédents familiaux révèlent que le père souffre d'une paranoïa et consulte un psychiatre et que la mère souffre d'une hypertension artérielle. La patiente rapporte avoir reçu une éducation privilégiée (elle se sent bien dans sa famille et bien entourée).

La mère et le père l'encouragent très souvent sans lui mettre la pression pour qu'elle réussisse. En revanche, c'est elle qui se montre exigeante avec elle-même ; de plus elle se montre perfectionniste dans ce qu'elle entreprend. La patiente a suivi des études universitaires avec un excellent cursus. Par ailleurs, elle a travaillé pendant deux ans dans une entreprise multinationale.

Histoire de la maladie (Anamnèse)

La patiente présente le trouble obsessionnel compulsif depuis trois ans. Celui-ci se manifeste par la peur de la poussière, des agents sales comme : l'urine, l'eau sale et les fruits et légumes achetés au marché ... etc.

Au départ, le trouble se manifeste par une certaine exigence d'hygiène et de propreté. Par exemple, elle ne supporte pas de voir la poussière, ne rentre pas avec ses chaussures à la maison, mais le TOC s'amplifiant peu au cours des années, les rituels prennent

beaucoup de temps. La patiente souffre d'un TOC sous forme de lavage qui l'a contrainte à l'invalidité professionnelle.

La patiente a consulté de nombreux psychiatres et a suivi des traitements dès l'âge de 22ans mais sans amélioration.

Le diagnostic

Pour diagnostiquer le trouble, nous avons utilisé le DSM-IV R manuel diagnostique

2-1-Diagnostic positif du trouble obsessionnel compulsif

2-1 -1-Critères diagnostiques du trouble obsessionnel compulsif selon le DSM-IV tr :

A- Existence soit d'obsessions soit de compulsions :

➤ Obsessions définies par (1),(2),(3),(4) :

- (1)- Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
- (2)- Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

(3)- Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

(4)- Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).

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

(1) - Comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p.ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) 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 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- A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

N.B. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C- Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interférant de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D-Si un autre trouble de l'Axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier(p.ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogue quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de paraphilie ; ou rumination de culpabilité quand il s'agit du trouble dépressif majeur.

E- La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. : une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni d'une affection médicale générale.

Spécifier :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées.

Selon la classification du DSM IV, le diagnostic suivant peut être évoqué :

Axe1 : trouble obsessionnel compulsif ;

En suivant les critères de diagnostic appliqués à la patiente, nous avons pu constater la présence du premier, du troisième et du quatrième critère définissant l'obsession. La présence des obsessions se manifestant par des pensées intrusives. Concernant les compulsions, nous avons noté la présence de tous les critères du tableau clinique

- Axe II (troubles de la personnalité) : absence ;
- Axe III (affections médicales générales) : absence.
- Axe IV : problème professionnel

Résultat et interprétation

Nous avons fait passer l'échelle de Yale Brown à la patiente en phase de repos (calme) et nous avons obtenu un score de trois.

Nous sommes parvenus à la conclusion que la patiente présente un bon insight.

Concernant l'échelle de Hamilton, la patiente présente une anxiété majeure ayant obtenu un score de 23.

Quand nous avons mis la patiente en face de ses obsessions, nous lui avons demandé de toucher la poussière qui est sur le bureau sans se laver les mains.

La patiente exécute la tâche et juste après, on lui demande de refaire les deux tests

Concernant l'échelle de Yale Brown, la patiente a eu un bon insight. En revanche l'échelle de l'anxiété a enregistré un score très important qui est de 26.

Selon les résultats obtenus, nous avons constaté que même si la patiente est face à ses obsessions qui sont à l'origine de son anxiété, elle garde un bon insight.

Conclusion :

Notre hypothèse n'a pas été confirmée. Donc, il n'y a pas de relation entre l'insight et le degré d'anxiété.

Bibliographie :

1. A .H Clair et V Trybou, 2013 : Comprendre et traiter les TOC, édition Dunod France.
2. Alain Sauteraud, 2005 : Le trouble obsessionnel-compulsif: le manuel du thérapeute, édition Odile Jacob.
3. Alain Sauteraud,2002 : Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter Mieux vivre avec un TOC, éditions Odile Jacob, France.
4. B . Aouizerate, J.Y . Rotgé, 2007 : Le traitement du TOC, édition Masson, France.
5. B. Aouizerate,2011 : Stratégie thérapeutique dans le TOC, synthèse des actes des 4eme journée de Saujon, l'encéphale, PARIS, France.
6. Boulenger R Jean-Philippe, LÉPINE Jean-Pierre,2014 : Les troubles anxieux, Editeur Lavoisier.
7. Bruno Millet-ILharreguy, 2015 : Mieux soigner les TOC: Les promesses de la stimulation cérébrale éditions Odile Jacob
8. Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014 : Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) , Polyclinique médicale Concorde, Cité de la Santé de Laval, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

9. Ivan Gasman, Jean-François Allilaire, 2009 : Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, Elsevier Masson.
10. Jaafari N., Marková IS. (2011) Le concept de l'insight en psychiatrie Annales Médico-Psychologiques (HAL), Elsevier Masson.
11. Martine Bouvard et Jean Cottraux, 2002 : Protocoles et échelons d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, édition Masson
12. Serban Ionescu et Alain Blanchet, 2013 : Méthodologies de recherche en psychologie clinique, édition Presses universitaires de France.
13. **V. Gousse et al, 2005 : Fonction exécutives dans le trouble obsessionnel compulsif : effet de l'âge de début des troubles, l'encéphale, PARIS, France.**