

sommaire

MANIFESTATIONS ET ORIGINES

ADDICTION

- « L'addiction est une histoire de dopamine. » 13
- « Les addictions comportementales,
c'est moins grave que les addictions aux drogues ou à l'alcool. » 18

ALZHEIMER

- « La maladie d'Alzheimer est une maladie de la mémoire. » 23

ANOREXIE-BOULIMIE

- « L'éclatement de la structure familiale favorise l'apparition
de l'anorexie et de la boulimie. » 27
- « L'anorexie et la boulimie se déclarent à l'adolescence. » 35
- « Les troubles du comportements alimentaires
touchent majoritairement les filles. » 44

DÉPRESSION

- « La dépression, c'est dans la tête. » 49
- « Les déprimés sont des gens faibles qui manquent de volonté. » 53
- « La dépression est héréditaire. » 57

ÉPILEPSIE

- « L'épilepsie, c'est la perte du contrôle de soi. » 61
- « Il y a un risque de transmission héréditaire de l'épilepsie. » 67

PHOBIES

- « Les phobies sont dues à un dérèglement du cerveau. » 72
- « Les phobies cachent souvent une dépression. » 78
- « Les parents transmettent leurs phobies à leurs enfants. » 82

SCHIZOPHRÉNIE

- « La schizophrénie, c'est le dédoublement de la personnalité. » 87
- « La schizophrénie se déclare à l'adolescence. » 91
- « On devient schizophrène en fumant du cannabis. » 95
- « Les schizophrènes confondent l'imaginaire et la réalité. » 99

TOC

- « Les TOC sont le signe d'une névrose obsessionnelle. » 104
- « Les TOC sont causés par des troubles de la mémoire. » 110

TROUBLES BIPOLAIRES

- « Les troubles bipolaires sont des psychoses. » 115
- « Les troubles bipolaires alternent phases de manie et de dépression. » 121
- « Les troubles bipolaires sont la plus médicale
des maladies mentales. » 128
- « Les troubles bipolaires sont des troubles de la personnalité. » . . . 134

SOINS, TRAITEMENTS ET VIE AU QUOTIDIEN

ADDICTION

- « Pour soigner une addiction, il faut se faire hospitaliser. » 147
- « Il faut toujours traiter la dépression d'un sujet dépendant
à l'alcool ou à une drogue. » 150

ALZHEIMER

- « Il faut stimuler en permanence les malades d'Alzheimer. » 154
- « Heureusement les malades d'Alzheimer n'ont pas conscience
de leur état. » 159

ANOREXIE-BOULIMIE

- « Les anorexiques et les boulimiques font vivre un enfer
à leur entourage. » 165
- « La guérison de l'anorexie et de la boulimie passe
par un suivi psychologique et psychiatrique. » 172

DÉPRESSION

- « L'entourage ne peut pas comprendre
s'il n'est pas passé par là. » 179
- « Les psychothérapies ne servent à rien dans le traitement
de la dépression. » 183
- « Les électrochocs, c'est dépassé. » 187
- « Les antidépresseurs traitent en superficie,
mais ne soignent pas en profondeur. » 191

ÉPILEPSIE

- « On peut mieux prévenir les crises d'épilepsie
en en connaissant les causes. » 197
- « Les crises d'épilepsie disparaissent à l'adolescence. » 201
- « L'épilepsie, ça ne s'opère pas. » 205
- « Les crises d'épilepsie empêchent de vivre
sereinement au quotidien. » 209

PHOBIES

- « Les phobies ce n'est pas grave, on n'en meurt pas ! » 213
- « Il faut se confronter à sa peur pour vaincre sa phobie. » 217
- « Le traitement des phobies a fait beaucoup de progrès. » 224

SCHIZOPHRÉNIE

- « Les schizophrènes sont dangereux. » 229
- « Les schizophrènes doivent prendre des médicaments à vie. » 234
- « La psychanalyse n'est pas bonne pour les schizophrènes. » 240

TOC

- « Les TOC ne sont pas un vrai handicap. » 245
- « Les thérapies comportementales peuvent guérir tous les TOC. » . . 250

TROUBLES BIPOLAIRES

- « Les bipolaires font plus de tentatives de suicide
que les autres malades mentaux. » 255
- « L'évolution des troubles bipolaires est imprévisible. » 260

« Les antidépresseurs aggravent les troubles bipolaires. »267

« On peut prévenir les récives bipolaires
par des mesures éducatives. ».....272

ANNEXES

Glossaire.....283

Index287

Bibliographie299

Biographie des auteurs301

« La dépression, c'est dans la tête. »

Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais leur jugement sur les choses.

Epictète, *Manuel*

Comme toutes les maladies mentales, la dépression a fait l'objet de nombreuses théories psychologiques. Il serait difficile de les citer toutes. Les principales sont d'origine psychanalytique, phénoménologique et cognitive.

Le texte fondamental de Freud concernant la dépression s'intitule *Deuil et mélancolie*. Il a été publié en 1917. La dépression y est conçue comme une réaction de deuil liée à la perte de l'objet d'amour. Ce terme d'objet d'amour étant évidemment à prendre dans un sens très large, puisqu'il peut s'agir d'une « perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place : la patrie, la liberté, un idéal ». Freud justifie ce rapprochement entre deuil et mélancolie par le fait que dans les deux circonstances, on retrouve le même état douloureux, une perte d'intérêt pour le monde extérieur, l'abandon des activités qui ne seraient pas en relation avec l'objet perdu, la difficulté à choisir un nouvel objet d'amour. Il s'y ajoute, dans la mélancolie, la diminution de l'estime de soi.

DÉPRESSION

Dans la dépression, la perte est moins évidente que dans le deuil, elle peut être inconsciente ou d'une nature plus « morale ». La perte finit par concerner le moi du sujet. Freud émet l'hypothèse qu'une perte du moi peut suffire à déclencher le tableau dépressif. Selon sa célèbre et belle formule, « l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme un objet abandonné ». Il ajoute : « De cette façon, la perte de l'objet s'était transformée en

une perte du moi et le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification. » La perte se transforme en haine de l'objet, haine du moi et donc l'agressivité peut se retourner contre la personne elle-même, d'où l'acte suicidaire. Dans l'excitation maniaque, au contraire, le moi se détache de l'objet perdu pour surmonter cette perte. Libéré de l'objet, il entreprend une quête effrénée de nouveaux investissements. C'est pourquoi la manie est souvent considérée par les psychanalystes comme une défense contre la dépression. Plus tard, Freud insistera sur la pulsion de mort, expliquant que « ce qui règne dans le surmoi... c'est une pure culture de la pulsion de mort », et que dans la mélancolie, le moi « s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le surmoi au lieu d'être aimé ».

Inspiré par la psychanalyse, le psychiatre et phénoménologue allemand Julius Tellenbach a décrit un type de personnalité pré-disposant à la dépression sous le nom *Typus melancholicus*. Ce *Typus melancholicus* se caractérise par l'attachement à l'ordre dans tous les domaines.

Dans l'espace, cet attachement se manifeste par le privilège donné à des espaces proches comme le foyer familial, le lieu de travail et la communauté immédiate. Il a une certaine tendance à l'enfermement. Dans le temps, le *Typus melancholicus* privilégie le passé, la tradition, la fixité. En ce qui concerne son corps, il met l'accent sur la vie naturelle, l'évitement des abus, des rythmes vitaux stables. Son corps l'ancre dans le monde sans légèreté ni distanciation. Cela se manifeste sur le plan psychologique par une difficulté à jouer, avoir de l'humour ou être ironique. Dans sa relation à lui-même et aux autres, le *Typus melancholicus* est consciencieux, exigeant, ordonné, minutieux, scrupuleux, avec une sensibilité extrême à la faute et donc souvent un sentiment d'insatisfaction ou de manquement. Cette personnalité se caracté-

rise aussi par un grand dévouement auprès des membres du cercle familial et social. Le *Typus melancholicus* donne même parfois l'impression d'en faire trop et est facilement qualifié d'homme ou de femme de devoir. Cet altruisme lui sert aussi à acquérir de la considération ou de l'amour. Le travail tient un grand rôle, d'autant que ces sujets éprouvent des difficultés à avoir des activités de loisirs ou à se détendre.

Cet excès de zèle, de dévouement, d'altruisme est source de tension, de surmenage, d'insatisfaction. Lorsque ces conséquences négatives l'emportent, que l'épuisement apparaît, le sujet passe de cet état pré-dépressif à l'état dépressif lui-même. Ces descriptions très riches de Tellenbach s'appliquent à une partie des sujets dépressifs, comme l'ont montré plusieurs études, mais sans concerner l'ensemble des personnes atteintes de ce trouble.

Plus récemment, dans les années 1960, un psychiatre américain, Aaron T. Beck, initialement psychanalyste, a théorisé la dépression dans une perspective cognitive. Pour lui, le sujet déprimé traite les informations de façon biaisée : il a une vision négative de lui-même, du monde et de l'avenir. Il interprète les situations de façon irrationnelle en ayant un discours interne particulièrement négatif. Ces distorsions cognitives sont liées à l'existence de grandes règles de fonctionnement psychologique appelées « schémas cognitifs », dont le sujet n'a pas toujours conscience. Ces schémas se sont formés en partie à la suite d'expériences négatives passées. Ainsi Beck considère que les individus risquant de développer une dépression, pour s'adapter à des expériences de perte ou d'échec, ont construit dans l'enfance des schémas dysfonctionnels tels que « si une personne ne m'aime pas, je ne peux pas être heureux », ou « je dois réaliser de grandes choses, sinon ma vie ne sera qu'un échec ». Lorsque le sujet rencontre des situations en rapport avec ce schéma, comme par exemple, pour le premier une déception amoureuse et pour le second un échec professionnel,

le schéma est réactivé, engendre des pensées négatives et un état dépressif. Par ailleurs, une sorte de cercle vicieux se met en place, les pensées négatives et les conséquences de la dépression venant renforcer le schéma dysfonctionnel initial.

Ces théories ont des applications thérapeutiques et servent de fondement aux méthodes psychothérapeutiques utilisées dans les états dépressifs. Par ailleurs, malgré les apparences, elles ne sont pas contradictoires entre elles.

Il faut enfin considérer cette approche psychologique davantage comme une description du processus dépressif, ou une explication de certaines dépressions, que comme une théorie générale rendant compte de façon étiologique de la maladie dépressive.

Bernard Granger

« Les schizophrènes confondent l'imaginaire et la réalité. »

*Nous sommes tous obligés, pour rendre la réalité supportable,
d'entretenir en nous quelques petites folies.*

Marcel Proust, *À l'ombre des jeunes filles en fleurs*, 1919

La schizophrénie n'est pas la seule maladie psychique dans laquelle les patients développent des idées délirantes mais le délire est très caractéristique de la schizophrénie.

Étymologiquement, délire vient du latin *lira* qui signifie « sillon ». *Delirare* signifie « sortir du sillon », ou, pour utiliser un langage plus familier, « dérailler ». Il existe plusieurs définitions du délire : « erreur dont le patient n'est pas conscient », selon le psychiatre français du XIX^e siècle Jean-Paul Falret, « jugement faux pathologique » pour le philosophe allemand du XX^e siècle Karl Jaspers. Il n'est pas toujours facile de différencier ce qui relève du délire de ce qui relève de l'expérience humaine, où la part de l'irrationnel, de la pensée magique, des superstitions, des passions, de la poésie, de l'imagination est si large. Il faut donc être très prudent avant de considérer qu'une personne délire. Comme le disait le psychiatre français du XX^e siècle Clérambault : « Le délire n'est pas dans le thème, il est dans la conviction. » Cette formule souligne le fait que le patient délirant n'abandonne pas son idée délirante, même si l'on en démontre l'impossibilité ou l'absurdité. C'est ce qui différencie l'erreur, que le sujet peut corriger, du délire, auquel le délirant reste attaché, de façon le plus souvent inébranlable.

SCHIZO-
PHRÉNIE

Pour analyser un délire, on en précise le caractère aigu ou chronique, les thèmes, les mécanismes, le degré de structuration, le degré de participation émotionnelle et le degré de conviction. Les délires observés chez les patients schizophrènes sont très variés, néanmoins on peut en décrire les principales particularités.

Les délires schizophréniques s'observent souvent au début de la maladie, et dans les formes de schizophrénie à début brutal. Le délire est alors très bruyant, évident, et s'accompagne d'un certain degré d'agitation. À l'inverse, dans les formes de schizophrénie à début progressif, le délire est souvent caché, peu exprimé, il évolue « à bas bruit ». Le patient schizophrène ne délire pas tant que dure sa maladie, mais son délire est qualifié de chronique, par opposition aux états délirants aigus qui durent seulement de quelques jours à quelques semaines.

Les mécanismes le plus souvent rencontrés dans la schizophrénie sont le mécanisme hallucinatoire et les interprétations (significations erronées attribuées à un fait réel). Moins souvent on peut observer des intuitions délirantes (représentation instantanée s'imposant au sujet comme une certitude) et de l'imagination délirante, mécanisme par lequel le sujet ne fait plus la différence entre ses fantasmes et la réalité.

Les hallucinations sont souvent incluses dans ce qu'on appelle l'automatisme mental : le sujet a l'impression de ne plus être maître de ses pensées, de ses actes ou de ses sensations. Il peut même avoir l'impression d'être dirigé de l'extérieur par une force ou une personne plus ou moins identifiable (délire d'influence).

L'un des thèmes délirants les plus fréquents dans la schizophrénie est la persécution : le sujet se croit en butte à l'hostilité d'une personne, d'un groupe de personnes, voire du monde entier. Lorsque le sujet interprète les paroles, les gestes ou tout autre élément de l'environnement comme se rapportant à lui, on parle de « concernement » ou d'idées de référence, ce qui est aussi

très caractéristique des délires schizophréniques, notamment au début de la maladie. Les autres thèmes fréquemment rencontrés sont la mégalomanie (le sujet se croit doté de capacités extraordinaires), l'hypochondrie où il se croit atteint de maladies graves, les délires de transformation corporelle (le patient peut alors se regarder pendant de longues périodes dans la glace, perplexe et angoissé de ne pas se reconnaître : signe du miroir), les délires mystiques (le patient peut se prendre pour une divinité, dialoguer avec Dieu, penser avoir une mission rédemptrice à accomplir...), les délires de revendication (le sujet se croit victime d'un préjudice et cherche à en obtenir réparation), les délires de filiation (le sujet a l'impression que son père ou sa mère n'est pas son vrai père ou sa vraie mère) et les délires érotomaniaques (impression délirante d'être aimé, en général par une personne de rang social élevé ou prestigieux). Il n'est pas rare de trouver chez une même personne affectée par le trouble plusieurs thèmes à son délire. Dans de nombreux délires, le thème de la mort, et les fantasmes afférant qui reflètent la néantisation du soi, est fréquemment sous-jacent.

SCHIZO-
PHRÉNIE

Les délires schizophréniques, appelés aussi délires paranoïdes, sont généralement mal organisés, flous, bizarres, parfois incompréhensibles ou hermétiques, portant ainsi la marque de la discordance schizophrénique.

Il est inutile de discuter les idées délirantes du patient car par définition la conviction est très forte. La participation émotionnelle au délire schizophrénique est variable, mais assez souvent le sujet est détaché : on parle alors « de délire à froid ». Cependant, de façon en général impulsive, le patient peut commettre des actes médico-légaux dictés par ses voix (suicide, meurtre, agression, auto-mutilation).

Dans les formes à début progressif, le délire se constitue à partir d'une sensation étrange d'hostilité de l'ambiance et peut

commencer par de simples idées de référence. Les idées délirantes proprement dites apparaissent alors secondairement. Au fil du temps et sous l'effet des traitements antipsychotiques, qui ont des propriétés antidélirantes très marquées, le délire s'appauvrit et peut même disparaître ou rester présent de façon résiduelle : on parle alors « d'enkystement » du délire. Lorsque le traitement est interrompu ou dans des périodes particulièrement difficiles, des idées délirantes peuvent reprendre, souvent en suivant les mêmes modalités que lors des épisodes délirants initiaux.

Dans les groupes de psychiatres, de toutes nationalités, préparant la classification du DSM-5 (parue aux États-Unis en 2013) une controverse est apparue quant au délire autour de la notion de bizarrerie : cette dernière avait un statut spécial dans le DSM-IV car elle était le seul critère dans toute la classification qui suffisait à lui seul pour poser un diagnostic, en l'occurrence celui de délire schizophrénique, alors même que la bizarrerie ne s'y trouvait jamais définie. Bizarrerie pouvait ainsi devenir quasi-synonyme de schizophrénie alors même que sa définition était particulièrement floue et sa reconnaissance éminemment dépendante du contexte culturel.

Conçu par certains comme un « mécanisme de défense » destiné à combler « le vide schizophrénique » ou « l'angoisse schizophrénique », par d'autres comme l'expression d'un désordre biologique des aires du cortex cérébral qui règlent nos perceptions et notre jugement, le délire tient une place centrale mais non exclusive dans la pathologie schizophrénique. Le délire dans la schizophrénie se caractérise par la diversité de ses thèmes et de ses mécanismes, son absence de structuration, sa bizarrerie, sa dangerosité potentielle et son évolution vers l'appauvrissement et l'enkystement. Souvent synonyme de folie, le délire n'est pas synonyme de schizophrénie, car il peut se voir dans un grand nombre d'autres affections : tout patient halluciné ou délirant n'est pas schizophrène.

Une maladie du sens commun

Clara Kean, une patiente souffrant de schizophrénie raconte son expérience dans une rubrique consacrée aux témoignages à la première personne dans la très réputée revue scientifique américaine *Schizophrenia Bulletin* (2009) : « Ce qui se cache derrière les symptômes est un Soi tourmenté, éprouvant une expérience hautement personnelle, que le traitement pharmacologique ne modifie pas... Ce qui m'effrayait le plus ce n'était pas les habituelles voix mais le sentiment que je m'étais perdue, que je ne m'appartenais plus moi-même en propre. » Elle poursuit : « [...] Les symptômes cliniques vont et viennent, mais le néant du soi est continuellement là. »

Une autre, citée par le psychiatre italien Giovanni Stanghellini, illustre de la même façon la participation des émotions et le sentiment de transformation corporelle à l'origine du délire : « Je me sens morte. J'ai ce "sentiment de flou", surtout aux heures de coucher du soleil. Je vois les couleurs s'intensifier. Toutes les sensations semblent être différentes de d'habitude et tendent à se désagréger. Mon corps est en mutation, mon visage aussi. Je me sens déconnectée de moi-même, de mes muscles, comme s'ils étaient apparus dans le cosmos... Il arrive aussi que dans cet état, je me perde si je reste avec les autres. Ce qui me manque, c'est le sens commun. Je n'ai rien à partager avec eux. De cette façon, les autres deviennent incompréhensibles et me font peur. »

SCHIZO-
PHRÉNIE

Bernard Granger & Jean Naudin

« Les TOC sont le signe d'une névrose obsessionnelle. »

Et puis, qui donc de nos jours a la parfaite certitude de ne pas être névrosé ?

Carl Gustav Jung

TOC

Le TOC ne s'est pas toujours appelé « TOC ». D'une certaine manière, la « névrose obsessionnelle » est son ancêtre. Les TOC ont eu de nombreuses appellations, des plus imagées, au cours de l'histoire. Jean Esquirol est le premier psychiatre français à décrire des obsessions de saleté qu'il nomme « monomanies raisonnantes » en 1838. Puis, dans les années 1860, une terminologie française apparaît en déclinant la notion de « maladie du doute » longtemps empreinte de folie : *folie de la conscience* (Bailarger), *folie lucide* (Trélat), *folie du doute* (Falret), *délire émotif* (Morel). Les auteurs du XIX^e siècle s'appliquent ainsi à définir la symptomatologie du TOC : *obsession pathologique* (Luys), *vertige mental* (Lasègue), *paranoïa rudimentaire* (Arndt & Morselli), *idées incoercibles* (Tamburini), *stigmates psychiques des dégénérés* (Magnan). Pierre Janet est l'un des premiers auteurs à sortir les obsessions du cadre de la folie et de la dégénérescence mentale qui prévalaient à l'époque. Il publie en 1903 le premier ouvrage consacré à une description détaillée du trouble *Les Obsessions et la psychasthénie*. Il attribue un rôle central à un état psychologique, à un trait de la personnalité particulier ainsi qu'à un état de tension psychologique qu'il nomme « psychasthénique » qui comprend les obsessions, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, la dépression physique et morale, un sentiment d'incomplétude et la perte du sens du réel. Peu après, en

1907, Sigmund Freud reçoit en analyse un jeune homme de 29 ans, Ernst Lanzer qui souffre de pensées obsédantes agressives et de malheur ainsi que de rituels mentaux et d'arithmomanie (le fait de compter mentalement). Cette cure exemplaire permet de construire le cas princeps de « névrose obsessionnelle ». Elle dure onze mois et aboutit, selon Freud, « au rétablissement complet de la personnalité du malade et à la suppression de ses inhibitions ».

Le cas de Freud : Ernst Lanzer dit l'homme aux rats

C'est l'anecdote suivante qui a motivé la demande de cure de Ernst et lui vaut l'appellation de « L'homme aux rats ».

Pendant son service militaire, Ernst commande une paire de lorgnons. La postière qui réceptionne le colis avance l'argent et un lieutenant la rembourse. Or un capitaine, connu pour sa cruauté, enjoint à Ernst de rembourser la postière. Ce capitaine avait précédemment raconté un supplice oriental qui consiste à attacher un homme nu sur un sceau contenant des rats affamés qui s'enfoncent lentement dans l'anus du supplicié pour le dévorer. Ernst redoute alors que ce supplice ne soit infligé à son père et à la dame qu'il aime s'il ne paye pas sa dette, ce qu'il ne peut pas faire puisqu'elle a déjà été réglée. Ernst explique aussi que son père est mort depuis huit ans et que la dame qu'il aime repousse ses avances.

TOC

Freud manifeste un intérêt particulier pour le suivi de ce patient et souligne même le risque que fait courir à l'analyse « l'intérêt personnel trop grand » de l'analyste (lettre à Abraham, 26 décembre 1908). Il semble alors préoccupé par le phénomène qu'il nommera quelques mois plus tard contre-transfert (qui correspond au sentiment inconscient qu'éprouve l'analyste en réaction aux sentiments inconscients ressentis par l'analysé). Il se demande dans quelle mesure le dispositif théorique qu'il élabore se distingue des constructions de son patient comme en témoigne

un extrait d'une lettre qu'il adresse à Jung en 1907 : « Je dois revendiquer pour moi le type "obsessionnel" ».

Dans l'approche psychanalytique, la névrose de contrainte est la deuxième grande maladie nerveuse de la classe des névroses, après l'hystérie. Selon ce modèle, elle est d'abord liée à un traumatisme psychique inconscient provenant de l'enfance, et à la sexualité infantile. Freud a théorisé la névrose de contrainte comme résultant d'un conflit inconscient entre les composantes pulsionnelles érotiques et des tendances destructrices. Il suppose une régression du sujet au stade sadique anal, particulièrement reliée à la notion de contrôle. Cette névrose est principalement caractérisée par l'échec du refoulement d'une représentation inconsciente qui n'est pas supportable par le Surmoi. Ce conflit intrapsychique serait à l'origine de l'angoisse et du sentiment de culpabilité, tous deux importants dans le TOC. Différents mécanismes sous-tendraient ce refoulement : 1) la représentation intolérable est « isolée », c'est-à-dire qu'elle est détachée de l'affect ; 2) ces affects sont unis à de nouvelles représentations qui peuvent être considérées comme acceptables par le Surmoi (mécanismes de formation réactionnelle et déplacement) mais qui gardent une association symbolique avec la représentation originelle (Bergeret, 2000). Ainsi, les patients vérificateurs présenteraient des tendances hétéro-agressives qui ne sont pas autorisées à s'exprimer par le Surmoi et se déplaceraient sur la peur que quelque chose de terrible arrive.

La névrose de contrainte s'organise selon trois temps : d'abord un plaisir sexuel, puis l'apparition simultanée d'un affect pénible qui accompagne ce plaisir aboutissant à la prise de mesures de protection. Ce conflit réside dans l'attente anxieuse d'un événement effroyable. Par exemple : « Si j'ai le souhait de voir nue une femme, mon père va forcément mourir. » Cet affect pénible superstitieux pousse la personne à faire quelque chose pour

détourner le malheur. C'est une pulsion érotique et une révolte contre elle menant à des actions de défense. Cette dialectique repose sur des mécanismes complexes de toute-puissance de la pensée, à l'image d'Œdipe : « j'ai voulu la mort du parent rival en pensées ou en rêves et je dois vérifier en actes et dans la réalité extérieure que ce mal souhaité a laissé l'objet intact » qui serait lui-même « un cas de névrose obsessionnelle » selon Freud (lettre à Jung, 14 avril 1907).

La symptomatologie mise en évidence par Freud et les critères d'évaluation de la sévérité du trouble d'après « sa durée, ses conséquences dommageables et d'après l'évaluation du sujet lui-même » correspondent à la conceptualisation actuelle du TOC. Ainsi, il décrit un début de la maladie apparaissant classiquement à l'âge de 6-7 ans dans la mesure où, selon lui, la névrose de contrainte prend sa source dans la vie sexuelle infantile. Freud insiste sur la « prédilection pour l'incertitude et le doute » des patients. Il met en avant différents phénomènes qui peuvent se rapporter aux obsessions, qu'il nomme « impulsions de contraintes », « idées morbides » ou « représentations de contrainte » qu'il nomme par la suite « penser de contrainte ». Freud identifie également différentes formes de contraintes : de protection, de superstition, de compréhension, de réussite à compter. Selon lui, la première étape du traitement consiste à donner un sens aux représentations de contrainte, ce qui est possible si : « on met les idées de contraintes en corrélation temporelle avec l'existence de vie du patient, donc en recherchant quand telle ou telle idée de contrainte est d'abord survenue et dans quelles circonstances extérieures elle a coutume de se répéter ».

TOC

Au cours de la cure Freud s'emploie à faire prendre conscience à Ernst de son ambivalence amour/haine à l'égard de son père. Selon lui, l'homme aux rats n'a pas fait le deuil de son père, mais refoulé sa mort si souvent souhaitée. Ses craintes traduisent son

agressivité refoulée envers son père et son désir mortifère à l'égard de la dame qu'il aime. Ernst se défend alors par le déplacement et la dénégation de ses vœux de mort et opère une régression de la libido au stade anal.

À partir de ce cas clinique spécifique, Freud a donc proposé une théorisation de la « névrose obsessionnelle ». Lacan dira qu'il n'a rien à ajouter à la description freudienne exemplaire du symptôme obsessionnel. Par la suite, ce cas clinique a fait l'objet de nombreuses controverses cliniques et thérapeutiques. La conceptualisation de la névrose obsessionnelle s'inscrit dans le cadre général qu'utilise alors Freud, celui de la névrose comme tentative de réguler psychiquement les affects problématiques, des traumas associés à des expositions sexuelles précoces. Sébastien Rose, qui a consacré sa thèse de doctorat en psychologie clinique aux *Actualités de la névrose obsessionnelle*, rapporte ainsi : « la névrose obsessionnelle, [résulte] d'une volupté sexuelle présexuelle transformée ultérieurement en sentiment de culpabilité » ; « La névrose d'obsessions [névrose obsessionnelle] (*Zwangs-neurose*) relève d'une cause spécifique très analogue à celle de l'hystérie. [...] On y trouve un événement sexuel précoce. Il n'y a qu'une différence qui semble capitale. Nous avons trouvé au fond de l'étiologie hystérique un événement de passivité sexuelle, une expérience subie avec indifférence ou avec un petit peu de dépit, ou d'effroi. Dans la névrose d'obsessions [névrose obsessionnelle], il s'agit au contraire d'un événement qui a fait plaisir, d'une agression sexuelle inspirée par le désir ou d'une participation avec jouissance aux rapports sexuels ».

Freud repère dans la clinique de l'obsession deux concepts-clés : la défense et le déplacement. Les idées obsédantes naissent de la jouissance anticipée et du sentiment d'être coupable qui y est associé, que le sujet va éviter. Apparaissent alors des symptômes tels que la rumination compulsive, la compulsion de pen-

sée et de vérification, la maladie du doute, des mesures d'expiation, de précaution, qui sont des « mesures de protection » contre les représentations obsédantes. C'est à partir de la question du sens : « Qu'est-ce que ça veut dire ? » que le symptôme obsessionnel peut se construire dans l'analyse. Puis de celle de la « jouissance » du symptôme : « Qu'est-ce qui fait qu'au plus intime de lui-même le sujet trouve une satisfaction qui porte la marque du déplaisir ? ». Dans cette approche, les symptômes ont du sens.

Une nouvelle terminologie « TOC » est apparue et a explosé dans les années 1970-1980. Le « TOC est devenu TOC » en fonction de trois facteurs concomitants : 1) La découverte d'un médicament (la clomipramine) engendrant une théorisation biologique du trouble ; 2) La montée des théories cognitives et comportementales et de leur traitement, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ; 3) Les enquêtes épidémiologiques et la classification du TOC. Ceci entraîne une valorisation des modèles explicatifs basés sur une possible cause cérébrale de la maladie. Dorénavant les traitements perçus comme efficaces sont la TCC et les médicaments, les thérapies « par la parole » uniquement et les modèles explicatifs qui les soutiennent sont dévalorisés. Le terme de « névrose obsessionnelle » est cependant encore utilisé par les psychanalystes à l'heure actuelle.

TOC

Les labels « TOC » et « névrose obsessionnelle » correspondent donc à des théories et à des manières d'appréhender les manifestations obsessionnelles et compulsives singulières qui s'inscrivent dans un contexte social, culturel et historique. Ces dénominations et théories ne sont pas triviales car elles déterminent la façon de penser et donc de traiter les personnes qui en souffrent.

Margot Morgiève & Antoine Pelissolo