

LA RÉPONSE DU PSY



Collection dirigée par le Pr. Raymund Schwan

Savoir pour guérir

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Lionel DANTIN



Les TOC sont-ils une forme de folie ?

L'usage du terme «folie» pour nommer «la maladie mentale», revient au célèbre psychiatre français Pinel. À la fin du XVIII^e siècle, il participe d'un mouvement dénommé «aliéniste» qui considère les troubles mentaux comme des maladies à support organique et non pas comme des moments expérientiels et existentiels hors du commun. La recherche d'une cause organique par la mise en évidence de lésions cérébrales physiquement identifiables – qui s'avéra peu concluante à l'époque – conduisit les psychiatres à qualifier de «folie circulaire» ce qu'on qualifie aujourd'hui de «troubles bipolaires» et de «maladie du doute» (Falret) ou «folie du doute» (Legrand du Saulle) les «troubles obsessionnels compulsifs».

À la même période, son éminent confrère Esquirol envisage la prise en charge de la folie dans des structures de type asilaire, car selon lui l'isolement des malades était favorable à l'observation, au diagnostic et à la mise au point de traitements idoines. Les idées d'aliénation de la raison, de perte de raison ou «d'échappement» à son contrôle colorent fortement le terme «folie», surtout si on se réfère aux convictions délirantes ou aux phénomènes hallucinatoires rencontrés dans certaines psychoses. Le fou parce qu'aliéné était alors mis au ban de la société.

Puis à défaut que l'on ait pu déterminer de manière indiscutable des causes organiques à l'origine des troubles mentaux, le terme de «folie» fut progressivement délaissé du champ médical.

Avec l'essor de la psychanalyse au début du xx^e siècle puis de l'antipsychiatrie, il reprit une acception plus vaste, littéraire, philosophique et universaliste d'expérience psychophysiologique extrême de la condition humaine. Il devint la résultante de la soumission de l'individu à des exigences et contradictions fondamentales, aussi bien internes que sociétales.

De nos jours, une personne est qualifiée de «folle» quand son comportement et sa pensée semblent donc échapper à son entendement. La perte supposée de contrôle génère une imprévisibilité, souvent assimilée à une dangerosité potentielle. Même si l'on peut observer des moments d'agressivité ou de colère lorsque les rituels sont contrariés, les personnes souffrant de TOC connaissent une évolution relativement prévisible. Les pensées, émotions et comportements y sont soumis à un contrôle excessif, caractéristique de ce trouble.

L'individu qui souffre de TOC, tout en pouvant se perdre parfois dans des scénarios obsédants très imaginatifs, ne perd cependant pas contact généralement avec l'expérience commune. Même s'il ne trouve pas obligatoirement absurdes ses pensées obsédantes et ses rituels, il conserve le plus souvent le sens de la réalité.

Le TOC ou les TOC ?

Il faut savoir que sous la dénomination «TOC» sont regroupées des variantes syndromiques (ensembles de symptômes) relativement disparates. En effet, quoi de commun entre une *obsession d'agressivité* et un *syndrome obsessionnel lent*? Entre des *obsessions de contamination* et un *TOC avec perfectionnisme et compulsions de symétrie*?

Toutes ces entités nosographiques (qui relèvent des systèmes de classification des maladies) sont regroupées jusqu'à présent dans les classifications internationales sous la bannière commune des *Troubles Obsessionnels*.

À partir des mêmes bases cliniques, après intégration des dernières données de la recherche en neurobiologie et en neuro-radiologie, les TOC ont acquis un statut autonome vis-à-vis des autres troubles anxieux (troubles qui se caractérisent par une inquiétude et une anxiété excessive et non contrôlable) comme peuvent l'être – le «trouble panique» ou le «trouble anxieux généralisé».

De même sont individualisés, en tant que troubles apparentés aux TOC, le *trouble d'accumulation compulsive* (le fait d'amasser des objets en quantités excessives), la *dysmorphophobie* (trouble qui consiste à porter une attention exagérée et douloureuse à son corps), le *trouble hypocondriaque* (*écoute obsessionnelle de son corps et de sa santé*), la *trichotillomanie* (*besoin incontrôlable de s'arracher les cheveux*), le *trouble d'excoriation* (grattages impulsifs de gratter certaines parties de son corps) ainsi que les *tics*

chroniques dont le *syndrome de Gilles de La Tourette* (présence de nombreux tics moteurs et vocaux qui peuvent apparaître dès l'enfance).

Cette nouvelle classification (qui apparaît avec le DSM-5, le Diagnostic and Statistical Manual, système de classification de la Société américaine de Psychiatrie qui fait référence chez les spécialistes au niveau mondial) témoigne surtout de l'hétérogénéité de nombre de pathologies psychiatriques avec comportements compulsifs (nous n'évoquerons pas la proximité de logique de contrôle avec les troubles du comportement alimentaire).

Selon que ces derniers sont précédés ou non de pensées obsédantes, ils intègrent ou non la catégorie des TOC à l'aune des critères américains.

À l'heure actuelle, nonobstant les avancées scientifiques, il faut bien reconnaître que les TOC, à l'instar d'autres troubles psychiques, sont bien loin d'avoir révélé tous leurs secrets.

Et dans le quotidien, à l'échelle du suivi en consultation individuelle, ces considérations sont de peu de poids. Ce qui importe, c'est l'efficacité dans la prise en charge, et l'on peut dire qu'il existe à l'heure actuelle des techniques psychothérapeutiques efficaces pour traiter ces troubles a priori très hétérogènes. Le succès des thérapies cognitives et comportementales, tout comme celui des thérapies brèves stratégiques, témoigne du bien-fondé et de la pertinence de ces procédures qui mobilisent en primauté les solutions.

Les TOC, ça vient d'où ?

Hypothèses neuropsychologiques du TOC

Les théories neuropsychologiques consistent à établir des liens entre des troubles comportementaux et des dysfonctionnements cérébraux. Ainsi les capacités mnésiques (de la mémoire), de flexibilité et inhibition attentionnelles, ainsi qu'une focalisation accrue sur les stimuli angoissants ont fait l'objet d'études aussi bien chez les sujets souffrant de TOC que chez des personnes non symptomatiques (sans TOC).

L'hétérogénéité des résultats et la difficulté portant sur la représentativité des échantillons de personnes ne permettent pas de conclure. Cependant la psychologue et docteur en neurosciences Anne-Hélène Clair soutient l'hypothèse que les personnes souffrant de TOC détecteraient de manière excessive des erreurs – que celles-ci aient été réellement commises ou non-activant dès lors de fausses alarmes itératives (à répétition).

Les modèles neuro-biologiques des TOC

Les connexions entre chaque neurone sont autant de zones de raccords comme l'on en retrouve dans les réseaux ferroviaires. La puissance du débit électrique, ses sources d'alimentation et les circuits de distribution varient selon les besoins des différents composants du réseau; qui la circulation des trains, qui l'éclairage du quai, qui l'éclairage des habitations... Les

dysfonctionnements consistent en des pertes de synchronisation entre les heures d'arrivée de certains trains, de départ pour d'autres trains, de perturbation dans les moyens de communication (le téléphone par exemple) qui créent des surcharges de trafic à certaines stations quand d'autres deviennent anormalement libres de circulation. Il en va de même pour les perturbations cérébrales, qui concernent en premier lieu la fonctionnalité des circuits neuronaux et atteignent dans une moindre mesure les structures corticales ou sous-corticales qui les sous-tendent. Dans le TOC, il semble que les perturbations impliquent la boucle qui ramène les informations depuis le cortex (couche la plus superficielle et la plus évoluée) vers des structures profondes dites sous-corticales. Plus précisément les modifications notables d'activité concernent le circuit reliant le cortex préfrontal aux structures sous-corticales que sont les ganglions de la base (appelés également *noyaux gris centraux* ou NGC). De manière schématique, le cortex préfrontal intervient dans la fixation d'objectifs, l'élaboration de projets et la direction d'actions. Il régule le système limbique (siège des émotions) généralement en l'inhibant parfois. Les ganglions de la base interviennent dans la production de mouvements harmonieux par régulation des neurones moteurs, en supprimant les mouvements moteurs non désirés. Des atteintes des ganglions de la base par ailleurs sont observées dans la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington, la dystonie, l'hémiballisme et la maladie de Wilson. Ces maladies ont en commun des troubles de la motricité, qu'ils s'apparentent à des mouvements d'une action répétitive sans fin ou à des mouvements compulsifs. Une hyperactivité de ce circuit est observée dans les TOC, corrélée avec l'intensité des symptômes.

Les travaux les plus actuels, évoqués par le pharmacologue Stahl, envisagent par ailleurs la compulsivité comme persévération de comportements qui ont perdu leur lien avec leur but initial, en raison d'une dysrégulation (dérèglement) dans les circuits neuronaux qui inhibent en principe les réponses motrices inadéquates pour une situation donnée.

Pour être complet, nous citons les découvertes cérébrales d'ordre structurel bien qu'elles soient controversées. Elles mettraient en évidence une augmentation de la substance grise dans les NGC, couplée à une réduction de substance grise dans les cortex frontal et cingulaire antérieurs, avec intégrité de la substance blanche reliant ces régions.

Les relatifs succès dans les TOC des techniques de stimulation cérébrale profonde, initialement appliquées aux personnes souffrant de maladie de Parkinson, la stabilité de la prévalence du trouble dans le monde fait suggérer à certains auteurs l'hypothèse de dysfonctionnements neurobiologiques à l'origine de certains TOC.

Selon les variantes et les sous-types cliniques de TOC, certains auteurs penchent pour une transmission familiale sans que l'on ait de certitude sur le plan génétique. Ainsi, le risque, pour une personne atteinte d'un TOC d'avoir un parent du premier degré atteint de la maladie est multiplié d'un facteur 4 voire 5. Les jumeaux homozygotes (vrais jumeaux) seraient plus à risque que les jumeaux hétérozygotes (faux jumeaux).

Pour autant il existe bon nombre de situations où l'on ne retrouve pas d'antécédents familiaux de TOC. Dans ce cas, les troubles semblent surtout d'origine psychologique, au sens où ils semblent réactionnels à des états de crise (exemple: dans les suites d'AVP (accident de la voie publique), de situations de stress répété ou unique...).

En guise de conclusion, bien que la cause des TOC soit inconnue, il existe vraisemblablement une multitude de facteurs prédisposant qui confère à chacun un élément de risque, essentiellement la vulnérabilité génétique, la biologie, les facteurs neuro-développementaux, les facteurs environnementaux.