

LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (TOC)

G. HOUGARDY (1)

RÉSUMÉ : Les troubles obsessionnels compulsifs ("TOCs") connaissent actuellement une grande vogue, tant diagnostique que médiatique, dont il est intéressant de noter qu'elle est contemporaine de l'avènement des SSRI. Un double danger résulte de cet état de fait : d'une part, l'excessive médicalisation de troubles qui, le plus souvent, relèvent d'une approche psychothérapique; d'autre part, la banalisation d'un syndrome qui, au-delà de son apparente unicité, recouvre des réalités psychopathologiques très diverses qu'il importe de reconnaître pour choisir l'approche thérapeutique qui convient.

Cas n°1.— Ce patient, âgé de 35 ans, qui avait déjà consulté pour une obsession portant sur la peur du vieillissement, est aujourd'hui tarabulé par l'idée obsédante de trouver la voiture de ses rêves. Il y consacre tous ses week-ends, tous ses moments libres, épuisant son épouse, et renonçant pour ce faire à tout loisir familial. Il visite tous les garages, épiluche inlassablement les petites annonces, pèse sans fin le pour et le contre du bien-fondé d'un éventuel achat. Il est épuisé par cette préoccupation, qu'il considère comme aussi excessive que ridicule, mais dont il n'arrive pourtant pas à se détacher. Un jour, ayant trouvé la voiture idéale, qui répondait à l'ensemble de ses critères les plus contraignants, il en décline l'achat pour des motifs futiles... et continue sa quête comme si de rien n'était !

Cas n°2.— Une patiente de 45 ans, de structure plutôt hystérique, découvre que sa fille, qui lui pose de graves problèmes depuis l'adolescence, s'est engagée dans une voie franchement marginale, actes délictueux à l'appui. Elle consulte pour des rituels compulsifs de lavage harassants, qui se trouvent à leur paroxysme après chaque visite rendue à sa fille. Elle entoure celle-ci de tout son amour, la protège de façon inconditionnelle, ne lui reconnaît aucun véritable tort, et invoque, pour ses actes les plus injustifiables, des circonstances atténuantes farfelues...

Cas n°3.— Un jeune garçon de 25 ans voit son discours continuellement interrompu par des idées obsédantes qui le conduisent à compter sur ses doigts jusque 4 (?) dès qu'il évoque un quelconque sujet. Le caractère compulsif de ce rituel est dénoncé par le patient comme ridicule, mais totalement incoercible. Il vient d'abandonner ses études universitaires, desquelles il décrochait par ailleurs totalement, se disant incapable d'en-

OBSESSIONAL COMPULSION DISORDERS

SUMMARY : Nowadays OCD are, from a diagnostic as well as mediatic viewpoint, a very trendy phenomenon; it is also interesting to note that it occurred together with the coming out of the SSRI. A danger however results of this state of things : on the one hand, the excessive medicalisation of troubles that mostly depend on a psychotherapeutic approach; on the other hand, the standardizing of a syndrome that, beyond its apparent unicity, encompasses very different psychopathologic entities, which have to be sorted out first, before choosing the most suitable therapeutic approach.

KEYWORDS : *Obsessional Compulsion Disorders - Neurosis - Psychotherapy*

core comprendre la moindre matière, et rencontrant de grandes difficultés d'intégration. Il décrit sa difficulté à saisir le sens de bandes dessinées pour enfants avec une étonnante absence d'anxiété, voire une jovialité particulièrement mal à propos.

Cas n°4.— Un patient d'une vingtaine d'années développe, depuis un an ou deux, avec pour point de départ une nosophobie portant sur le SIDA, des rituels de lavages et de vérifications qui lui prennent toutes ses journées, et l'accablent, lui-même autant que sa famille, désespérée. La moindre tache suspecte (réelle ou imaginaire) décelée sur un drap, une nappe, une couverture, dans un cahier ou sur un livre, déclenche une angoisse d'un niveau difficilement imaginable. Il lui arrive de faire des lessives durant des nuits entières. Sa vie sociale se limite de plus en plus, sa petite amie le quitte, son année scolaire est en danger. Un des points saillants de son histoire, à propos duquel il est étonnamment discret, est constitué par le décès de sa petite sœur, lorsque il était âgé d'une douzaine d'années. Le père avait quitté le domicile conjugal lorsque le patient avait 8 ans.

Cas n°5.— Une patiente d'une trentaine d'années est incapable de s'occuper de sa petite fille, qui commence à marcher : depuis peu avant sa naissance, il lui est impossible de toucher un quelconque objet qui aurait pu toucher le sol (y compris sa fille !). Qu'une feuille de papier lui échappe des mains et tombe à terre, quelle que soit son importance, elle doit aussitôt être détruite. La patiente doit se décharger sur son mari de tout ce qui concerne sa petite fille. Lorsque l'enfant lui rend visite à l'hôpital, il lui est interdit de quitter les bras de son père, sous peine de déclencher des crises d'angoisse où dominant les thèmes les plus agressifs, pouvant culminer en de véritables états de dépersonnali-

(1) Chargé de cours Ulg, Chef de Service associé, Service de Psychologie médicale (Pr. M. Ansseau).

sation. Une sismothérapie se révélera indispensable, devant l'inefficacité des anxiolytiques et des neuroleptiques les plus puissants.

Cas n°6.— Un patient de 50 ans, porteur depuis de nombreuses années d'une névrose obsessionnelle dont il n'a jamais osé parler à personne, tant il en est honteux, se voit contraint de consulter suite à une aggravation spectaculaire de ses troubles, qui engendre un affaissement thymique proche du ralentissement. Malgré une psychodynamique très riche, il est impossible de le soulager en psychothérapie. Il réagit de façon très positive à l'administration d'Anafranil® (250 mg/jour), qui lui permet de voir sa qualité de vie "améliorée de 90 %". Malgré la sédation obtenue par la médication, l'abord psychothérapique des thèmes obsessionnels se révèle impossible, tant les mécanismes de rationalisation sont chronifiés.

* *
*

Les troubles obsessionnels compulsifs sont décrits, comme tels, depuis plus d'un siècle. Ils ont acquis depuis peu une grande notoriété médiatique, qui ne va d'ailleurs pas toujours sans poser problème; ces derniers temps, que ce soit dans la presse écrite, radiophonique ou télévisée, ont été multipliées les descriptions de "TOCs" en tous genres.

Dans la suite du stress (en particulier du stress post-traumatique), du "burn-out", du syndrome de fatigue chronique,... qui constituent aujourd'hui des diagnostics psychiatriques exhibés (avec une curieuse fierté...) par ceux qui en sont porteurs, les "TOCs", de honteux qu'ils étaient encore il y a quelques décennies - "avoués" par les patients avec une difficulté extrême, souvent après plusieurs entretiens - sont aujourd'hui évoqués avec la plus grande aisance, dès la première rencontre, dans les anamnèses les plus diverses. Cette explosion des "TOCs" dans la vie et la clinique quotidiennes peut être rattachée à un certain nombre de facteurs, dépendant les uns des autres et contribuant, dans un double mouvement paradoxal, à une banalisation du syndrome en même temps qu'à sa *médicalisation*. Examinons quelques-uns de ces facteurs.

L'utilisation quasi généralisée du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dans la pratique psychiatrique est à l'origine de la *disparition du concept de névrose*, et en particulier, dans le domaine qui nous occupe, du concept de névrose obsessionnelle. La connotation péjorative associée à ce diagnostic (personne ne se vante d'être "névrosé") a donc disparu, et le trouble peut dès

lors se dire avec une beaucoup plus grande facilité.

De surcroît, à l'inverse des traits qui caractérisent la personnalité hystérique (dépendance; attachement infantile aux images parentales; inauthenticité, immaturité, labilité et hyperexpressivité des affects), ceux qui sont associés à l'organisation obsessionnelle sont très valorisés socialement : perfectionnisme, méticulosité, conscience morale, culpabilité, scrupulosité,... sont autant de "qualités" qu'on aime à se voir reconnaître (d'où la fréquence suspecte avec laquelle médecins, psychiatres et psychologues se qualifient eux-mêmes d'obsessionnels...). Même les rituels de lavage, dans un siècle obsédé par la pollution et la contagiosité (cfr le sida), deviennent des "habitudes" plus louables que des symptômes parasites...

Dans la foulée, la perte d'intérêt touchant les courants psychanalytique et psychodynamique en tant que modèles explicatifs des troubles mentaux au bénéfice du courant cognitivo-comportemental, dont la principale caractéristique est de *rationaliser l'affectif* par le biais du concept de distorsion cognitive, va dans le même sens facilitateur.

D'autre part, le DSM décrit les syndromes psychiatriques comme l'addition d'un certain nombre d'items comportementaux (on a d'ailleurs pu dire qu'il participait lui-même, dans cette démarche, d'une logique authentiquement obsessionnelle...). Il renonce au langage souvent ésotérique des manuels classiques de psychiatrie, et comme il se veut de surcroît "athéorique", il rend infiniment plus aisée la vulgarisation de la pathologie mentale, et, partant, sa médiatisation à l'intention d'un public de plus en plus avide d'informations médicales.

Enfin, classiquement, les troubles obsessionnels constituent une indication des antidépresseurs. Le déferlement des SSRI — qui se caractérisent par une activité antidépressive sans doute moindre que celle des tricycliques (dont l'efficacité continue d'en faire les médicaments de référence), mais aussi par une facilité d'utilisation et une innocuité qui en ont (hélas !) largement banalisé l'emploi — y a rapidement trouvé une cible de choix. Il existe actuellement un courant engageant à les prescrire chez les adolescents, dont on sait que, dans le cadre de la structuration de leur personnalité, ils recourent souvent à des mécanismes défensifs de nature obsessionnelle... On imagine aisément la dérive dramatique dans laquelle on s'engagerait si l'on suivait ces recommandations, en psychiatisant la population dès le plus jeune âge; et ce, alors

même que l'on feint, avec une rare hypocrisie, de déplorer la surconsommation de médicaments psychotropes, en particulier dans notre pays...

* *
*

Tous les patients que nous avons évoqués en commençant souffrent indiscutablement d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'est guère difficile pour le médecin d'en poser le diagnostic, puisque le patient qui vient le consulter le lui livre en même temps que son symptôme ! Mais la simple description de ces cas indique à quel point se contenter d'un tel diagnostic est totalement insuffisant.

En fait, une fois posée la réalité de l'existence du "TOC", commence pour le praticien le véritable travail, qui consiste à apporter un *éclairage nouveau* au patient qui ne sait que trop bien de quoi il souffre : il s'agit de comprendre *ce qui* a conduit ce patient à développer un "TOC" plutôt qu'une autre affection psychiatrique, *pourquoi* ce "TOC" spécifique a été "choisi" par lui, parmi cent autres possibles, *quelle place* enfin occupe ce symptôme dans son économie générale.

Non plus envisagées du seul point de vue de la séméiologie, mais par rapport à leur rôle dans l'économie psychique du sujet, ces différentes manifestations obsessionnelles, au-delà de leur apparente similitude, révèlent l'existence des pathologies les plus diverses, qui devront faire l'objet d'une prise en charge *spécifique*, loin de se limiter (comme on le laisse trop souvent entendre) à la prescription systématique d'anti-dépresseurs, éventuellement assortie d'une psychothérapie cognitivo-comportementale. Si l'on veut dépasser le stade du simple traitement symptomatique, l'attention doit se porter non sur le "TOC" lui-même, mais sur le "TOC" considéré dans l'ensemble de la personnalité.

* *
*

Ainsi, dans le cas n° 1, la symptomatologie était sous-tendue par une angoisse de mort dont l'élucidation a permis, en quelques entretiens et sans aucune médication, la disparition de toute symptomatologie (et l'achat de la voiture tant convoitée !). Si une procrastination stérile empêchait le patient de passer à l'acte, c'est que l'achat de cette voiture représentait pour lui le dernier souhait de sa vie, après le mariage, les enfants et la maison : il était terrifié à l'idée de n'avoir plus rien à espérer - ce qui lui évoquait irrésistiblement la mort...

Dans le cas n° 2, la recompensation a été obtenue, en quelques entretiens et sans aucune médication, dès que la patiente a pu exprimer la honte, et surtout la rage, qu'engendrait chez elle le comportement inacceptable de sa fille, sentiments qu'elle *s'interdisait d'éprouver*, parce qu'elle les considérait comme indignes d'une "bonne mère" : le rituel n'était ici qu'un mécanisme de défense limité, mis en place face à une situation ponctuelle intolérable.

Dans le cas n°3, la symptomatologie obsessionnelle n'était ni réactionnelle, ni névrotique, mais constituait le dernier et fragile rempart contre une *déstructuration psychotique* que le patient ne parvenait plus à endiguer : elle disparut pour laisser place, malgré une grande cure neuroleptique, à une dissociation authentiquement schizophrénique, avec symptomatologie positive (délire et hallucinations), et surtout négative, tragiquement déficitaire.

Le cas n° 4 était une *névrose obsessionnelle pure*, s'exprimant de la manière la plus classique sous la forme de l'effacement d'une faute œdipienne (les désirs de mort à l'endroit de la petite sœur malade, qui lui dérobait l'amour de la mère qu'au départ du père, le petit garçon avait espéré avoir rien que pour lui). L'angoisse, les rituels et les idées obsédantes disparurent complètement au cours d'une psychothérapie d'orientation psychodynamique intensive.

Dans le cas n° 5, il s'agissait d'une *pathologie dépressive-limite* gravissime, particulièrement résistante aux traitements classiques, dont aucun ne parvenait à circonscrire une anxiété et une dépressivité impressionnantes, parsemées de traits sadiques et pervers, ni surtout à combler un vide narcissique qui menait la patiente aux confins de la psychose.

Dans le cas n° 6, enfin, la chronification des troubles et l'émergence d'*affects dépressifs accompagnés de ralentissement* imposèrent l'administration d'un antidépresseur puissant qui permit une amélioration symptomatique remarquable, sans aucun effet toutefois sur la structure de la personnalité.

* *
*

Il s'agit donc, dans chaque cas, de s'interroger sur *le sens* qui sous-tend le comportement (le symptôme) pour le sujet considéré. Le concept de distorsion cognitive ne peut pas constituer une explication suffisante en soi : sans doute, il permet d'expliquer *le comment* de la genèse du trouble et de son auto-entretien; reste à se pencher sur *le pourquoi* de cette distorsion - et c'est

là que la perspective psychodynamique, parmi d'autres, conserve tout son intérêt.

Par son choix méthodologique, qui élude la question de la motivation, le DSM – excellent manuel de psychiatrie au demeurant – risque, si l'on n'y prend garde, d'appauvrir la clinique. En outre, alors qu'il vise d'abord à la constitution de groupes homogènes, dans la perspective de la recherche autant que dans celle d'une meilleure communication entre praticiens, il n'aboutit qu'à *dépersonnaliser* les symptomatologies qu'il vide de leur sens : de ce fait, il rate son but, puisqu'il met "dans le même sac" des patients qui, en-deçà de leur symptôme, n'ont en réalité rien de commun.

Nous savons bien aujourd'hui qu'un symptôme de conversion ne signe pas, loin s'en faut, une organisation hystérique; qu'une phobie peut dissimuler les psychopathologies les plus variées; que le diagnostic de dépression peut recouvrir les réalités cliniques les plus diverses... Méfions-nous donc aussi des troubles obsessionnels compulsifs, qui, bien souvent, ne livrent leur secret qu'après une minutieuse investigation !

LECTURES CONSEILLÉES

- Cottraux J.— *Obsessions et compulsions*. PUF Nodules, Paris, 1989.
- Cohen de Lara A et al.— *La névrose obsessionnelle*. Aunod, Paris, 2000.
- Chabert C et al.— *Névroses et fonctionnements limites*. Aunod, Paris, 1999.
- Samuel-Lajeunesse.— *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. Aunod, Paris, 1998.
- Rapoport J.— *Le garçon qui n'arrêtait pas de se laver*. Ed Od. Jacob, Paris, 1991 (1989).

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. G. Hougardy, Service de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.