

TOC ENTRE LENTEUR ET IMPULSIVITÉ

1/01/2008 - Auteur : Dr Hantouche

TOC, un mélange complexe entre lenteur - compulsivité et impulsivité - instabilité émotionnelle

Extrait d'un article de Hantouche, Koukopoulos et Demonfaucon, Synapse, 2004

L'obsession

Avant Freud, les obsessions étaient confondues avec les phobies, tout comme les compulsions avec les impulsions. Avec le recul, ce n'était pas vraiment une erreur phénoménologique, et Carrier (1895), Pitres et Régis (1902), Fourcade (1911) avait probablement raison en pensant que toute obsession contient le germe d'une impulsion :

"Nous sommes tous exposés à éprouver des émotions violentes, à être poursuivi par des idées fixes, et nous ne faisons pas d'obsessions pour cela. D'ailleurs, pas plus que la phobie, l'obsession ne peut se développer de toutes pièces sous l'influence d'une émotion, si le terrain n'était préparé de longue date. Le malade peut préciser d'une façon très affirmative le jour où son trouble est apparu pour la première fois, mais une anamnèse minutieuse nous apprend toujours qu'il était en réalité obsédé ou phobique depuis longtemps, émotif depuis toujours. Les impulsions sont aussi les conséquences de l'émotivité morbide. Toute obsession contient le germe de l'impulsion, comme une idée renferme l'ébauche du mouvement qu'elle représente."

L'obsession est toujours impulsive à un degré variable, et la réalisation dépend de l'intensité du trouble émotionnel, et surtout du degré du niveau intellectuel de l'individu. La constitution émotive est un terrain physiologiquement prédisposé pour le développement des maladies de l'émotivité, parmi lesquelles nous rangerons en premier lieu les syndromes phobiques et obsessifs et les syndromes maniaques et mélancoliques". D'autre part, cet état constitutionnel s'accompagne toujours de certaines caractéristiques mentales, qui peuvent se résumer dans la triade symptomatique suivante : "hyperémotivité, hyper-affectivité, troubles volontaires par déficit" (Fourcade, 1911) :

Admettre la présence simultanée de deux phénomènes en principe opposés, obsessions et impulsions, c'est déjà évoquer une mixité psychopathologique.

Approche clinique

L'approche clinique du TOC, la dépression et d'autres troubles apparentés, a été surtout enrichie depuis l'arrivée des ISRSs. Cette expérience a conduit l'un de nous (EGH) à élaborer en 1990 une échelle destinée à évaluer une dimension émotionnelle et comportementale susceptible de représenter une cible privilégiée aux ISRSs. La dimension a été ainsi explorée par une échelle désignée sous la dénomination EDC ou échelle de Dyscontrôle Comportemental. (Hantouche et al, 1992).

Les études réalisées entre 1991?1995, ont confirmé que le dyscontrôle, tout comme les crises de colère évoquées et explorées par Fava et al (1993), représente une dimension cible trans-nosologique, commune à la dépression et à d'autres troubles anxieux, qui s'avère être sensible à l'activité clinique d'un des premiers ISRSs, la fluoxétine. Le modèle du dyscontrôle permettait à l'époque de comprendre comment un antidépresseur, développé et présenté comme un "stimulant", pourrait avoir des effets calmants, anti-impulsifs et anti-anxieux sélectifs, en plus (ou au sein) de son effet antidépresseur proprement dit.

Malgré la sélectivité pharmacologique du TOC, on s'est vite rendu compte qu'il s'agissait d'un trouble plus complexe qu'un dérèglement du contrôle des émotions hostiles et impulsives (soit plus qu'un simple déficit en sérotonine en termes psychobiologiques). En plus du mélange paradoxal de lenteur compulsive et d'impulsivité, le TOC comporte d'autres composantes émotionnelles, comme l'hyperémotivité, la sensibilité au rejet, et de manière particulière, une instabilité émotionnelle assez évidente chez bon nombre de patients. Pour nous, cette configuration émotionnelle complexe du TOC était utile pour expliquer la forte récurrence dépressive et le risque élevé de suicide, tous deux associés au TOC (Hantouche et al, 1995). Au-delà de ces constats, cette configuration était déjà suffisante pour nous orienter vers la piste de la bipolarité, même avant l'obtention des résultats de l'enquête "ABC-TOC".

Cas clinique : Impulsions absurdes irrésistibles

On a eu connaissance du cas d'Emmanuel via le l'Aftoc. Il s'agit d'un réceptionniste d'hôtel qui souffre des obsessions suivies d'impulsions irrésistibles et de passages à l'acte divers. Comme il passe à l'acte, cette personne a peur que ces phénomènes s'aggravent à cause des pensées meurtrières qui le hantent actuellement. Il a des pulsions sexuelles irrésistibles. Il peut ainsi prendre le train et faire 800 km pour aller nulle part. D'autres pulsions absurdes, c'est d'acheter des cigarettes alors qu'il ne fume pas et de plus doit voler dans la caisse pour assouvir cet achat inutile. Il signale qu'il lutte contre ses pulsions au point d'être totalement épuisé. Pour éviter ces comportements, il doit donc prendre plusieurs arrêts de travail et se cloître chez lui ; s'il sort, il ne prend plus ni carte de crédit, ni chéquier, ni argent Parfois, il s'adonne à des exercices physiques intenses afin de s'affaiblir. Les gens qui ne connaissent pas le fond du problème de E. le qualifient de paresseux, fainéant.

En bref, ce sont des obsessions impulsives à thématique sexuelle, agressive et de consommation. Dans ses antécédents, E. a déjà fait une grosse dépression en 92-93 ; sa mère est également dépressive. Actuellement, E. se sent plus gai, trop gai voire trop positif selon ses propos depuis qu'il était traité avec des antidépresseurs. La demande de consultation est urgente d'autant qu'il a déjà vu pas mal de psychiatres qui n'ont pas su identifier la nature exacte du trouble.

Dépression récurrente et virages thymiques sous l'effet des antidépresseurs sont des éléments hautement évocateurs de bipolarité. Dans ce cas précis, le risque de passage de l'acte est important, d'où l'urgence de traiter et de corriger les médicaments prescrits jusqu'à présent.

Impulsivité et TOC

En suivant des patients obsessionnels dans des études systématiques (Hantouche et al, 1997), on a constaté que le niveau d'impulsivité et de colère diminuait globalement et de manière progressive sous l'effet des ISRSs. Cependant, l'impulsivité extériorisée, fréquemment observée dans le TOC, ne paraît pas être de nature homogène. Selon Jean Cottraux, "l'impulsivité perçue" est au coeur du TOC. Les sujets obsessionnels culpabilisent en percevant de manière excessive leur impulsivité, même pour la moindre possibilité de perte de contrôle. De là vont se développer les compulsions et les obsessions pour faire barrage à cette impulsivité. Dans ce modèle, l'auteur signale qu'en amont de "l'impulsivité perçue", il existe des facteurs de vulnérabilité biologique et d'apprentissage, mais, curieusement aucune mention n'est faite sur d'autres facteurs, aussi fondamentaux, comme l'instabilité émotionnelle et l'hypersensibilité, deux ingrédients majeurs de la cyclothymie.

L'étude ABC-TOC ainsi que celles de Pise, conduites par G. Perugi et al (1997, 2002) et de Zurich (Angst, 1998), ont, dans leur ensemble, clairement montré une nette prédominance des obsessions à thématique agressive et impulsive dans le groupe du TOC bipolaire. Dans ces cas, il n'existe pas de véritables compulsions, mais une lutte compulsive pour ne pas passer à l'acte, dont le stade ultime est l'inhibition extrême de l'action, comme dans le cas d'Emmanuel présenté ci-dessus. L'étude "ABC-TOC" a, par ailleurs, révélé des liens significatifs entre le risque suicidaire, les crises de colère et les traits cyclothymiques (Hantouche et al, 2002a). Ceux-ci étaient prédictifs des cas d'aggravation du TOC et de virages thymiques (des conduites agressives et bizarres, une insomnie rebelle, un délire, voire des idées d'homicide) sous l'effet des antidépresseurs.

Selon la théorie des troubles de l'humeur, il n'est pas étonnant d'assister à des épisodes où sont simultanément combinés, des phénomènes opposés, de polarité dépressive (inhibition, tristesse, fatigue, idées de mort) et maniaque (activation psychique ou motrice, accélération des pensées, impulsivité, conduites agitées ou agressives). Ces "accès combinés" selon Magnan ou "états mixtes" selon Falret et Kraepelin (et tant d'autres) représentent une signature spécifique de la bipolarité.

Le TOC, un état Mixte ?

Oui si nous revenons à l'hypothèse défendue vers la fin du XIXème siècle stipulant que les obsessions sont avant tout une "Névrose émotionnelle" (Berger 1878) avec un lien privilégié du terrain cyclothymique (Deny, préface de la thèse de Khan, 1909). En termes plus contemporains, le TOC serait à considérer théoriquement comme un "trouble BP-II mixte", du fait de la co-occurrence d'une cyclothymie (partie maniaque, cependant discrète) avec les obsessions et compulsions (partie plutôt dépressive et dominante au niveau sémiologique). Même si l'on considère, au sein du TOC, l'humeur souvent dépressive associée à des jaillissements des idées (comme dans les pensées hypomaniaques, rapides et/ou encombrées), nous serions dans le cas de figure d'une "Dépression Mixte".

Déjà G. Ballet suggérait que le TOC est à considérer comme une variante de la mélancolie anxieuse. Avant Ballet, Weygandt (1903), en parlant des états mixtes, évoquait déjà des cas avec un mélange singulier de sentiment très élevé de sa propre personne avec un état cénesthésique triste, une forme qui probablement naît d'un état d'excitation avec irritabilité qui ressemble à certaines variétés de la Manie Raisonnable (une ancienne

appellation du TOC). Voilà un cas clinique suivi par l'un de nous (EGH) diagnostiqué par plusieurs collègues psychiatres comme un TOC, pour certains comme une psychose pseudo-obsessionnelle et qui, selon notre hypothèse, serait un "TOC bipolaire / Etat Mixte".

Judith, 30 ans, est une grande malade, dans le sens historique du mot. Elle-même pense qu'elle est une vraie folle.

Voilà un exemple des moments pénibles que peut vivre Judith "après 4 nuits consécutifs terribles avec une grande agitation, impossibilité de trouver le sommeil, un besoin de marcher sans se reposer, des cris violents et des pleurs gémissants. Impossible de me calmer. A la moindre intrusion des autres, je menace de me suicider. Je l'ai déjà fait à plusieurs reprises. Je ne peux chasser les souvenirs de l'école où j'étais une tête de turc. Des professeurs prétentieux et des élèves diaboliques qui m'ont harcelée moralement en permanence. J'étais la meilleure et il fallait que je succombe à leurs manoeuvres pour libérer la place de première de la classe. Pareil, pour les soignants de l'hôpital où j'étais admise, il y a des années. Je veux les punir tous. Dans ma tête, il y a une foule de pensées, d'images et de scénarios. Il faut les punir tous ! les médecins incompetents, les infirmières méchantes, le personnel indifférent à ma douleur ou simplement méprisant Ils me prenaient comme une schizophrène et me gavait de neuroleptiques pour calmer mon délire. Mais je sais que ce n'est pas un délire. Je suis consciente de chaque détail dans ma tête et autour de moi. Qui peut me comprendre ? Parfois, je sens que ma tête va éclater ; c'est tellement fort, que je n'arrive plus à parler correctement ou mener au bout une simple idée en faisant une phrase explicite. Une fois, j'ai proposé à ma famille le suicide collectif. Je veux mourir, mais je ne supporte pas l'idée de ne plus voir mes parents, ou les rendre tristes. C'est mieux qu'on quitte ensemble cette misérable souffrance. Eux aussi, ne peuvent plus supporter mon état, un véritable enfer. Je les assomme de questions parfois stupides. Un jour, je me demandais si un neurochirurgien aurait la permission d'opérer en prenant des sels de lithium. Petite, je rêvais de devenir médecin ou chirurgien. Pour me rassurer, j'ai passé toute la journée à me répéter cette stupide question des milliers de fois. Je crois que ma mère allait devenir hystérique. Ma vie est un enfer. Je vais me suicider !

En appelant l'Aftoc, Judith est en état de survie. C'est une boule de feu et d'énergie derrière son téléphone. Des questions qui se suivent à grande vitesse, entrecoupés de ralentissements jaillissants, une hypersensibilité expressive et une intensité émotive, éclairées de reflets mobiles et enchevêtrés, vifs et sombres, selon la couleur de ses impressions tourbillonnantes. Dans son histoire thérapeutique, on note une intolérance marquée aux antidépresseurs, avec parfois des virages psychotiques ayant mis en doute le diagnostic de TOC vers celui de psychose pseudo-obsessionnelle. Actuellement, le traitement basé sur l'hypothèse d'un état mixte sévère apporte plus de soulagement et une nette régression des phénomènes idéiques excitatoires.

Nous pensons que les obsessions, spécialement dans la forme du TOC bipolaire, seraient à rapprocher des pensées encombrées ou "*Crowded Thoughts*" typiques de la dépression mixte. Les comportements ritualisés intarissables dans le TOC peuvent également être considérés dans le registre d'une hyperactivité énergétique psychomotrice ("les agitations forcées" ; selon P. Janet 1903) : donc un phénomène excitatoire, proche de l'hypomanie ou de l'état dépressif mixte (excitation motrice avec humeur dépressive). De plus, un grand nombre de patients obsessionnels présente, ouvertement, un état

d'agitation psychique (ou physique) intense, une dés-inhibition psychosociale avec des signes d'impulsivité, d'irritabilité et de colère. Dans l'étude "ABC-TOC", on a pu montrer des corrélations significatives entre la cyclothymie et la fréquence des crises de colère au sein du TOC. Une telle association était hautement présomptive d'une élévation du risque suicidaire (Hantouche et al, 2002a).

Enfin, c'est la réactivité aux traitements à visée anti-TOC qui peut déclarer les cas équivalents d'états dépressifs mixtes (aggravation des obsessions, virage thymique, intensification de la tension intérieure) contre ceux qui seraient plus proches des dépressions strictement unipolaires (disparition des crises de colère, atténuation progressive des obsessions et de l'anxiété flottante). Les cliniciens sont invités à être attentifs à ce genre de réactivité psycho-pharmacologique qui permet une dissection clinique et phénoménologique du TOC, et par conséquent un choix plus approprié des traitements.