

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MARILYN BINEAU

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF ET ACCUMULATION COMPULSIVE :
SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES

JUILLET 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF ET ACCUMULATION COMPULSIVE :
SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES

PAR
MARILYN BINEAU

Frédéric Langlois, directeur de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Pierre Nolin, évaluateur Université du Québec à Trois-Rivières

Frédéric Banville, évaluateur externe Université du Québec à Rimouski

Sommaire

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble anxieux caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions. Il comprend de nombreux sous-types, dont le trouble d'accumulation compulsive (TAC). Toutefois, ce sous-type diffère en de nombreux points du TOC. D'ailleurs, il est probable que sa classification soit adaptée dans le futur DSM-V. Le présent travail vise à comparer le TAC et le TOC sous de nombreux points de vue. Dans un premier temps, les deux entités sont globalement comparées (présentation générale, manifestations cognitives, comportementales et émotionnelles). Par la suite, une attention particulière est accordée à la comparaison du TOC et de l'accumulation compulsive au niveau neuropsychologique. Suite à une recension exhaustive des écrits, les profils neuropsychologiques du TOC et de l'accumulation compulsive sont confrontés, afin d'en faire ressortir les points communs et les divergences qui permettent une évaluation, un diagnostic et une intervention davantage appropriés aux spécificités de chacun. Alors que les processus cognitifs du TOC sont davantage orientés vers le doute chronique et le sens exagéré de sa propre responsabilité, l'accumulation compulsive, quant à elle, s'en diffère par de l'indécision, de la procrastination, de l'évitement et une hypersentimentalité envers les possessions. La prévalence des deux troubles diffère également, tout comme la réponse au traitement. Des distinctions sont également faites en ce qui concerne leurs portraits respectifs au niveau neuroanatomique. Alors que le TOC serait davantage associé à un volume anormal du noyau caudé et à une dysfonction de la boucle latérale orbitofrontale, l'accumulation compulsive serait en lien avec un métabolisme plus faible au niveau du

gyrus cingulaire antérieur, du cortex occipital et du thalamus. D'un point de vue neuropsychologique, alors que les personnes souffrant de TOC semblent présenter des déficits au niveau de la prise de décision, de l'inhibition de la réponse, un manque de stratégies mnésiques, une sensibilité à l'interférence et un ralentissement du traitement de l'information et un ralentissement psychomoteur, les personnes souffrant du sous-type accumulation semblent, quant à elles, présenter davantage de déficits. Au niveau des fonctions exécutives, les déficits se situent au niveau de de la prise de décision, de l'organisation, de la planification, de la résolution de problème et de la catégorisation. En ce qui concerne la mémoire, il s'agit plutôt d'une moins bonne utilisation des stratégies mnésiques et d'un rappel différé plus faible. Au niveau de l'attention, les difficultés se retrouvent au plan de l'attention soutenue, de l'attention en modalité non-verbale et d'une plus faible capacité à détecter les stimuli cibles. Leur profil neuropsychologique étant distinct sous plusieurs aspects, le fait de les considérer comme deux entités à part entière s'avère d'autant plus pertinent.

Table des matières

| | |
|--|------|
| Sommaire | iii |
| Liste des tableaux | viii |
| Remerciements | ix |
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 4 |
| Comparaison clinique du trouble obsessionnel-compulsif et de l'accumulation compulsive | 5 |
| Définition et tableau clinique..... | 5 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 5 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 7 |
| Distinguer le trouble d'accumulation du syndrome de Diogène..... | 10 |
| Processus cognitifs..... | 11 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 13 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 14 |
| Différences cliniques entre trouble obsessionnel-compulsif avec et sans accumulation compulsive..... | 17 |
| Prévalence..... | 19 |

| | |
|---|----|
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 19 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 19 |
| Traitement pharmacologique et psychologique..... | 21 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 21 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 23 |
| Neuroanatomie..... | 27 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 27 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 29 |
| Intégration et tableau récapitulatif..... | 31 |
| Le spectre du trouble-obsessionnel-compulsif..... | 36 |
| Utilité de la perspective neuropsychologique dans la comparaison du trouble obsessionnel-compulsif et de l'accumulation compulsive..... | 37 |
| Comparaison des profils neuropsychologiques du TOC et de l'accumulation compulsive..... | 39 |
| Vitesse psychomotrice..... | 40 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 40 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Attention..... | 41 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 41 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 41 |
| Mémoire..... | 42 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 43 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 44 |
| Fonctions exécutives..... | 46 |
| Trouble obsessionnel-compulsif..... | 46 |
| Trouble d'accumulation compulsive..... | 48 |
| Analyse critique de la documentation actuelle sur la neuropsychologie du TOC..... | 51 |
| Analyse critique des écrits scientifiques actuels portant sur la neuropsychologie de l'accumulation compulsive..... | 53 |
| Comparaison et tableau récapitulatif..... | 61 |
| Conclusion..... | 63 |
| Répercussions cliniques en évaluation..... | 64 |
| Répercussions cliniques en intervention..... | 64 |
| Références..... | 67 |

Liste des tableaux

1. Tableau récapitulatif et comparatif du tableau clinique du TOC et de l'accumulation compulsive34
2. Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC.....55
3. Récapitulatif des atteintes neuropsychologiques à travers les quatre domaines.....62

Remerciements

Au moment de la présentation de cet essai, j'exprime ma reconnaissance et ma gratitude à tous ceux et celles qui ont contribué à divers titres à son aboutissement. Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de recherche, le professeur Frédéric Langlois, Ph. D., pour son soutien, son support, sa compréhension et ses idées à travers les nombreuses années durant lesquelles se sont échelonnées la rédaction de cet essai. Je le remercie d'avoir respecté mon rythme de travail, d'avoir effectué de nombreuses relectures et de m'avoir aidé de manière toujours pertinente. Je voudrais également remercier Pierre Nolin, Ph. D., et Frédéric Banville, Ph. D., professeurs et membres du conseil de révision pour les correctifs suggérés afin d'améliorer mon essai. Finalement, je remercie particulièrement Julien-Pierre Vanasse Larochelle pour le support inconditionnel accordé au cours de ce parcours doctoral et de la rédaction de cet essai et qui m'a permis, par son soutien et ses précieux conseils et encouragements, de mener ce projet à terme.

Introduction

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) comprend de nombreux sous-types et forme un spectre regroupant plusieurs troubles. L'accumulation compulsive est un trouble catégorisé encore à ce jour dans le DSM-IV comme étant un sous-type du trouble obsessionnel-compulsif, bien qu'elle s'en distingue sous plusieurs aspects. Le présent travail de recherche a pour but de mieux comprendre les différences et les similitudes entre le TOC et l'accumulation compulsive sur les plans cliniques et neuropsychologiques. Les profils neuropsychologiques du TOC et de l'accumulation compulsive seront étudiés et établis à partir d'une recension exhaustive des écrits actuelles sur ces troubles.

L'issue visée par la présente recherche est d'en arriver à distinguer l'accumulation compulsive des autres sous-types de TOC et de se positionner sur la pertinence de faire de l'accumulation compulsive un trouble à part entière. Une telle démarche implique évidemment certaines retombées cliniques. Notamment, ce profil neuropsychologique pourrait guider les cliniciens et leur permettre d'adapter le traitement et l'intervention en tenant compte du fonctionnement cognitif de cette clientèle spécifique et distincte. Comme entité singulière, l'accumulation compulsive nécessite une approche adaptée à ses caractéristiques propres. Il s'agit là de l'objectif principal du présent travail, en plus de mieux comprendre l'étiologie de ce trouble.

Tandis que la première partie du travail cherchera à faire la comparaison des tableaux cliniques du TOC et de l'accumulation compulsive, la deuxième partie tentera quant à elle d'effectuer une comparaison des profils neuropsychologiques du TOC et de l'accumulation compulsive. La troisième partie se veut une analyse critique de la documentation actuelle sur les troubles présentés.

Contexte théorique

Comparaison clinique du trouble obsessionnel-compulsif et de l'accumulation compulsive

Définition et tableau clinique.

Trouble obsessionnel-compulsif. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble caractérisé par la présence d'obsessions ou de compulsions. Les obsessions se définissent comme étant des pensées, des impulsions ou des représentations récurrentes et persistantes, qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Les compulsions, quant à elles, consistent en des comportements répétitifs ou des actes mentaux que la personne se sent poussée à accomplir suite à une obsession. Selon les critères établis, la personne doit reconnaître que les obsessions ou les compulsions sont excessives et irraisonnées. Celles-ci doivent également entraîner une perte de temps considérable à raison d'au moins une heure par jour (American Psychiatric Association, 1994).

Les obsessions sont des pensées troublantes et intrusives qui sont perçues comme étant le produit du propre esprit de la personne, comparativement à la schizophrénie, où la personne ne s'attribue pas les pensées produites (American Psychiatric Association, 1994). En comparaison avec la population normale, les pensées et les cognitions chez les

personnes souffrant du TOC sont plus fréquentes, plus intenses, entraînent davantage de résistance et d'inconfort, altèrent les activités de la vie quotidienne, ainsi que la qualité de vie. Les cognitions dans le TOC peuvent être définies comme étant l'échec d'inhiber, ou de déplacer son attention des pensées intrusives et des activités motrices, à l'avantage d'autres cognitions plus plaisantes (Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, & Synodi, 2002; Tolin, Abramowitz, Przeworski, & Foa, 2002).

Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains) ou des actes mentaux (p. ex. compter) utilisés afin de réduire l'anxiété et l'inconfort causés par les obsessions. Leur but est de prévenir les conséquences négatives ou de réduire l'anxiété ou l'inconfort psychique et physique produit par les obsessions (Durand & Barlow, 2002). Le soulagement ressenti suite à la compulsion demeure transitoire et de courte durée. Le malaise, l'inconfort ou l'anxiété associés à l'obsession que la compulsion tente de soulager ne produit qu'un effet éphémère. La répétition de la compulsion aurait donc pour but d'en arriver à un soulagement durable, ce qui n'est pas réaliste. Il s'agit davantage de gestion émotionnelle rapide à court terme, mais dont l'effet négatif sera amplifié à long terme par le phénomène d'habituation. Leckman et al. (2010) ont établi que les compulsions les plus courantes chez les personnes souffrant de TOC sont la vérification, l'ordre et la symétrie, le lavage des mains et le nettoyage.

Les obsessions et les compulsions causent une altération du fonctionnement quotidien et une détresse significative. La personne interprète le contenu de ses pensées

intrusives et obsessives comme étant étranger à elle-même. Les pensées sont parfois en accord ou en désaccord avec ses valeurs et ses croyances (par exemple, le besoin de nettoyer tout pour protéger ses proches ou la crainte de perdre le contrôle et de frapper quelqu'un). Ses pensées sont hors de son contrôle. La majorité des personnes souffrant de TOC ont conscience de l'irrationalité de leurs actes et de leurs pensées, mais leur contrôle sur ceux-ci est limité (Marazziti et al., 2002).

Bien que le TOC soit encore considéré à ce jour comme une entité à part entière, de nombreuses études ont mis en lumière quatre principaux groupes de symptômes : 1) obsessions agressives, sexuelles ou religieuses, accompagnées de compulsions de vérification, 2) obsessions de symétrie, accompagnées de compulsions d'ordre, d'arrangement et de répétition, 3) obsessions de contamination, accompagnées de compulsions de lavage et de nettoyage et 4) symptômes d'accumulation compulsive (King, Leckman, Scahill, & Cohen, 1999). De plus, ces quatre groupes de symptômes sont généralement stables dans le temps. Le TOC apparaît donc comme étant un trouble hétérogène et multidimensionnel.

Trouble d'accumulation compulsive. Selon le DSM-IV, l'accumulation compulsive est un sous-type du trouble obsessionnel-compulsif. Toutefois, des études récentes (Gilliam, Diefenbach, Whiting & Tolin, 2010; Mataix-Cols et al., 2010) suggèrent que le sous-type accumulation compulsive diffère sous de nombreux aspects des autres sous-types, notamment en ce qui concerne la réponse à la psychopharmacologie et à la thérapie

cognitivo-comportementale, et qu'il ne serait donc plus pertinent au niveau clinique de le considérer comme faisant partie du TOC.

Bien que l'accumulation ne fasse pas l'objet de critères diagnostiques définis selon le DSM-IV, Frost, Krause, et Steketee (1996) ont développé des critères selon lesquels l'accumulation compulsive est cliniquement significative : 1) l'acquisition d'un grand nombre de possessions qui paraissent inutiles et de faible valeur pour la plupart des gens et l'échec de s'en débarrasser, 2) un désordre étendu dans l'espace de vie qui empêche les activités pour lesquelles l'espace est prévu et 3) la présence de détresse significative et de dysfonctionnement causés par l'accumulation.

Une table de travail réalise actuellement l'élaboration de critères diagnostiques pour le DSM-V dont la parution est prévue pour mai 2013. Toutefois, à ce jour, leur verdict final n'est pas connu et ne le sera qu'à sa sortie. Toutefois, selon les informations disponibles en ce qui concerne la révision apportée, l'accumulation compulsive (Hoarding Disorder) sera possiblement considérée comme un trouble distinct du TOC. Les critères diagnostiques devraient grandement correspondre aux critères élaborés par Frost, Krause, et Steketee (1996). Parmi les suggestions cliniques associées, on souligne qu'il devra être spécifié si, en plus de l'accumulation compulsive, il y a présence d'acquisition excessive (par achats ou objets gratuits). Comme dans le cas du diagnostic du TOC, la capacité d'autocritique vis-à-vis les comportements d'accumulation (bon, mauvais ou absence d'insight) doit être qualifiée.

Plusieurs éléments importants font partie du tableau clinique de l'accumulation. Les personnes souffrant d'accumulation compulsive acquièrent un grand nombre de possessions et peuvent aussi aller jusqu'à acheter de façon compulsive. Elles peuvent également acquérir un grand nombre de biens gratuits, comme les journaux (Frost et al., 1996). L'acquisition est souvent associée à des sentiments positifs, pouvant même aller jusqu'à l'euphorie. Ces émotions positives ont pour cause de renforcer le comportement d'acquisition. Un second élément important de l'accumulation est l'incapacité à se débarrasser des possessions qui apparaissent comme étant inutiles et sans valeur. Pour les personnes souffrant d'accumulation, toute possession implique une valeur sentimentale, instrumentale ou intrinsèque (Wincze, Steketee, & Frost, 2007). Un autre élément important est le désordre. Il reflète un déficit dans la capacité d'organisation de la personne. L'importance du désordre empêche souvent des activités de la vie quotidienne telles que cuisiner, faire le ménage ou se déplacer à travers l'espace de vie. Ce désordre extrême mène les accumulateurs compulsifs à risque d'incendie, à des blessures causées par des chutes et à des conséquences sur la santé dues à l'insalubrité. Le dernier élément caractéristique est la détresse significative et une détérioration du fonctionnement que cause l'accumulation compulsive (Gilliam et al., 2010).

Il est intéressant de constater que bien que l'acquisition d'objets entraîne des sentiments positifs chez la personne souffrant d'accumulation compulsive, il y a coexistence avec une détresse importante. En effet, l'acquisition d'objets agit comme un renforçateur et procure un plaisir à la personne. Toutefois, il ne s'agit que d'un effet à

court terme et le désordre et l'isolement social, entre autres, viennent agir comme renforcement négatif et mène à une détresse significative. La personne peut donc vivre ces deux états, qui s'opposent sur un même continuum. Une anxiété est également présente, et ce à travers l'idée de se départir des objets, par exemple.

Distinguer le trouble d'accumulation du syndrome de Diogène. L'accumulation compulsive est un diagnostic parfois confondu avec le syndrome de Diogène, une appellation communément utilisée dans le milieu communautaire au Québec. Le syndrome de Diogène semble être un éponyme à l'accumulation compulsive. Il est important toutefois de ne pas les confondre à tort. Le syndrome de Diogène est caractérisé par de la négligence de soi extrême, un désordre domestique et un retrait social chez les personnes âgées (Clark, Mankikar, & Gray, 1975; Rosenthal, Stelian, Wagner, & Berkman, 1999). Le syndrome de Diogène concernerait donc les personnes âgées qui présentent une négligence extrême de leur maison, tout comme de leur apparence physique et de leur santé, ainsi que l'accumulation d'un grand nombre d'objets inutiles. Les personnes qui souffrent de ce syndrome seraient retirées socialement, présenteraient un faible insight et refuseraient dans la plupart des cas l'aide proposée. Le syndrome tient son appellation de Diogène, un philosophe grec qui a avancé des notions d'autosuffisance et de satisfaction personnelle sans les possessions matérielles. Toutefois, le syndrome de Diogène n'existe pas dans le DSM-IV ou dans la documentation psychiatrique.

Aussi, il n'est pas clair dans la documentation si ce syndrome doit être considéré comme une entité clinique à part entière. Pour certains, il s'agirait d'un syndrome gériatrique avec lequel la démence fronto-temporale serait souvent associée. En effet, selon Cooney et Mortimer (1995), la démence serait le diagnostic le plus commun aux cas de syndrome de Diogène. La négligence de soi étant une des premières manifestations d'une démence fronto-temporale, le syndrome de Diogène y est donc souvent associé. Les auteurs confirment la présence du syndrome de Diogène dans 36% des cas de démence fronto-temporale. Toutefois, la suspicion, une attitude hostile et la méfiance ne sont pas habituels dans les cas de démence fronto-temporale. L'étiologie du syndrome de Diogène serait donc hétérogène (Clark et al., 1975), davantage associé à une dégénérescence globale du fonctionnement cognitif. Enfin, la paranoïa, le trouble obsessionnel-compulsif, l'autisme, la démence, la psychose, l'abus de substance et les troubles de l'humeur sont souvent associés à ce syndrome (Boyd & Alexander, 2010), d'où la pertinence et l'importance d'un diagnostic différentiel.

Processus cognitifs. Il est nécessaire de bien déterminer ce qu'est un processus cognitif. Tel que défini par le courant de la thérapie cognitivo-comportementale, il s'agit d'une règle logique de transformation de l'information (Chalout, 2008). Ces règles sont cohérentes avec les schémas cognitifs, les croyances générales et les conceptions fondamentales (conception de la vie, du monde, du soi) des individus. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude dans le trouble d'anxiété généralisée (TAG) influence la

prise de décision, les comportements et les émotions : les individus ne prennent pas de risques, réagissent mal à la nouveauté et seront hyper vigilant à la menace.

Il importe également de bien définir et distinguer ce concept dans le contexte de la TCC, comparativement à son utilisation en neuropsychologie. Dans ce dernier domaine, les processus cognitifs réfèrent à la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. Les processus cognitifs tels que définis en TCC impliquent aussi l'utilisation de fonctions cognitives telles que le définit la neuropsychologie. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude amènera une personne à analyser une situation comme étant menaçante et dangereuse. Ce traitement de l'information sera considéré de haut niveau puisqu'un ensemble de fonctions cognitives comme la mémoire et les fonctions exécutives sont actives dans cette analyse de la situation. Le même construit est donc utilisé dans les deux domaines, mais non de manière complètement exclusive.

Les processus cognitifs des TCC sont donc liés à des croyances générales et des conceptions fondamentales. Ces processus que d'autres appelleront « filtre de l'information » affectent les réactions comportementales, la prise de décision et les émotions des individus. Dans les prochaines sections, le terme processus cognitif réfère à de tels construit cliniques.

Trouble obsessionnel-compulsif. Des processus cognitifs typiques ont été répertoriés comme étant caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif, soient le doute chronique, une tendance au perfectionnisme et un sens exagéré de sa propre responsabilité (Greisberg & McKay, 2003). Le doute chronique se traduit comme étant un sentiment d'incertitude par rapport au comportement menant à la compulsion. La tendance au perfectionnisme est un autre processus cognitif fréquent. Elle se manifeste comme étant une définition rigide du succès chez l'individu. Par exemple, les mains doivent être nettoyées à de nombreuses reprises avant d'être « correctement » nettoyées. S'ajoute aussi le sens des responsabilités accru chez les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif. Cet autre processus cognitif amène les personnes souffrant du TOC à surestimer l'importance de leurs actions et de leurs pensées. Aussi, il est rapporté que les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif doutent davantage dans une situation où il pourrait y avoir certitude. En conséquence, il y a présence d'obsessions par rapport à des possibilités peu probables (Pélissier & O'Connor, 2002).

L'Obsessive Compulsive Disorder Working Group (OCDWG) est un groupe de travail qui s'est penché sur l'étude des principaux processus cognitifs présents chez les personnes souffrant de TOC en vue des révisions apportées dans le cadre du futur DSM-V. Leurs travaux ont mené à la création du questionnaire l'OBQ-44 (Obsessive Beliefs Questionnaire) (Myers, Fisher, & Wells, 2008), une mesure auto-rapportée des croyances centrales impliquées dans le TOC. Les trois domaines majeurs sont

l'estimation de la responsabilité et de la menace, le perfectionnisme et la recherche de certitude et l'importance du contrôle des pensées (Marchand & McEnany, 2012).

Trouble d'accumulation compulsive. Les processus cognitifs semblent très différents dans le TAC. L'accumulation compulsive se manifesterait sous la forme d'indécision, de perfectionnisme, de procrastination, d'évitement et de difficultés dans les tâches d'organisation (Frost & Hartl, 1996). Déjà, on note que le seul processus commun aux deux serait le perfectionnisme. Dans l'accumulation compulsive, la personne est incapable de prendre des décisions sur quoi garder et quoi jeter et aura tendance à remettre à plus tard cette prise de décision. Ce trouble est caractérisé par la peur obsessionnelle de perdre un objet important. La personne va donc garder le plus d'objets possible au cas où elle en aurait besoin plus tard. Les personnes qui souffrent d'accumulation ont peur de prendre de mauvaises décisions dans la gestion de leurs biens, advenant le choix de garder ou de se débarrasser de ceux-ci (Hurley, Saxena, Rauch, Hoehn-Saric, & Taber, 2008). Cette indécision implique un doute par rapport à quoi jeter et quoi garder. Cette peur s'expliquerait par des distorsions cognitives à propos de l'importance des possessions et un attachement émotionnel excessif aux possessions. En accumulant des possessions, la personne reporte la prise de décision sur le tri des biens et évite ainsi l'expérience de l'anxiété associée à la peur de faire une erreur ou de ne pas être parfaitement préparé à un événement futur (Saxena & Maidment, 2004).

Saxena et Maidment (2004) ont modélisé les caractéristiques principales de l'accumulation. De nombreuses manifestations sont observables cliniquement. Tout d'abord, en ce qui a trait à la quantité de désordre, elle est si importante que les espaces de vie sont tellement encombrés que l'utilisation fonctionnelle des objets est impossible (ex : comme dormir dans un lit, s'asseoir sur le fauteuil ou utiliser le comptoir de la cuisine). Le fonctionnement quotidien des accumulateurs est perturbé par le désordre qui ne permet pas de réaliser les habitudes de vie dans un environnement fonctionnel. Elles prennent beaucoup de temps à effectuer de petites tâches. Elles dorment souvent le jour, sont plus actives la nuit et ne mangent pas à des heures normales ou régulières. De plus, à cause de leur fonctionnement quotidien perturbé, elles ne prennent pas leur médication, s'il y a lieu, de façon régulière. Le réseau de support social est généralement déficient chez ces personnes. Souvent, les accumulateurs ne travaillent pas et sont isolés socialement (Saxena & Maidment, 2004).

Les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent également de nombreuses distorsions cognitives. Pour ce qui est des croyances à propos des possessions, les accumulateurs compulsifs se sentent très responsables de ce qui arrive à leurs biens. Chaque item a une signification spéciale. Frost et Hartl (1996) rapportent une « hypersentimentalité » envers les possessions chez les accumulateurs compulsifs. Ces derniers ont également des attentes irréalistes de perfection. Ils croient qu'ils doivent être vigilants et qu'ils ne doivent perdre aucune opportunité d'augmenter leur niveau de préparation à des problèmes futurs. Ils croient qu'ils n'ont pas une bonne

mémoire, c'est pourquoi ils doivent garder leurs possessions à vue, sinon ils ne se rappelleront pas où ils les ont rangés. Les accumulateurs compulsifs présentent une confiance significativement faible en leur mémoire et exagèrent les conséquences qui découleraient du fait d'oublier des informations (Frost & Hartl, 1996). Les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent aussi des déficits au niveau du traitement de l'information. Elles ont de la difficulté à prendre des décisions et à catégoriser leurs possessions. Puisque chaque item est unique pour eux, ils ont une tendance à la surcatégorisation. Elles présentent également une difficulté à maintenir leur attention sur une tâche. L'évitement est souvent privilégié, c'est-à-dire qu'ils évitent la prise de décision, la catégorisation et les tâches de routine quotidienne (ex : classer le courrier). Un autre symptôme important est leur faible niveau d'insight. Elles ne prennent pas conscience de l'intensité de leurs symptômes d'accumulation compulsive, du désordre engendré et des impacts dans leur vie. Ce faible insight contribue également à leur faible motivation à adhérer au traitement thérapeutique ou pharmacologique.

L'accumulation serait donc associée à trois principaux types de déficits : 1) déficits au niveau du traitement de l'information, 2) problèmes avec l'attachement émotionnel aux possessions, 3) croyances erronées à propos de la nature des possessions. Ces déficits mènent à l'évitement de la prise de décisions, à une faible organisation et à une incapacité dans la sélection des biens desquels ils doivent se départir (Wincze et al., 2007). Pour Saxena (2004), les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent les quatre caractéristiques suivantes : un déficit au niveau du traitement de

l'information, un attachement émotionnel aux possessions excessif, une forte tendance à l'évitement comportemental et des croyances erronées à propos de la nature des possessions.

Les aspects importants à considérer lors de l'évaluation de l'accumulation compulsive sont les suivants : le confort émotionnel provenant des possessions, l'identification aux possessions, la valeur des possessions, le contrôle sur les possessions, le sentiment de responsabilité envers les possessions et les croyances à propos de la mémoire. Ces symptômes sont évalués à travers les 31 items du Saving Cognitions Inventory (SCI) (Steketee, Frost, & Kyrios, 2003). Il s'agit d'une version révisée du Hoarding Scale (HS) (Tolin, Frost, & Steketee, 2010).

Dans le domaine de l'accumulation compulsive, deux sous-types ont aussi été proposés. Dans le cas de l'accumulation instrumentale, les possessions ont une utilité spécifique. Dans le cas de l'accumulation sentimentale, les possessions représentent une extension de soi et font partie intégrante de l'identité de la personne (Hurley et al., 2008).

Différences cliniques entre trouble obsessionnel-compulsif avec et sans accumulation compulsive. Il est à noter que puisque le trouble d'accumulation compulsive n'est pas un diagnostic officiel à ce jour, les personnes en souffrant sont considérés comme souffrant d'un TOC accumulateur. Seulement quelques études ont

spécifiquement comparé les personnes souffrant de TOC accumulateur et les personnes souffrant d'un autre sous-type de TOC. Par contre, elles ont toutes observé des différences significatives entre les deux groupes. Les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif avec accumulation compulsive présentent un moins bon fonctionnement global. Elles présentent également davantage d'anxiété, de dépressions, de symptômes de troubles de la personnalité et de dysfonctions familiales et sociales (Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer, 2002). D'un point de vue cognitif, les accumulateurs présentent un niveau d'insight moins élevé que les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif non-accumulatrice et sont moins portés à aller chercher de l'aide (Steketee & Frost, 2003).

Ces données démontrent donc que les accumulateurs compulsifs présentent un profil différent et distinct des autres sous-types de TOC. En somme, bien que le doute chronique, l'indécision et le perfectionnisme soient des processus cognitifs communs au TOC et à l'accumulation compulsive, de nombreux autres les différencient. Tandis que le TOC se caractérise davantage par un sens exagéré de sa propre responsabilité (Greisberg & McKay, 2003), l'accumulation compulsive, quant à elle, est davantage définie par la procrastination, l'hypersensibilité envers les biens et l'évitement (Frost et Hartl, 1996; Saxena, 2004). En différenciant l'accumulation compulsive du TOC, l'intervention pourrait être plus adaptée et donc potentiellement plus efficace.

Prévalence.

Trouble obsessionnel-compulsif. Le trouble obsessionnel-compulsif aurait une prévalence à vie de 2 à 3 % dans la population mondiale (Kaplan & Sadock, 1998), ce qui représente le double de la prévalence de la schizophrénie (Chamberlain, Blackwell, Fineberg, Robbins, & Sahakian, 2005). Il importe de souligner ici que les pourcentages incluent tous les sous-types de TOC. Ce trouble affecterait autant les hommes que les femmes, bien que les hommes présentent un début davantage précoce que les femmes, soit à l'adolescence. L'âge moyen d'apparition du trouble se situe entre le début de l'adolescence et l'âge de 25 ans. Une fois installé, le trouble obsessionnel-compulsif a tendance à être chronique (Rasmussen & Eisen, 1990). Les symptômes associés au TOC ont tendance à augmenter et diminuer au cours de la vie, en fonction des événements de vie stressants. Cette condition chronique a tendance à s'aggraver au fil du temps si un traitement adéquat n'est pas entrepris.

De nombreuses personnes souffrant de TOC présenteront également une ou plusieurs comorbidités avec des troubles de l'axe I du DSM-IV au cours de leur vie, comme des troubles de l'humeur ou de l'anxiété (Ricciardi & McNally, 1995).

Trouble d'accumulation compulsive. Pour ce qui est de l'accumulation compulsive, Wincze et al. (2007) estiment que de 1 à 2 % de la population en souffrirait. Les mêmes auteurs évaluent que 25 % des personnes souffrant de TOC présentent des symptômes d'accumulation. Selon Saxena et al. (2003), 18 à 42 % des personnes souffrant du TOC

présenteraient des symptômes d'accumulation et 10 à 20 % des TOC présenteraient comme symptôme principal l'accumulation compulsive. Compte tenu de cette analyse, l'évaluation de la prévalence de 1 à 2 % selon Wincze et al. (2007) semble élevée si on considère que la prévalence pour tous les types de TOC confondus est de 2 à 3 % dans la population mondiale (Kaplan & Sadock, 1998). La venue de possibles critères dans le DSM-V apportera probablement de nouvelles données à cet effet.

Selon certaines études de cas, l'accumulation compulsive serait un trouble débutant dans l'enfance et allant en s'aggravant, atteignant son apogée vers l'âge de 50 ans. Il s'agirait d'un trouble chronique. L'âge moyen du début du trouble serait de 13 ans (Wincze et al., 2007). L'âge moyen des personnes souffrant d'accumulation compulsive est de 50 ans. De plus, ces personnes tendent moins à être mariées que les non-accumulateurs.

L'accumulation compulsive et les comportements d'économie sont observés dans de nombreux troubles neuropsychiatriques, incluant la schizophrénie, la démence, les troubles alimentaires et les retards mentaux. L'accumulation compulsive est fréquemment observée dans le trouble obsessionnel-compulsif, mais aussi dans la population non-clinique dans une moindre mesure (Saxena, 2004). Grisham, Frost, Steketee, Kim, et Hood (2006) rapportent que 92 % des personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent des comorbidités sur l'Axe I ou II selon le DSM-IV. Aucune étude n'a été

recensée permettant de soulever des différences au niveau des comorbidités entre le TOC et l'accumulation compulsive.

Traitement pharmacologique et psychologique.

Trouble obsessionnel-compulsif. Le traitement psychologique reconnu comme étant efficace de manière générale pour traiter le TOC est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). L'exposition et la prévention de la réponse (EPR) sont les principales méthodes utilisées (Abramowitz & Schwartz, 2003). L'exposition, guidée par le thérapeute, est réalisée de façon répétée et prolongée à des situations qui provoquent les peurs obsessionnelles, tout en s'abstenant de produire les comportements compulsifs. L'autre élément essentiel au traitement cognitivo-comportemental du TOC est la prévention de la réponse. La personne souffrant de TOC doit s'abstenir de produire ses rituels compulsifs.

Selon Abramowitz (2006), le pronostic des personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif est passé de médiocre à très bon au cours des 20 dernières années. Cela serait principalement attribuable au développement des techniques d'exposition et de prévention de la réponse (EPR). Abramowitz (1998) en est arrivé à la conclusion que les patients bénéficiant d'une thérapie basée sur l'EPR montraient une réduction de 50 à 60 % des symptômes au Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), une entrevue semi-structurée (Goodman et al., 1991). Il s'agit d'une mesure valide, fidèle et sensible au changement. Elle est souvent utilisée afin d'objectiver l'impact d'une

thérapie ou d'une médication. Elle est également utilisée en recherche. Les symptômes résiduels étaient alors qualifiés de légers. Des recherches récentes ont également démontré que la thérapie cognitivo-comportementale utilisant l'EPR est le traitement à court et long terme le plus efficace pour le TOC (Foa & Kozak, 1997). La rémission complète n'est toutefois pas le standard à atteindre lors du traitement du TOC.

Toutefois, la réponse au traitement demeure variable. Les facteurs considérés comme étant prédicteurs d'une faible réponse au traitement sont le faible insight, la dépression sévère et la faible participation de la famille. La motivation à débiter le traitement est généralement également un obstacle à surmonter. De 25 à 30 % des personnes souffrant de TOC qui débutent un traitement par EPR vont abandonner la thérapie de manière prématurée (Abramowitz, 2006).

En ce qui a trait au traitement à l'aide de la pharmacothérapie, la médication recommandée dans la plupart des cas de trouble obsessionnel-compulsif sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (E. Hollander, 1998). Puisque les études suggèrent que des anomalies dans la neurotransmission de la sérotonine et de la dopamine seraient en lien avec le TOC (voir section neuroanatomie), il est logique que la médication reconnue comme étant efficace dans ce trouble agisse sur la neurotransmission de la sérotonine. Le trouble obsessionnel-compulsif étant associé à un manque de sérotonine, en inhibant le recaptage de la sérotonine dans la synapse, on permet alors que les neurotransmetteurs y restent disponibles plus longtemps.

Afin d'en arriver à un traitement adéquat pour chaque cas, de hauts dosages et de longs essais sont souvent nécessaires. Selon la documentation disponible, pour qu'un traitement pharmaceutique soit considéré comme étant efficace dans un cas de TOC, une réduction de 25 à 50 % des symptômes doit être observable par rapport aux mesures de base. Il n'est donc pas rare que des patients présentent encore des symptômes significatifs du TOC, bien qu'ils soient considérés comme répondant bien au traitement (Dougherty, Rauch, & Jenike, 2004). La plupart des études en arrivent au fait qu'entre 40 et 60 % des patients présentent une bonne réponse aux ISRS, avec une diminution de 20 à 40 % des symptômes de TOC (Greist, Jefferson, Kobak, & Katzelnick, 1995).

Toutefois, il est à noter que les différents groupes de symptômes du TOC, énumérés dans une section précédente, diffèrent par leurs réponses distinctes aux traitements proposés. Par exemple, les personnes ayant des obsessions pour la contamination sont la catégorie la plus encline à aller chercher de l'aide (Rasmussen & Eisen, 1990). Les personnes souffrant de TOC qui croient fortement que leurs rituels sont essentiels pour prévenir des conséquences désastreuses sont reconnues pour présenter un faible insight (Foa & Kozak, 1995).

Trouble d'accumulation compulsive. Bien que l'accumulation compulsive soit un sous-type du TOC, il ne répond pas au traitement de la même manière. Les accumulateurs compulsifs présentent un faible insight, ils répondent donc moins bien au traitement cognitivo-comportemental que les autres sous-types de TOC (Saxena, 2004).

Les accumulateurs compulsifs seraient les moins enclins à aller chercher de l'aide. Les personnes souffrant d'accumulation compulsive sont reconnues pour ne pas bien répondre aux ISRS, ainsi qu'à l'EPR, comme mentionné auparavant. Une meilleure compréhension du fonctionnement cognitif de la personne atteinte du TAC est donc une voie intéressante pouvant favoriser l'amélioration des taux de réponse au traitement.

Le traitement classiquement associé à l'accumulation compulsive est la pharmacothérapie combinée à une thérapie cognitivo-comportementale. Bien que la médication reconnue comme étant efficace pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif soit les ISRS, les compulsions d'accumulation sont fortement associées à une faible réponse aux ISRS (Mataix-Cols et al., 1999). Malgré cela, l'approche normalement prise dans le traitement de l'accumulation compulsive est de débiter avec les ISRS, puisqu'il n'existe actuellement pas d'autre médication efficace. Après un essai de 12 semaines, si la médication est stable et a les effets escomptés (effet optimal anti-obsessionnel), la TCC peut alors débiter (Hurley et al., 2008).

La thérapie cognitivo-comportementale normalement utilisée avec les personnes souffrant de TOC n'amène que de faibles résultats chez les accumulateurs compulsifs (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Mataix-Cols et al., 2002). Ils résistent difficilement à leurs compulsions, ont une faible motivation face au traitement et présentent une faible capacité d'introspection face à leur problème. De plus, les accumulateurs compulsifs ont davantage tendance à abandonner la thérapie que les TOC

non-accumulateurs. Le faible soutien familial nuit également au bon pronostic du traitement (Mataix-Cols et al., 2002).

La motivation et la capacité d'introspection limitée sont des éléments importants à considérer lors du traitement de l'accumulation compulsive. Une grande proportion des personnes souffrant d'accumulation compulsive ne considèrent pas qu'elles souffrent d'un trouble et qu'elles manifestent des comportements déraisonnables (Frost et al. 1996). Ce faible niveau d'insight contribue également au haut taux de décrochage et aux faibles résultats des traitements chez les accumulateurs. Puisque les personnes souffrant d'accumulation compulsive habitent souvent seules, leur motivation à changer est plus faible puisque personne ne les encourage à changer (Wincze et al., 2007). De plus, puisque le rapport affectif aux objets est surinvesti, le travail thérapeutique s'avère d'autant plus difficile. Frost, Steketee, Williams, et Warren (2000) ont soulevé le fait que les accumulateurs compulsifs présentent des difficultés à créer et maintenir des relations avec les autres. Un dysfonctionnement au niveau de l'attachement émotionnel est donc présent et amène un rapport affectif inadéquat avec les objets accumulés.

En ce sens, puisque la réponse des accumulateurs compulsifs au traitement semble spécifique et se différencie des autres sous-types de TOC, Hartl et Frost (1999) ont développé des stratégies de traitement cognitivo-comportementales basées sur leur modèle de l'accumulation compulsive, lequel comprend quatre domaines à traiter : 1) déficits au niveau du traitement de l'information, 2) problèmes au niveau de la formation

de l'attachement aux possessions, 3) évitement comportemental, 4) croyances erronées à propos de la nature des possessions. Les auteurs ont mis à l'épreuve leurs stratégies de traitement sur 7 accumulateurs compulsifs. Après 15 rencontres de groupe et des rencontres individuelles à la maison, 5 des 7 patients présentaient une amélioration notable au niveau de la diminution de l'acquisition, de la conscience des pensées irrationnelles qui entraînent la personne vers l'accumulation et des habiletés organisationnelles.

Hurley et al. (2008) ont créé un protocole de traitement en multimodalités en se basant sur les travaux de Frost et son équipe. Leur modèle propose un traitement cognitivo-comportemental intensif et à court terme, c'est-à-dire d'une durée de 6 semaines, au cours desquelles le client investit les cibles thérapeutiques suivantes : la prévention du désordre, l'organisation, se débarrasser des possessions et l'introduction de comportements alternatifs. Aussi, ce modèle inclut la pharmacothérapie et mise sur l'implication des proches dans le traitement. Des patients traités, 35 % ont montré une baisse de la sévérité de leurs symptômes et 45 % ont été classés comme répondant à la thérapie. Les auteurs concluent qu'une intervention efficace auprès des personnes souffrant d'accumulation compulsive doit combiner la thérapie cognitivo-comportementale adaptée, la pharmacothérapie, l'entraînement à l'organisation et à la gestion du temps et l'implication de la famille. Même si ces données sont prometteuses, il semble que notre compréhension de ce trouble ne soit pas optimale si l'on se fie au faible taux de réponse au traitement. L'étude du fonctionnement cognitif de cette

population s'avère donc une piste d'analyse intéressante pour étayer cette compréhension.

Neuroanatomie

Trouble obsessif-compulsif. Concernant le TOC, les études en neuroanatomie amènent des résultats hétérogènes. À l'aide de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), des anomalies au niveau structural, principalement sur le plan du volume dans certaines régions corticales, sont souvent rapportées dans le TOC. D'ailleurs, un volume anormal du noyau caudé est souvent observé (Robinson, Wu, Munne, & Ashtari, 1995).

Les données en neuroimagerie révèlent également des anomalies structurales et fonctionnelles au niveau du cortex orbitofrontal, du cortex cingulaire antérieur et, encore une fois, du noyau caudé. Chamberlain et al. (2005) ont émis l'hypothèse que le TOC peut être conceptualisé comme étant une dysfonction de la boucle latérale orbitofrontale, qui contient le cortex orbito-frontal, le cortex cingulaire et le noyau caudé, et que l'échec dans les processus d'inhibition cognitive et comportementale reflète plusieurs des symptômes. Cette boucle comprend le cortex orbitofrontal, le cortex cingulaire antérieur et le noyau caudé. Le cortex orbitofrontal est impliqué dans la prise de décisions et est lié à la médiation de réponses émotives aux stimuli biologiquement importants pour la survie. Le cortex cingulaire antérieur, quant à lui, joue un rôle dans l'anticipation de la récompense, la prise de décision, les processus attentionnels et motivationnels (Lechevalier, Eustache & Viader, 2008). Selon cette hypothèse, des dysfonctions sur le

plan de cette boucle pourraient entraîner un TOC, une dépression ou des manies. Les régions cérébrales impliquées dans le TOC énoncées plus haut sont également responsables de la régulation des mécanismes d'inhibition émotionnelle et de l'analyse et de l'intégration des stimuli contextuels (Botez-Marquard, Boller, & Botez, 2005). En effet, un hypermétabolisme est observé au niveau du noyau caudé, du cortex orbitofrontal et cingulaire, et du thalamus chez les personnes souffrant de TOC (Saxena et al., 2001). Il s'est aussi révélé que ces anomalies se soient normalisées suite à un traitement pharmacologique ou après une intervention cognitivo-comportementale (Baxter, 1992).

Une étude rapporte également la contribution des circuits fronto-sous-corticaux dans la survenue des symptômes obsessifs-compulsifs (Saxena et al., 2003). Ces circuits interviennent, entre autres, dans la gestion de l'activité motrice et du comportement et relie de nombreuses régions du cortex frontal et du système limbique, qui contient l'hippocampe, le fornix, l'amygdale, l'hypothalamus et la circonvolution circulaire, ce qui fait en sorte que leur implication clinique est large. Un dysfonctionnement de ces circuits peut, entre autres, être responsable de perturbations du contrôle émotionnel (Lechevalier, Eustache & Viader, 2008).

De plus, des examens en imagerie cérébrale structurelle ont révélé chez les patients souffrants du TOC un volume plus petit du cortex orbitofrontal et des noyaux gris centraux (Robinson et al. 1995). Les dysfonctions orbitofrontales sont habituellement

associées à des difficultés d'inhibition cognitive (Rolls, 2004), tandis qu'une dysfonction sur le plan des noyaux gris centraux semble être impliquée dans le ralentissement de la motricité manuelle chez les personnes souffrant de TOC (Robinson et al. 1995).

Trouble d'accumulation compulsive. En contrepartie, les personnes souffrant d'accumulation compulsive semblent présenter un profil neuroanatomique différent de celui des personnes souffrant des autres sous-types de TOC. Lors d'une étude utilisant la tomographie par émission de positrons, certains auteurs ont pu déterminer que les personnes souffrant d'accumulation compulsive ont un schéma d'activité cérébrale différent des autres personnes souffrant de TOC (Hurley et al., 2008). Les accumulateurs compulsifs présentent un plus faible métabolisme dans le cortex occipital, région cérébrale associée dans le traitement de l'information visuelle. Ils présenteraient également un métabolisme plus faible que les TOC non-accumulateurs dans le gyrus cingulaire antérieur et dans le thalamus. Les chercheurs en sont aussi arrivés à la conclusion que la sévérité de l'accumulation compulsive était corrélée avec une plus faible activité à travers le gyrus cingulaire dorsal antérieur. Saxena et al. (2004) ont comparé des accumulateurs compulsifs à d'autres sous-types de TOC et ces auteurs ont démontré que les accumulateurs compulsifs présentent un métabolisme du glucose significativement plus faible dans le gyrus cingulaire dorsal antérieur et postérieur.

La diminution de l'activité cérébrale dans plusieurs parties du cortex cingulaire pourrait être responsable de nombreux symptômes d'accumulation compulsive. Le cortex cingulaire antérieur est impliqué dans le traitement cognitif et émotionnel, le contrôle exécutif, la motivation, l'attribution de l'importance de l'émotion aux stimuli, le contrôle émotionnel et la résolution de problème. Le cortex cingulaire postérieur, quant à lui, est impliqué dans la gestion des événements visuels, l'orientation, la mémoire et le traitement des stimuli émotionnels (Botez-Marquard, Boller, & Botez, 2005). Les symptômes de l'accumulation compulsive peuvent donc être mis en lien avec les fonctions spécifiques de ces substrats neuronaux.

Anderson, Damasio, et Damasio (2005), de leur côté, suggèrent que les régions impliquées dans l'accumulation compulsive seraient le cortex frontal ventromédian, préfrontal et antérieur de même que les régions temporales médianes. Ces régions moduleraient ou empêcheraient les prédispositions d'acquérir et de collectionner en s'ajustant à l'environnement. Des dysfonctions de ces régions entraîneraient donc un dérèglement des comportements d'acquisition et de collection.

Bref, alors qu'un volume anormal du noyau caudé et une dysfonction de la boucle latéral orbito-frontale, qui contient le cortex orbitofrontal, le cortex cingulaire et le noyau caudé, semblent être les principaux responsables des dérèglements engendrés dans le TOC, la neuroanatomie de l'accumulation compulsive s'en différencie. Bien que le métabolisme du cortex cingulaire soit aussi affecté, il s'agirait davantage d'un

métabolisme plus faible au niveau du cortex occipital et du thalamus. Ces distinctions au niveau neuroanatomique sont importantes à prendre en considération, puisqu'elles peuvent influencer, entre autres, les traitements pharmacologiques développés.

Intégration et tableau récapitulatif. En somme, le TOC et ce qui est encore à ce jour considéré comme un de ses sous-types, l'accumulation compulsive, ne présentent que peu d'éléments communs, lorsque comparés sur divers plans. Le tableau 1 met en évidence les similitudes et les divergences présentes dans les tableaux cliniques des deux troubles.

Une des différences les plus importantes qui distingue l'accumulation compulsive des autres sous-types du TOC est la nature égossyntonique des symptômes d'accumulation. En effet, les accumulateurs ne rapportent qu'une faible reconnaissance de leur problème d'accumulation. Toutefois, la plupart des personnes souffrant de TOC reconnaissent que leurs obsessions et leurs compulsions ne sont pas logiques et leur causent une détresse importante (Steketee & Frost, 2003).

Une autre différence clinique révélatrice est la réponse au traitement. En effet, les personnes souffrant d'accumulation compulsive n'ont souvent pas l'impression d'avoir de problème et leurs différents comportements d'accumulation sont souvent suffisamment renforçateurs pour générer un sentiment de sécurité qui les maintient dans ces mêmes comportements. Ainsi, les interventions pharmacologiques et psychologiques

sont toutes deux moins efficaces chez les personnes souffrant d'accumulation compulsive. Alors que les ISRS sont reconnus comme étant efficaces lors du traitement du TOC, les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent une faible réponse aux ISRS et sont associées à un faible pronostic (Mataix-Cols et al., 1999). En ce qui concerne l'intervention psychologique, les accumulateurs compulsifs sont reconnus pour ne pas bien répondre à l'EPR puisqu'ils vont abandonner prématurément, ne vont pas se conformer au traitement et vont offrir en fin de compte une faible réponse au traitement (Abramowitz, Franklin, & Cahill, 2003; Abramowitz, Franklin, Schwartz, et al., 2003). De plus, les accumulateurs compulsifs présentent un niveau d'insight plus faible que les personnes souffrant de TOC (Frost et al., 1996), ce qui nuit également à l'efficacité de l'intervention psychologique.

Dans le cadre des études en neuroimagerie, les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent des profils d'activité neuronale différents que les personnes souffrant de TOC (Mataix-Cols et al., 2004).

Dans le TOC, les processus cognitifs altérés concernent la surestimation de la responsabilité, l'importance du contrôle des pensées ainsi que le perfectionnisme et le besoin de certitude. Pour ce qui de l'accumulation compulsive, les principaux processus cognitifs atteints sont les déficits au niveau du traitement de l'information (prise de décision, catégorisation, organisation, difficultés en mémoire), l'attachement émotionnel

aux possessions, l'évitement comportemental et les croyances erronées par rapport aux possessions (Mataix-Cols et al., 2010).

Bref, ces nombreuses différences rendent évident le fait que l'augmentation de la compréhension clinique de l'accumulation compulsive ajoute de la pertinence à l'idée de ne plus considérer l'accumulation comme étant un sous-type du TOC.

Tableau 1

Tableau récapitulatif et comparatif du tableau clinique du TOC et de l'accumulation compulsive

| Éléments de comparaison | Trouble obsessionnel-compulsif | Sous-type accumulation compulsive |
|---|--|--|
| Manifestations principales | Présence d'obsessions et de compulsions Perte de temps considérable Altération du fonctionnement | Acquisition d'un grand nombre de possessions qui paraissent inutiles et de faible valeur pour la plupart des gens et l'échec de se débarrasser Désordre étendu dans l'espace de vie qui empêche les activités pour lesquelles l'espace est prévu Présence de détresse significative et de dysfonctionnement causé par l'accumulation |
| Processus cognitifs typiques principaux | Doute chronique Tendance au perfectionnisme Sens exagéré de sa propre responsabilité | Indécision et doute Perfectionnisme Procrastination Évitement Hypersentimentalité envers les possessions |

Tableau I

Tableau récapitulatif et comparatif du tableau clinique du TOC et de l'accumulation compulsive (suite)

| Éléments de comparaison | Trouble obsessionnel-compulsif | Sous-type accumulation compulsive |
|-------------------------|---|---|
| Prévalence | 2 à 3 % Âge moyen d'apparition : 25 ans | 1 à 2 % Âge moyen d'apparition : 13 ans |
| Réponse au traitement | Bonne réponse à l'EPR Bonne réponse aux ISRS | Faible réponse à l'EPR Faible réponse aux ISRS Faible motivation au traitement Faible capacité d'introspection |
| Neuroanatomie | Volume anormal du noyau caudé Dysfonction de la boucle latérale orbitofrontale | Métabolisme plus faible au niveau du gyrus cingulaire antérieur, du cortex occipital et du thalamus |

Le spectre du trouble-obsessif-compulsif

Le spectre du trouble obsessif-compulsif constitue un regroupement de troubles ayant des similitudes au niveau pathologique, sémiologique et épidémiologique (Eric Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, & Iyengar, 2005). Ce spectre comprend différentes catégories de troubles, autant sur le plan des obsessions que des compulsions. La première comprend les troubles dont les obsessions sont pathognomoniques, soit les troubles alimentaires et certains troubles somatoformes, comme la peur d'une dysmorphie corporelle et l'hypocondrie. La deuxième comprend les troubles du contrôle des impulsions, comme les paraphilies, la trichotillomanie, la pyromanie ou la cleptomanie, entre autres. La troisième englobe les pathologies neurologiques entraînant des symptômes obsessifs ou compulsifs, par exemple le syndrome Gilles de la Tourette, les troubles envahissants du développement ou certaines démences.

Un groupe de travail étudie actuellement le concept de spectre du TOC. Ainsi, pour le futur DSM-V, il a été proposé d'enlever le TOC de la catégorie des troubles anxieux afin de l'insérer dans une catégorie regroupant le spectre des troubles obsessifs-compulsifs (Bartz & Hollander, 2006). Les troubles compris dans ce spectre auraient des similarités sur le plan de la phénoménologie, de la comorbidité, de la génétique et de la réponse au traitement et sont caractérisés par des pensées et des comportements répétitifs. Il semble que beaucoup d'efforts restent à investir dans cette classification afin de la rendre appropriée. Selon Hollander, Kim, Braun, Simeon, et Zohar (2009), il faudrait, entre autres, clarifier les critères d'inclusion du spectre et les sous-types.

Certains auteurs, dont Mataix-Cols et al. (2010), suggèrent qu'il serait pertinent que le sous-type accumulation fasse partie du spectre du TOC, plutôt que d'être un sous-type du TOC.

Utilité de la perspective neuropsychologique dans la comparaison du trouble obsessionnel-compulsif et de l'accumulation compulsive

L'évaluation neuropsychologique tend originalement à faire le lien entre une perturbation cognitive ou émotionnelle et un site cérébral lésionnel. L'approche évaluative a dû entreprendre une adaptation importante suite à l'arrivée de l'utilisation des données d'imagerie, fort utiles pour localiser les lésions cérébrales. Ainsi, le mandat de l'évaluation neuropsychologique a évolué, étant maintenant de prédire les comportements dans plusieurs situations du quotidien. En ce sens, l'approche neuropsychologique est reconnue comme étant de plus en plus contributive à l'évaluation des psychopathologies. Bien que d'abord développées afin de localiser et quantifier les déficits causés par une lésion cérébrale, les épreuves neuropsychologiques sont également une mesure sensible aux déficits induits par une psychopathologie et amènent à argumenter les impressions cliniques et contribuent à expliquer le fonctionnement et ainsi tracer le profil des personnes présentant diverses pathologies, dont le TOC et le TAC. Les résultats à celles-ci pourraient donc en venir à être utilisés comme critères diagnostic ou pour argumenter les impressions cliniques (Flor-Henry, 1990).

Les études en neuropsychologie permettent de faire la distinction entre les déficits ou les difficultés perçues par le patient et les problèmes cognitifs objectivables par les épreuves neuropsychologiques. La comparaison entre les mesures auto-rapportées et les résultats aux tests neuropsychologiques permet également au psychologue de dresser un portrait clair du fonctionnement du patient. Certains comportements rapportés en thérapie peuvent être le résultat de déficits, ce qui influencera l'approche du thérapeute face à la problématique. Il est donc important pour le thérapeute d'en être conscient et ainsi, de travailler de façon cohérente avec son patient, c'est-à-dire en tenant compte des particularités au niveau cognitif. Par exemple, bien que les personnes souffrant de TOC soient conscientes de l'irrationalité de leurs obsessions ou de leurs compulsions, elles ne peuvent s'empêcher de les effectuer. Grâce aux recherches effectuées en neuropsychologie, il est alors possible de donner du sens et d'expliquer cette difficulté du point de vue d'un problème de contrôle cognitif (Rachman & Likierman, 1980). Cela peut être lié à des problèmes frontaux, et donc des fonctions exécutives.

La prochaine section se veut une étude comparative du profil neuropsychologique associé avec le TOC et celui associé à l'accumulation compulsive. La pertinence de cette section réside dans le fait qu'en comprenant le profil neuropsychologique, il est alors possible, dans le cadre de l'intervention psychologique, d'adapter les interventions avec le fonctionnement cognitif typique de la population avec laquelle on intervient.

Comparaison des profils neuropsychologiques du TOC et de l'accumulation compulsive

La documentation abordant le profil neuropsychologique du TOC est plus abondante que celle ciblant l'accumulation. Cependant, il semble que la documentation sur le profil neuropsychologique du TOC ne soit pas encore fertile au point de comporter une méta-analyse qui résume l'ensemble des travaux sur la question. La documentation abordant le thème de la neuropsychologie de l'accumulation est plutôt rare. Globalement, les études recensées qui analysent le profil neuropsychologique de ces troubles semblent s'effectuer selon quatre domaines majeurs du fonctionnement cognitif, soit les fonctions exécutives, la mémoire, l'attention et la vitesse psychomotrice. Ces quatre domaines seront repris dans la présente section.

La présente section a pour but de présenter les données actuelles sur le fonctionnement neuropsychologique des personnes souffrant de TOC ou d'accumulation compulsive. Le tableau 2 présente les tests utilisés, les échantillons ainsi que les principaux résultats des études jugées pertinentes. Suite à cette recension des écrits, une critique de qualité de ces études est effectuée.

La sélection de la documentation a été effectuée à partir d'une recherche dans les bases de données Psych-Info à l'aide des mots-clés « hoarding », « OCD », « obsessive-compulsive disorder » « neuropsychology », « accumulation », « trouble obsessif-

compulsif » et « neuropsychologie ». Les études qui sont présentées sont celles qui étaient disponibles en juillet 2012. Les articles pertinents ont été retenus.

Vitesse psychomotrice. Kuelz et al. (2004) émettent l'hypothèse d'une diminution de la vitesse psychomotrice pour expliquer une diminution de la performance lors des épreuves d'attention sélective. L'évaluation des processus attentionnels devrait donc logiquement comprendre des épreuves reconnues pour évaluer spécifiquement la vitesse motrice (p. ex., la Planche de Purdue (Tiffin & Asher, 1948)). Ce ralentissement serait associé à une dysfonction sur le plan des noyaux gris centraux.

Trouble obsessionnel-compulsif. Une étude de Bédard, Joyal, Godbout, et Chantal (2009) a tenté d'établir le profil cognitif du TOC à partir de 18 patients et de 22 sujets contrôles. Après avoir étudié neuf domaines cognitifs à partir de différents tests neuropsychologiques, les auteurs ont amené le fait que seules la vitesse psychomotrice et la vitesse de traitement de l'information semblent affectées par un TOC.

Trouble d'accumulation compulsive. Contrairement aux études se consacrant à l'évaluation neuropsychologique du TOC, les études portant spécifiquement sur l'accumulation compulsive ne font pas état du domaine de la vitesse psychomotrice. En ce sens, la présente recension des écrits fait ressortir un manque d'études traitant l'impact du TOC ou de l'accumulation compulsive sur la vitesse psychomotrice. En effet, le peu d'articles recensés et les petits échantillons des études rendent difficile la

généralisation des résultats obtenus. Le tableau 2 présente une synthèse des principales études portant sur la neuropsychologie du TOC, de l'accumulation ou des deux.

Attention. L'attention est une fonction cognitive qui se définit comme étant la capacité de perception sélective ou de détection sélective du stimulus. Ayant comme prémisses de base l'éveil et la vigilance, elle se divise en trois types. L'attention sélective est la capacité à trier les informations disponibles dans le but de ne retenir et de ne traiter que celles qui sont pertinentes à l'activité en cours. L'attention soutenue, quant à elle, peut se définir comme étant la capacité à maintenir son attention sur une période de temps prolongée. Finalement, l'attention divisée (ou partagée) est la capacité à traiter simultanément deux ou plusieurs catégories d'informations pertinentes (Bérubé, 1991).

Trouble obsessionnel-compulsif. Des faiblesses sur le plan des processus attentionnels sont relevées chez les personnes qui souffrent d'un TOC. En effet, les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif seraient davantage sensibles à l'interférence, ce qui nuit à l'efficacité de leurs capacités attentionnelles (Greisberg & McKay, 2003). Toutefois, il semble que les personnes souffrant de TOC aient une vitesse d'exécution de la tâche plus faible que les témoins, ce qui nuit à leur performance lors d'épreuves d'attention sélective (Moritz et al., 2002).

Trouble d'accumulation compulsive. Quant à eux, les accumulateurs compulsifs rapportent souvent avoir des problèmes sur le plan de l'attention. Selon Grisham et al.

(2007), les accumulateurs compulsifs présenteraient aussi un temps de réaction plus faible et une attention spatiale plus faible. Les mêmes auteurs suggèrent que même avec une intelligence comparable, les accumulateurs compulsifs vont rapporter davantage de symptômes du trouble déficitaire de l'attention (TDA) et vont moins bien performer aux tests d'attention soutenue, de mémoire et d'inhibition de la réponse qu'une population clinique. Après avoir évalué 30 accumulateurs compulsifs et les avoir comparé à 30 patients cliniques mixtes et 30 personnes contrôles, les auteurs concluent que les accumulateurs compulsifs présentent une attention non-verbale plus faible. Ils présentent également des difficultés sur le plan de l'attention soutenue, ce qui expliquerait leur difficulté à rester centrés lors de certaines tâches.

Selon Tolin et al. (2010), l'accumulation compulsive serait associée avec une faible capacité d'attention non-verbale, une plus grande variabilité du temps de réaction, une impulsivité plus importante et une capacité plus faible à détecter un stimulus-cible, comparativement à un groupe témoin.

Mémoire. Les fonctions mnésiques comprennent l'apprentissage, qui est le processus d'acquisition de nouvelles informations. Des différences sont relevées lorsque les résultats aux épreuves mnésiques sont comparés chez les personnes souffrant d'accumulation compulsive ou de TOC.

Trouble obsessionnel-compulsif. La documentation actuelle donne des résultats inconsistants concernant la présence de déficits mnésiques chez les personnes souffrant de TOC. Après avoir effectué une recension des écrits sur le sujet, Greisberg et McKay (2003) font ressortir le fait que les déficits en mémoire sont davantage attribuables au degré d'organisation nécessaire pour effectuer la tâche qu'aux fonctions mnésiques en tant que telles. En effet, les auteurs soulèvent le fait que les déficits mnésiques sont davantage évidents chez les personnes souffrant de TOC lorsque les épreuves neuropsychologiques utilisées pour évaluer la mémoire font appel à des stratégies organisationnelles implicites. Il y aurait donc un lien entre des déficits sur le plan des stratégies organisationnelles et l'effort mis à se rappeler de l'information non structurée. Ceci contribuerait au doute caractéristique des personnes souffrant de TOC. D'un point de vue clinique, ces difficultés se répercutent, entre autres, dans le fait que les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif doutent davantage que la population normale. Alors qu'elles devraient organiser leurs souvenirs de façon globale, elles y échouent et ont tendance à les organiser à plus petite échelle. Toutefois, il faut différencier les déficits réels et objectivables des problèmes de mémoire subjectifs que la personne rapporte.

La performance en mémoire non-verbale a surtout été évaluée à l'aide de la Figure Complexe de Rey (Meyers, 1995). Lors de cette épreuve, le sujet est invité à copier une figure complexe sans être informé qu'il aura à la reproduire par la suite. Bien que des difficultés au niveau du rappel soient observées chez les personnes souffrant de TOC

lors de cette épreuve, ces difficultés sont à nuancer puisqu'elles semblent davantage liées à des déficits organisationnels lors de l'accomplissement de la tâche, et donc à des dysfonctions sur le plan des fonctions exécutives (Kuelz, Hohagen, & Voderholzer, 2004). La mémoire verbale a quant à elle été évaluée à l'aide du California Verbal Learning Test (CVLT) (Delis, 2000) et, selon cette tâche, les personnes souffrant de TOC ont moins tendance à effectuer des regroupements sémantiques pour faciliter leur apprentissage que le groupe témoin (Savage et al., 2000). En effet, lorsque les personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif exécutent une tâche peu structurée, elles démontrent des difficultés au niveau du rappel. Ce dernier fait fait appel bien entendu aux aptitudes mnésiques, mais également aux fonctions exécutives, comme l'organisation de l'information. De ce fait, puisque leur mémoire leur paraît moins efficace lors de tâches peu structurées, un doute obsessionnel peut s'installer chez ces personnes (Savage et al., 2000). Cela est significatif puisque bon nombre d'éléments à se rappeler dans la vie de tous les jours sont non structurés. De plus, les nombreuses répétitions des compulsions présentées par ces personnes peuvent suggérer un échec à l'encodage efficace et approprié en mémoire des actions posées par soi-même.

Trouble d'accumulation compulsive. En ce qui concerne les accumulateurs compulsifs, Frost et Hartl (1996) ont relevé des difficultés concernant la mémoire, lesquelles ont été également relevées par Hartl et al. (2004). Les personnes souffrant d'accumulation compulsive présentent une faible capacité à sélectionner des catégories pour classer et organiser leurs possessions. Aussi, les accumulateurs compulsifs

présentent des croyances erronées concernant leurs capacités mnésiques. Il semble que les accumulateurs compulsifs mettent trop d'emphasis sur l'importance de se souvenir des informations (p. ex. numéros de téléphone ou articles de journaux). Aussi, ils croient que de sérieuses conséquences négatives se produiraient s'ils oubliaient une information. Finalement, ils rapportent devoir garder leurs possessions à vue, sinon ils oublieraient leurs existences. Ils croient avoir une faible mémoire et qu'ils ne peuvent pas se rappeler d'informations importantes ou d'évènements sans avoir un rappel visuel.

Hartl et al. (2004) ont étudié la performance à des épreuves en mémoire, la confiance en la mémoire et les croyances à propos de la mémoire de 22 personnes présentant des symptômes sévères d'accumulation compulsive et les ont comparés à un groupe témoin de 24 personnes. À l'aide de la Figure Complexe de Rey et du California Verbal Learning Test (CVLT), ils en sont arrivés à la conclusion que les accumulateurs compulsifs rappellent moins d'informations au rappel différé autant au niveau verbal que non-verbal et utilisent moins de stratégies organisationnelles au niveau non-verbal. Une évaluation des symptômes d'accumulation et des croyances a également été effectuée. Ils rapportent également une plus faible confiance en leur mémoire et attribuent des conséquences plus catastrophiques au fait d'oublier, ainsi qu'un plus grand désir de garder leurs possessions à vue.

Dans le même ordre d'idée, Tolin, Villavicencio, Umbach, et Kurtz (2011) concluent que, comparés à un groupe témoin et à un groupe de TOC non-accumulateurs,

les accumulateurs compulsifs présentent une plus faible capacité à utiliser des stratégies mnésiques organisationnelles adaptées. Les auteurs en sont arrivés à cette conclusion en comparant la performance neuropsychologique de 27 accumulateurs compulsifs avec 12 TOC et 26 personnes contrôles.

Fonctions exécutives. Les fonctions exécutives sont les processus cognitifs de haut niveau qui permettent de présenter un comportement flexible et adapté au contexte. Elles comprennent, entre autres, la flexibilité mentale, l'inhibition, l'organisation, la planification et l'auto-régulation. Bien que de nombreux modèles soient disponibles, le modèle du contrôle attentionnel de Norman et Shallice (1980) est le modèle de référence à ce jour. Selon ce modèle, des schémas d'action contrôlent les séquences d'action surappries, le gestionnaire des conflits intervient lorsque plusieurs schémas d'action sont susceptibles d'être activés et ainsi sélectionner le plus pertinent, tandis que le système attentionnel superviseur s'active lorsque les routines d'actions ne sont pas suffisantes pour parvenir à une performance optimale. C'est alors que les notions de planification, d'organisation, de résolution de problèmes et d'inhibition entrent en jeu.

Trouble obsessif-compulsif. Puisqu'il y a évidence de dysfonctionnement sur le plan des circuits fronto-sous-corticaux, on peut d'emblée s'attendre à une atteinte des fonctions exécutives lors de l'administration d'épreuves neuropsychologiques auprès de personne souffrant de TOC.

Selon Greisberg et McKay (2003), qui ont effectué une recension des écrits sur la neuropsychologie du TOC, certaines fonctions exécutives s'avèrent déficitaires chez les personnes souffrant du trouble obsessionnel-compulsif. En effet, elles présenteraient des difficultés sur le plan de la prise de décision, qui est l'habileté d'émettre des jugements raisonnables en se basant sur l'information disponible. Elles présentent également des difficultés sur le plan de l'inhibition de réponses.

Dans une étude de Nelson, Early, et Haller (1993), les auteurs ont comparé un groupe de 15 personnes souffrant de TOC avec un groupe témoin de 15 personnes. Ils ont révélé la présence de déficits au niveau exécutif chez les personnes souffrant de TOC, puisqu'elles performaient moins bien, entre autres sur le plan des capacités d'inhibition.

Une autre étude fait ressortir quant à elle que les personnes souffrant de TOC présentent de plus fortes difficultés sur le plan de la fluidité, du raisonnement abstrait et de la flexibilité lorsque comparées à un groupe témoin (Schmidtke, Schorb, Winkelmann, & Hohagen, 1998). Cette étude a fait la comparaison entre un groupe de 29 patients souffrant de TOC et un groupe témoin comprenant 58 personnes. Toutefois, l'auteur n'a pas fait la distinction entre les différents degrés de sévérité des symptômes et les déficits observés.

Il semble que la majorité des études s'entendent sur la présence d'un dysfonctionnement exécutif chez les personnes souffrant de TOC. Cependant, Abbruzzese, Bellodi, Ferri, et Scarone (1995) n'ont observé aucune différence entre les groupes de personnes souffrant de TOC et le groupe témoin. Ils suggèrent que la médication aurait influencé les résultats. Cette différence observée entre les études pourrait, entre autres, être le résultat de la présence de comorbidités, comme la dépression ou un autre trouble anxieux, ce qui peut influencer la performance aux épreuves neuropsychologiques sous plusieurs aspects et qui n'est pas attribuable au TOC en tant que tel (Moritz et al., 2001).

Trouble d'accumulation compulsive. Parmi les fonctions exécutives suspectées comme étant affectées dans le TAC, la prise de décision est souvent suggérée. Dans l'accumulation compulsive, elle est considérée comme la principale fonction exécutive altérée, celle-ci étant responsable de plusieurs comportements dysfonctionnels et croyances erronées (Frost, Tolin, Steketee, & Oh, 2011). Ce constat est supporté par ces auteurs qui ont étudié 887 accumulateurs compulsifs, ainsi que leurs proches. Ils ont observé que les personnes souffrant d'accumulation compulsive rapportent être plus indécises par comparaison aux observations faites par les proches.

Lorsqu'on leur demande de s'auto-évaluer, les personnes souffrant d'accumulation compulsive rapportent une indécision significativement plus importante que les TOC non-accumulateurs (Steketee et al., 2003). Bien qu'il s'agisse de questionnaires auto-

rapportés et de données subjectives, cela apporte des indications essentielles par rapport aux difficultés perçues. Toutefois, la validité des résultats obtenus demeure questionable, compte tenu du fait que les personnes souffrant d'accumulation compulsive ont une capacité d'insight faible.

Ce déficit en ce qui concerne la capacité à prendre une décision dans l'accumulation compulsive a été évalué d'un point de vue neuropsychologique. À l'épreuve du Iowa Gambling Test (IGT) (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994), un test informatisé durant lequel le patient doit gagner le plus d'argent possible durant un jeu de cartes et où il doit prendre des décisions à hauts ou à faibles risques, comparativement au groupe témoin, les accumulateurs compulsifs sélectionnaient plus de cartes des piles désavantageuses au cours de la tâche, ce qui constitue de mauvaises décisions (Lawrence et al., 2006). Toutefois, Grisham, Brown, Savage, Steketee et Barlow (2007) n'ont pas observé cette différence entre la performance des accumulateurs compulsifs et celle des TOC non-accumulateurs. La performance des accumulateurs compulsifs semble normale. Ces contradictions pourraient être expliquées par le fait que Lawrence et al. (2006) étudient avant tout sur les TOC et a par la suite relevé des différences au niveau du sous-type accumulateur. L'étude de Grisham et al. (2007) se centre principalement sur la neuropsychologie de l'accumulation compulsive et a utilisé davantage de mesures spécifiques pour répondre à sa question. Ceci donne du même coup plus de crédibilité à leurs résultats.

Grisham et ses collègues (2007) ont suggéré que les accumulateurs compulsifs présentaient des difficultés spécifiques au niveau du fonctionnement exécutif, principalement en ce qui concerne l'organisation. Les accumulateurs compulsifs performant moins bien à des tâches de planification et de résolution de problèmes, comparativement à un groupe témoin et un groupe de personnes anxieuses. Ils seraient également plus lents et plus anxieux durant des tâches de catégorisation. Wincze, Steketee & Frost (2007) arrivent aux mêmes conclusions. Dans leur étude, ils comparent 21 TOC accumulateurs à 21 TOC non-accumulateurs. Les accumulateurs compulsifs présentent davantage de déficits sur le plan de la catégorisation et de l'organisation de l'information. Leur catégorisation est davantage spécifique et limitative, c'est-à-dire que lorsqu'on leur demande de classer des objets personnels, ils ont tendance à utiliser davantage de sous-catégories, comparativement aux TOC non-accumulateurs.

L'acquisition excessive de possessions est un des éléments majeurs de l'accumulation compulsive. Cette caractéristique fait en sorte que le trouble est parfois associé à des troubles du contrôle des impulsions, comme la trichotillomanie ou le jeu pathologique. Le sentiment de bien-être qui accompagne l'acquisition de possessions est comparable. De plus, lors du Conners Continuous Performing Task (CPT-II) (Conners, 2000), une épreuve neuropsychologique évaluant, entre autres, l'impulsivité, les accumulateurs compulsifs font davantage d'erreurs de commission qu'un groupe témoin, ce qui concorde avec un déficit de l'inhibition comportementale (Grisham et al., 2007).

Analyse critique de la documentation actuelle sur la neuropsychologie du TOC

Parmi les fonctions cognitives les plus souvent touchées chez les personnes souffrant de TOC, notons les fonctions visuo-spatiales, certaines fonctions exécutives et certains processus attentionnels (Greisberg & McKay, 2003). Le doute, une caractéristique importante du TOC, semble alimenté par l'interaction entre les déficits sur le plan des stratégies organisationnelles et l'effort mis pour rappeler de l'information non structurée (Greisberg & McKay, 2003). Il est toutefois difficile de tracer un profil neuropsychologique spécifique et différentiel des personnes souffrant du TOC en raison de la fluctuation des résultats des études. Toutefois, certaines fonctions demeurent essentielles à évaluer à l'aide d'épreuves neuropsychologiques afin de guider l'intervention future. De plus, puisqu'il y a souvent comorbidité dans les cas de TOC, il est important de prendre en considération et de contrôler l'impact des symptômes des comorbidités (par ex. la dépression) lors de l'interprétation du profil neuropsychologique. Bien que la plupart des études semblent fiables méthodologiquement, le petit échantillon limite souvent la généralisation des conclusions amenées. En effet, puisque l'administration de nombreux tests neuropsychologiques s'avère être un travail de longue haleine, la grandeur de l'échantillon étudiée demeure petite, ce qui limite la généralisation et diminue la puissance statistique de l'étude. De plus, les études ne spécifient souvent pas la sévérité du trouble présenté chez les patients évalués. La considération de la sévérité et de la chronicité du trouble aurait définitivement un effet sur l'interprétation de la performance aux épreuves neuropsychologiques des patients. Aussi, il est difficile d'en arriver à un

profil précis puisque les épreuves neuropsychologiques utilisées diffèrent d'une étude à l'autre, ce qui mène à des résultats inconsistants dans les domaines cognitifs étudiés.

Aussi, certaines études, comme Nelson, Early et Haller (1993), n'ont pas utilisé de questionnaire de dépistage afin d'analyser les antécédents des participants au niveau neurologique. Bédard, Joyal, Godbout et Chantal (2009) suggèrent que les symptômes comorbides du TOC, comme la dépression ou l'anxiété, pourraient influencer davantage les résultats aux épreuves neuropsychologiques que les symptômes du TOC lui-même, ce qui renforce l'importance du diagnostic différentiel et de l'évaluation globale du patient.

Une autre critique qui peut être faite à propos de la documentation existante sur la neuropsychologie du TOC est le manque de sensibilité des épreuves neuropsychologiques. En effet, les tests ne sont souvent pas suffisamment sensibles pour détecter des différences subtiles, ce qui limite les résultats et les extrapolations possibles. La faible validité écologique des tests utilisés est une critique fréquente. On reproche souvent aux épreuves neuropsychologiques d'être trop artificielles et de ne pas être représentatives du fonctionnement de la personne dans la vie de tous les jours.

Analyse critique des écrits scientifiques actuels portant sur la neuropsychologie de l'accumulation compulsive

À la suite d'une recension exhaustive des écrits concernant la neuropsychologie de l'accumulation compulsive, il semble évident que beaucoup reste à explorer dans ce domaine. Le tableau 2 est un résumé de ce qui ressort des principales études.

D'abord, comme mentionné plus haut, le fait que chaque étude n'utilise pas les mêmes épreuves neuropsychologiques limite la comparaison des résultats obtenus, faisant entrer en ligne de compte de trop nombreuses variables. De plus, les résultats aux épreuves « maison » (par ex. : classer et catégoriser des objets personnels), sont difficilement comparables d'une étude à l'autre, ce qui limite la comparaison des résultats entre eux. Aussi, les groupes de patients accumulateurs compulsifs diffèrent d'une étude à l'autre. En effet, dans certaines études, les accumulateurs compulsifs avaient ou n'avaient pas d'autres symptômes de TOC ou d'autres diagnostics associés (Wincze et al., 2007 ; Grisham, Norberg, Williams, Certoma, & Kadib, 2010). De plus, la majorité des études utilise des mesures auto-rapportées à l'aide de questionnaires (Grisham et al., 2007; Grisham et al., 2010). Toutefois, puisqu'il est reconnu que les personnes souffrant d'accumulation compulsive offrent un faible insight, la véracité et la validité des réponses et des mesures obtenues par la voie de mesures auto-rapportées est limitée. Également, il serait nécessaire que les études différencient les personnes chez qui l'accumulation compulsive est primaire et au premier plan, et les autres qui souffrent de TOC et qui présentent des symptômes d'accumulation compulsive. Afin d'en arriver

à des résultats plus clairs concernant le profil neuropsychologique de l'accumulation compulsive, les personnes dont celle-ci n'est pas au premier plan devraient être exclues. La venue d'un nouveau diagnostic avec le DSM-V devrait faciliter cette différenciation, puisqu'à ce jour l'accumulation compulsive est une forme de compulsion faisant partie du TOC. De plus, bien que les différences sur le plan des déficits d'un point de vue neuropsychologique ont été suggérées en analysant les études ciblant le TOC et le TAC, il n'y a qu'une seule étude qui a formellement comparé le trouble obsessionnel-compulsif et l'accumulation compulsive d'un point de vue neuropsychologique. Cela représente un manquement important, mais demeure compréhensible étant donné les défis méthodologiques sous-jacents. De telles études sont complexes puisqu'elles impliquent d'obtenir des échantillons suffisamment importants pour comparer les deux conditions, alors que les participants s'avèrent difficiles à recruter.

Le tableau 2 se veut une synthèse des principales études portant sur la neuropsychologie du TOC, de l'accumulation ou des deux.

Tableau 2
Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC.

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|---|---|--|---|--|---|
| Trouble d'accumulation compulsive | | | | | |
| Grisham, Brown, Savage, Steketee & Barlow, 2007 | Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding | Entrevue structurée Accumulateurs compulsifs (n=30) Patients cliniques (n=30) Témoin (n=30) | Évaluation du traitement de l'information chez les accumulateurs compulsifs | ADHD Symptom Checklist Beck Anxiety Inventory (BAI) Obsessive Compulsive Inventory (OCI) Saving Inventory Revised (SI-R) Digit Span Visual Memory Span Continuous Performing Test (CPT-II) Iowa Gambling Task (IGT) | Déficits sur le plan de l'attention soutenue Temps de réaction plus faible et variable Plus d'impulsivité Plus grande difficulté à distinguer cibles / non-cibles Difficultés sur le plan de l'attention spatiale Déficits au niveau du traitement de l'information contribuant aux problèmes d'organisation |

Tableau 2
Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC (suite)

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|-----------------------------------|--|---|---|--|---|
| Trouble d'accumulation compulsive | | | | | |
| Hartl et al. 2004 | Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding | Entrevue structurée Accumulateurs compulsifs (n=22) Témoin (n=24) | Examiner la performance sur le plan de la mémoire, la confiance en la mémoire et les croyances à propos de la mémoire | Structural Clinical Interview for DSM-IV Disorder (SCID) Beck Depressive Inventory (BDI) BAI Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale (Y-BOCS) Figure complexe de Rey California Verbal Learning Test (CVLT) | Déficits sur le plan de l'apprentissage et de la mémoire Faible confiance en leur mémoire |
| Grisham et al. 2010 | Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding | Entrevue structurée Accumulateurs compulsifs (n=23) Patients avec troubles de l'Axe I (n=17) Témoin (n=20) | Clarifier la nature des déficits au niveau du fonctionnement exécutif et des problèmes de catégorisation associés à l'accumulation compulsive | Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-IV) ADHD-CL OCI SI-R Wechsler Abbreviated Inventory of Intelligence (WASI) Stocking of Cambridge (SOC) Affective Go/No-Go | Accumulateurs compulsifs performant moins bien au SOC, sont plus lents et plus anxieux durant les tâches de catégorisation Déficits spécifiques dans le fonctionnement exécutif associés avec les difficultés d'organisation des possessions |

Tableau 2
 Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC (suite)

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|---|
| Trouble d'accumulation compulsive | | | | | |
| Wincze, Steketee & Frost, 2007 | Categorization in compulsive hoarding | Entrevue structurée Accumulateurs compulsifs (n=21) TOC non-accumulateurs (n=21) Témoïn (n=21) | Étude du processus de catégorisation chez les accumuleurs compulsifs | ADIS-IV Clinical Severity Rating (CSR) State-trait Anxiety Inventory (STAI) BDI Frost Indecisiveness Scale (FIS) Hoarding Scale (HS) Personal Sorting Task Object Sorting Task Modified Sorting Task | Déficits sur le plan de la catégorisation et de l'organisation de l'information Sous-catégorisation lors de tâches impliquant des items qui les concernent personnellement |

Tableau 2
Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC (suite)

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|--|---|--|---|---|---|
| Trouble d'accumulation compulsive | | | | | |
| Tolin, Villavicencio, Umbach & Kurtz, 2011 | Neuropsychological functioning in hoarding disorder | Entrevue structurée Accumulateurs compulsifs (n=27) TOC (n=12) Témoin (n=26) | Comparer la performance aux épreuves neuropsychologiques des accumuleurs compulsifs | ADIS-IV CSR CPT CVLT Figure complexe de Rey Hooper Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Tour de Londres Stroop | Plus faible capacité d'attention soutenue Plus faible capacité à utiliser des stratégies mnésiques organisationnelles adaptées |
| Trouble obsessionnel-compulsif | | | | | |
| Nelson, Early, et Haller (1993) | Visual attention in obsessive-compulsive disorder | Entrevue non structurée TOC (n=15) Témoin (n=15) | Comparer la performance neuropsychologique TOC vs non-TOC | BDI Posner Task Spatial-linguistic conflict task | Dysfonctions exécutives chez les personnes TOC Déficit inhibition Lenteur des réponses |

Tableau 2
Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC (suite)

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| Trouble obsessionnel-compulsif | | | | | |
| (Schmidtke et al., 1998) | Cognitive Frontal Lobe Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder | Entrevue structurée TOC (n=29) Témoin (n=58) | Performance cognitive du lobe frontal dans le TOC | Y-BOCS Hamilton Depression Scale (HDS) Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R) Fluency Tests Digit Connection Test Trail Making Test Choice Reaction Test Stroop Concept Formation Tower of Hanoi Weight Sorting | Les difficultés ne sont pas reliées à la sévérité des symptômes du TOC. |
| Abbruzzese et al. (1995) | Wisconsin Card Sorting Test performance in obsessive-compulsive disorder: no evidence for involvement of dorsolateral prefrontal cortex | Entrevue structurée TOC avec médication (n=33) TOC sans médication (n=14) Témoin (n=33) | Performance au WCST des TOC | Y-BOCS WAIS-III WCST | Pas de différences TOC et contrôle |

Tableau 2
Tableau synthèse des études neuropsychologiques de l'accumulation compulsive et du TOC (suite)

| Référence | Titre | Type de sélection, grandeur, type de l'échantillon | But de l'étude | Mesures utilisées | Principaux résultats |
|--|---|--|--|--|---|
| Trouble obsessionnel-compulsif | | | | | |
| (Savage et al., 2000) | Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. | Entrevue structurée TOC (n=33) Témoin (n=30) | Étudier la mémoire verbale et non-verbale chez les TOC | SCID Y-BOCS Figure de Rey CVLT-II | Déficits sur le plan des stratégies organisationnelles |
| Lawrence, Wooderson, Mataix-Cols, David, Speckens & Phillips, 2006 | Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in Obsessive-Compulsive disorder | Entrevue structurée TOC (n=39) Témoin (n=40) | Étudier la relation entre la spécificité des symptômes de TOC et les fonctions neuropsychologiques | Y-BOCS SI-R BDI STAI IGT | Déficits sur le plan de la prise de décision chez les accumulateurs. Habilités d'alternance plus faibles chez les TOC que les contrôles. |

Comparaison et tableau récapitulatif

En somme, au plan neuropsychologique, des différences majeures font état de la pertinence de ne pas considérer l'accumulation compulsive comme étant un sous-type du TOC. Tout d'abord, lors de la comparaison des fonctions exécutives atteintes, la différence dans la manière d'intervenir devient évidente. C'est d'ailleurs dans ce domaine cognitif que les différences sont les plus marquées et viennent davantage influencer l'ensemble du tableau clinique présenté. En effet, alors que dans le TOC, la prise de décision et l'inhibition de la réponse sont souvent affectées, il s'agit plutôt de la résolution de problème, de l'organisation, de la catégorisation et de la planification qui sont les fonctions exécutives qui se trouvent atteintes dans les cas d'accumulation compulsive. Ce ne sera donc pas les mêmes éléments qui seront à travailler lors de l'intervention. L'étude des autres domaines cognitifs soulève également des différences importantes qui influencent les plans de traitement, comme le manque de stratégies mnésiques, la sensibilité à l'interférence, le ralentissement sur le plan de la vitesse d'exécution. Toutefois, il est de mise de faire preuve de prudence quant à la généralisation des profils neuropsychologiques obtenus, entre autres en raison des connaissances actuelles relativement limitées. Le tableau 3 se veut une comparaison et un résumé des déficits neuropsychologiques présentés chez les personnes souffrant de TOC ou d'accumulation compulsive.

Tableau 3

Récapitulatif des atteintes neuropsychologiques à travers les quatre domaines

| Éléments de comparaison | Trouble obsessionnel-compulsif | Sous-type accumulation compulsive |
|-------------------------|---|---|
| Fonctions exécutives | Prise de décision Inhibition de la réponse | Prise de décision Organisation Planification Résolution de problèmes Catégorisation |
| Mémoire | Manque de stratégies | Rappel différé plus faible Moins bonne utilisation de stratégies mnésiques |
| Attention | Sensibilité à l'interférence Vitesse d'exécution | Attention soutenue Attention non-verbale Plus faible capacité à détecter stimuli-cible |
| Vitesse psychomotrice | Ralentissement | Inconnu |

Conclusion

Répercussions cliniques en évaluation

L'évaluation est une prémisse souvent nécessaire à un traitement efficace. Bien que de plus en plus d'études travaillent sur le sujet, des recherches supplémentaires sont à ce jour nécessaires afin de clarifier et de préciser davantage les particularités du profil neuropsychologique des personnes souffrant d'accumulation compulsive. En dressant un profil neuropsychologique de plus en plus clair et efficace de l'accumulation compulsive, l'évaluation par les neuropsychologues cliniques s'en trouvera facilitée, guidée par la recherche faite sur le sujet. Ainsi, le profil spécifique de chaque patient guide le clinicien dans l'intervention qui suivra son évaluation. La distinction entre l'accumulation compulsive et le TOC a toutefois été clarifiée dans le présent travail et pourra grandement nourrir le débat.

Répercussions cliniques en intervention

L'intervention cognitivo-comportementale est reconnue comme étant la plus efficace auprès de la clientèle des accumulateurs compulsifs. Toutefois, elle se doit, encore aujourd'hui, de s'adapter aux nouvelles données de recherche. En considérant les résultats qui mettent en lumière les déficits neuropsychologiques soulevés en recherche, l'intervention pourrait devenir plus efficace et ciblée.

Puisque l'accumulation compulsive est reconnue comme étant difficile à traiter, autant au niveau pharmaceutique que psychothérapeutique, la compréhension de ce trouble se doit d'être approfondie. L'établissement du profil neuropsychologique du trouble peut justement faire avancer notre compréhension du phénomène. L'efficacité des traitements pharmaceutiques et psychologiques en dépend. Une plus grande considération apportée à l'importance des problèmes neuropsychologiques associés à l'accumulation compulsive pourrait faciliter l'amélioration de l'efficacité des traitements.

Les différences entre les deux profils cliniques comparés font ressortir l'importance de considérer l'accumulation compulsive comme une entité à part entière. L'observation et la considération de ses différences pourraient guider les interventions thérapeutiques et offrir des pistes d'intervention davantage adaptées aux particularités du tableau clinique de l'accumulation compulsive.

De plus, en tenant compte des déficits neuropsychologiques, la pharmacothérapie pourrait être adaptée. Par exemple, une médication psychostimulante pourrait s'avérer une avenue intéressante considérant les difficultés au niveau attentionnel présentées par les personnes souffrant d'accumulation compulsive.

La considération de l'accumulation compulsive comme étant une entité à part entière et non un sous-type du TOC dans le cadre du DSM-V aurait de nombreux avantages au niveau clinique. Bien que l'accumulation compulsive ait une forte

prévalence, elle est peu connue et sous-traitée. Le fait de créer un trouble distinct du TOC, point de vue défendu dans le présent travail, pourrait augmenter la vigilance des professionnels envers ce trouble, améliorer l'identification des personnes en souffrant, la précision du diagnostic et l'adaptation du traitement. Le développement d'interventions psychologiques spécifiques pour l'accumulation compulsive est en plein essor. En réduisant les ambiguïtés présentes dans le DSM-IV, la communication entre professionnels s'en trouverait améliorée.

Références

- Abbruzzese, M., Bellodi, L., Ferri, S., & Scarone, S. (1995). Frontal lobe dysfunction in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: A neuropsychological study. *Brain and Cognition*, 27(2), 202-212. doi: 10.1006/brcg.1995.1017
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29(2), 339-355. doi: 10.1016/s0005-7894(98)80012-9
- Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. [Le traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif.]. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(7), 407-416.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Cahill, S. P. (2003). Approaches to common obstacles in the exposure-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 14-22. doi: 10.1016/s1077-7229(03)80004-4
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1049-1057. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.1049
- Abramowitz, J. S., & Schwartz, S. A. (2003). Treatments for obsessive-compulsive disorder: Deciding what method for whom. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 261-273. doi: 10.1093/brief-treatment/mhg019
- Anderson, S. W., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2005). A neural basis for collecting behaviour in humans. *Brain: A Journal of Neurology*, 128(1), 201-212. doi: 10.1093/brain/awh329
- Baxter, L. R. (1992). Neuroimaging studies of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 871-884.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3), 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3
- Bédard, M.-J., Joyal, C. C., Godbout, L., & Chantal, S. (2009). Executive functions and the obsessive-compulsive disorder: On the importance of subclinical symptoms

- and other concomitant factors. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 24(6), 585-598. doi: 10.1093/arclin/acp052
- Bérubé, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Montréal: Les éditions de la Chenelière.
- Boyd, A. M., & Alexander, J. (2010). Diogenes' syndrome and intellectual disability: An uncommon association or under diagnosed? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 488-489. doi: 10.3109/00048671003606102
- Chalout, L. (Éd.). (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: Théorie et pratique*. Montréal, Qc: Les éditions de la chenelière inc.
- Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2005). The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(3), 399-419. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.11.006
- Clark, A., Mankikar, G., & Gray, I. (1975). Diogenes Syndrome: A clinical study of gross neglect in old age. *The Lancet*, 366-368.
- Conners, C. K., & MHS Staff. (2000). *Conners' continuous performance test (CPT II) computer program for Windows technical guide and software manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Healt Systems Inc.
- Cooney, C., & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-283. doi: 10.1177/002076409504100405
- Delis, D. C. (2000). *CVLT-II, California verbal learning test : adult version : manual*. San Antonio, Tex. : Psychological Corporation
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2004). Pharmacotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1195-1202. doi: 10.1002/jclp.20083
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2002). *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Flor-Henry, P. (1990). Neuropsychology and psychopathology: A progress report. *Neuropsychology Review*, 1(2), 103-123. doi: 10.1007/bf01108713
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(1), 90-96.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). Beyond the efficacy ceiling? Cognitive behavior therapy in search of theory. *Behavior Therapy, 28*(4), 601-611. doi: 10.1016/s0005-7894(97)80019-6
- Frost, R. O., Krause, M. S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification, 20*(1), 116-132. doi: 10.1177/01454455960201006
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L. F., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: A comparison with clinical and nonclinical controls. *Behaviour Research and Therapy, 38*(11), 1071-1081. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00137-0
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., & Oh, M. (2011). Indecisiveness and hoarding. *International Journal of Cognitive Therapy, 4*(3), 253-262. doi: 10.1521/ijct.2011.4.3.253
- Gilliam, C. M., Diefenbach, G. J., Whiting, S. E., & Tolin, D. F. (2010). Stepped care for obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*(11), 1144-1149. doi: 10.1016/j.brat.2010.07.010
- Goodman, W., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., & Charney, D. (1991). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Verhaltenstherapie, 1*(3), 226-233. doi: 10.1159/000257973
- Greisberg, S., & McKay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and treatment implications. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 95-117. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00232-5
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., Kobak, K. A., & Katzelnick, D. J. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 52*(1), 53-60. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950130053006
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Savage, C. R., Steketee, G., & Barlow, D. H. (2007). Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*(7), 1471-1483. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.008
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H.-J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(5), 675-686. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.07.004
- Grisham, J. R., Norberg, M. M., Williams, A. D., Certoma, S. P., & Kadib, R. (2010). Categorization and cognitive deficits in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 866-872. doi: 10.1016/j.brat.2010.05.011

- Hartl, T. L., & Frost, R. O. (1999). Cognitive-behavioral treatment of compulsive hoarding: A multiple baseline experimental case study. *Behaviour Research and Therapy*, 37(5), 451-461. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00130-2
- Hartl, T. L., Frost, R. O., Allen, G. J., Deckersbach, T., Steketee, G., Duffany, S. R., & Savage, C. R. (2004). Actual and perceived memory deficits in individuals with compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*, 20(2), 59-69. doi: 10.1002/da.20010
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *The British Journal of Psychiatry*, 173(Suppl 35), 7-12.
- Hollander, E., Friedberg, J. P., Wasserman, S., Yeh, C.-C., & Iyengar, R. (Éds.). (2005). *The Case for the OCD Spectrum*. New York: Springer Science + Business Media.
- Hollander, E., Kim, S., Braun, A., Simeon, D., & Zohar, J. (2009). Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry Research*, 170(1), 3-6. doi: 10.1016/j.psychres.2008.07.015
- Hurley, R. A., Saxena, S., Rauch, S. L., Hoehn-Saric, R., & Taber, K. H. (Éds.). (2008). *Predicting treatment response in obsessive-compulsive disorder*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (8th ed)*. Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- King, R. A., Leckman, J. F., Scahill, L., & Cohen, D. J. (Éds.). (1999). *Obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression*. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185-236. doi: 10.1016/j.biopsycho.2003.07.007
- Lawrence, N. S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20(4), 409-419. doi: 10.1037/0894-4105.20.4.409
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., . . . Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(6), 507-527. doi: 10.1002/da.20669
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: A study of an

- Italian sample. *European Psychiatry*, 17(7), 407-410. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00697-1
- Marchand, S. P., & McEnany, G. (2012). Hoarding's place in the DSM-5: Another symptom, or a newly listed disorder? *Mental Health Nursing*, 33(9), 591-597.
- Mataix-Cols, D., Frost, R. O., Pertusa, A., Clark, L. A., Saxena, S., Leckman, J. F., . . . Wilhelm, S. (2010). Hoarding disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 556-572. doi: 10.1002/da.20693
- Mataix-Cols, D., Junqué, C., Sánchez-Turet, M., Vallejo, J., Verger, K., & Barrios, M. (1999). Neuropsychological functioning in a subclinical obsessive-compulsive sample. *Biological Psychiatry*, 45(7), 898-904. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00260-1
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(5), 255-262. doi: 10.1159/000064812
- Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2004). Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 564-576. doi: 10.1001/archpsyc.61.6.564
- Meyers, J. E. M. K. R. (1995). *Rey complex figure test and recognition trial : professional manual*. Lutz, Flor.: Psychological assessment resources.
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jacobsen, D., Fricke, S., Böthern, A., & Hand, I. (2001). Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 653-657. doi: 10.1037/0021-843x.110.4.653
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jahn, H., Hand, I., Haasen, C., & Krausz, M. (2002). Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(5), 477-483. doi: 10.1016/s0887-6177(01)00130-5
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 475-484. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.012
- Nelson, E., Early, T. S., & Haller, J. W. (1993). Visual attention in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 49(2), 183-196. doi: 10.1016/0165-1781(93)90104-o

- Norman, D. A., & Shallice, T. (1980). Attention to action: Willed and automatic control of behaviour. *Center for human processing technical report, 99*.
- Pélissier, M.-C., & O'Connor, K. P. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 15-27. doi: 10.1348/014466502163769
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*(2, Suppl), 10-13.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(3), 249-256. doi: 10.1016/0887-6185(95)00006-a
- Robinson, D., Wu, H., Munne, R. A., & Ashtari, M. (1995). Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 52*(5), 393-398. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950170067009
- Rolls, E. T. (2004). The functions of the orbitofrontal cortex. *Brain and Cognition, 55*, 11-29.
- Rosenthal, M., Stelian, J., Wagner, J., & Berkman, P. (1999). Diogenes syndrome and hoarding in the elderly: Case reports. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 36*(1), 29-34.
- Savage, C. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T., & Jenike, M. A. (2000). Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology, 14*(1), 141-151. doi: 10.1037/0894-4105.14.1.141
- Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L., Alborzian, S., Ho, M. K., Maidment, K. M., . . . Baxter, L. R., Jr. (2001). Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biological Psychiatry, 50*(3), 159-170. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01123-4
- Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L., Zohrabi, N., Maidment, K. M., & Baxter, L. R., Jr. (2003). Differential brain metabolic predictors of response to paroxetine in obsessive-compulsive disorder versus major depression. *The American Journal of Psychiatry, 160*(3), 522-532. doi: 10.1176/appi.ajp.160.3.522
- Saxena, S., & Maidment, K. M. (2004). Treatment of compulsive hoarding. *Journal of Clinical Psychology, 60*(11), 1143-1154. doi: 10.1002/jclp.20079
- Schmidtke, K., Schorb, A., Winkelmann, G., & Hohagen, F. (1998). Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 43*(9), 666-673. doi: 10.1016/s0006-3223(97)00355-7

- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review, 23*(7), 905-927. doi: 10.1016/j.cpr.2003.08.002
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research, 27*(4), 463-479. doi: 10.1023/a:1025428631552
- Tiffin, J., & Asher, E. J. (1948). The Purdue Pegboard : norms and studies of reliability and validity. *Journal of Applied Psychology, 32*, 234-247.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 505-517. doi: 10.1023/a:1016559117950
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 40*(11), 1255-1274. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00095-x
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research, 178*(1), 147-152. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.001
- Tolin, D. F., Villavicencio, A., Umbach, A., & Kurtz, M. M. (2011). Neuropsychological functioning in hoarding disorder. *Psychiatry Research, 189*(3), 413-418. doi: 10.1016/j.psychres.2011.06.022
- Wincze, J. P., Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*(1), 63-72. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.012