

# Le TOC

---

Comment être délivré de son trouble  
obsessionnel-compulsif ?

Michael R. Emlet



230, rue Lupien  
Trois-Rivières (Québec)  
G8T 6W4 Canada

Avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à chasser une pensée de votre esprit ? Êtes-vous déjà allé vous coucher en vous demandant : « Est-ce que j'ai bien fermé la porte d'entrée à clé ? » Vous en êtes à 99,9 % certain, mais un léger doute persiste et vous descendez vérifier, juste pour être sûr. Vous constatez que vous avez bien fermé la porte à clé, puis vous retournez vous coucher et vous vous endormez rapidement, oubliant l'incident. Pas de problème !

Il s'agit d'une expérience courante et normale. Par contre, est-ce que vous, ou quelqu'un que vous connaissez, avez des difficultés semblables à celles-ci ?

- Vous avez vérifié que la porte était bien fermée à clé, vous vous remettez au lit et vous vous demandez : « Ai-je vraiment vérifié que la porte était bien verrouillée ? » Vous luttez contre l'anxiété qui monte en vous, mais vous finissez par céder ; vous vous livrez alors à une série interminable de vérifications et de revérifications jusqu'à ce que vous vous endormiez, complètement épuisé, à trois heures du matin.
- Vous avez peur que les sols et autres surfaces de votre maison ne soient pas assez propres et présentent un

danger de contamination pour vos enfants. Bien que vous sachiez que votre peur est complètement irrationnelle, vous passez plusieurs heures, chaque jour, à nettoyer la maison à l'eau de Javel.

- Vous cessez de conduire de peur de renverser quelqu'un et de le tuer (et pourtant, vos compétences et votre dossier de conduite sont impeccables).
- Vous cessez d'aller à l'église, car vous avez une peur accablante qu'une exclamation blasphématoire sorte de votre bouche pendant le sermon.
- Vous vous sentez incapable de jeter les magazines et les journaux qui s'accumulent un peu partout dans la maison. En fait, vous n'arrivez pas à vous résoudre de jeter le moindre morceau de papier.

Ces cas peuvent sembler extrêmes, mais près de trois pour cent de la population des États-Unis souffre, dans une certaine mesure, de ce problème. Quelle est la cause de ce comportement ? S'agit-il fondamentalement d'un problème spirituel ou d'un péché ? Ou est-ce surtout un dysfonctionnement physiologique dans lequel telle ou telle structure des circuits cérébraux tournerait en boucle, vous obligeant à adopter certains comportements ? Il nous faut répondre à ces questions si nous voulons exercer, avec sagesse et

compassion, notre ministère d'aide envers ceux qui sont confrontés à ce problème.

Ce petit livre vise à décrire ce qu'on appelle le trouble obsessionnel-compulsif ou TOC. (J'utilise ce terme pour simplifier les choses, bien que je n'approuve pas l'idée selon laquelle le TOC repose sur une causalité purement biologique, comme le suggère le mot « trouble ». Cette hypothèse ne tient pas compte de l'aspect spirituel de notre personnalité.) J'aborderai ses causes possibles et je proposerai une approche biblique qui tient compte du corps et de l'âme de la personne. J'espère ainsi vous apporter de la clarté sur la façon d'aborder votre propre combat (ou celui de quelqu'un d'autre) avec le TOC.

## Qu'est-ce que le TOC ?

Les caractéristiques essentielles du TOC sont des obsessions ou des compulsions récurrentes suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps, un sentiment marqué de détresse ou une perturbation significative dans la routine quotidienne d'une personne<sup>1</sup>.

Les obsessions sont des « idées, des pensées, des impulsions ou des images persistantes qui sont intrusives et inappropriées, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importantes<sup>2</sup> ». Ces idées, pensées, impulsions ou images ne

sont pas uniquement des préoccupations excessives liées à de réels problèmes (par exemple, des problèmes financiers, professionnels ou scolaires). La personne qui a une obsession souffre d'anxiété et s'efforce de supprimer ces pensées ou ces impulsions, ou de les « neutraliser » au moyen d'une autre pensée ou action (c'est-à-dire la compulsions). Le sujet qui a une obsession souffre de sa présence ; il la perçoit comme une intrusion *indésirable* dans sa pensée.

Parmi les obsessions communes, on trouve :

- Les pensées répétées par rapport à la contamination. Il s'agit de l'obsession la plus commune ;
- Les doutes répétés (vous vous demandez si vous avez bien éteint le fer à repasser ou si vous n'avez pas renversé quelqu'un avec votre voiture) ;
- Le besoin de mettre les choses dans un ordre particulier ou le besoin d'accomplir une tâche « comme il faut » ;
- Des impulsions agressives ou horribles (blesser un enfant ou crier une obscénité à l'église) ;
- Des représentations sexuelles (par exemple une image pornographique récurrente) ;
- Une peur irrationnelle et persistante de développer une maladie grave ;

- La thésaurisation pathologique (incapacité de jeter des choses, comme les journaux ou les magazines)<sup>3</sup>.

Les compulsions sont des « comportements répétitifs ou des actes mentaux dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la détresse<sup>4</sup> ». La personne n'a pas ces comportements ou ces modes de pensée pour le plaisir. Elle se sent plutôt poussée à accomplir l'acte compulsif pour réduire l'anxiété qui est liée à une obsession. Les sujets ayant des obsessions de contamination peuvent se laver les mains trente fois par jour. Quelqu'un qui a des impulsions agressives intrusives et indésirées peut compter jusqu'à vingt, puis recompter à reculons, pour chaque pensée agressive. Par définition, les compulsions sont clairement excessives et sont sans rapport réel avec ce qu'elles étaient censées neutraliser ou prévenir.

Parmi les compulsions les plus habituelles, on peut citer :

- Les comportements répétitifs (vérifier, laver, nettoyer, demander ou exiger des garanties, mettre de l'ordre, ranger, faire et défaire certaines choses dans un ordre précis) ;
- Des actes mentaux (compter, répéter des mots de manière silencieuse) ;
- La thésaurisation.

La description du TOC que fait le DSM nous aide à mieux cerner la souffrance de la personne touchée et à orienter nos questions de manière à obtenir des données utiles pour déterminer l'étendue et la gravité de son problème. Parallèlement, nous devons garder en mémoire qu'une description ne nous explique pas *pourquoi* la personne souffre de pensées obsessionnelles et de conduites compulsives. Si nous voulons répondre à cela, nous devons adopter le point de vue biblique de la nature humaine ; lui seul peut nous fournir un fondement solide pour aborder la relation d'aide biblique.

## Quelles sont les causes du TOC ?

Le point de vue biblique sur les êtres humains est que Dieu nous a conçus avec un double aspect : l'aspect « intérieur » et l'aspect « extérieur » fonctionnant comme une unité de corps et d'esprit alors que nous vivons devant Dieu et les autres. L'un des termes utilisés dans les Écritures pour parler de l'aspect intérieur de l'être humain est « cœur »<sup>5</sup>. Dans l'Ancien et le Nouveau Testaments, le cœur se rapporte à l'orientation intérieure fondamentale de la personne qui vit devant Dieu soit dans l'obéissance ou dans la désobéissance à l'alliance. Le terme « cœur » exprime la réalité que nous sommes tous, fondamentalement, des adorateurs de *quelque*

*chose*, soit du Créateur (en lui obéissant), soit des créatures (en lui désobéissant), ainsi qu'on le voit dans Romains 1.

Dieu nous a conçus pour que nous exprimions l'adoration de notre cœur au moyen de notre corps. Nos pensées, nos émotions et notre comportement s'expriment au moyen de notre corps, bien qu'ils viennent de notre cœur et expriment notre adoration<sup>6</sup>. Ce n'est pas notre corps qui a le « dernier mot » dans le fait que nos pensées, nos émotions et nos actes honorent ou déshonorent Dieu, mais les Écritures reconnaissent l'impact profond que nos faiblesses et nos limitations physiques peuvent avoir sur nous. L'obéissance peut en effet être rendue plus difficile si quelqu'un souffre d'un problème physique et nous devons tenir compte de cela dans notre manière d'exercer le counseling<sup>7</sup>.

Si nous voulons conseiller avec sagesse ceux qui souffrent de TOC, il nous faut faire une distinction entre de possibles facteurs de stress physiques et les réactions actives du cœur. Nous avons souvent tendance à accorder trop d'importance à l'un ou à l'autre, ce qui entraîne un manque d'équilibre dans notre manière de conseiller ; soit nous n'abordons que les problèmes du cœur : la foi, l'obéissance et la désobéissance, soit nous nous penchons seulement sur les problèmes physiques. Pour éviter ces extrêmes, nous devons nous poser la question : « Quelles sont les

influences et pressions potentielles exercées par le cerveau et quels sont les problèmes potentiels du cœur (adoration) chez une personne souffrant de TOC<sup>8</sup> ? »

### *La possible influence du cerveau*

Des études familiales et génétiques sur le TOC ont montré un taux d'incidence plus élevé chez les jumeaux identiques que chez les jumeaux fraternels, ce qui suggère que certaines prédispositions au comportement obsessionnel pourraient être héréditaires<sup>9</sup>. Bien qu'on ne puisse tirer aucune conclusion définitive, cela devrait au moins nous faire prendre conscience que quelqu'un peut naître avec certaines prédispositions physiques à ce problème.

Ajoutons que l'épidémie mondiale de grippe du début des années 1900 a fourni les premières preuves que des symptômes obsessionnels compulsifs peuvent être associés à des régions précises du cerveau. Certains patients ont développé non seulement des symptômes de type parkinsonien (tremblements, ralentissement moteur), mais aussi des symptômes psychiatriques, notamment des comportements obsessionnels compulsifs. Les autopsies ont montré des lésions dans les noyaux gris centraux, un ensemble de structures situées en profondeur dans le cerveau<sup>10</sup>. Un TOC a également été observé à la suite d'un traumatisme crânien.

L'une des raisons plus sérieuses de ne pas ignorer les facteurs biologiques pouvant avoir une incidence sur l'apparition des TOC est l'apparition soudaine de comportements de type obsessionnel compulsif chez les enfants qui ont eu une angine à streptocoques. Les antibiotiques ne guérissent pas seulement l'angine ; ils mettent généralement fin aux comportements obsessionnels compulsifs également.

Ces exemples suggèrent que certains types de TOC ont une composante biologique dominante. Nous devons tenir compte de cela, tout comme nous devons reconnaître que certaines pathologies, l'hypothyroïdie par exemple, peuvent favoriser la dépression. En outre, l'imagerie cérébrale « en direct », comme le scanner TEP ou l'IRM fonctionnelle, montre un surcroît d'activité au niveau des noyaux gris centraux chez le sujet souffrant de TOC. Cette hyperactivité décroît sous l'effet du traitement<sup>11</sup>.

De nombreux scientifiques pensent que la sérotonine, un neuromédiateur, est impliquée dans le TOC en raison de l'efficacité de médicaments tels que le Zoloft dans le traitement symptomatique du TOC<sup>12</sup>. Des altérations au niveau des substances neurochimiques (sérotonine et autres) peuvent effectivement favoriser la « pression biologique » impliquée dans le TOC, mais il n'existe actuellement aucun moyen de prouver que celle-ci en est « la cause ultime ».

Parce qu'il existe une unité du cœur et du corps, nous savons qu'il y aura toujours, à tout le moins, une *corrélation* biologique : un lien visible, quantifiable (plus ou moins) entre l'esprit et le corps. Les scanners cérébraux révèlent cette corrélation, mais ils ne peuvent apporter la preuve que des modifications cérébrales sont la *cause* des pensées obsessionnelles et des rituels compulsifs. Il *se pourrait* que des altérations préexistantes dans la neurochimie et dans les circuits cérébraux exercent une pression qui nous fasse réagir de telle ou telle manière, mais n'est-il pas possible également que l'inverse soit vrai : que l'état de notre cœur, de nos pensées, de nos croyances sur Dieu, sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure, puisse affecter les niveaux des substances neurochimiques dans notre cerveau<sup>13</sup> ?

### *Les problèmes qui peuvent venir de notre cœur*

Il est important de tenir compte des possibles facteurs biologiques lorsque l'on souffre de TOC, mais il est absolument essentiel de traiter ce qui, dans le cœur, peut contribuer à générer le TOC. Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi certains peuvent souffrir d'anxiété de manière générale, alors que d'autres souffrent plutôt d'un TOC ? Pourquoi l'anxiété des uns est-elle « basée sur la réalité » (inquiétude par rapport à une possible perte d'emploi, aux soins nécessités par l'état d'un parent âgé, etc.), alors que pour les autres,

l'anxiété est moins « basée sur la réalité » (inquiétude parce que je pourrais jeter mon fils par la fenêtre) ? Et pourquoi ces derniers réagissent-ils à leur anxiété par un comportement de rituels compulsifs ?

Pour répondre à cette question, il nous faut entre autres remonter jusqu'aux motivations profondes du cœur humain. Nous sommes des créatures faites à l'image de Dieu, douées de volonté et de réflexion, et pas seulement des robots qui réagissent aux événements neurochimiques qui ont lieu dans notre cerveau. Nous voulons, nous désirons, nous espérons, nous avons des aspirations, nous craignons. Par conséquent, nous devons examiner en quoi consiste la dynamique spirituelle qui se trouve derrière le TOC si nous voulons offrir un espoir de changement durable à ceux qui en sont atteints. Si utile que ce soit de soulager les symptômes physiques, le but ultime est que la personne abandonne les penchants pécheurs de son cœur, qu'elle embrasse l'espérance de l'Évangile transformateur et qu'elle croisse, de manière visible, dans son amour pour Dieu et pour les autres.

Quels problèmes spirituels (le cœur) peuvent être à l'origine du TOC ? Ce n'est pas tout le monde qui présentera les caractéristiques suivantes, mais ce panorama devrait

permettre de dégager les principaux thèmes motivationnels du TOC.

L'un des grands thèmes est le *besoin de certitude*. La personne se sent incapable de vivre dans l'incertitude : elle a besoin d'une garantie absolue et voudrait parvenir à une connaissance exhaustive et certaine de la question. Le TOC a été qualifié de « maladie du doute ». Les personnes atteintes de TOC doutent typiquement de ce qu'elles voient de leurs propres yeux, de sorte qu'elles tentent de contrôler leur environnement (rituels de vérification) afin d'éliminer tout doute et de parvenir à une conclusion certaine. Ainsi, le besoin de certitude est lié à *l'exigence de contrôle ou de maîtrise*. Ironiquement, lorsque l'on tente de contrôler l'univers, on s'expose à un « retour de manivelle » en devenant esclave de leur lutte pour obtenir la certitude et le contrôle. Pour certains, cette exigence d'absolue certitude les amène à douter de leur salut et les empêche même de s'exprimer. (« Comment savoir si ce que je viens de dire est exact et vrai ? Il vaut mieux que je me taise plutôt que de risquer de dire quelque chose qui ne soit pas parfaitement exact. ») Cette exigence de certitude ou de contrôle peut avoir pour autre conséquence de pousser quelqu'un à éprouver un impérieux *besoin d'ordre*.