

Trouble obsessionnel compulsif chez un jeune homme avec retard mental léger : importance de l'étude longitudinale des symptômes et du traitement intégré

G. Galli Carminati*

S. Djapo Yogwa*

Les études récentes situent la prévalence des troubles obsessionnels compulsifs autour de 2 à 3 % dans la population générale. Chez des patients retardés mentaux, relativement peu d'études se sont intéressées à cette affection. La prévalence dans cette population, se situerait autour de 3,5 %.

La présence de retard mental est accompagnée d'une limitation des capacités de symbolisation, de communication, d'adéquation sociale et d'adaptation aux changements, ce qui rend la symptomatologie comportementale plus démarquée et prédominante.

Le cas que nous présentons ici illustre les aspects cliniques du TOC dans notre population. Nous avons ciblé notre attention sur l'étude longitudinale des différents symptômes et sur l'utilisation de l'histoire des symptômes pour le choix d'un traitement intégré.

Introduction

Les études récentes situent la prévalence des troubles obsessionnels compulsifs autour de 2 à 3 % dans la population générale. Elle est la quatrième affection psychiatrique en fréquence après les phobies, les dépressions et les abus de substance.

Le caractère plurisymptomatique de l'affection, surtout dans la population jeune, nous a rendu attentif à l'apparition et au changement dans le temps des différents symptômes. Nous avons donc privilégié l'aspect du développement de la structure psychique en observant l'apparition de symptômes tout au long, si possible, de la vie du patient.

Chez des patients retardés mentaux,

relativement peu d'études se sont intéressées à cette affection. La prévalence dans cette population, se situerait autour de 3,5 %.

Le DSM IV définit le TOC par la présence de symptômes obsessionnels ou compulsifs et l'inclut dans les troubles anxieux.

Le CIM 10 classe le TOC dans un groupe à part des troubles névrotiques (F 42) distinct des troubles anxieux (F 40 & F 41).

Chez les patients retardés mentaux, la clinique de cette affection est moins différenciable des troubles du développement et des troubles de la personnalité.

Les symptômes se présentent de façon éparse, ce qui peut mieux se visualiser à travers le concept de «spectre obsessionnel-compulsif»

* Hôpitaux Universitaires de GENEVE - HUG - Division de psychiatrie du Développement Mental - DPDM - DPDM Jura - HUG Belle Idée - 2, ch du Petit Bel Air - 1225 Chêne Bourg GENEVE SUISSE

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

plutôt qu'à l'aide d'un diagnostic unique.

En effet à partir de l'observation des symptômes, en essayant de définir le diagnostic nous nous trouvons confrontés à un ensemble d'aspects psychopathologiques embriqués : ils peuvent être décrits par un continuum d'expressions cliniques entre un versant compulsif et un versant impulsif.

Le versant compulsif rassemble les pathologies de la gestion de l'angoisse avec exagération des risques dont le TOC est un extrême. Le versant impulsif est constitué par des pathologies de la recherche du plaisir sans inhibition, dont le trouble de personnalité borderline et les personnalités antisociales représentent l'autre extrême.

Dans le champ entre les deux extrémités du continuum on peut situer les pulsions sexuelles et par certains de ses aspects l'autisme.

La présence de retard mental est accompagnée d'une limitation des capacités de symbolisation, de communication, d'adéquation sociale et d'adaptation aux changements.

On pourrait supposer que ces importantes réductions des moyens d'expression, rendent la symptomatologie comportementale plus démarquée et prédominante.

La présence, avec des différents degrés de gravité, d'un manque d'autonomie, rend le traitement du trouble plus difficile.

La famille est usuellement impliquée dans plusieurs aspect de la mise en place de la thérapie, à partir de la compliance, concernant les aspects sociaux et le choix des activités de loisirs et de travail, dans le choix, aussi, du lieu de vie.

Le cas que nous présentons ici illustre les aspects cliniques du TOC dans notre population.

Nous avons ciblé notre attention sur l'étude longitudinale des différents symptômes et sur

l'utilisation de l'histoire des symptômes pour le choix d'un traitement intégré.

Case report

J.R. est un jeune homme de 19 ans, présentant un retard mental léger. Il nous consulte avec sa mère pour des troubles du comportement sérieusement aggravés depuis 10 mois.

Il montre progressivement une perte d'autonomie accompagnée par la présence massive de symptômes obsessionnels et d'une symptomatologie hallucinatoire avec voix menaçante et disant des mots obscènes.

Anamnèse familiale

Les parents sont d'origine méditerranéenne, ils vivent à Genève depuis une génération. Le père est technicien supérieur et la mère ménagère.

A la naissance de J.R. le père est âgé de 25 ans et la mère de 27 ans.

Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques connus dans les familles des parents de J.R.

On signale la présence d'une tante paternelle qui aurait souffert d'une incontinence nocturne tout au long de sa vie.

Petite enfance

Le patient est un enfant désiré né un an après le mariage de ses parents.

Il a été conçu trois mois après la vaccination contre la rubéole de sa mère.

La grossesse et l'accouchement se sont passés sans problèmes : la mère réfère qu'il bougeait bien en utero et qu'il a crié tout de suite à la naissance (APGAR 9/10, ictère physiologique, PC 35 cm, taille 51 cm, poids 3,370 Kg)

Il a eu pendant un mois l'allaitement maternel.

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

Pendant les premiers huit mois il a eu un sommeil nocturne très difficile, indépendamment des conditions environnantes.

Nourrisson, il mangeait bien, il gazouillait et il suivait les gens du regard.

A partir de deux ans et demi il commence à fréquenter une garderie.

Vers l'âge de trois ans la mère le décrit comme un enfant en retrait et plutôt passif qui jouait très peu avec les autres enfants.

L'enfant n'a jamais été complètement propre, l'énurésie étant toujours présente, accompagnée parfois par des cauchemars.

A l'âge de quatre ans il se montre très attaché à une peluche qu'il appelle «fout fout» et qu'il ne quitte jamais.

A l'âge de cinq ans il est inscrit en deuxième enfantine (la première étant facultative).

A cette époque les parents sont fortement conseillés à consulter un service spécialisé (d'après l'avis des institutrices).

Il redoublera la deuxième enfantine à cause des difficultés d'apprentissage et d'intégration sociale à l'école.

Moyenne enfance

A l'âge de sept ans J.R. est inscrit en première primaire. A cette même époque il est suivi par un service pédagogique spécialisé.

Les difficultés scolaires et sociales restent importantes et J.R. est adressé dès l'âge de huit ans à une première école spéciale.

La même année l'enfant avait souffert d'une scarlatine soignée avec traitement antibiotique et apparemment bien guérie. Huit mois après J.R. avait souffert d'une récurrence, soignée à nouveau avec traitement antibiotique. Il avait présenté une nouvelle rechute seize mois après la deuxième récurrence et à nouveau un traitement antibiotique résout la symptomatologie. Le patient ne

semble pas avoir présenté de troubles psychiques suite à ces infections.

A l'âge de sept ans il est traité pour son énurésie avec un antidépresseur (Tofranil, Imipramine, dose non précisée). L'énurésie s'améliore légèrement pour récidiver tout de suite après.

A huit ans, selon la mère, le problème d'énurésie reste présent, avec évolution en dent de scie, en s'aggravant en présence de «petits problèmes» qui rendent l'enfant anxieux.

Pour cela elle décide d'utiliser la méthode du «pipi-stop» (alarme), ici encore une légère amélioration est suivie d'une rechute.

Vers l'âge de neuf ans la mère consulte le pédiatre pour un problème de masturbation très fréquente surtout pendant les moments d'ennui et parfois sans discrétion. Le pédiatre conseille une consultation pédopsychiatrique, qui aura lieu mais qui restera sans suite.

A la même époque naît la petite sœur du patient.

Au début J.R. montre une grande indifférence à l'égard du bébé. Par la suite il montre un comportement taquin et peu affectueux envers sa petite sœur.

Quand l'enfant a dix ans les parents décident de le changer d'école dans l'espoir d'améliorer sa motivation et son investissement dans les activités scolaires.

Dans cette deuxième école spécialisée il semble mieux s'intégrer.

A cette époque la mère réfère des problèmes de jeux sexuels avec un de ses camarades.

Dans la même période le père est victime d'un accident sportif pour lequel il séjournera deux semaines en hôpital ; cet épisode ne semble pas perturber J.R.

Adolescence et première jeunesse

A douze ans J.R. quitte la deuxième école

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

spécialisée et le changement se passe sans problèmes majeurs.

Il semble bien s'intégrer dans cette troisième école spécialisée.

A quatorze ans il commence un apprentissage dans une nouvelle école spécialisée où il restera trois ans.

A l'âge de seize ans, selon les dires de la mère, plusieurs épisodes marquent la vie de J.R.

Le père est victime d'un accident de la circulation, à la suite duquel il est hospitalisé pendant deux semaines.

Peu après la famille déménage du centre de Genève vers la périphérie.

A cette époque la mère fait état de la présence de jeux sexuels avec un copain.

En même temps l'énurésie s'aggrave et le J.R. commence à montrer des «petites manies», par exemple il ne touche les cylindres des portes que avec un mouchoir.

Pour son énurésie la maman lui fait suivre dix séances d'hypnose à raison d'une fois par semaine. L'énurésie s'améliore quelque peu mais les rituels s'aggravent sévèrement.

Vers l'âge de dix-sept ans J.R. présente une disinhibition sexuelle avec un intérêt particulier pour des femmes qui ont l'âge de sa mère. Au cours des mois la situation devient ingérable auprès de l'entourage féminin de la famille.

Dans l'essai de réduire le problème les parents permettent à J.R. la fréquentation de travailleuses sexuelles.

Il consulte à ce moment un psychiatre avec lequel il commence une psychothérapie en raison d'une séance par semaine de 45, seul ou accompagné par sa mère. Son psychiatre prescrit les uns après les autres différents traitements avec Chlorprothixène, Paroxétine, Sertraline, Miansérine, Citalopram.

Le psychiatre est amené à faire des changements relativement fréquents de traitement à cause de l'inefficacité présumée de sa prescription.

En effet, en discutant avec la famille, nous nous sommes aperçus, en demandant à la mère d'aller contrôler les anciennes boîtes de médicaments, que rien n'avait été administré régulièrement au patient, et cela sans que la mère ne s'en rende vraiment compte.

Peu avant ses dix-huit ans il quitte sa troisième école spécialisée.

Après un court essai de quinze jours dans un Internat de type social, qui n'est pas concluant, la mère consulte pour la première fois notre division.

Le tableau clinique continue à se détériorer avec l'apparition d'une symptomatologie hallucinatoire auditive.

Dans le but de structurer les journées de J.R. et de lui donner un cadre éducatif il commence un stage dans un atelier protégé socio-éducatif.

Bien que le bilan du stage soit globalement positif, la famille décide de l'envoyer plutôt en internat dans une autre Institution hors de Genève, dans le but de favoriser son autonomie.

Le séjour de J.R. dans cette Institution est entrecoupé de plusieurs fugues et il se solde par un échec quatre mois après.

La famille décide de l'accueillir à nouveau à domicile.

Vers l'âge de dix-neuf ans il manifeste progressivement un repli sur soi, des symptômes obsessionnels handicapants, avec une diminution importante de l'autonomie et un attachement tyrannique à sa mère. A cause de ces troubles du comportement le psychiatre prescrit (1 mg/jour) du Rispéridone.

Bien que la coopération soit, cette fois, acceptable, l'épuisement de la famille et les

passages à l'acte agressif de J.R. poussent la mère à consulter une deuxième fois en août 1997 notre division en suivant le conseil du psychiatre privé.

L'indication d'hospitalisation en entrée non volontaire est posée.

La famille accepte l'hospitalisation tout en présentant une certaine ambivalence vis-à-vis de la décision médicale.

J.R. se soumet à la décision médicale après un court moment de révolte et il se montre par la suite coopérant et soulagé.

État physique

J.R. est un jeune homme longiligne : taille 179 cm (percentile entre 50 et 75), 64 Kg (percentile 50), pm 56 cm (percentile entre 25 et 50) envergure 185 cm (rapport envergure/taille 1.03).

Il présente un visage de forme allongée, crâne sans particularité, chevelure abondante, synophris, oreilles bien ourlées, normalement implantées.

Yeux bruns foncés, aucune affection ou anomalie ophtalmologique n'a été décernée, philtrum court.

Palais ogival, aucune malformation dentaire n'a été décernée.

Voix un peu nasale.

Présence de zones hyper et dépigmentées mal délimitées dans la région sous-scapulaire gauche et sur la partie postérieure du bras droit, naevus de Sutton dans la région lombaire.

Les mains de J.R. ont des doigts longs et fins, sans pli palmaire unique et sans clinodactylie, les pieds ont, eux aussi, des doigts longs.

Du point de vue génito-urinaire il ne présente pas de macro-orchidie, il présente une pilosité masculine normale.

Sur le plan de la posture il a une attitude cyphotique, avec cou et tête en avant.

Description de l'état du patient au moment de l'hospitalisation

Le patient frappe d'emblée par son attitude en retrait avec un important refus de contact physique. Il garde un mouchoir dans la main droite et ne serre pas la main : il ne serre pas la main car il croit que «cela lui restera dans la tête et cela l'empêchera de dormir».

Nous avons remarqué qu'il utilise peu sa main droite, quoique droitier, et qu'il la garde presque en permanence dans sa poche.

Dans ses déplacements il fait de nombreux arrêts et il n'arrive pas à franchir «les lignes au sol» : anfractuosités, marges des carreaux, irrégularités du goudron. Il arrive à décrire les raisons de ses craintes : il pense que le sol va s'ouvrir et qu'il peut tomber dans un abîme, il craint aussi qu'une lame puisse sortir du sol pour le «couper en deux».

Il semble ne plus présenter l'un de ses premiers symptômes, c'est à dire celui de n'ouvrir les portes qu'avec un mouchoir.

Par contre, pour entrer dans sa chambre il dit devoir faire «des combines pour ne pas y rester bloqué toute la journée», il évite, par exemple, de passer devant son lit, car cela l'obligerait à ne plus sortir de sa chambre.

Il a souvent l'impression que le gens «passent mal» auprès de lui et il souhaite que le gens passent en sens inverse «pour le réparer». Il se sent aussi souvent obligé de refaire des parcours, en ville, dans la rue et dans l'unité, pour revenir dans les endroits où il est convaincu d'avoir pu «mal passer».

En voiture il est inquiet car «quand quelqu'un traverse devant la voiture, après on roule sur lui quand il n'est plus là».

Les gestes de l'hygiène corporelle sont, eux aussi, problématiques car il refuse le contact de

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

l'eau spécialement avec les paumes des mains.

J.R. a peur de tout ce qui mouille car il affirme que la peau mouillée des mains lui rappelle les mains des morts.

La peur de la mort revient souvent dans les pensées qui l'empêchent de faire certains gestes : J.R. a beaucoup de peine à s'allonger dans son lit pour dormir et il refuse d'enlever ses chaussures et chaussettes car la posture et les pieds nus lui rappellent «des corps à la morgue».

J.R. éprouve aussi une grande répulsion pour les miettes de pain, mais il n'arrive pas à en expliquer la raison.

Il collectionne énormément d'objets concernant un acteur comique français.

J.R. avait aussi obligé sa famille à faire un voyage dans les lieux où l'acteur avait vécu.

Il utilise l'exemple de ce comédien pour dépasser certaines peurs qu'il a en se donnant du courage : « si lui il l'a fait je peux le faire moi aussi ».

J.R. est d'une très grande lenteur dans toutes les activités qu'il entreprend et il a toujours besoin d'une motivation externe pour continuer.

L'énurésie reste présente. J.R. est en mesure de décrire la présence de cauchemars lors des épisodes d'énurésie.

Il décrit, par exemple, avec précision, un rêve dans lequel il est porté par un nounours géant qui le dépose sur un tronc d'arbre très haut. Il a le vertige, il est emporté dans une chute sans fin, il prend peur et il urine (voir figure 1).

Évaluation psychométrique

Le QI à 19 ans, évalué par WAIS-R est de 58 avec un QIV de 63 et un QIP de 45.

Le Hamilton dépression à l'admission était à 18.

Le MRDS (Mental Retardation Depression

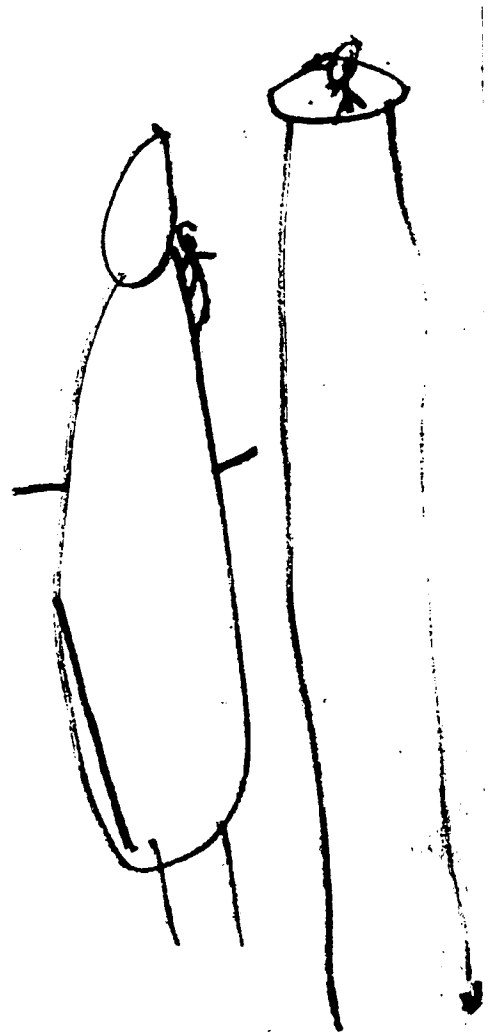


Figure 1 - Dessin décrivant un rêve qui avait été suivi d'un épisode d'énurésie

Le patient décrit, avec précision, le rêve dans lequel il est porté par un nounours géant qui le dépose sur un tronc d'arbre très haut. Il a le vertige, il est emporté dans une chute sans fin, il prend peur et il urine.

Scale) était à 18.

Le Hamilton anxiété (à 24) montrait une symptomatologie anxieuse importante.

Le Y-BOCS à l'admission était à 24.

Examens complémentaires

Bilan Biologique

Le bilan biologique de routine et la fonction thyroïdienne ont donné des valeurs normales.

L'homocystéine totale (sang veineux) a montrée des valeurs dans la norme (11.7 umol/l ; val ref 5-15 umol/l).

Les acides aminés urinaires, cystine, methionine, homocysteine ont donnés des valeurs dans la norme.

Les tracés ECG avaient montré un retard de la conduction intraventriculaire non spécifique et une anomalie non spécifique du segment ST. L'échocardiographie avait confirmé la bénignité de ces anomalies

Echographie abdominale et bilan urologique

Légère proéminence d'aspect irrégulier de la paroi de la vessie, laissant suspecter la présence d'une vessie neurogène.

Signes échographiques en faveur d'une hépatopathie diffuse, aspécifique.

Le bilan urodynamique a permis par la suite de confirmer la présence d'une vessie instable, avec hyperactivité détrusorienne d'origine probablement neurologique.

EEG et Imagerie cérébrale

EEG a montré un tracé avec un rythme de base à fréquence normale, mais de spatialisation médiocre, avec des ondes lentes temporales postérieures et des theta diffus survenant en rares bouffées, sans figures de type épileptique

Les bases neurobiologiques invoquées

comme cause probable commune à ces affections sont les dysfonctionnements de la neurotransmission sérotoninergique et du circuit striato-talamo-cortical.

Nous avons demandé un IRM de contrôle.

L'IRM cérébrale n'a pas montré d'anomalies décelables.

Notamment nous avons remarqué l'absence d'asymétrie significative de volume des noyaux gris centraux.

Traitement

Nous avons ajouté au Risperidone (1mg/j) le Sertraline (100mg/j) et la Buspirone (20mg/j). L'amélioration de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive a été nette 2 à 3 semaines après adjonction de Sertraline. Les rituels se sont fortement réduits en fréquence, la lenteur et la dépendance se sont améliorées. Les hallucinations auditives ont fortement régressé.

Nous avons choisi une approche comportementale quand le problème présenté par le patient nous est apparu opérationnalisable.

Concernant la phobie de l'eau, par exemple, nous avons organisé une activité piscine une fois par semaine, en choisissant, donc l'exposition.

Au cours des entretiens psychothérapeutiques 2 fois par semaine nous avons utilisé le récit qu'il nous faisait de sa semaine pour aborder les difficultés concrètes qu'il avait éprouvées dans les situations sociales dans le pavillon et en famille.

Le patient a participé régulièrement deux fois par semaine au groupe «pavillonnaire», avec les autres patients de l'unité, et une fois par semaine à un groupe mixte «café-biscuits» de patients hospitalisés et non hospitalisés.

Les questions abordées au cours du groupe pavillonnaire concernaient essentiellement les problèmes pratiques dans l'unité, les rapport entre patients et avec les soignants, la structura-

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

tion de la semaine et des week-end.

Dans le groupe «café-biscuit» on abordait plutôt des questions concernant les activités en atelier protégé, dans les lieux de vie, les projets de sortie, le maintien en dehors de l'Hôpital.

Au cours des groupes nous avons travaillé avec J.R. son comportement social : l'attitude en public, la manière de s'exprimer clairement.

Là-aussi nous avons utilisé une technique d'exposition dans un cadre qu'on peut définir comme étant plus contenant que celui du groupe social «naturel».

Sur le plan de l'intervention familiale nous avons mis en place : des rencontres régulières avec la mère à raison d'une fois par mois et des entretiens téléphoniques de 30 à 45 minutes une à deux fois par semaine. Notre objectif était celui de réduire son angoisse et de la déculpabiliser à propos de l'état de son fils.

Nous avons aussi essayé de renforcer le système familial en encourageant, par exemple, des vacances du couple seul ou avec la sœur du patient.

Concernant son énurésie nous avons effectué un bilan urologique étant donné tout ce qui avait déjà été tenté sans effet.

Le bilan effectué a montré une vessie neurogène de taille réduite. Le traitement avec Oxybutinine, introduit progressivement, a réduit de façon considérable le problème, dont l'évaluation a été conduite à l'aide d'une grille d'observation.

L'introduction d'un traitement antidépresseur adéquat a réduit la symptomatologie de manière importante et permis l'insertion dans un atelier protégé déjà pendant l'hospitalisation

Après une hospitalisation d'environ six mois, l'état clinique du patient a pu permettre une sortie provisoire au domicile, la continuation des activités d'atelier et un projet d'insertion à très

court terme dans la résidence d'une Institution Socio-éducative ouverte.

Discussion

A propos du diagnostic, les pistes étiologiques qui peuvent être évoquées dans ce cas sont nombreuses. Les multiples scarlatines amènent à considérer l'hypothèse auto-immune. Les anticorps post infection streptococcique dirigés contre les noyaux de la base ont été décrits dans la littérature comme cause de TOC dans certains sous-groupe de population. Son phénotype marfanoïde nous a conduit à examiner l'hypothèse d'une homocystéinurie. Cette affection est associée dans 50 % des cas à un retard mental et dans 5 % à des TOC. Nous avons évalué à la IRM le volume des noyaux gris. Dans la littérature récente la réduction du volume du striatum a été décrite chez des patients sans traitement. L'interprétation de cette mesure est difficile car on n'a que très peu de mesures de ces volumes dans la population normale.

Dans le cas de notre patient les différentes évaluations n'ont pas été concluantes.

Sur le plan plus strictement psychiatrique nous avons considéré la symptomatologie dans sa variété, au-delà du trouble obsessionnel compulsif qui dominait le tableau.

La masturbation à la phase de latence et le recours répétitif à l'image d'un acteur de cinéma pour se réassurer et diminuer l'anxiété pose la question d'un trouble de personnalité de type «borderline».

L'histoire infantile et les difficultés d'adaptation au changement interrogent à propos de la présence de troubles de développement de type Asperger ou autisme «high functioning».

Par ailleurs la présence d'hallucinations surtout auditives, est évocatrice d'une décompensation de type psychotique caractérisée par la présence concomitante des aspects productifs et négatifs.

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

Le cas illustre bien la difficulté en milieu extra hospitalier de recueillir un tableau complet de l'histoire clinique du patient, dont plusieurs aspects ont dû être revus et repris.

L'observation des troubles et la collaboration du patient et de la famille, nous ont permis de retracer les différentes étapes de la vie du patient.

Cela nous a permis de mettre en place un traitement adéquat pour les troubles obsessionnels compulsifs et, d'autre part, de venir à bout du problème énurétique.

Nous soulignons l'importance, particulièrement dans le cas d'un patient avec double diagnostic (retard mental et trouble psychiatri-

que) d'étudier la symptomatologie tout au long de l'existence du patient (voir figure 2).

Le fait de considérer seulement les symptômes les plus bruyants ou le fait de considérer seulement l'un des deux diagnostics, peut fausser l'attitude thérapeutique.

Une approche strictement réhabilitative en milieu socio-éducatif, ou, au contraire, une approche strictement psychiatrique, ciblée sur le traitement médicamenteux, ne peuvent pas venir à bout des différents problèmes.

Nous avons pu remarquer, par ailleurs, l'importance de l'hospitalisation dans des maladies aussi lourdes, pour lesquelles il existe des traitements efficaces, qui doivent être

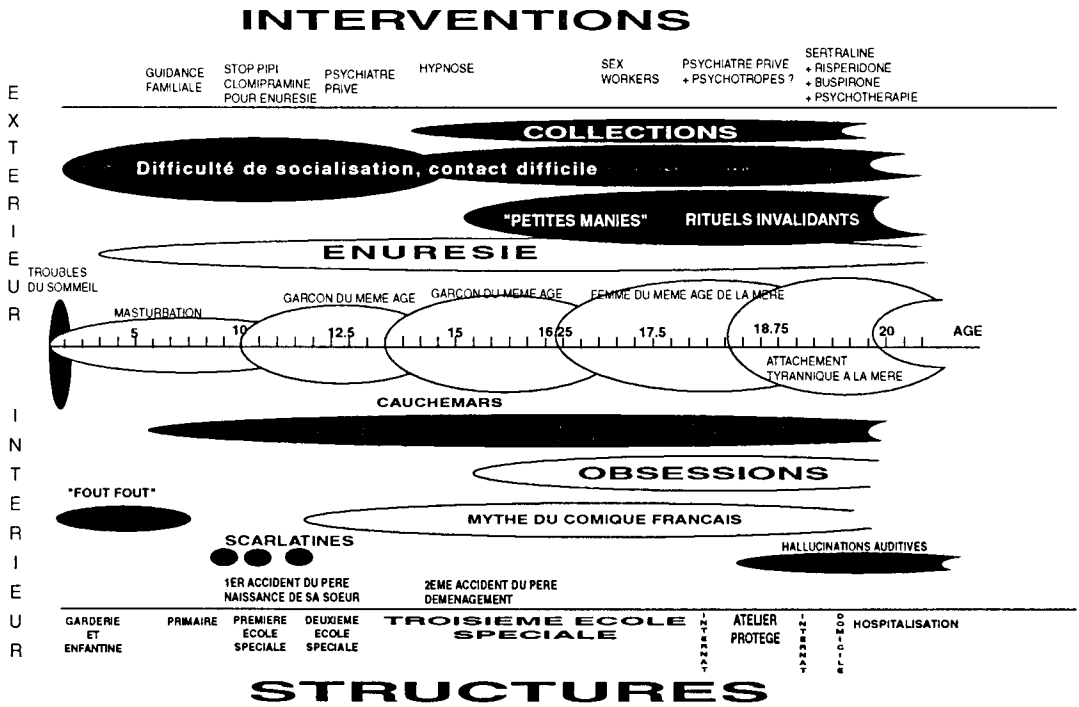


Fig. 2
Schéma par rapport au temps des symptômes, interventions thérapeutiques, structures d'accueil
En haut, les interventions thérapeutiques, en bas les structures d'accueil.
Sur la droite les termes "externes" et "internes" indiquent, respectivement, les symptômes plus apparents objectivement et plus ressentis subjectivement.
La ligne droite au milieu du schéma situe les symptômes par rapport à l'âge du patient.
Les symptômes au centre du schéma sont plutôt de nature sexuelle qui concernent en quelque sorte, l'intérieur et l'extérieur de l'individu.

TROUBLE OBSESSIF COMPULSIF CHEZ UN JEUNE HOMME AVEC RETARD MENTAL LÉGER...

amenés au patient avec un support multidisciplinaire très cadrant et rassurant.

Malgré leur bonne volonté, il est parfois difficile pour les patients et même pour les parents, d'assurer une coopération adéquate et cela sans toujours en être conscient.

Ce cas illustre également la nécessité d'une approche intégrée de la thérapie, qui doit tenir compte et, justement, «intégrer» tant les aspects médicaux que psychosociaux et familiaux.

Notre patient, bien que présentant des symptômes très importants et embriqués à une situation sociale et familiale complexe, a montré une évolution favorable.

Nous avons pu proposer une sortie provisoire au domicile tout en continuant l'intégration dans un atelier protégé avec un projet à très court terme dans une résidence appartenant à une Institution Socio-éducative ouverte.

Version originale : Française

Reçu le 14 août 1998

Accepté le 12 décembre 1998

Bibliographie

- Abbas S. et al. (1996). Obsessive-Compulsive Disorder and Rheumatic Chorea : Is There a Connection ?. *Psychopathology*, 29, 193-197.
- Baxter L.W. (1992). *Neuroimaging Studies of Obsessive Compulsive Disorder*; *Psychiatric Clinics of North America*, Vol.15, N° 4.
- Cohen D.J., Donnellann A. et Rhea P. (1987). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, John Wiley Editor, New York.
- Danian D., Look R., Ruddick L. and Jones G. (1995). Changes in the quality of life of people with learning disabilities who moved from hospital to life in community based homes, *International Journal of Rehabilitation Research*, Vol. 18, pp. 115-122.
- Deonna T., Ziegler A.L., Moura-Serra J. et Innocenti G. (1993). Autistic Regression in Relation to Limbic Pathology and Epilepsy : report of two cases. *Development Medicine and Child Neurology*, Vol. 35 (2), pp. 166-176.
- Flament M.F. et al. (1997). Pharmacologic Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder : Comparative Studies, *J.Clin. Psychiatry*, Vol. 58 (suppl 12), 18-28.
- Goodman W.K. et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale : development, use, reliability. *Arc. Gen Psychiatry*, Vol 46, 1006-1011.
- Gustafsson. L. (1997). Inadequate Cortical Feature Maps : A Neural Circuit Theory of Autism, *Biol Psychiatry*, 42, 1138-1147.
- Hollander E. (1995). Body Dysmorphic Disorder, Pathological Gambling, and Sexual Compulsion Obsessive-Compulsive, *J. Clin. Psychiatry*, Vol. 56 (suppl 4), 7-12.
- Hollander E. (1997). Obsessive-Compulsive disorder : The Hidden Epidemic, *J. Clin. Psychiatry*, Vol. 58 (suppl 12), 3-10.
- Kim S.W. et al. (1990). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale : a reliability and validity study ; *Psychiatric Res*, Vol 34 (1), 99-106.
- Meins W. A. (1996). New depression scale designed for use with adults with adults with mental retardation ; *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol 40, part 3.
- Scarone S. (1992). Increased Right Caudate Nucleus Size in Obsessive-Compulsive Disorders : Detection With Magnetic Resonance Imaging ; *Psychiatric research : Neuroimaging*, Vol 45, 115-121.
- Schopler E. et Mesibov G.B. (1985). *Autism in adolescents and adults*. Plenum Press, New York and London.
- Swedo S.E. et al. (1997). Identification of Children With pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections by a Marker Associated With Rheumatic Fever, *Am. J. Psychiatry*, vol 154, No 1, 110-112.
- Vitiello B. et al. (1989). Obsessive-Compulsive Disorder in Mentally Retarded Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol 77, No 1, 232-236.