

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



LE PROFIL CLINIQUE DES PATIENTS SCHIZO-OBSESSIONNELS

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur Hlal Hayat

Née le 03/04/1978 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de :
Professeur Aalouane Rachid

Année 2014

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens d'abord à remercier mes maîtres Pr Rammouz, Pr Aalouane et Pr Aarab qui m'ont soutenu et encouragé ce travail. Je les remercie aussi pour leurs qualités humaines et leur grande disponibilité.

Je tiens aussi à remercier tous mes collègues, les personnels qui ont contribué, au fil de cette année, à la conception de ce mémoire. Sans eux, il aurait été impossible d'obtenir autant de patients souffrant d'un 70C.

Finalement, je remercie tout particulièrement mon mari Mohammed pour son soutien moral et sa présence tout au long du parcours de résidanat. Il a été une source d'inspiration et de motivation pour moi.

Merci également à mes parents qui ont toujours valorisé la poursuite de mes études en m'appuyant moralement et financièrement.

Merci de m'avoir donné les moyens d'atteindre les études supérieures. Un dernier remerciement à madame Bouchra et à tous le personnel de l'hôpital ibn al Hassan.

A Professeur Aalouane

Pour avoir inspiré le sujet de ce mémoire, m'avoir fourni les directives et pour tous les conseils que vous m'avez apportés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements et vous assure de mon profond respect.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
CHAPITRE I : Revue de la littérature	9
I–Historique et cadre nosographique	10
II–Caractéristiques épidémiologiques	10
III–Caractéristiques cliniques	11
a–Relation entre l’apparition des symptômes obsessionnels et la schizophrénie	12
b–Apparition de SOC au cours du traitement antipsychotique	12
IV–Fonctions neurocognitifs des patients schizo–obsessionnels.....	15
V– Facteurs étiopathogéniques de la comorbidité SOC et SCZ	16
VI–Evolution et Pronostic	17
VII–La prise en charge	19
CHAPITRE II : NOTRE ETUDE.....	21
I–Objectifs de la recherche	22
L’objectif principal	22
Les objectifs secondaires	22
II–Méthodologie et déroulement de l’étude.....	22
Echantillon d’étude	23
Critères d’inclusion	23
Critères d’exclusion	23
Les facteurs de risque liés à l’apparition des symptômes obsessionnels	23
Comparaison des groupes	24
Fiche d’exploitation	24

III–Les outils de mesure.....	25
1) Le Y–BOCS.....	25
2) Le BABS	26
3) L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA)	27
4) Inventaire abrégé de dépression de Beck	27
5) PANSS.....	28
6) CGI.....	29
VI–Résultats	29
1) Résultats descriptifs	29
2) Résultats analytiques	37
V– Discussion	39
CONCLUSION	44
RESUME	46
ANNEXE	48
BIBLIOGRAPHIE.....	71

INTRODUCTION

La schizophrénie et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sont des entités nosologiques distinctes. Les deux troubles partagent des données démographiques et cliniques caractéristiques et aussi certains fondements physiopathologiques.

Les symptômes obsessionnels et compulsifs (SOC) sont fréquents chez les schizophrènes, et représentent 3,5% – 25 % selon les études et semblent aggraver le pronostic.

Dans les études récentes, les patients atteints de schizophrénie avec comorbidité d'un trouble obsessionnel-compulsif sont signalés comme étant plus perturbés sur le plan clinique, isolés socialement, résistants au traitement par rapport aux schizophrènes sans TOC. La présence de SOC pourrait empêcher ou retarder la désintégration de la personnalité associée à la schizophrénie.

L'idée que la schizophrénie est une maladie hétérogène a accentué les recherches sur les sous-groupes de cette maladie. Aussi, les études chez des schizophrènes avec des symptômes et/ou troubles obsessionnels compulsifs, font des efforts pour rechercher un sous-groupe au point de vue phénoménologique et de la réponse au traitement.

Certains fondateurs de psychiatrie moderne (Westphal, Mayer-Gross, Bleuler) ont clairement identifié dans la schizophrénie des symptômes obsessionnels et/ou compulsifs et l'ont considéré s comme des symptômes prodromiques pendant la phase active du trouble schizophrénique. Les auteurs soutiennent que les progrès actuels de comprendre la signification clinique et neurobiologiques des symptômes obsessionnels-compulsifs dans la schizophrénie justifient leur introduction dans les classifications psychiatriques futures. (1)

La prévalence plus élevée dans les études récentes et les hospitalisations antérieures multiples, des symptômes schizophréniques plus graves, ont été associés

au soc, cette comorbidité soulève les problèmes; du diagnostic différentiel, du pronostic et du choix thérapeutique.

A travers l'étude, nous souhaitons apporter plus d'éclairage en ce qui concerne :

- ✓ La prévalence de symptômes obsessionnels compulsifs et /ou trouble obsessionnel compulsif chez les schizophrènes.
- ✓ Comparer les schizophrènes qui ont des symptômes obsessionnels avec ceux qui n'en ont pas, et avec les patients ayant le diagnostic de TOC.
- ✓ Impact des symptômes obsessionnels sur l'évolution et le pronostic de la maladie.
- ✓ Comparer nos résultats avec celles rapportées dans la littérature.

CHAPITRE I

REVUE DE LA LITTERATURE

I–Historique et cadre nosographique

Depuis une centaine d'années, on définit la coexistence des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) et/ou du trouble obsessionnel compulsif (TOC) chez les schizophrènes. En 1878, Westphal a défini le syndrome obsessionnel compulsif comme une variété ou un symptôme prodromique de la schizophrénie.

Bleuler prétend que le vrai diagnostic de certains malades obsessionnels chroniques est la schizophrénie. En particulier, au début de la première moitié du XXème siècle, des articles ont attiré l'attention sur la possibilité de la transformation du trouble obsessionnel compulsif en schizophrénie. D'autres articles, de plus en plus nombreux aujourd'hui, prétendaient le contraire dès cette époque. Par exemple, en 1935, Lewis affirme que, malgré que le trouble obsessionnel compulsif soit une affection chronique et débilitante, le pourcentage de la transformation vers la schizophrénie est très faible.

Stengel prétend que les symptômes névrotiques du trouble obsessionnel compulsif sont une partie des mécanismes de défense. Insel et Akiskal affirment que le degré de conscience des troubles obsessifs compulsifs peut varier selon un large spectre et que les malades se trouvant à l'extrémité de ce spectre manifestent des psychoses obsessives compulsives. (2, 3,4)

II–Données épidémiologiques

L'évaluation de la fréquence des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) chez les schizophrènes, selon les études, s'étend entre 3,5 % et 25 %. (5)

La prévalence est plus élevée dans les études récentes; ceci est au moins en partie dû à l'utilisation de méthodes diagnostiques et d'un recueil des données différent selon les études et selon les époques.

La prévalence de la comorbidité trouble obsessionnel–compulsif et schizophrénie a été estimée à 12,2% par l'Institut national américain pour la santé mentale.

La comorbidité SOC et schizophrénie est caractérisés par des distributions similaires entre les hommes et les femmes, avec un début fréquent pendant l'adolescence. A l'âge adulte, cette comorbidité se voit plus chez les hommes.(6)

III–Caractéristiques cliniques

Il existe des preuves, de plus en plus, que les patients atteints de comorbidité trouble obsessionnel–compulsif et la schizophrénie (récemment qualifié de «schizo–obsessionnel »); semblent avoir des profils distincts de point de vue psychopathologique, évolution de la maladie, comorbidité psychiatrique, déficits neurocognitifs, et réponse au traitement, par rapport à leurs homologues schizophrènes, ce qui suggère l'existence d'un sous–groupe distinct dans le spectre de la schizophrénie.

Une étude japonaise récente, a montré que les patients schizophrènes avec SOC ont une apparition précoce de la schizophrénie, un statut socioéconomique faible, et ont des symptômes psychiatriques plus graves que ceux qui n'ont pas le SOC. Des hospitalisations antérieures multiples, des antécédents familiaux de psychose, des symptômes schizophréniques plus graves, ont été associés à la comorbidité au SOC. En outre, les symptômes négatifs ont été associés à la comorbidité TOC et schizophrénie. (7,14)

a) Relation entre l'apparition des symptômes obsessionnels et la schizophrénie

Au point de vue phénoménologique, on constate la possibilité d'une relation proche entre l'obsession, la pensée surestimée et l'idée délirante. La différence est déterminée par le sens qu'on attribue à la pensée et au niveau de la croyance à cette pensée. Par conséquent, quand la résistance à ces obsessions disparaît et que la conscience est perdue, l'obsession évolue vers le délire.(2,8)

Classiquement, le SOC (Symptômes obsessionnels compulsifs) pourrait précéder l'apparition de la schizophrénie, il pourrait retarder ou empêcher la « désintégration de la personnalité » associée à la psychose.

b) Apparition de SOC au cours du traitement antipsychotique

Les options thérapeutiques pour le traitement du TOC et SOC chez les schizo-obsessionnels sont limitées, et le traitement lui-même représente un défi majeur en raison de l'émergence du SOC sous antipsychotiques atypiques.

Les neuroleptiques classiques à forte dose, tels que l'halopéridol et le pimozide, ne semble pas aggraver le TOC.

La plupart des rapports du SOC-induit chez les patients schizophrènes sont liés à la clozapine, la rispéridone, olanzapine et la quétiapine .Une explication possible de ce phénomène pourrait être en rapport avec la participation des récepteurs 5HT 2A et la perturbation de l'interaction de la sérotonine et la dopamine dans les boucles cortico-striato-thalamo-corticaux. Toutefois, les données, à partir d'une étude

d'association génétique récente, ont également suggéré une implication du glutamate dans le SOC-induit (9,10).

Ces dernières années, plusieurs études de cas ont signalé l'apparition ou l'aggravation des SOC lors de traitements par des neuroleptiques atypiques (rispéridone, olanzapine et clozapine), et ont suggéré un lien de causalité entre ces traitements et les SOC. La majorité de ces cas concerne la clozapine.

✓ Clozapine

Dix-neuf cas de patients ayant présenté une aggravation ou l'apparition des SOC lors d'un traitement par clozapine ont été publiés. Baker et coll. ont étudié 49 dossiers de patients souffrant de schizophrénie et traités par clozapine, et ont estimé que 10 % de ces patients avaient présenté une apparition ou une aggravation de leurs SOC(9,10)

L'étude rétrospective de Ghaemi et coll. ne constate aucun cas d'apparition de SOC chez 142 patients traités par clozapine. Dans le sous-groupe des 41 patients souffrant de schizophrénie, 3 avaient des SOC avant le traitement et un seul a présenté une telle aggravation, soit 2,4 %.

Les doses de clozapine observées (moyenne 291 mg/j) étaient plus faibles que celles de l'étude de Baker et coll.

Enfin, une étude rétrospective de 121 patients a comparé la fréquence d'apparition des symptômes obsessionnels sous clozapine (n = 32) à celle survenant avec un autre neuroleptique [rispéridone (n = 19)], ou avec un neuroleptique « typique » (n = 57). La fréquence des SOC était de 21 % sous clozapine contre 1,3 % sous un autre neuroleptique (P < 0,01).

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une aggravation des SOC préexistants. Le nombre de patients souffrant de schizophrénie, traités par clozapine et la dose prescrite n'étaient pas précisés.

L'aggravation ou l'apparition de SOC sous clozapine n'est donc pas exceptionnelle. Ce phénomène s'observe également avec d'autres neuroleptiques, mais semble plus fréquent sous clozapine selon l'étude comparative de Haan.

L'arrêt du traitement est donc peu envisageable pour résoudre les SOC, si celui-ci a permis une amélioration de la symptomatologie psychotique. Au niveau physiopathologique, l'apparition de SOC ou de TOC sous clozapine serait due à l'action antagoniste sur les récepteurs 5-HT₂. Cette explication est certainement simpliste, la clozapine étant un antagoniste d'autres récepteurs (dopaminergiques, adrénergiques, muscariniques et histaminiques notamment). Baker et al. ont émis l'hypothèse que l'apparition d'un TOC sous clozapine serait une réponse clinique s'inscrivant dans la trajectoire naturelle de la maladie schizophrénique:

La régression des symptômes psychotiques laisserait place à des symptômes moins sévères ressemblant à des symptômes du TOC.

Dans cette hypothèse, l'accentuation des SOC devrait s'observer avec les neuroleptiques classiques lorsqu'ils sont efficaces. C'est ce que Howland a pu observer, il a décrit l'apparition de SOC chez deux patients, l'un schizophrène avec un retard mental léger, l'autre souffrant uniquement d'un retard mental moyen, traités par chlorpromazine (doses de 50 et 300 mg/jour). Il émet la même hypothèse étiologique qu'à propos de la clozapine.

La chlorpromazine a une plus grande affinité pour les récepteurs 5-HT₂ que pour les récepteurs à dopamine (D₂), avec un ratio 5-HT₂/D₂ plus élevé que la plupart des neuroleptiques typiques. Les patients vulnérables développeraient donc des SOC au cours de traitement avec des neuroleptiques ayant un effet antagoniste plus important sur la fonction sérotoninergique que sur la fonction dopaminergique.

L'apparition de SOC a aussi été décrite au cours de traitements par les antipsychotiques atypiques telle la rispéridone et l'olanzapine (Sept cas de SOC apparus ou aggravés sous rispéridone ont été publiés, six cas de SOC apparus ou aggravés sous olanzapine ont été publiés). (2)

✓ **Neuroleptiques classiques**

A notre connaissance, seuls trois cas de SOC sous neuroleptiques classiques ont été décrits alors que 31 cas ont été décrits pour les neuroleptiques atypiques.

Il semble donc souhaitable de rechercher des antécédents familiaux ou personnels de SOC avant d'initier un tel traitement, et de surveiller l'apparition des SOC après l'avoir instauré. Une grande partie de ces cas concerne la clozapine. (2,9)

IV-Fonctions neurocognitifs des patients schizo-obsessionnels

Un déficit neurocognitif généralisée dans la schizophrénie et un déficit neurocognitif plus sélectif dans le TOC ont constamment été démontrés. Plusieurs études ont montré qu'un sous-groupe de patients schizophrènes souffrant de TOC ou symptômes obsessionnels-compulsifs présentent plus de signes neurologiques doux et de déficits neurocognitifs, principalement dans l'abstraction et les fonctions exécutives. Cependant, il a également été signalé que les performances des patients schizo-obsessionnels sont mieux encore que les schizophrènes, en particulier pendant les phases initiales de la maladie.

Bien que des études contrôlées à grande échelle fassent défaut, il est généralement admis que les patients schizo - obsessionnelles sont difficiles à traiter et réagissent de façon différente à des interventions thérapeutiques spécifiques.

En effet, la monothérapie avec un antipsychotique typique semble être inefficace et associée à une sensibilité accrue aux effets secondaires extrapyramidaux.

(12)

V-Facteurs étiopathogéniques de la comorbidité SOC et SCZ

Les fondements neurobiologiques du TOC et SOC chez les patients atteints de schizophrénie sont loin d'être définitivement connues, mais des rapports préliminaires suggèrent un dysfonctionnement similaire entre ces deux troubles. L'imagerie par résonance magnétique à travers des études a identifié de manière significative des volumes réduits de l'hippocampe gauche, des lobes frontaux et de la corne antérieure des ventricules latéraux et de troisième ventricule dans un petit groupe de patients schizo-obsessionnels comparés aux patients atteints de schizophrénie.

Des recherches en neurophysiologie et en neuro-imagerie montre un chevauchement important entre la schizophrénie et le trouble obsessionnel-compulsif concernant des anomalies structurelles et fonctionnelles du cerveau, l'implication de la dopamine, la sérotonine et le glutamate dans la physiopathologie de ces deux troubles.

Des structures anatomiques et des circuits fonctionnels similaires seraient impliqués à la fois dans le trouble obsessionnel-compulsif et dans la schizophrénie. En particulier, des interactions complexes entre les systèmes dopaminergiques et sérotoninergiques pourraient expliquer la cooccurrence des SOC et de la schizophrénie.

Enfin, la présence de SOC chez des patients souffrant de schizophrénie s'accompagne d'anomalies analogues à celles de patients souffrant de TOC, à différentes épreuves cognitives.

VI-Evolution et Pronostic

Les troubles schizophréniques qui s'accompagnent de manifestations obsessionnelles et compulsives, ont longtemps été considérés comme étant de meilleur pronostic que d'autres catégories de schizophrénie.

Stengel, en 1945 (11), a cité sept cas de patients obsessionnels chez qui étaient survenus des symptômes du registre schizophrénique: cette réaction psychotique avait tendance à la rémission, et l'évolution vers une détérioration progressive était rare. Rosen(11,13), en s'appuyant sur un suivi de 5,3 ans en moyenne de 30 patients présentant cette comorbidité, soulignait que les cas de meilleur pronostic concernaient les patients pour lesquels les symptômes obsessionnels précédaient l'émergence de la maladie schizophrénique.

Il faut cependant remarquer que, parmi les patients observés, nombre d'entre eux présentaient des symptômes dépressifs, avec des idées délirantes congruentes à l'humeur, davantage évocateurs de troubles de l'humeur que d'un trouble schizophrénique avéré ; ceci pourrait expliquer que la maladie ait un pronostic plutôt favorable.

Les publications plus récentes sont d'ailleurs en désaccord avec les constatations de Stengel et Rosen. Fenton et McGlashan ont présenté une étude rétrospective de 21 patients schizophrènes avec des SOC, âgés de 16 à 55 ans, sans pathologie neurologique, comparés à un groupe de 42 patients schizophrènes sans SOC. Les patients des 2 groupes, qui ne différaient pas dans leur fonctionnement

prémorbide sur le plan professionnel et social, ont été suivis sur une moyenne de 16 ans. Les résultats ont montré que la durée des hospitalisations chez les patients schizophrènes avec SOC correspondait à deux fois celle des patients sans SOC; 7 % des patients schizophrènes avec SOC avaient un emploi, contre 33 % des autres patients sans SOC; les patients schizophrènes avec SOC étaient plus souvent isolés et davantage dépendants.

Berman *et al.* ont sélectionné, à partir de 108 schizophrènes, 27 patients présentant des symptômes obsessionnels et/ou compulsifs en utilisant les critères proposés par Fenton et McGlashan en 1986 : le groupe des patients schizophrènes avec SOC et celui des patients schizophrènes sans SOC avaient des caractéristiques démographiques proches (distribution comparable des hommes et des femmes, âge sans différence significative); les patients avec SOC avaient passé plus de temps à l'hôpital dans les cinq ans précédant leur évaluation (la moyenne de jours passés à l'hôpital était de 53,5 jours pour les sujets avec SOC, contre 24 jours pour les sujets sans SOC); les patients avec SOC étaient 3 fois plus souvent décrits comme « invalides », 20 % étaient seuls (célibataires, divorcés ou veufs) et ils vivaient plus fréquemment dans des logements thérapeutiques (63 % pour les sujets avec SOC, contre 42,7 % pour les sujets sans SOC) ; la fréquence d'un emploi à plein temps ou à mi-temps était faible pour l'ensemble des patients (23,6 % seulement), significativement moins importante chez les schizophrènes avec SOC (2 %) que chez les schizophrènes sans SOC (21,6 %).

VII–La prise en charge

L'association de SOC à la schizophrénie est connue depuis longtemps. Que la schizophrénie avec SOC soit un sous-groupe de schizophrénie à signification psychopathologique particulière ou que ce soit l'association de deux pathologies distinctes, les travaux actuels suggèrent que les patients présentant ce type de symptomatologie nécessitent un traitement adapté visant symptômes schizophréniques et SOC.

Dans une étude de 15 schizophrènes présentant des SOC. Mis sous aripiprazole, et à la fin de l'essai, sept patients ont montré une amélioration sur le score Y-BOCS de plus de 35% entre et le début et la sixième semaine du traitement.

Les données actuelles appuient l'utilisation de l'AAP en combinaison avec un ISRS pour les patients schizo-obsessionnels, mais ces conclusions sont fondées sur une petite taille des échantillons. Les IRS recommandés sont la clomipramine, la Fluvoxamine et la Sertraline. (2,4)

L'utilisation des antidépresseurs, bien codifiée dans le traitement du TOC, demeure peu étudiée dans la schizophrénie avec SOC. Cependant, plusieurs études de cas et deux études contrôlées permettent d'orienter les choix thérapeutiques. (9)

Cinq cas de patients souffrant de schizophrénie présentant des SOC et soumis à un traitement par clomipramine ont été publiés. Dans quatre cas, la clomipramine a été efficace pour la symptomatologie obsessionnelle. Dans un cas, une agitation et une aggravation de la symptomatologie psychotique étaient rapportées. Les résultats observés sont encourageants mais reposent sur un très petit nombre de sujets.

Parmi les ISRS, seule la fluvoxamine a fait l'objet d'une étude contrôlée. Pour les autres, les séries de cas donnent des résultats prometteurs, mais à notre connaissance, aucune étude contrôlée n'est venue les confirmer. Cette absence

d'études ne permet donc pas de savoir s'il existe ou non un ISRS plus adapté que les autres dans le traitement des SOC associés à la schizophrénie, ni à quelles doses ces ISRS doivent être utilisés(15).

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études évaluant la TCC des SOC chez les patients atteints de schizophrénie. Par contre, comme le soulignent Rector et Beck (16,17) dans un article de synthèse, l'adaptation des thérapies cognitives utilisées avec succès dans la dépression et les troubles anxieux est très utile en complément du traitement pharmacologique de la schizophrénie. Dans le cas de TOC ou de SOC associés à une schizophrénie, le traitement par les neuroleptiques classiques ne permet certainement pas de soulager la symptomatologie obsessionnelle. Lorsque les symptômes obsessionnels sont invalidants et sans rapport avec une activité délirante, les patients schizophrènes peuvent être améliorés par les IRS, et notamment par la clomipramine pour laquelle les études sont les plus nombreuses et les résultats les moins inconstants. Une faible posologie apparaît le plus souvent suffisante. L'association IRS–neuroleptique est une option thérapeutique capable d'améliorer globalement ces patients.

Dans le cas d'apparition de symptômes obsessionnels sous neuroleptiques, le handicap représenté par l'apparition de ces symptômes doit être apprécié. Lorsque le patient exprime une gêne importante, la diminution de posologie en première intention peut permettre la résolution du problème. Si la symptomatologie persiste, il apparaît alors licite de changer le traitement antipsychotique.

CHAPITRE II

NOTRE ETUDE

I– Objectifs de la recherche

Les objectifs de notre travail se situent sur divers axes :

L'objectif principal :

- Comparer le groupe des patients schizophrènes présentant des SOC avec le groupe des schizophrènes sans SOC, et le groupe des patients ayant un TOC.
- Comparer le groupe des schizophrènes avec SOC / groupe schizophrènes sans SOC en matière de FDR, de la sévérité des symptômes psychotiques.
- Comparer les caractéristiques cliniques entre le groupe des schizophrènes avec SOC et le groupe TOC.

Les objectifs secondaires :

- ✓ La prévalence de symptômes obsessionnels compulsifs et /ou trouble obsessionnel compulsif chez les schizophrènes.
- ✓ Impact sur l'évolution de la maladie.
- ✓ Les données recueillies seront comparées à celles de la littérature.

II– Méthodologie et déroulement de l'étude

Notre étude est transversale à recrutement prospectif portant sur une période de 12 mois, allant du 01 décembre 2012 au 30 novembre 2013 , intéressant les patients schizophrènes hospitalisés ou suivis au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès, et les patients suivis pour un TOC, en participation de toute l'équipe du service. Le travail est réalisé en partenariat avec le service d'épidémiologie.

Le recueil des informations a été réalisé grâce à une enquête anamnestique structurée selon une fiche préétablie.

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS. La comparaison entre les deux groupes TOC ET SOC AVEC SCZ a été réalisée par le test khi2 Pour les variables qualitatives et le test “*t*” de Student pour les variables quantitatives. La comparaison entre les trois groupes (soc avec scz, toc, scz) effectuée par test d'Anova.

Echantillon d'étude :

- Les malades hospitalisés au service de psychiatrie ou suivis en ambulatoire pour schizophrénie (selon DSM -IV), ayant ou non des symptômes obsessionnels.;
- Les patients hospitalisés ou suivis pour un TOC.
- Le consentement éclairé a été obtenu auprès de tous les sujets après explication détaillée de l'objet de l'étude et sa procédure.
- Le respect de l'anonymat et la confidentialité des données.

Critères d'inclusion

- Patients entre 16 ans et 50 ans
- Diagnostic des symptômes obsessionnels n'est retenu que devant leur persistance pendant au moins 1 mois, et devant leur présence durant l'examen même si le patient affirme leur persistance dans le passé.
- Patients traités ou non avec les antipsychotiques

Critères d'exclusion :

- Les patients ayant une maladie organique cérébrale
- Les patients ayant un retard mental

Les facteurs de risque liés à l'apparition des symptômes obsessionnels :

- Antécédents familiaux des TOC
- ATCD de suicide
- Forme clinique de schizophrénie
- Age de début de la maladie

- Le traitement par les neuroleptiques atypiques

Comparaison des groupes :

Groupe schizo+SOC / schizo-SOC

- La comparaison entre les 2 groupes a porté sur les FDR
- L'évaluation de la sévérité des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie sera appréciée par les scores CGI, Y-BOCS et PANSS

Groupe schizo +SOC / TOC

- La comparaison entre les 2 groupes portera sur les caractéristiques cliniques des SOC, et les paramètres sociodémographiques
- L'évaluation de la gravité du SOC sera faite par l'échelle de Yale-Brown Obsessive Compulsive (Y-BOCS).
- L'évaluation de l'insight sera faite par BABS
- L'évaluation de l'anxiété liée aux SOC sera faite par l'échelle de Hamilton

Fiche d'exploitation comprenant :

- les données sociodémographiques : sexe, âge, profession, niveau socio-économique, niveau d'étude, situation sociale et situation des parents, âge de début de la schizophrénie,
- les antécédents :
 - Psychiatriques.
 - Familiaux de trouble obsessionnel compulsif
 - Tentative de suicide
 - Conduites addictives associées : tabac, alcool, toxiques. ..
- Le diagnostic de la maladie répondant aux critères de la classification DSM IV.
- Les caractéristiques des symptômes obsessionnels :

Obsession et thème, Compulsion et thème.

- La prise en charge des patients : le traitement suivi, l'évolution.

III– Les outils de mesure

1–L'échelle d'obsession–compulsion de Yale–Brown (Y–BOCS)

Y–BOCS : Mise au point par Goodman et al. (61,62), elle constitue le « système de mesure standard » actuel des obsessions–compulsions. Elle se présente comme un entretien structuré qui permet d'obtenir une mesure de la sévérité des symptômes obsessionnels non biaisée par la présence ou l'absence d'un type particulier d'obsession ou de compulsion.

L'échelle comprend 10 items qui mesurent 5 dimensions : durée, gêne dans la vie quotidienne, angoisse, résistance, degré de contrôle. Chaque item est coté de 0 (pas de symptôme) à 4 (symptôme extrême). Ainsi, en fonction du score obtenu, on distinguera :

- 10–18 : TOC léger causant une détresse mais pas nécessairement un dysfonctionnement ; l'aide d'une tierce personne n'est pas réclamée ;
- 18–25 : détresse et handicap ;
- ≥ 30 : handicap sévère exigeant une aide extérieure.

La Y–BOCS a été administrée à 3 cohortes de patients souffrant de TOC (61,62). Le score total est significativement corrélé avec d'autres échelles de mesure du TOC, CGI–OCS (Clinical Global Impression–Obsessive Compulsive Scale) ($p < 0,0001$) et NIMH–OCS (National Institute of Mental Health – Obsessive Compulsive Scale) ($p < 0,001$) mais faiblement corrélé avec des mesures d'anxiété et de dépression. La sensibilité au changement thérapeutique a été établie. La fiabilité interexamineurs est excellente pour le score total et pour les 10 items individuels. La consistance

interne varie de 0,89 à 0,91 (coefficient alpha de Cronbach) pour le score total sur des sujets ayant un TOC (61).

Une version française du questionnaire a été proposée. L'étude de Bouvard et al. (1998) utilisant la version française et portant sur 2 groupes de sujets (46 sujets ayant un TOC et 25 sujets contrôles), a mis en évidence une bonne consistance interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,96). La validité convergente du total avec la liste des activités compulsives de Marks et la liste des pensées obsédantes de Bouvard est satisfaisante. Les corrélations sont modérées entre la Y-BOCS et les mesures de dépression. La sensibilité au changement thérapeutique a été établie.

2-Le 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. Une étude a démontré que le BABS présentait d'excellentes propriétés psychométriques avec des coefficients de fidélité test-retest et de cohérence interne satisfaisants (Eisen et al., 1998). Par contre, la version canadienne-française de ce questionnaire n'a pas été validée. Aussi, le BABS n'a pas été conçu pour être spécifique aux patients qui souffrent d'un TOC, ce qui représente une limite importante.

3–L'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA)

L'échelle de dépression de Hamilton (en anglais, Hamilton Rating Scale for Depression : HRSD, aussi appelée Hamilton Depression Rating Scale : HDRS et abrégé par HAM-D) est un questionnaire à choix multiples que les cliniciens américains peuvent utiliser pour mesurer la sévérité de la dépression majeure d'un patient¹. Max Hamilton a le premier publié en 1960 l'échelle que tente de mesurer ce questionnaire², l'a révisé et évalué en 1966³, en 1967⁴, en 1969⁵ et en 1980⁶. Lors de sa publication, il était qualifié de gold standard, mais depuis le test et les bases conceptuelles ont été remises en question⁷. Hamilton a également indiqué que son test ne pouvait servir d'instrument de diagnostic⁸.

Le questionnaire mesure la sévérité des symptômes observés lors d'une dépression (par exemple, troubles de l'humeur, insomnie, anxiété et amaigrissement). En 2011, c'est l'un des plus utilisés dans le milieu médical américain pour évaluer la dépression.

Le clinicien choisit l'une des réponses proposées en interrogeant le patient et en observant ses symptômes. Chaque question a de 3 à 5 choix de réponses en ordre croissant de sévérité. Dans le premier questionnaire publié en 1960, les 17 questions servaient à établir le score final (HRSD-17)⁹. Les questions 18 à 21 permettent de mieux juger de la dépression (variation diurne des symptômes paranoïaques). Un guide d'entrevue structuré est aussi disponible

4--BECK :

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB, IDB-II), créé par le Dr Aaron T. Beck, est un questionnaire à choix multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique. Son développement a été marqué parmi les professionnels

de la santé, qui ont dès lors perçu la dépression via une perspective psychodynamique, plutôt que par les propres descriptions données par le patient.

Dans sa version actuelle, le questionnaire a été réalisé pour les jeunes individus âgés de 13 ans et plus, et est composé de mots relatant des symptômes de la dépression comme le désespoir et l'irritabilité, des symptômes cognitifs comme la culpabilité, des symptômes émotionnels, et des symptômes physiques comme la fatigue, la perte de poids et le manque d'intérêt sexuel¹. Il existe trois versions de cet inventaire — l'original, publié pour la première fois en 1961, puis révisé en 1978 sous le nom de IDB-1A, et l'IDB-II, publié en 1996

5--PANSS

PANSS est une échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême), qui évalue les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la schizophrénie. Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items). Outre cette cotation dimensionnelle, il est possible également d'évaluer le patient selon une typologie catégorielle (diagnostics de sous-types) qui permet ainsi de distinguer les formes positives, négatives et mixtes de la schizophrénie. Son utilisation est particulièrement indiquée pour déterminer un profil psychopathologique, rechercher les éléments pronostiques d'une évolution et évaluer l'efficacité de diverses stratégies thérapeutiques.

6--CGI : Clinical Global Impression Severity Scale

Avec l'échelle CGI SeverityScale, le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

Pour bien coter les CGI-S, il faut définir :

- trois cibles comme points d'ancrage,
- y intégrer
 - ✚ l'historique des problèmes,
 - ✚ les informations données par les parents et/ou les enseignants,
 - ✚ o le jugement clinique et l'observation pendant la consultation.

VI- Résultats

1) Les résultats descriptifs

A) Les caractéristiques sociodémographiques :

L'échantillon de notre étude est composé de trois groupes: Le premier groupe correspond à des patients (n :46) qui répondaient aux critères du TOC. Le deuxième et le troisième groupes sont composées de 66 schizophrènes (50 hommes, 16 femmes), dont 32 ont à la fois la schizophrénie et des symptômes obsessionnels (groupe2) et 34 sans soc (groupe 3).

L'âge moyen du groupe1 est de 36,33 (DS:11,95), celui du groupe 2 est de 30 (DS : 8,13) et l'âge moyen de troisième groupe est de 32,26(DS : 9,928).

Les patients ayant la schizophrénie associée au SOC présentent en majorité un niveau secondaire d'instruction (43,8%), 18,8% ont un niveau universitaire, ils sont caractérisés par une prédominance masculine (75%), 93,8% sont célibataires. ceux qui

ne travaillent pas à cause de la schizophrénie forment 78,1% de ce groupe 2 tandis que seulement 21,9% travaillent.

Les deux professions instituteur et militaire caractérisent la profession du père chez les deux groupes 1 et 2, avec respectivement les taux 19,5% et 43,8% (Tableau 1).

Les trois groupes ont un niveau socio-économique bas. Les patients avec un TOC avaient un niveau d'instruction élevé 43,5% universitaire, 19,6% des patients ont obtenu leur baccalauréat.

Les patients schizo-obsessionnels ne diffèrent pas des schizophrènes en fonction de l'âge, le sexe, et l'état matrimonial. Cependant, ils étaient mieux éduqués et ont plus susceptibles de provenir d'un milieu urbain.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des trois groupes étudiés

	TOC		SCZ + SOC		SCZ sans SOC	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
AGE MOYEN	36,33+/- 11,957		30+/-8,132		32,26+/-9,928	
SEXE : Homme	19	41,3	24	75,0	26	76,5
Femme	27	58,7	8	25,0	8	23,5
PROFESSION						
sans	29	63,0	25	78,1	20	58,8
fonctionnaire	7	15,2	3	9,4		
commerçant	2	4,3	1	3,1	3	8,8
instituteur	7	15,2	1	3,1	2	5,9
autres	1	2,2	2	6,3	9	26,5
PROF. DU PERE						
Fonctionnaire	7	15,2	5	15,6	5	14,7
Militaire	7	15,2	11	34,4		
Instituteur	14	30,4	3	9,4	4	11,8
autres	18	39,1	13	40,6	25	73,5
NVINSTRUCTION						
Non scolarise	5	10,9	2	6,3	6	17,6
Primaire	4	8,7	5	15,6	12	35,3
Secondaire	8	17,4	14	43,8	7	20,6
Bac	9	19,6	5	15,6	2	5,9
Universitaire	20	43,5	6	18,8	7	20,6
situation Marital						
Célibataire	20	43,5	30	93,8	29	85,3
Marié	19	41,3	1	3,1	4	11,8
Veuf	3	6,5	1	3,1	1	2,9
Divorcé	4	8,7				
revenu personnel						
<2000	31	67,4	30	93,8	29	85,3
2-5.10 ³	4	8,7	1	3,1	5	14,7
>5.10 ³	11	23,9	1	3,1		
lieu résidence						
Urbain	40	87,0	32	100	26	76,5
Rural	6	13,0			8	23,5

B) Les caractéristiques cliniques

Pour le groupe 2 (schizo + SOC) ; la majorité des patients ont été recrutés lors de la consultation, seulement 15,6% étaient hospitalisés, 59,4% de ce groupe ont des antécédents familiaux de maladie psychiatrique, dont 25,0% ont des antécédents du TOC, 28,1% de schizophrénie 15 patients (46,9%) avaient effectué une tentative de suicide dans le passé, par contre dans le groupe 1 (schizo sans SOC), seulement 6 patients (13%) ont des antécédents de tentative de suicide.

Le sous-type le plus fréquent est le type paranoïde (78,1%). La fréquence du type indifférencié est de 15,6% et celle du type désorganisé est de 6,3%.

Deux patients avaient la consommation du tabac, Le début progressif est un mode de début le plus dominant pour les trois groupes.

Dans ce même groupe 2, 9 patients (28,1%) étaient traités avec des neuroleptiques classiques (équivalent halopéridol), 13 patients traités par des atypiques seuls ou en association avec les antidépresseurs.

Cinq patients avaient développés des symptômes obsessionnels après l'évolution de la maladie schizophrénique, quatre d'entre eux étaient sous neuroleptiques atypiques, un patient était sous clozapine. Dix patients avaient présentés des symptômes obsessionnels comme mode d'entrée dans la schizophrénie.

Les comorbidités représentent 28,1%, les tics et l'onychophagie sont les plus rencontrés. (Tableau 2)

Tableau 2 : Comparaisons cliniques entre les trois groupes

	TOC		SOC ET SCZ		SCZ	
	n	%	n	%	n	%
Mode de recrutement						
Consultation			5	84,4	16	47,1
hospitalisation	46	100,0	5	15,6	18	52,9
ATCD Psychiatriques NON						
SCZ						
TAG	13	28,3	4	12,5	2	5,9
TP	1	2,2	22	68,8	30	88,2
DEP	5	10,9	1	3,1	2	5,9
TOC	3	6,5	1	3,1		
AUTR	21	45,7	3	9,4		
	3	6,5	1	3,1		
ATCD Familiaux: OUI						
NON	23	50,0	19	59,4	5	14,7
	23	50,0	13	40,6	29	85,3
ATCD Familial présent TOC						
SCZ	9	19,6	9	25,0		
AUTR	9	19,6	9	28,1	5	14,7
TB	3	6,5	2	6,3		
	2	4,4				
TS : non	40	87,0	17	53,1	34	100,0
oui	6	13,0	15	46,9		
Addiction						
NON	44	95,7	27	84,4	15	44,1
TABAC	1	2,2	2	6,3	4	11,8
CANABIS	1	2,2	3	9,4	15	44,1
ALCOOL						
f cliniq : Paranoïde			25	78,1	22	64,7
Désorganisée			2	6,3	10	29,4
Catatonique						
indifférenciée			5	15,6	1	2,9
Md début						
AIGUE	14	30,4	8	25,0	6	17,6
PROGRESSIF	21	45,7	23	71,9	28	82,4
Traité : NON	16	34,8	7	21,9		
OUI	30	65,2	25	78,1	34	100,0
TT reçu						
CLSQ			9	28,1	26	76,5
ATYPQ	1	2,2	5	15,6	8	23,5
NL/AD	3	6,5	8	25,0		
AD	27	58,7	3	9,4		
Comorbidité : NON	15	32,6	23	71,9	34	100,0
TIC	3	6,5	2	6,3		
TAG	13	28,3	1	3,1		
TP	2	4,3				
PP	2	4,3	1	3,1		
ONCP	5	10,9	2	6,3		
AUTR	6	13,0	2	6,3		
TT actuel : IRS	39	84,8	1	3,1	1	2,9
TRIC	1	2,2			1	2,9
AD/NL	5	10,9	29	90,6		
NL	1	2,2	2	6,3	32	94,1

Tableau 3 : Patients avec un Y-BOCS positif. Y-BOCS >16

On a déterminé que 12 des 32 malades présentant des symptômes obsessionnels compulsifs ont confirmés le diagnostic du trouble obsessionnel compulsif avec la schizophrénie, avec une note de l'échelle Yale- Brown obsessionnelle compulsive supérieur à 16. Figure 1

	PATH 1	PATH 2
Y-BOCS>16	21 (45,7%)	12 (37,5%)
Y-BOCS < 16	25 (54,3%)	20 (62,5%)

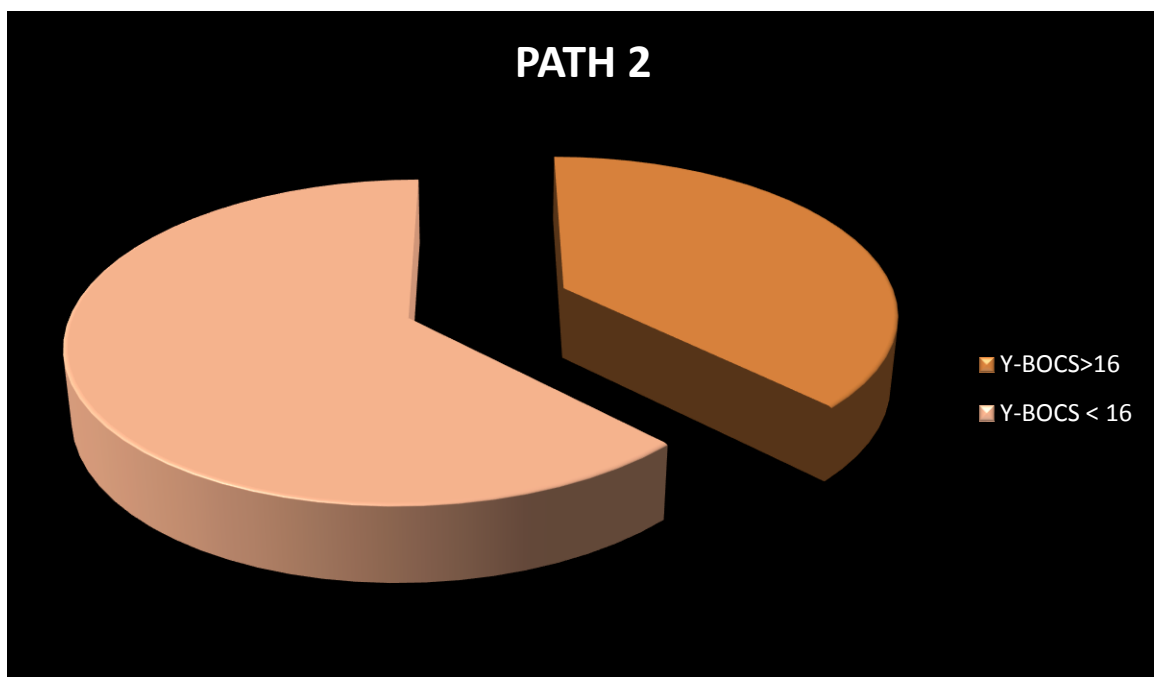


Figure 1 : La répartition des patients schizo-obsessionnels selon l'Y-BOCS

Tableau 4 : La prévalence des thèmes entre les deux groupes

Les patients du groupe 2 : l'obsession la plus fréquente est représentée par l'agression (41,9%), alors que les plus fréquentes compulsions exprimées étaient celles de nettoyage (51,6 %) et répétition (50 %).

Tableau 5 : Répartition des patients traités ou non

	PATH 1		PATH 2	
	n	%	n	%
AGRESSION	16	34,8	14	41,91
CONTAMINATIN	22	46,7	9	25,8
RELIGION	20	43,5	7	19,4
COLLECTION	12	24,4	2	6,3
SEXUALITE	17	35,6	7	19,4
SYMETRIE	11	22,2	7	19,4
SOMATIQUE	16	33,3	7	19,4
NETTOYAGE	17	37,0	17	51,6
CONTROLE	19	41,3	13	38,7
REPETITION	18	39,1	16	50,0
COMPTAGE	11	23,9	11	32,3
RANGEMENT	15	32,6	6	16,1
RAMASSAGE	12	26,1	5	12,9
AUTRES	4	8,7	4	9,7

Sept (21,9%) patients présentant une schizophrénie associée au soc n'ont jamais été traités auparavant par les neuroleptiques.

	PATH 1	PATH 2
TRAITE	n(%)	n(%)
oui	30 (65,2%)	25 (78,1%)
non	16 (34,8%)	7 (21,9%)
P	,001	,000

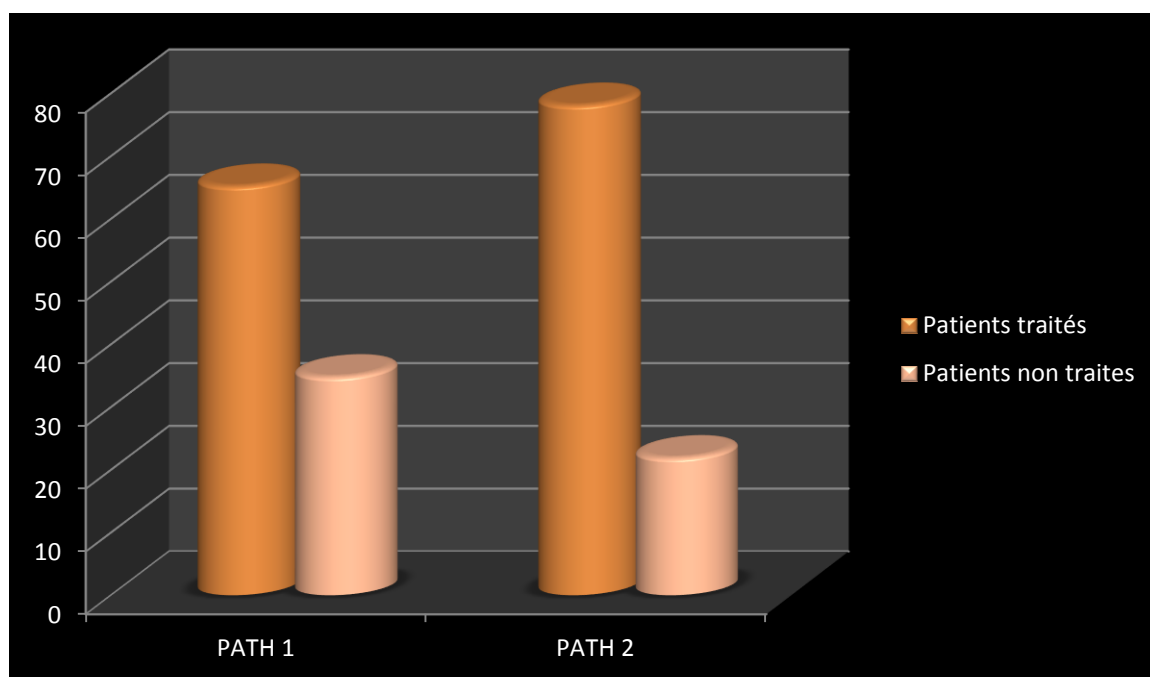


Figure 2 : Le pourcentage des patients qui ont reçus un traitement

2) Les résultats analytiques

Il n'existe pas de différence significative entre l'âge moyen des patients. On a trouvé de différence importante entre les patients qui ont et qui n'ont pas de symptômes obsessionnels compulsifs au point de vue du CGI (consécutivement 4,20; 5,13 et 4,26) avec un $p < 0,05$.

Des scores significativement élevés sont à noter sur l'HAM anxiété et le BECK dépression chez les patients qui présentent les symptômes obsessionnels.

La note moyenne de l'échelle du BABS qui estime la prise de conscience envers les obsessions et/ou les compulsions chez le groupe 2 était de 14,47 (DS : 3,388), avec une différence significative par rapport aux autres groupes. (Tableau 6)

Tableau 6: Comparaison des variables quantitatives entre les trois groupes

	AGE	CGI	HAM	BABS	BECK
PATH1	36,33+/- 11,957	4,20+/- 1,833	11,98	8,35+/- 4,542	8,78+/- 4,917
PATH2	30,00+/- 8,132	5,13+/- 1,157	8,87	14,06+/- 3,388	7,50+/- 5,989
PATH3	32,26+/- 9,928	4,26+/- 1,310	1,44	15,71+/- 1,254	1,12+/- 1,701
p	,06	,020	,000	,000	,000

Tableau 7 : Comparaison de l'insight, dépression et l'anxiété entre les deux groupes

	CGI	YBOCS	BABS	HAM ANXIETE
PATH1	4,20+/- 1,833	16,54+/-7,759	8,87+/-5,655	11,98+/-4,394
PATH2	5,13+/-1,157	14,47+/-8,367	14,47+/-3,388	8,87+/-5,655
p	,013	,264	,000	,008

Pour savoir s'il y a une différence entre les deux groupes 1 et 2, de point de vue insight, anxiété et gravité des symptômes obsessionnels ; on a comparé les moyennes de l'Y-BOCS, du BABS et HAM anxiété. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes dans l'Y-BOCS, alors qu'on a trouvé une tendance à des scores plus élevés sur l'HAM anxiété chez les patients qui ont un TOC seul, avec une différence qui est significative aussi bien au niveau de l'anxiété qu'au niveau de l'insight.

Tableau 8 : Comparaison du PANSS ENTRE groupe 2/ groupe 3

	PANSS	NEGATIF	POSITIF
PATH2	64,16+/-17,049	13,37+/- 3,329	25,09+/-8,577
PATH3	49,29+/-12,774	12,47+/- 4,869	16,12+/-7,666
P	,000	,385	,000

Le groupe ayant les symptômes obsessionnel-compulsifs et la schizophrénie avait des cotes beaucoup plus importantes sur l'échelle des symptômes positifs de la PANSS, avec une différence très significative $p < 0,05$.

Nous avons divisé les groupes 1 et 2 selon les scores (n : 55 pour ceux qui ont plus de 13 au BABS et n : 23 pour ceux qui ont moins de 13). Chez les patients ayant la schizophrénie associée au soc, seulement 3 patients ont un score inférieur à 13 avec une différence significative avec ceux qui ont des scores supérieurs à 13.

Tableau 9 : L'insight dans les groupes 1 et 2

	PATH 1	p	PATH 2	p
BABS >13	26 (56,5%)	,001	29 (90,6%)	,000
BABS <13	20 (43,5%)		3(9,4%)	

V) Discussion

Notre étude vise à déterminer le profil clinique des patients atteints de trouble schizo-obsessionnel, en les comparants avec un groupe de patients atteints de schizophrénie seul et un groupe avec le TOC seul.

Notre étude a révélé que les personnes ayant à la fois le SOC et la schizophrénie se caractérisent par des antécédents familiaux de psychose et du trouble obsessionnel compulsif. Nous avons également constaté qu'ils ont des tendances à des niveaux d'instruction plus élevés par rapport aux patients ayant seulement la schizophrénie, mais moins que les sujets avec un TOC. Plusieurs études ont montré qu'un sous-groupe de patients schizophrènes souffrant de TOC ou symptômes obsessionnels-compulsifs présentent plus de signes neurologiques et de déficits neurocognitifs, principalement dans l'abstraction et les fonctions exécutives. Cependant, il a également été signalé que les performances des patients schizo-obsessionnels sont mieux que les schizophrènes, en particulier pendant les phases initiales de la maladie(12)

Une étude japonaise récente, a montré que les patients schizophrènes avec SOC ont une apparition précoce de la schizophrénie, un statut socioéconomique faible, et ont des symptômes psychiatriques plus graves que ceux qui n'ont pas le SOC, ce qui en accord avec nos résultats. (4)

Sur le plan clinique, notre échantillon de patients souffrant de schizophrénie et de symptômes obsessionnel-compulsifs avaient moins de symptômes négatifs, avec des scores positifs et totaux du PANSS élevés que les personnes atteintes de schizophrénie seule. Ces constatations sont comparables à certaines études, alors que d'autres antérieures ont signalé que les symptômes positifs sont globalement moins chez les schizo-obsessionnels. (7, 18,19).Les études qui ont trouvés plus de symptômes négatifs; ont examiné beaucoup plus des schizophrènes chroniques que les autres études, et ceci pourra être un facteur de confusion.

La question de savoir si les symptômes obsessionnels ont un effet délétère sur l'évolution de la schizophrénie, a été souvent posée, mais les résultats restent souvent controversés. Pour notre étude, nous n'avons pas abordé spécifiquement la question de l'évolution, certaines études, suggèrent que le TOC n'a pas un effet nocif sur la schizophrénie(20).

Alors que d'autres ont suggéré que les patients schizo – obsessionnels sont caractérisé par un mauvais pronostic (18).Cette controverse est expliquée par des différences méthodologiques qui peuvent fausser les résultats. Par exemple, certains études ont inclus des sujets lors d'un premier épisode schizophrénique, alors que dans d'autres, les patients étaient malades depuis près de deux décennies (20) et ont été chroniquement hospitalisé. Par conséquent, les variables telles que la chronicité, l'institutionnalisation et l'âge précoce de survenue peuvent présenter des facteurs de confusion.

L'étude a révélé que le groupe schizo-obsessionnel diffère de celui de la schizophrénie par la présence de la dépression, une tendance à une comorbidité avec des troubles anxieux, mais moins de conduites addictives. En revanche, la fréquence des malades qui avaient des conduites suicidaires était importante chez ceux qui présentaient les symptômes obsessionnels compulsifs. Une étude a conclu que les patients schizo-obsessionnels étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents de tentatives de suicide et des idéations suicidaires que les schizophrènes sans SOC (20,21).

Des études suggèrent qu'il existe d'importantes différences entre les patients qui sont diagnostiqués avec le TOC et qui ont seulement le SOC. La présence d'un TOC était en étroite association avec des mauvaises qualités de vie et plus de comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques ; alors que les patients schizophrènes qui présentent le SOC (20), sans remplir le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif, se trouvent à avoir moins de comorbidité et moins nombre d'hospitalisations avec une plus grande chance d'obtenir un emploi. Des études prospectives sont justifiées pour évaluer davantage les effets du TOC / SOC sur la schizophrénie du point de vue fonctionnalité et qualité de vie.

Borkowska et coll. ont suggéré que les symptômes obsessionnels compulsifs peuvent avoir un effet apaisant dans le stade précoce de la schizophrénie, mais pas lors de l'évolution chronique de la maladie, et si ces symptômes obsessionnels ne sont pas traités, ils peuvent aggraver le tableau clinique de la schizophrénie (22).

Par rapport à notre étude, douze patients du groupe 2 avaient obtenu des scores significativement plus élevés sur les YBOCS, justifiant que les schizophrènes peuvent avoir en comorbidité le trouble obsessionnel compulsif. Ceux-ci compliquent un peu le diagnostic chez ces patients, comme il peut être difficile de différencier les obsessions et les délires cliniquement, surtout quand l'obsession est

organisée avec une forte conviction, la différence est déterminée par le sens qu'on attribue à la pensée et au niveau de la croyance à cette pensée. Par conséquent, quand la résistance à ces obsessions disparaît et que la conscience est perdue, l'obsession évolue vers le délire. (2, 20,8). Dans notre étude, on a divisé les patients schizo-obsessionnels en deux catégories selon le BABS supérieur ou inférieur à 13, seulement trois patients avaient un insight modéré avec une différence qui est significative.

On a constaté également que la plupart du SOC est apparu avec la maladie schizophrénique, on a seulement 5 patients qui ont développés ces symptômes après l'évolution de la pathologie psychotique, alors que 10 patients avaient présentés les symptômes obsessionnels comme mode d'entrée dans la schizophrénie. Classiquement, le SOC (Symptômes obsessionnels compulsifs) pourrait précéder l'apparition de la schizophrénie, il pourrait retarder ou empêcher la « désintégration de la personnalité » associée à la psychose. (8).

Chez les cinq personnes souffrant du SOC, après avoir présenté la schizophrénie, aucun médicament antipsychotique atypique n'a été soupçonné d'avoir précipité l'apparition de ces symptômes.

La plupart des rapports du SOC-induit chez les patients schizophrènes sont liés à la clozapine, la rispéridone, olanzapine et la quétiapine. Une explication possible de ce phénomène pourrait être en rapport avec la participation des récepteurs 5HT 2A et la perturbation de l'interaction de la sérotonine et la dopamine dans les boucles cortico-striato-thalamo-corticaux. Toutefois, les données, à partir d'une étude d'association génétique récente, ont également suggéré une implication du glutamate dans le SOC-induit(9).

Ces dernières années, plusieurs études de cas ont signalé l'apparition ou l'aggravation des SOC lors de traitements par des neuroleptiques atypiques (rispéridone, olanzapine et clozapine), et ont suggéré un lien de causalité entre ces traitements et les SOC. Il semble donc souhaitable de rechercher des antécédents familiaux ou personnels de SOC avant d'initier un tel traitement, et de surveiller l'apparition des SOC après l'avoir instauré. Une grande partie de ces cas concerne la clozapine (2,9).

Les obsessions d'agression étaient le sous-groupe le plus fréquent. La plus fréquente compulsion exprimée était celle de nettoyage, alors dans la littérature la compulsion la plus retrouvée était celle de contrôle, ce qui en désaccord avec notre étude (20).

La principale conclusion de cette étude est que les caractéristiques cliniques des patients atteints de schizophrénie avec SOC sont comparables à ceux précédemment constatés dans d'autres études.

Cette étude a été limitée par d'une part par la conception transversale, ce qui ne nous permet pas de faire des commentaires de manière plus approfondie sur l'effet des antipsychotiques sur le TOC ou le SOC. D'autre part, elle rend difficile d'évaluer la relation entre la sévérité du TOC et les symptômes de la schizophrénie. De plus, les échelles ne sont pas validées et la taille de l'échantillon ne permet pas une analyse statistique utile, on peut affirmer également qu'un biais existe dans l'échantillon des personnes qui sont traitées par les IRS, ce qui peut expliquer le score Y-BOCS qui est inférieur à 16.

Malgré ces limites, cette étude a permis de mettre en évidence une différence au niveau des caractéristiques cliniques entre les schizo-obsessionnels et les schizophrènes ainsi que les patients ayant un TOC.

CONCLUSION

La notion de schizophrénie pseudo-obsessionnelle demeure souvent évoquée par les cliniciens. Ceci est à rapprocher d'une autre donnée clinique : la gravité de la présentation clinique et l'intensité de l'adhésion du malade à l'idée obsédante. Des formes sévères de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) peuvent poser le problème du diagnostic différentiel avec des idées délirantes ou avec des hallucinations intrapsychiques évoluant dans le cadre d'un trouble schizophrénique. La coexistence des deux pathologies est d'ailleurs aujourd'hui admise par les classifications internationales actuelles

La comorbidité schizophrénie -TOC ou SOC est un problème clinique qui se présente relativement fréquemment, posant la question du pronostic et du choix thérapeutique.

Sur la base des résultats de notre travail, nous proposons que la schizophrénie avec TOC soit un type distinct de la schizophrénie, avec des caractéristiques cliniques spécifiques, pour appuyer ces résultats, il faut ~~de~~ poursuivre les recherches dans ce domaine.

RESUME

Depuis une centaine d'années, on admet la coexistence des symptômes obsessionnels compulsifs (SOC) ou trouble obsessionnel compulsif (TOC) et schizophrénie. Les études ont montré l'impact négatif de cette comorbidité, les patients ont une réduction voire une perte d'autonomie avec un début généralement précoce de la maladie. L'implication supposée de certains antipsychotiques dans l'apparition ou l'exacerbation du SOC a été très soulevée dans la littérature.

A travers un sujet de mémoire, on a étudié les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et l'impact des SOC sur l'évolution et le pronostic de la maladie. Notre étude a consisté à la comparaison de trois groupes de patients : schizophrènes avec SOC ; schizophrènes sans SOC, et les patients ayant le diagnostic de TOC.

Notre travail a été conçu par une étude transversale avec un recrutement prospectif auprès des patients hospitalisés ou suivis au service de psychiatrie du C.H.U. Hassan II de Fès, étalée sur une durée de 12 mois. Le recueil des informations a été réalisé selon une fiche préétablie.

L'évaluation des symptômes obsessionnels-compulsifs, des symptômes schizophréniques, du fonctionnement global, des symptômes dépressifs et anxieux associés et de l'insight; a été faite respectivement au moyen d'outils psychométriques quantitatifs :

Y-BOCS, PANSS, CGI BECK, HAM-D et BABS. Notre étude a révélé que les personnes ayant à la fois le SOC et la schizophrénie se caractérisent par des antécédents familiaux de psychose et du trouble obsessionnel compulsif et des niveaux d'instruction plus élevés par rapport aux patients ayant seulement la

schizophrénie. Sur le plan clinique, les schizo-obsessionnels se diffèrent aussi par la présence des scores élevés du PANSS et également une comorbidité élevée avec la dépression et les conduites suicidaires.

La comorbidité schizophrénie-SOC ou TOC est un problème clinique qui se présente relativement fréquemment, posant la question du pronostic et de prise en charge thérapeutique.

ANNEXES

(Fiche d'exploitation, échelles)

SOC chez les schizophrènes et malade toc – Fiche d'exploitation Dr Hlal
Hôpital Ibn Al Hassan – CHU Hassan II – Fès

SOC ET SCZ

TOC

SCZ

1) Données anamnestiques

Nom :

Age :

Sexe : M(1) F(2)

Dossier : / Téléphone :

Niveau d'instruction : Non scolarisé/ primaire/ secondaire/ baccalauréat/
universitaire

Profession : Sans/ travail à temps plein/ travail à temps partiel/ travail occasionnel

Situation sociale : Célibataire Marié Veuf divorcé

Nombre d'enfants :

Niveau économique :

Revenu personnel mensuel :

< 2000 Dh 2000–5000Dh 5000–10000Dh plus
de 10.000Dh

Rendement mensuel de la famille :

< 2000 Dh 2000–5000Dh 5000–10000Dh plus
de 10.000Dh

lieu de résidence : Urbain

Rural

vit : seul les deux parents mère père sans abri

2) Mode de recrutement :

Consultant :

Motif de consultation :

troubles du comportement / TS / syndrome dépressif/ idées obsessionnelles/
autres

Hospitalisé , motif d'hospitalisation :

troubles du comportement / TS / syndrome dépressif/ idées obsessionnelles/
autres

3) Antécédents

ATCDS personnels :

- ATCDS médicaux
- ATCDS chirurgicaux
- ATCDS psychiatriques

Date de la première consultation :

Date de la première hospitalisation :

Nombre d'hospitalisation.....fois

Durée cumulative des hospitalisations :jours

Durée cumulative des hospitalisations :jours

TS : oui ☐ non ☐

Date de TS la plus récente :

Nombre de TS :

Moyens utilisés :

Contexte de TS : hallucination / délire / impulsion / dépression / angoisse

- Conduites addictives : Abus ☐ Dépendance ☐ Occasionnel ☐

Substances: Tabac ☐ Cannabis ☐ Alcool ☐ Cocaïne/Héroïne ☐ psychotropes

- Juridiques : oui non

- Motif d'incarcération :

Autres ☐:

Antécédents familiaux

Schizophrénie : oui ☐ non ☐

TOC: oui ☐ non ☐

Autres

troubles :

4) Schizophrénie

Age de début.....

Mode de début : aigue / progressive

Forme clinique de SCZ:Paranoïde/ désorganisée/ catatonique/ indifférenciée

Traité auparavant par NL : Oui :
.....Non :.....

Traitements antipsychotiques antérieurs:

Molécule	dose :	durée :	apparition du SOC s/s tt :	Intervalle d'apparition
HALOPERIDOL				
LEVOMEPROMAZINE				
CHLORPROMAZINE				
AMISULPIRIDE				
RISPERIDONE				
OLANZAPINE				
CLOZAPINE				
AUTRES				

Observance thérapeutique : bonne / mauvaise

Prise en charge familiale : bonne / mauvaise

5) TOC / SOC

Date d'apparition de SOC

Début / schizophrénie : avant / avec la maladie / après

Evolution des SOC : continue / récurrente Comorbidité :

Traitements antérieurs:

Molécule	dose :	durée :
ISRS		
TRICYCLIQUE		
ANXIOLYTIQUE		
OLANZAPINE		
AUTRES		

Observance thérapeutique : bonne / mauvaise

Echelles-Y-BOCS:

Score : OB : COMP : TOTAL :

Thème :

Obsession :

- ☐ Agression
- ☐ Saleté-contamination
- ☐ Religion
- ☐ Collection
- ☐ Sexualité
- ☐ Symétrie
- ☐ Somatique
- ☐ D'autres

Compulsion :

- ☐ Nettoyage
- ☐ Contrôle
- ☐ Répétition
- ☐ Comptage
- ☐ Rangement-organisation
- ☐ Ramassage-entassement
- ☐ D'autres

6 Prise en charge actuelle:

Hospitalisation : Suivi en consultation :

Traitement :

<i>Neuroleptiques :</i>			
	Molécule	dose :	durée :
HALOPERIDOL			
LEVOMEPRMAZINE			
CHLORPROMAZINE			
AMISULPIRIDE			
RISPERIDONE			
OLANZAPINE			
CLOZAPINE			
AUTRES			
ANTIDEPRESSEURS			
Tricycliques			
ISRS			
Anxiolytiques			
Thymorégulateurs			

Résultats de score au cours de l'évolution

<i>Y-BOCS</i>	
<i>CGI</i>	
<i>PANSS</i>	
<i>Hamilton anxiété</i>	
<i>BABS</i>	
Beck dépression	

-

Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

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

B

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

C

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

D

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

E

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

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

0 Je ne pense pas à me faire du mal

1 Je pense que la mort me libérerait

2 J'ai des plans précis pour me suicider

3 Si je le pouvais, je me tuerais

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine

NOM et PRENOM:

SEXE: AGE: DATE:

EXAMINATEUR:

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Echelle positive

P 1 Idées délirantes. 1 2 3 4 5 6 7

P 2 Désorganisation conceptuelle. 1 2 3 4 5 6 7

P 3 Activité hallucinatoire. 1 2 3 4 5 6 7

P 4 Excitation. 1 2 3 4 5 6 7

P 5 Idées de grandeur. 1 2 3 4 5 6 7

P 6 Méfiance/Persécution. 1 2 3 4 5 6 7

P 7 Hostilité. 1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1 Emoussement de l'expression des émotions 1 2 3 4 5 6 7

N 2 Retrait affectif. 1 2 3 4 5 6 7

N 3 Mauvais contact. 1 2 3 4 5 6 7

N 4 Repli social passif/apathique. 1 2 3 4 5 6 7

N 5 Difficultés d'abstraction. 1 2 3 4 5 6 7

N 6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.

1 2 3 4 5 6 7

N 7 Pensée stéréotypée. 1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1 Préoccupations somatiques. 1 2 3 4 5 6 7

G 2 Anxiété 1 2 3 4 5 6 7

G 3 Sentiments de culpabilité. 1 2 3 4 5 6 7

G 4 Tension 1 2 3 4 5 6 7

G 5 Maniérisme et troubles de la posture. 1 2 3 4 5 6 7

G 6 Dépression. 1 2 3 4 5 6 7

G 7 Ralentissement psychomoteur. 1 2 3 4 5 6 7

G 8 Manque de coopération. 1 2 3 4 5 6 7

G 9 Contenu inhabituel de la pensée. 1 2 3 4 5 6 7

G 10 Désorientation. 1 2 3 4 5 6 7

G 11 Manque d'attention. 1 2 3 4 5 6 7

G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.

1 2 3 4 5 6 7

G 13 Trouble de la volition. 1 2 3 4 5 6 7

G 14 Mauvais contrôle pulsionnel. 1 2 3 4 5 6 7

G 15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).

1 2 3 4 5 6 7

G 16 Evitement social actif. 1 2 3 4 5 6 7

ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: Légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

L'échelle CGI de gravité (Clinical Global Impression SeverityScale)

Avec la « CGI Severity Scale », le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité de l'état dépressif du patient ?

0 Non évalué.

1 Normal, pas du tout malade.

2 A la limite.

3 Légèrement malade.

4 Modérément malade.

5 Manifestement malade.

6 Gravement malade.

7 Parmi les patients les plus malades.

ECHELLE DE BABS

BABS qui est constituée de six items principaux (conviction dans les idées, perception de l'avis des autres sur ses idées, explication de la différence entre les avis, fixité des idées, tentative pour rejeter les idées, prise de conscience).

ITEMS

1. conviction
2. Perception des autres points de vue
3. explication par des points de vue divergents
4. La fixité des idées
5. Tenter de réfuter les croyances
6. regard sur la cause de croyance
7. Idées et des délires de référence

BABS Score total

Excellent (0-3)

Bonne (4-7)

Modéré (8-12)

Pauvre (13-17)

Délirant (sup ou égal 18)

Chaque item est coté de 0 à 4, avec des scores plus élevés indiquant un pauvre aperçu; un score de 0 sur chaque point indique une excellente perspicacité, et un score de 4 indique l'absence de perspicacité.

Les premiers six éléments sont additionnés afin de créer un score total (0-24).

(Le septième point n'est pas inclus dans le score total à cause que la pensée référentielle est caractéristique de certains troubles, mais pas d'autres).

Y-BOCS : L'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS)

قياسات الوسواس القهري

Compulsions

الدرجة	الوصف	الدرجة	الوصف
1	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء نفسك؟	10	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
2	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	11	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
3	هل تسبب على أفكارك صور عنيفة أو مرعبة؟	12	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
4	هل يراودك خوف من أن تتعلق بالقاطر خارجة عن اللائق أو إهانات؟	13	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
5	هل يراودك خوف من أن تفعل أي أشياء أخرى تكون مصدر إحراج؟	14	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
6	هل يراودك خوف من تنفيذ فكرة لا ترغب فيها (مثل أن تلمن صديقك)؟	15	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
7	هل يراودك خوف من أن تسرق شيئاً ما؟	16	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
8	هل يراودك خوف من أن تؤذي الآخرين نتيجة لعدم حرصك الكافي؟	17	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
9	هل يراودك خوف من أن تكون مسؤولاً عن أشياء رهيبة تحدث في مكان آخر (كالخراقة أو السرقة مثلاً)؟	18	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟

الدرجة	الوصف	الدرجة	الوصف
10	هل يشغل التفكير في أو الاشتغال من إفرازات الجسم أو مخلفاته (على سبيل المثال البول، البراز، اللعاب)؟	19	أخرى
11	هل يشغل كثيراً التفكير في القذارة والجراثيم؟		
12	هل يتم اهتماماً مبالغاً فيه بمواظبات البيت (كالدخان أو عدم السيارات مثلاً)؟		
13	هل تيدي اهتماماً زائداً بالنظافة المفرطة؟		
14	هل تيدي اهتماماً مبالغاً فيه بالحيوانات (الحشرات على سبيل المثال)؟		
15	هل يضايقك كثيراً التعامل مع مواد لزجة أو بقايا لزجة؟		
16	هل يشغل بالك باحتمال أن تعرض نتيجة للتأثر؟		
17	هل يشغل بالك باحتمال أن تتسبب في مرض الآخرين عن طريق نشر ثوبك ما (من منطلق عدواني)؟		
18	هل ينصرف اهتمامك بالتأثر على ما سوف تشعر به لو أنك أصبت بالتأثر؟		

الوسواس القهري

الدرجة	الوصف	الدرجة	الوصف
1	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء نفسك؟	10	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
2	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	11	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
3	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	12	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
4	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	13	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
5	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	14	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
6	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	15	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
7	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	16	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
8	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	17	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟
9	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟	18	هل يحدث أحياناً أن تراودك أفكار مخيفة عن إيذاء الآخرين؟

وقد ترجم هذا المقياس بمعرفة مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس القاهرية كما استخدم في دراسة قام بها باحثون من قسم الطب النفسي بجامعة عين شمس (Okasha et al., 1994) لدراسة أعراض اضطراب الوسواس القهري في عينة من المصريين ومقارنتها بنتائج دراسات مماثلة في أنحاء شتى من العالم، واستخدم أحمد عكاشه هذا المقياس في دراسة حديثة (Okasha, 2001) قام بها على عينة من العرب المصريين شملت تسعين مريضاً وهو يقول في تقديمه للمقياس أن من مميزات مقياس يل يراود أنه يقدم أداة منظمة لقياس شدة الأعراض دون أن يتأثر بنوعية هذه الأعراض CAEMAS (Central Agency for Public Mobilization & Statistics) & UNICEF-Egypt, 1992. كما بين استخدام هذا المقياس، في هذه الدراسة، أن أعراض معظم المرضى كانت ما بين المتوسطة الشدة والشديدة، حيث بلغت نسبة الذين قدرت أعراضهم بالشديدة حسب درجاتهم على المقياس نسبة ١٠٪ من الحالات، ويستنتج أحمد عكاشه من ذلك مدى التحمل الحالي للأعراض القهرية من جانب المرضى المصريين، كما قيم هذا المقياس وتمت مقارنته بالعديد من المقاييس الموجودة للوسواس القهري فكان أحسنها (Nakagawa, et al., 1996)، وأقدم الترجمة التي قام بها مركز الطب النفسي بكلية طب عين شمس القاهرية هنا:

ما زالت	كانت	أفكار تسلطية متبادلة
.....		1- هل أنت كثير الانشغال بما يجب عليك أن تعرفه أو تتذكره؟
.....		2- هل تخاف من أن تقول بعض الأشياء التي لا تريد أن تقولها؟
.....		3- هل تخاف أن تقول شيئاً لا يصح أن تقوله؟
.....		4- هل أنت كثير الخوف من أن تقصد أشياء معينة؟
.....		5- هل هناك صور معينة (غير عدوانية) تترسب نفسها عليك؟
.....		6- هل هناك أصوات أو كلمات أو أنغام لا معنى لها تترسب نفسها على تفكيرك؟
.....		7- هل تضايك أصوات معينة؟
.....		8- هل تعتقد في وجود أرقام تجلب الحظ وأخرى تجلب التحس؟
.....		9- هل هناك ألوان معينة تحمل معنى خاصاً لك؟
.....		10- هل تعاني من مخاوف غريبة لا أساس لها في الحقيقة؟
.....		11- أخرى

ما زالت	كانت	أفكار تسلطية متعلقة بالمرض
.....		1- هل أنت كثير الانشغال بالمرض؟
.....		2- هل تبدي اهتماماً مبالغاً فيه بجزء ما من جسمك أو جانب ما من شكلك (على سبيل المثال هل تشعر أن جزءاً منك متغير أو مشوه)؟
.....		3- أخرى

ما زالت	كانت	أفكار التلذذ والتفصيل التسلطية
.....		1- هل تفسل يديك بشكل طقسي أو مبالغ فيه؟
.....		2- هل تبالغ في الاستحمام أو غسل الأسنان أو مباشرة نظافة جسمك وهل لك طقوس معينة بممارسة هذه المهام؟
.....		3- هل تبالغ في الحرص على نظافة الأدوات المنزلية أو الأشياء الأخرى؟
.....		4- هل هناك طقوس معينة تمارسها لتجنب الأشياء التي تعتقد أنها ملوثة أو لتجنب تاديبها؟
.....		5- أخرى

ما زالت	كانت	أفكار خضبة تسلطية
.....		1- هل تراودك أفكار أو صور أو انفعالات جنسية محرمة أو شاذة؟
.....		2- هل تدور هذه الأفكار حول الأطفال أو المحارم؟
.....		3- هل لهذه الأفكار طبيعة شاذة جنسياً؟
.....		4- هل تراودك أفكار بشأن إثبات سلوك جنسي عدواني نحو الآخرين؟
.....		5- أخرى

ما زالت	كانت	أفكار التخزين والحرق التسلطية
.....		1- هل تميل إلى تخزين الأشياء وتجميعها وحفظها حتى وإن لم يكن في ذلك نفع لكيفية استخدامها؟
.....		2- هل تجد صعوبة التخلص من الأشياء حتى تلك التي لن تستخدمها؟
.....		3- (يفرق بين التخزين والحفظ المتعلق بالهوايات كجمع طوابع البريد مثلاً أو حفظ الأشياء ذات القيمة العاطفية للشخص)

ما زالت	كانت	أفكار تسلطية دينية
.....		1- هل تمضي وقتاً طويلاً في التفكير في الفكر والخطيئة؟
.....		2- هل تبدي اهتماماً بالثقة بالأخلاقيات وبما هو صواب وخطأ؟
.....		3- أخرى

ما زالت	كانت	أفكار النظام والذقة التسلطية
.....		1- هل أنت شديد الترتيب والحرص على أن يكون كل شيء في مكانه وتتصور أن غياب هذا الترتيب قد يؤدي إلى كوارث ما (على سبيل المثال سوف تعرض إلى كارثة ما إذا لم توضع الأشياء في مكانها الصحيح)؟
.....		2- هل أنت شديد الترتيب والحرص على أن يكون كل شيء في مكانه حتى إن لم يترتب على عدم الترتيب هذا أي حوادث أو مشكلات؟

ما زالت	كانت	أفعال قهري متباينة
.....		١- هل تمارس مقوساً ذهنية معينة (بخلاف العد والتحقق من الأشياء)؟
.....		٢- هل تبالي في كتابة قوائم لكل ما تريد أن تفعله أو تتذكره؟
.....		٣- هل تشعر، في أحيان كثيرة، بالحاجة إلى أن تتكلم أو تسأل أو تعرف بشيء؟
.....		٤- هل تشعر، في أحيان كثيرة، بالحاجة إلى أن تلمس أو تحتك بالأشياء؟
.....		٥- هل تعاني من مقوس معينة في الطريقة التي تنظر بها إلى الأشياء ...
.....		٦- هل ترمش كثيراً أو تحمق كثيراً؟
.....		٧- هل تتخذ بعض الإجراءات (غير تكرار التحقق) كي تمنع الأذى عن نفسك ... عن الآخرين ... نتائج بشعة؟
.....		٨- هل تمارس مقوساً معينة أثناء تناولك الطعام؟
.....		٩- هل تحكم التفاضل والشاؤم في تصرفاتك؟
.....		١٠- هل تكثر من نفث شمرك ولا تستطيع أن تتوقف عن ذلك؟
.....		١١- هل تقوم بأي تصرفات أخرى تسبب لك في أذى أو تشوؤ؟
.....		١٢- أخرى

وهناك متغيرات أخرى يستطيع، من تطبيق مقياس يل براون، تقديرها وإعطاها درجة، لكنها لا تدخل ضمن الحساب التقديري لمدى شدة اضطراب الوسواس القهري، نظراً لعدم وجود دليل علمي قاطع على كونها عناصر جوهرية في اضطراب الوسواس القهري وأن كان المنعيران الأولان مهمان في تقدير مدى شدة اضطراب الوسواس القهري ولكنها كلها تهم الطبيب النفسي بالطبع وهذه المتغيرات هي (Goodman et al, 1989):

١- البصيرة Insight: ويقصد بها هنا إدراك المريض واقتناعه بلا معقولية أو شامة أفكاره التسلطية أو أفعاله القهرية أو زيادتها عن الحد المعقول.

ما زالت	كانت	أفكار التحقق أو التأكد التسلطية
.....		١- هل تحتاج إلى التحقق أكثر من مرة من أنك أغلقت الباب أو الغاز ... إلخ؟
.....		٢- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم أو لن تؤذي الآخرين؟
.....		٣- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم تؤذي نفسك؟
.....		٤- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أن شيئاً يشعرك لم يؤذي يحدوث؟
.....		٥- هل تحتاج إلى التحقق المتكرر من أنك لم ترتكب خطأ ما؟
.....		٦- هل هناك أشياء تملأها بشكل متكرر للتأكد من سلامة جسمك؟
.....		٧- أخرى

ما زالت	كانت	مقوس التكرار
.....		١- هل تحتاج إلى قراءة أو كتابة الأشياء أكثر من مرة لتتأكد من صحة ما قرأت أو كتبت؟
.....		٢- هل تحتاج إلى تكرار بعض الحركات الروتينية كالخروج أو الدخول من الباب أو الجلوس على الكرسي والقيام من عليه؟

ما زالت	كانت	أفعال العد القهرية
.....		١- هل تكثر من عد الأشياء؟

ما زالت	كانت	أفعال الترتيب والتعظيم القهرية
.....		١- هل تكثر من ترتيب وإعادة تنظيم الأشياء؟

ما زالت	كانت	أفعال الخرص والتخزين القهرية
.....		١- هل تشغل في محاولة جمع والاحتفاظ بالتوافه من الأشياء كأن تحتفظ بالجرائد القديمة أو تفرز النمامة أو تجمع أشياء لا فائدة لها؟
.....		٢- (يفرق بين التخزين والحفظ المنطق بالهزايات كجمع طابع البريد مثلاً أو حفظ الأشياء ذات القيمة المادية للشخص)

ABREVIATION

PATH 1	: trouble obsessionnel compulsif
PATH 2	: schizophrénie associée au SOC
PATH 3	: schizophrénie
SCZ	: schizophrénie
TAG	: trouble d'anxiété généralisé
TP	: trouble panique
DEP	: dépression
TOC	: trouble obsessionnel compulsif
SOC	: symptôme obsessionnel compulsif
AUTR	: autre
TB	: trouble bipolaire
TS	: tentative de suicide
f	: forme
Md	: mode
TT	: traitement
CLSQ	: classique
ATYPQ	: atypique
NL	: neuroleptique
AD	: antidépresseur
PP	: personnalité pathologique
ONCP	: onychophagie
IRS	: inhibiteur de la recapture de la sérotonine
TRIC	: tricyclique

BIBLIOGRAPHIE

- (1) M.Poyurovskya, J. Zoharc,,I GlickeEt Al. Obsessive–Compulsive Symptoms In Schizophrenia: Implications For Future Psychiatric Classifications .Comprehensive Psychiatry. 2012 ;53 : 480–483
- (2) C. Doubremelle, B. Millet, J.P. Olie. Schizophrénie Avec Troubles Ou Symptômes Obsessionnels Compulsifs. L'Encéphale. 2000; XXVI : 81–8.
- (3) M Y. Hwang,; S–Y Yum.Et al. Schizophrenia with obsessive compulsive features.Psychiatry.2006; 3(9): 34–41
- (4) S. Faragian a, A.Pashinian a, C. Fuchs.Obsessive–compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive–compulsive disorder Progress in Neuro–Psychopharmacology & Biological Psychiatry.2009;33:1009–1012.
- (5) A.Kitis , B.BinnurKivircik, K.Alptekin . Cognitive dysfunctions in patients with obsessive–compulsive disorder compared to the patients with schizophrenia patients: Relation to overvalued idea. Progress in Neuro–Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2007;31: 254–261
- (6) T–A. Niendam, J. Berzaka, T–D.Cannon, and Carrie E. Bearden. Obsessive Compulsive Symptoms in the Psychosis Prodrome: Correlates of Clinical and Functional Outcome. Schizophr Res. 2009; 108(1–3): 170–175.
- (7) S. PallantiG.Grassi , E.DinahSarrecchia et al. Obsessive compulsive disorder comorbidity:clinical assessment and therapeutic implications. .Front Psychiatry.2011; 2: 70.
- (8) M. Poyurovsky , L.M. Koran Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. Journal of Psychiatric Research. 2005;39: 399–408
- (9) F. Schirmbeck and M.Zink.Clozapine–Induced Obsessive–Compulsive Symptoms in Schizophrenia:A Critical Review Current Neuropharmacology, 2012; 10:88–95.

- (10)J-H. Kim, S. Ryu, H-J.Nam, J.H. Kim et al. Symptom structure of antipsychotic-induced obsessive compulsive symptoms in schizophrenia patients.Progress in Neuro-Psychopharmacology &Biological Psychiatry. 2012;39(1):5
- (11) P. Tibbo, M. Kroetsch, P. Chue, L. Warneke .Obsessive±compulsive disorder in schizophrenia.Journal of Psychiatric Research.2000;34:139 – ±146.
- (12) M. Poyurovskya, J.Zoharc, Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. Comprehensive Psychiatry.2012; 53: 480-483.
- (13)-R- J. Braga, G.Petrides, and I. Figueira.Anxiety Disorders inSchizophrenia.Comprehensive Psychiatry. 2004;45(6):: 460-468.
- (14) S. Tumkaya, F. Karadag, N.K. Oguzhanoglu. Neurological soft signs in schizophrenia and obsessive compulsive edisorder spectrum. European Psychiatry.2012;27 : 192-199.
- (15) S.Tumkaya, F.Karadag, N-K.Oguzhanoglu, Schizophrenia with obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder with poor insight: A neuropsychological comparison.Psychiatry Research. 2009;165: 38-46.
- (16) P. Tibbo, M. Kroetsch, P. Chueetal.Obsessive±compulsive disorder in schizophrenia. Journal of Psychiatric Research 2000;34: 139 – ±146.
- (17) M. Poyurovsky S.Faragian ,A.Shabeta. Comparison of clinical characteristics, co-morbidity and pharmacotherapy in adolescent schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research.2008;159: 133-13.
- (18)R.P. Rajkumar, Y.C. J.Reddya, T.Kandavelb, et al. Clinical profile of “schizo-obsessive” disorder: a comparative study. Comprehensive Psychiatry.2008;49: 262-268

- (19) M. Swets , J. Dekker, K.v. Oortmerssen. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophrenia Research* .2013;;152(2-3):458-68
- (20) A. Üçok, M. Emin Ceylan, A. K. Tihan. Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2011;35: 429-433.
- (21) L. Sevincok, A. Akoglu , F. Kokcu. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophrenia Research*. 2007; 90:198-202.
- (22) M-J.L. Yong-Bum Shin, Y-K. Sunwoo et al. Comparative Analysis of Cognitive Function in Schizophrenia with and without Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry Invest*. 2009;6:286-293.