

Quelques considérations sur l'évaluation et la prise en charge psychothérapeutique du trouble obsessionnel compulsif associé à un trait narcissique de personnalité

Fergani Louhab¹; Benamsili Lamia²

1- Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
ferganilouhab@gmail.com

2- Université Abderrahmane Mira de Bejaia.
Haderbach.lamia@gmail.com

Reçu le: 16/06/2020 ; Accepté le: 18/03/2022

Some Considerations in the Assessment and Psychotherapeutic Management of obsessive-compulsive Disorder Associated with a Narcissistic Personality Trait

Résumé :

La prise en charge thérapeutique du trouble obsessionnel compulsif (TOC) est aujourd'hui bien éclaircie. Les traitements pharmacologiques constituent un des versants essentiels dans la prise en charge des patients souffrants de ce trouble. La psychothérapie obéit à des protocoles thérapeutiques de plus en plus systématisés notamment dans le cadre des psychothérapies cognitivo-comportementales.

En dehors des cas où la symptomatologie obsessionnelle et/ou compulsive constitue le tableau clinique pur du trouble, le clinicien peut être confronté à des diagnostics complexes impliquant d'autres paramètres de la personnalité comme la co-présence d'un trait narcissique de personnalité. Ni l'analyse sémiologique du trouble obsessionnel compulsif (TOC) telle qu'elle est proposée par le DSM-5 par exemple, ni l'analyse fonctionnelle telle qu'elle est pratiquée par les

thérapeutes cognitivo--comportementaux¹ ne semblent fournir d'indications pouvant envisager ce diagnostic dans sa complexité.

Nous souhaitons montrer, par contre, que la clinique projective est l'un des points forts qui permet au clinicien d'investiguer la personnalité dans toute sa complexité. La mise en évidence de l'importance de la composante narcissique de la personnalité du cas présenté comme illustration est au cœur de cette démarche. À la fin, nous allons discuter les pistes psychothérapeutiques à la lumière de ce diagnostic complexe.

Mots-clés : trouble obsessionnel compulsif ; psychothérapie ; trait narcissique ; clinique projective ; diagnostic complexe.

Abstract:

The therapeutic management of obsessive-compulsive disorder (OCD) is now well documented. Pharmacological treatments are one of the essential aspects in the management of patients suffering from this disorder. Psychotherapy follows therapeutic protocols that are becoming more and more systematic, particularly in the context of cognitive-behavioral psychotherapy.

Apart from cases where obsessive and/or compulsive symptomatology constitutes the pure clinical picture of the disorder, the clinician may be confronted with complex diagnoses involving other personality parameters such as the co-presence of a narcissistic personality trait. Neither the semiological analysis of OCD as proposed by the DSM-5, for example, nor the functional analysis as practiced by cognitive-

¹On pense notamment à Jean Cottraux (1998) ; Laurent Karila et Michel Reynaud (2012) ; Stéphane Rusinek, Jean-Louis Monestès et Hervé Montès (2013), Ovide Fontaine et Phillipe Fontaine (2015).

behavioral therapists seem to provide indications that can envisage this diagnosis in all its complexity.

On the other hand, we wish to show that the projective clinic is one of the strong points that allows the clinician to investigate the personality in all its complexity. Highlighting the importance of the narcissistic component of the personality of the case presented as an illustration is at the heart of this approach. At the end, we discuss the psychotherapeutic avenues in light of this complex diagnosis.

Keywords : obsessive compulsive disorder ; psychotherapy; narcissistic trait; projective clinic; complex diagnosis.

بعض الاعتبارات حول التقييم والعلاج النفسي للاضطراب الوسواسي القهري المرتبط بسمات شخصية نرجسية

ملخص

إن التكفل العلاجي لاضطراب الوسواس القهري هو اليوم أمر موثوق منه. تعتبر العلاجات الدوائية جانبا أساسيا من التكفل العلاجي بالمرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب. في حين يخضع العلاج النفسي إلى بروتوكولات علاجية أكثر و أكثر تنظيما، لاسيما في إطار العلاجات النفسية المعرفية-السلوكية.

خارج الحالات التي تمثل فيها العرضية الوسواسية و / أو القهرية الجدول العيادي المحض للاضطراب، فيواجه الأخصائي العيادي تشخيصات معقدة تدمج عوامل أخرى من الشخصية كالتواجد المشترك لسمة نرجسية للشخصية. فلا التحليل السيميولوجي لاضطراب الوسواس القهري كما هو مقترح من قبل الدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية في عدده الخامس مثلا و لا التحليل الوظيفي متلما ممارس من طرف العلاج المعرفي-السلوكي لا تقدم مؤشرات تسمح بتصوير هذا التشخيص في تعقيده.

نود أن نثبت، من ناحية أخرى، أن العيادة الإسقاطية هي واحدة من النقاط القوية التي تسمح للطبيب بالتحقيق في الشخصية بكل تعقيدها.

إن تسليط الضوء على أهمية المكون النرجسي في شخصية الحالة المعروضة هو في صميم هذا النهج. في النهاية، نناقش سبل العلاج النفسي في ضوء هذا التشخيص المعقد.

Introduction

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un trouble mental fréquent et invalidant avec un retentissement important sur le fonctionnement social, professionnel et familial.

Après une réflexion à la fois théorique, diagnostique, étiologique et thérapeutique, nous présentons une vignette clinique illustrative. L'examen clinique effectué avait pour but de se prononcer sur le fonctionnement psychique de la patiente. L'entretien clinique retraçant le trajet de vie du sujet a été complété par des tests de personnalité.

Dans la conclusion nous avons mis notamment l'accent sur l'intérêt d'une investigation poussée de la personnalité dans le ciblage des pistes thérapeutiques plus appropriées, surtout si le diagnostic engage plusieurs traits pathologiques de personnalité.

1- Définition et diagnostic du TOC

Guerra en 2016² estime que le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) est la quatrième pathologie la plus fréquente dans la sphère psychiatrique.

Le terme de névrose désigne un trouble mental durable sans cause organique lésionnelle. Le trouble névrotique « est un trouble psychique sans rupture avec la réalité, qui s'origine dans un conflit inconscient. Il s'agit d'une entité nosologique qui provoque des altérations touchant au comportement, au

²Quentin Guerra est un médecin psychiatre à Aix-en-Provence, et enseignant à la faculté de médecine.

raisonnement, et à la vie affective et émotionnelle. Il n'y a pas de lésion corporelle, le patient reste par ailleurs conscient de ses troubles » (Bioy, Fouques, 2016 : 159).

Par ailleurs, le terme de « *trouble obsessionnel compulsif* » est adopté dans la classification américaine des troubles mentaux, à savoir, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980. Depuis lors, cette dénomination est restée identique dans la classification américaine ainsi que dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (Sauteraud, 2005 :14)³.

Une obsession est « *une pensée consciente. Elle est accessible au sujet et au thérapeute sans interprétation* » (Sauteraud, 2005, p.15). Tandis que la compulsion est « *un acte que le sujet ne peut s'empêcher d'exécuter, qu'il se sent obligé d'accomplir, le plus souvent contre sa volonté. L'acte est moteur ou mental, c'est-à-dire qu'il consiste en un mouvement ou une pensée. Il s'agit alors d'un acte stéréotypé* ». (Sauteraud, 2005 :19). Ainsi, il apparaît que le TOC est une maladie extrêmement gênante. Les complications du trouble sont la dépression, le suicide, l'alcoolisme, les difficultés conjugales et professionnelles. Les difficultés relationnelles avec l'entourage familial sont importantes (Bouvard, 2006 :1)⁴.

³ Il s'agit ici de Alain Sauteraud est psychiatre à Bordeaux, il est spécialisé dans la thérapie comportementale et cognitive des troubles anxieux et dépressif. Le livre de référence ici est : Sauteraud, A. (2005). *Le trouble obsessionnel compulsif : le manuel du thérapeute*. Paris, France : Odile Jacob.

⁴ Martine Bouvard est professeur de psychologie clinique et spécialiste en thérapie cognitive et comportementale. Le livre de référence ici est : Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris, France : Masson.

Le diagnostic des TOC est porté en références aux critères internationaux et consensuels de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Les manifestations principales des TOC selon le DSM 5 sont les suivantes :

- A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux.
- B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.
- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental.

2- Psychopathologie des TOC

Dans leur approche théorique, Janet⁵ (1898/1990 ; 1903/2005 ; 1905/2008) et Freud⁶(1909/2014 ; 1924/1979 ; 1926/2014) ont tenté d'identifier l'organisation pathologique sous-jacente aux obsessions et aux compulsions. Janet a proposé une approche tournée vers le déficit, reposant sur la faiblesse de la tension psychologique (psychasthénie), alors que Freud a mis en avant la pression excessive des pulsions

⁵Pierre Janet est un psychologue et médecin français. Il est connu pour ses travaux sur la psychopathologie des névroses. On lui doit la notion de psychasthénie

⁶Sigmund Freud est un neurologue et psychanalyste autrichien. On lui doit notamment le concept de névrose obsessionnelle, considéré comme l'avancement des travaux de Pierre Janet sur la psychasthénie.

inconscientes (caractère anal). Tous deux envisagent des liens directs et privilégiés entre la personnalité et les symptômes obsessionnels et compulsifs.

L'élaboration freudienne de la névrose obsessionnelle se fera en plusieurs étapes. Freud commence par la description des défenses liées à l'échec du refoulement du traumatisme infantile, celui-ci étant ici décrit comme ayant été vécu activement par l'enfant, contrairement à l'hystérie. Il introduit par la suite la notion de caractère anal, formation réactionnelle avec tendance à la rigidité, aux scrupules, aux remords. C'est dans L'Homme aux rats qu'il met l'accent sur l'ambivalence, les fixations anales, la désinhibition des pulsions érotiques et agressives en faveur de l'agressivité, et la régression de l'acte à la pensée. Le doute obsessionnel correspond ainsi à la perception de l'indécision qui s'empare du malade à chaque intention d'agir, par suite de l'inhibition de l'amour par la haine. Les hypothèses plus tardives concernent l'échec, d'une part du refoulement, d'autre part de la constitution de mécanismes de défense stables qui puissent garantir le développement harmonieux du moi. L'altération du moi dont témoignent les modifications du caractère est vue comme une conséquence de la régression au stade sadique anal. Cette régression implique une concurrence entre motions libidinales (exprimées via la tendance sadique) et motions agressives (préservation du moi). La seconde topique permet une description dynamique plus complète de la lutte entre Surmoi et ça. De son côté, l'approche cognitive repose sur l'hypothèse générale de la normalité de l'existence de pensées intrusives. Elle considère les pathologies obsessionnelles comme des formes de perturbation dans l'interprétation de ces pensées. Le facteur déterminant serait ici la « croyance » : des croyances irrationnelles, d'origine par exemple éducative, viennent s'associer à des pensées intrusives, générant des sentiments de responsabilité et de danger potentiel. Les compulsions seraient une réponse au caractère dangereux

perçu, elles soulagent l'anxiété liée à l'interprétation négative. Cette idée rejoint les hypothèses antérieures de la psychologie comportementale, qui accordait à l'idée obsédante l'antériorité sur la compulsion (Bonnemaison, 2012)⁷.

De son côté, le modèle comportemental stipule que la compulsion fait suite à l'idée obsédante. L'idée obsédante constituant le phénomène initial, entraîne de l'anxiété provoque, en réponse à l'intensité de la symptomatologie anxieuse et à la crainte obsédante, une réponse compulsive. C'est à l'aide de processus de conditionnement faisant intervenir les phénomènes d'apprentissage que les pensées, les images pourraient entraîner l'état de gêne observé dans le TOC. Dans cette optique, les comportements pathologiques permettent de diminuer la charge anxieuse, les conduites d'évitement représentant un autre moyen de s'opposer aux conséquences de l'obsession. Selon ce modèle, la compulsion est envisagée comme un comportement moteur ne répondant pas ou ne répondant plus tout à fait à la menace représentée par l'idée obsédante (Millet, Bourguignon, 2012 : 244)⁸.

⁷Xavier Bonnemaison est psychiatre et praticien hospitalier. Dans cet article, nous nous sommes intéressés à sa contribution suivante : Bonnemaison, X. (2012). Névrose obsessionnelle (trouble obsessionnel compulsif). Dans V. Kapsambelis (dir), *Manuel de psychiatrie clinique psychopathologique de l'adulte* (pp.339-358). Paris, France : PUF.

⁸Il s'agit de Bruno Millet, professeur des universités, praticien hospitalier, responsable de pôle, service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, CH Guillaume- Rénier, Rennes et d'Aurélien Bourguignon, chef de clinique-assistant, service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, CH Guillaume-Rénier, Rennes. La référence en est la suivante : Millet, B., Bourguignon, A. (2012). Trouble obsessionnel compulsif et spectre obsessionnel compulsif. Dans J-D, Guelfi (dir), *Manuel de psychiatrie* (pp.242-250). Paris, France : Masson.

Selon le modèle cognitif, les obsessions sont causées par des interprétations erronées et catastrophiques qui surestiment l'importance des pensées, des images mentales et des impulsions antisociales qui sont fréquentes aussi bien chez les sujets normaux que chez les personnes souffrant de TOC. Chaque fois qu'un patient souffrant de TOC est envahi par une pensée intrusive, il va l'évaluer, ce qui va entraîner des pensées automatiques négatives. Le patient va alors mettre en place des neutralisations pour contrôler, refouler ou éliminer cette pensée. Il s'agit, par exemple, d'actes mentaux tels que compter, de comportements de nettoyage, lavage, vérification ou du transfert de la responsabilité sur d'autres ; souvent le médecin est la cible : par exemple un patient demande inlassablement durant la consultation puis au téléphone s'il ne risque pas de perdre le contrôle de ses actes et de tuer quelqu'un. Les interprétations négatives et les neutralisations sont reliées à des schémas de danger, de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité qui sont situés dans la mémoire à long terme et traitent automatiquement l'information en dehors de la conscience du sujet, qui émet des rituels de manière automatique sans toujours en percevoir le sens. Des travaux psychométriques conduits simultanément dans plusieurs pays ont permis d'étudier ces processus cognitifs en détail et de valider des échelles mesurant les croyances et les interprétations des TOC en les comparant à d'autres catégories cliniques (Cottraux, 2004 : 54)⁹.

Par ailleurs, des études plaident en faveur d'une *composante génétique* importante dans le développement de la maladie. Un TOC est retrouvé chez près d'un tiers des parents au

⁹Il s'agit ici d'une consultation en ligne de la référence suivante : Cottraux, J. (2004). Trouble obsessionnel compulsif. *EMC-Psychiatrie*, 1 (1), 52-74.

premier degré de malades connus ; des études de jumeaux ont montré une plus grande concordance du diagnostic chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes. Les explorations neuroanatomiques révèlent d'ailleurs des arguments en faveur d'hypothèses organiques et neuropsychologiques sans doute non exclusives mais pouvant jouer un rôle dans la genèse de la maladie (Debray, 2010 :176)¹⁰.

Le DSM 5 de son côté, pointe du doigt les facteurs de risque suivants :

- Tempéramentaux : une plus grande tendance à internaliser les symptômes, une émotionnalité négative plus grande et une inhibition comportementale durant l'enfance.

- Environnementaux : des abus physiques ou sexuels durant l'enfance et d'autres événements stressants ou traumatiques ont été associés à un risque accru de développer un TOC.

-Génétiques et physiologiques : le taux de TOC chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets adultes ayant un TOC est approximativement le double de celui des apparentés biologiques de premier degré de sujets n'en souffrant pas ; toutefois, le taux est multiplié par 10. La transmission familiale est en partie due à des facteurs génétiques (p. ex. un taux de concordance de 0,57 chez les jumeaux monozygotes contre 0,22 chez les jumeaux dizygotes). Les arguments les plus solides sont en faveur d'un dysfonctionnement du cortex orbitofrontal, du cortex cingulaire antérieur et du striatum.

¹⁰Quentin Debray est professeur de psychiatrie à Paris V. il a énormément contribué au développement des thérapies cognitivo--comportementales. Il est notamment l'auteur de :Debray, Q. (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4^e éd). Paris, France : Masson.

Cottraux en 2003, estime que l'étiologie est encore inconnue à ce jour. Il existe de nombreux modèles du TOC, mais aucun, actuellement, n'apparaît entièrement satisfaisant.

Ce trouble, complexe, multiforme et multifactoriel, recouvre sans doute, dans sa formulation actuelle, plusieurs maladies différentes. Dès lors, pour expliquer les TOC, des facteurs acquis, psychologiques, éducationnels et environnementaux sont considérés comme des facteurs favorisant leur survenue. D'autres s'intéressent aux facteurs biologiques et neuropsychologiques suspectés comme pouvant avoir un rôle étiologique (Bouvard, 2006 : 7).

3- Prise en charge des TOC

Vera en 2008 note que malgré les avancées thérapeutiques, le traitement du trouble obsessionnel et compulsif (TOC) s'avère souvent difficile, avec un nombre considérable de rechutes et de cas de résistance. Diverses techniques de psychothérapie sont utilisées parallèlement aux traitements médicamenteux. Parmi elles, les thérapies cognitivo-comportementales et notamment l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) constituent une alternative certaine.

La thérapie d'orientation psychodynamique- psychanalytique oriente son travail sur la prise de conscience des choses. Les psychothérapies psychanalytiques utilisent l'association libre, la référence à l'histoire individuelle et au passé infantile. Pour les névrosés, le dispositif psychanalytique classique est pleinement adapté. Il favorise l'associativité du patient à partir de sa réalité psychique et l'écoute par le praticien. L'objectif est une mise à jour de l'inconscient et l'ouverture au transfert dont le patient bénéficiera dans la résolution des conflits qui sont à l'origine de ses symptômes. Ce processus suppose à la fois que le patient ait une aptitude à penser et à associer (affronter une perte de contrôle et un certain vide, pouvoir

réfléchir de façon ouverte et exprimer sa réflexion) et que les éléments inconscients recherchés aient été représentés. Cela signifie qu'au moins une part de soi et des traumatismes ont été construites. L'activité de la cure se situe donc dans le registre d'éléments refoulés et des grands complexes. Elle implique en premier lieu le patient, soutenu dans le travail analytique par les associations et la parole du thérapeute (Thurin, 2010)¹¹.

Selon Cottraux, la thérapie comportementale des TOC est une thérapie brève, de 20 à 25 séances d'1 heure à 2 heures, à raison d'une ou deux fois par semaine, qui utilisent le principe d'exposition aux situations anxiogènes avec prévention de la réponse. Le thérapeute aide le patient à affronter les situations qu'il redoute sans ritualiser : par exemple, toucher des poignées de porte ou des objets qu'il juge sales, mais qui ne le sont pas suivant les critères habituels, sans se laver les mains une dizaine de fois. Il faut, bien entendu, fractionner la difficulté, établir une progression et souvent commencer par des techniques où le patient imagine la situation d'exposition avec prévention de la réponse avant de l'affronter en réalité. Enfin, il faut transférer ce qui a été appris au cours de la séance dans la vie quotidienne sous la forme de tâches sur lesquelles patient et thérapeute se mettent d'accord. Il est souvent utile d'impliquer l'entourage direct du patient dans les efforts d'exposition et de prévention de la réponse (Cottraux, 2004).

Ce même auteur précise que la thérapie cognitive des TOC cherche à modifier les schémas cognitifs sous-jacents aux pensées et aux rituels moteurs. Les schémas sont des

¹¹ Jean-Michel Thurin est un psychiatre et psychanalyste français. Il coordonne notamment le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. L'article consulté est le suivant : Thurin, J-M. (2010). Psychanalyse et psychothérapie. *EMCPsychiatrie*.37-810-F-50.

structures cognitives stables, stockées dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement. Acquis au cours d'expériences précoces par interaction entre les structures neuronales et l'expérience, ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés. La thérapie cognitive est une thérapie individuelle à court terme de 20 séances d'1 heure.

Guerra en 2016 écrit que la prise en charge des TOC repose classiquement sur l'association de thérapie cognitivo-comportementale et d'antidépresseurs sérotoninergiques. Les techniques de stimulation non-invasives que sont l'électroconvulsivothérapie, la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et la stimulation transcrânienne à courant continu ont livré des résultats encourageants sans pour le moment apporter la preuve de leur efficacité. La rTMS au niveau de l'aire motrice supplémentaire ou du cortex orbitofrontal semble être la technique la plus prometteuse et peut être considérée avant d'envisager le recours à une technique de stimulation invasive. La stimulation cérébrale profonde (SCP) bénéficie de recommandations lorsqu'elle cible le noyau sous-thalamique ou le noyau accumbens. D'autres cibles ont été testées avec efficacité telles que le bras antérieur de la capsule interne, la partie ventrale de la capsule interne et du striatum ventral, le pédoncule thalamique inférieur, le pallidum interne antéromédial et le noyau du lit de la strie terminale.

Enfin, Aouizerate¹² en 2011 souligne que le développement récent de la psychopharmacologie et l'essor des thérapies

¹²Bruno Aouizerate est un psychiatre et chef de Service. Responsable du Centre de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression. La référence exploitée pour les besoins de cet article est : Aouizerate, B. (2011). *Les traitements du trouble obsessionnel compulsif*. Paris, France : Masson.

cognitivo-comportementales ont permis de transformer le pronostic autrefois péjoratif de cette maladie.

4- La question du narcissisme

Le TOC est rarement une pathologie isolée en ce sens qu'il est le plus souvent associé à d'autres affections. En effet, comme le montre la vignette clinique présentée en illustration, le TOC peut être associé à trait narcissique de personnalité.

Dans ce cadre, le narcissisme est selon Denis en 2015 un concept clé de la théorie psychanalytique, on le retrouve au cœur de la construction de la personnalité, du caractère et de l'identité. Le vocabulaire de psychanalyse le définit comme suit « *par référence au mythe de Narcisse, amour porté à l'image de soi-même* » (Laplanche, Pontalis, 1994 : 261)¹³.

Par ailleurs, les *traits de personnalité* sont à comprendre comme les manières habituelles de se comporter et de réagir, par la façon de percevoir son environnement et sa propre personne. Parmi les traits de personnalité, les traits de personnalité narcissique semblent devenir plus fréquents.

Les traits de personnalité narcissique ont été décrits près de 400 ans avant Jésus-Christ en Grèce lorsque Thucydide dresse le portrait d'Alcibiade : « *Bien des gens se montrèrent effrayés par les extravagances scandaleuses de sa vie, par l'énormité de ses ambitions...* » Dans *Les caractères*, La Bruyère¹⁴ raille l'ostentation de certains de ses contemporains et illustre cette appétence de paraître pour montrer une vision grandiose de soi. Plus récemment, Kernberg aux États-Unis puis Green en France se sont attachés à décrire différentes

¹³Le vocabulaire de psychanalyse de Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis est publié pour la première fois en 1967. Il est un ouvrage de référence traduit en plusieurs langues. Laplanche et Pontalis sont des psychanalystes français.

¹⁴Jean de La Bruyère (1654-1696) est l'auteur de l'œuvre *Les caractères*, publiée en 1688.

manifestations du narcissisme pathologique (Yrondi, 2015 : 332)¹⁵.

Ainsi, les traits narcissiques de personnalité, en tant que dimension de la personnalité, se manifeste par de l'égoïsme et du sentiment de supériorité.

Des facteurs individuels ou sociaux encourageant l'émergence de tels traits de personnalité : la défaillance du moi peut provenir d'une carence maternelle ou de traumatismes infantiles répétitifs à l'origine des phénomènes d'empiétement décrits par Winnicott. Les carences maternelles peuvent aussi se manifester dans l'absence de limite, fruit et conséquence d'une éducation de type « d'enfant roi ». Ces facteurs combinant des carences maternelles, une absence des limites vont aboutir à une fascination de toutes les formes de possession et à une omnipotence infantile. Elles créent une séduction par la gratification immédiate qu'apporte le pouvoir ou la possession. Elles entraînent une image hallucinée de l'existence (Yrondi, 2015 : 333).

Pour situer la place du narcissisme dans la névrose obsessionnelle, nous faisons appel aux travaux de Chabert (1992). Dans perspective, l'auteure s'interroge sur la place qu'occupe le narcissisme dans l'édification de la névrose obsessionnelle. Plusieurs paradoxes se dégagent des développements théoriques sur le narcissisme, paradoxes qui constituent des terrains propices au doute et à la rumination propres aux obsessionnels.

5- Illustration clinique

¹⁵ Antoine Yrondi est psychiatre à Toulouse. La référence dont il est question dans notre article est : Yrondi, A. (2015). La personnalité narcissique devient-elle plus fréquente ? *Annales Médico-psychologiques*, 173 (4), 331-334. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.006>

Nous avons reçu la patiente nommée Karima, une femme mariée âgée de 27 ans, qui nous a été orientée par une collègue psychotérapeute pour un bilan de personnalité qui se compose d'un entretien d'investigation, et de la passation de deux épreuves de personnalité (Rorschach et TAT).

- Anamnèse du cas et quelques données d'investigation clinique

Karima est mariée depuis une année. Elle estime que son mari est compréhensif et patient à l'égard de ses problèmes de santé. Elle vit actuellement avec sa belle-famille dont le style de vie ne lui convient pas du tout disait-elle, ce qui a aggravé son stress. Elle dit que son sommeil est perturbé, et depuis quelque temps elle voit réapparaître ce qu'elle a qualifié de « TOC ». Elle souffre d'un problème dorsal qui a nécessité une intervention chirurgicale faite récemment.

Elle est l'aînée de sa fratrie. Elle a une sœur âgée de 21 ans. Elle a fait des études en électronique (master), et une formation en langues. Actuellement, elle travaille dans une entreprise étatique.

Concernant son histoire, elle relate que ses parents ont divorcé quand elle avait l'âge de 12 ans. Ses parents étaient enseignants. Elle dit avoir été toujours très proche de son père qu'elle décrit comme un homme, contrairement à sa mère, très ambitieux. Elle a consacré beaucoup de temps lors de l'entretien pour parler de son père. Elle semble prendre conscience, après l'entretien de restitution, qu'elle a beaucoup idéalisé son père qui, de son côté, s'est montré « toujours fière de sa fille aînée ». Il aimait, disait-elle, montrer à la famille que « *Karima est toujours la meilleure* ».

Elle dit avoir très mal vécu la séparation avec son père. En effet, le père s'est remarié, a eu trois enfants de son deuxième mariage, et il vit dans une autre région du pays. Elle lui

rendait visite rarement. Avec les années qui passent, le contact avec son père est presque inexistant. Après le divorce de ses parents, elle a vécu avec sa mère et sa petite sœur. Elle décrit une relation très conflictuelle avec la mère après le divorce.

Elle pense que ses « TOC » (comptage, vérification, symétrie) remontent à l'âge de 5 ans. Mais, il paraît qu'ils n'ont pas impacté le fonctionnement de la patiente et leur apparition était occasionnelle. Elle dit, par ailleurs, ne pas présenter une tendance au perfectionnisme ou un intérêt excessif pour la propreté et l'organisation. Elle rapporte des obsessions qui sont apparues il y a quelques mois. Il s'agit de retrouver à tout prix les propriétaires d'objets (livres, CD) qu'elle a emprunté dans le passé (parfois cela remonte à plusieurs années), et de les leur rendre, sinon « *elle risquerait des sanctions à caractère religieux* ».

Ses symptômes la gênent considérablement au point qu'elle est allée consulter un psychiatre qui lui a proposé un traitement pharmacologique mais elle a refusé de le prendre en préférant suivre une psychothérapie.

Pour une étude plus approfondie du fonctionnement psychique de la patiente, on a eu recours après l'entretien à la passation de deux tests de personnalité, le Rorschach et le TAT, permettant une évaluation dynamique et complète de la patiente. Ces deux projectifs ont permis de se prononcer sur notre cas.

- Au Rorschach

Karima a donné un protocole exploitable de 23 réponses. Son discours est cohérent ; sa verbalisation est fluide et un peu dense. Son style de réponse est marqué par une tendance à utiliser des qualificatifs (beau, pas beau, etc), et à accompagner certaines de ses réponses par des gestes (mises en scène) et des commentaires personnels.

Le Rorschach dresse le portrait suivant de son fonctionnement psychologique :

Il semble que Karima présente un sentiment exagéré de soi et une inflation du sentiment de sa valeur personnelle qui tend à dominer la perception qu'elle a du monde. Cette caractéristique est un trait de sa personnalité de base qui a une influence majeure sur ses décisions et sur ses comportements à cause du besoin d'obtenir de fréquentes confirmations ou un renforcement du sentiment exagéré de fierté personnelle. Une caractéristique de type narcissique est profondément ancrée dans sa personnalité et contribue à maintenir des jugements favorables sur soi dans la relation aux autres. À l'entretien, elle précise à quel point des remarques critiques à l'égard de son niveau d'étude la déstabilisent. La présence chez elle d'une certaine capacité à l'introspection est un point positif dans la mesure où ce processus tend à favoriser la réévaluation de son image de soi. En effet, Karima s'est montrée réceptive au feedback concernant cette caractéristique de sa personnalité (bonne capacité d'insight). Elle porte une attention particulière et inquiétante à son corps qui peut être justifiée par son problème somatique. Mais, en présence d'une tendance à trop se concentrer sur elle-même, il est possible que la présence d'un nombre considérable de réponses anatomiques dans son protocole soit en rapport avec une rumination à propos de son corps et/ou de son image de soi, qui pourrait révéler un sentiment inconfortable de vulnérabilité.

En revanche, sa centration sur soi ne remet pas en cause ses capacités à initier et à établir des relations interpersonnelles satisfaisantes. Elle s'implique généralement dans des formes de comportements interpersonnels qui ont toutes les chances d'être adaptés à la situation. Cependant, Karima présente un sentiment d'insécurité concernant son intégrité personnelle dans les situations interpersonnelles, et elle tend à devenir

autoritaire de manière défensive. Cette attitude jouant le rôle d'un bouclier contre ce que la patiente perçoit comme une mise en cause du soi (à travers la mise en cause de son savoir par exemple) dans les situations relationnelles.

Par ailleurs, l'organisation de sa personnalité comporte un potentiel de fréquentes expériences de perturbation affective. Cela peut s'exprimer par des expériences émotionnelles négatives (tension, angoisse, somatisation). On pourrait même inscrire ses symptômes, qu'elle qualifie de TOC, dans ce cadre. Il est probable que ces symptômes sont amplifiés ces derniers temps par sa situation stressante de devoir vivre avec sa belle-famille. Cette situation la rend plus anxieuse et provoque chez elle un sentiment d'impuissance à cause de son incapacité à la résoudre. Néanmoins, face aux pressions émotionnelles qu'elle ressent, Karima dispose de capacités de contrôle fonctionnelles. Ces défenses sont renforcées par le mécanisme d'intellectualisation qui l'aide à traiter ses affects à un niveau intellectuel. Ce processus réduit ou neutralise l'impact des émotions, mais il représente aussi une forme de déni qui tend à déformer le véritable sens et l'impact d'une situation. Elle est susceptible de manifester une certaine dose de négativisme, d'opposition, voire de colère. Ces expériences affectives sont intensifiées par la présence d'un stress situationnel lié à l'habitation avec la belle famille. Cela rend son fonctionnement psychologique plus complexe et la rend parfois incertaine et confuse voire ambivalente à propos de ses affects et les situations émotionnelles.

D'un point de vu cognitif, la patiente s'efforce d'accomplir plus de choses qu'il ne paraît raisonnable compte tenu de ses capacités fonctionnelles actuelles. Cela l'expose à des expériences de frustration en cas d'échec. C'est une personne qui investit beaucoup d'énergie dans les activités de balayage. Dit autrement, elle prend en considération tous les détails d'une situation avant de décider. Cela est un élément positif

d'un point de vue professionnel par exemple, mais en présence d'une détresse psychique, comme dans le cas de notre patiente, cela risque d'entraîner des hésitations excessives dans la prise de décision. De là on peut comprendre pourquoi une partie de sa détresse psychique s'exprime par une symptomatologie obsessionnelle.

En revanche, la qualité de son rapport à la réalité reste intacte, et sa pensée ne présente pas d'altérations ou de caractéristiques inhabituelles excepté sa tendance à l'intellectualisation, déjà évoquée, qui peut amener la patiente à adopter ou accepter certaines distorsions conceptuelles qui lui servent à nier l'impact réel de la situation, et une rigidité qui fait que ses orientations ou ses valeurs idéationnelles (ses opinions, ses idées) sont relativement bien fixées et seraient quelques peu difficiles à modifier.

- Au TAT

Ce test offre la possibilité d'aborder l'organisation défensive de la patiente d'un point de vu de discours tel qu'il est mis en œuvre à travers les récits rapportés aux différentes planches.

Dès la première planche, Karima s'est étalée sur la description de l'éprouvé subjectif du garçon. Elle maintient ce style de description dans pratiquement toutes les planches où elle s'attarde à décrire le vécu et l'éprouvé subjectif des protagonistes de ses récits. Les personnages sont mobilisés dans des figures relationnelles interpersonnelles impliquant des rapports de parenté (enfants/parent, relation de couple, etc). Les personnages entretiennent souvent des relations conflictuelles, mais ils sont très tôt envisagés dans des configurations où l'idéalisation dans ses valences positives et négatives domine le déroulement de l'histoire. Des détails narcissiques attribués aux aspects vestimentaires ou corporels des personnages et à la description de certains objets accompagnent le mécanisme d'idéalisation. Certains scénarios

rentrent en résonnance directe avec l'histoire autobiographique de la patiente. Certains affects évoqués sont inhérents à la position corporelle des personnages. L'histoire de la planche 7GF est mise sous le signe d'un affect titre et celle de la planche 13B sous le signe d'une mise en tableau. Souvent la patiente éprouve le besoin de figer les mouvements pulsionnels évoqués par l'intellectualisation à travers des références littéraires (romans) et cinématographiques (films).¹⁶

Ainsi, on peut déduire que l'organisation défensive de Karima est dominée par des procédés défensifs de type d'investissement narcissique (accent porté sur l'éprouvé subjectif des personnages, références autobiographiques, idéalisation, affect titre, mise en tableau, et position signifiante d'affect). Les procédés labiles et rigides sont suffisamment présents pour soutenir et enrichir l'organisation défensive de la patiente. Les premiers en apportant à son fonctionnement psychologique une souplesse à travers une ouverture à des représentations de relations, les seconds en canalisant ses représentations et ses affects dont certains sont massifs à partir de défenses efficaces par le contrôle et l'intellectualisation.

Bien que le registre narcissique qui domine l'organisation de la personnalité de la patiente n'empêche pas le recours et l'ouverture à d'autres registres du fonctionnement (labilité, rigidité, régression), son poids altère la qualité de ses investissements relationnels et engendre chez elle une détresse psychologique considérable.

¹⁶On cite ici à titre d'exemple à la planche 7GF, la patiente déclare « ça me fait penser au roman de James Austen "orgueil et préjugés", c'est la femme qui parle beaucoup... »

Par conséquent, l'indication d'un accompagnement psychothérapeutique est souhaitable. Néanmoins, il nous semble que la centration sur soi constitue un trait narcissique de personnalité de la patiente sans pour autant prendre une dimension nettement pathologique pour justifier le diagnostic d'un trouble de personnalité narcissique tel qu'il est décrit par exemple par le DSM-5.

En effet, d'un point de vue du diagnostic psychologique, il nous semble important de retenir l'hypothèse d'un fonctionnement psychologique marqué par une composante obsessionnelle associée à un trait narcissique de personnalité.

Conclusion

Les éléments d'analyse proposés ont pour objectif d'orienter le projet de soin et d'éclairer davantage la problématique clinique et psychopathologique de Karima.

La présentation clinique et anamnétique permet au thérapeute de situer la problématique de son patient en terme de diagnostic psychologique. Ce dernier va au-delà du diagnostic sémiologique en complétant la description sémiologique du cas par une description des caractéristiques dynamiques du fonctionnement psychologique.

À cet égard, il nous semble que la démarche thérapeutique n'obéit pas pour tous les cas aux mêmes principes des thérapies ciblées même si la symptomatologie du patient et sa demande explicite correspondent à tel ou tel protocole thérapeutique ciblé à l'instar de la thérapie des TOC pour le cas présenté dans cette contribution. La prise en compte de la problématique singulière de chaque patient permet, comme dans le cas de Karima, de réorienter le projet thérapeutique en fonction de la spécificité de cette problématique. Ainsi, la psychothérapie qui serait proposée à Karima gagnerait en efficacité en centrant le travail thérapeutique sur sa

préoccupation dite narcissique à travers un travail de type introspectif beaucoup plus que de type directif tel qu'il est présenté par exemple par les protocoles d'obédience cognitivo-comportementale.

Bibliographie

1. Amercian Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
2. Aouizerate, B. (2011). *Les traitements du trouble obsessionnel compulsif*. Paris, France : Masson.
3. Bioy, A., Fouques, D. (2016). Les troubles névrotiques et les troubles anxieux. Dans A. Bioy et D. Fouques (Dir.), *Psychologie clinique et psychopathologie* (pp.157-169). Paris, France : Dunod.
4. Bonnemaison, X. (2012). Névrose obsessionnelle (trouble obsessionnel compulsif). Dans V. Kapsambelis (dir), *Manuel de psychiatrie clinique psychopathologique de l'adulte* (pp.339-358). Paris, France : PUF.
5. Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris, France : Masson.
6. Chabert, C. (1992). Les problématiques dépressives et leurs aménagements : approche clinique et projective, *Bulletin de la Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 36, 25-40.
7. Cottraux, J. (2003). Trouble obsessionnel compulsif. *EMC-Psychiatrie*. 14 pages.
8. Cottraux, J. (2004). Trouble obsessionnel compulsif. *EMC-Psychiatrie*, 1 (1),52-74.
<https://doi.org/10.1016/j.emcps.2003.08.002>
9. Debray, Q. (2010). *Psychopathologie de l'adulte* (4 é èd). Paris, France : Masson.
10. Denis, P. (2015). *Le narcissisme*. Paris, France : PUF.
11. Freud, S. (1909/2014). *Cinq psychanalyses*. Paris, France : PUF.
12. Freud, S. (1924/1979). La disposition à la névrose obsessionnelle. Dans *Névrose, psychose et perversion*. Paris, France : PUF.
13. Freud, S. (1926/2014). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, France : Payot.
14. Guerra, Q. (2016). *Trouble obsessionnel compulsif : stratégies de traitement chez l'adulte*. Paris, France : Editeur inconnu.

15. Janet, P. (1898/1990). *Névroses et idées fixes*. Paris, France : La société Pierre Janet.
16. Janet, P. (1903/2005). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, France : L'Harmattan.
17. Janet, P. (1905/2008). *Les névroses*. Paris, France : L'Harmattan.
18. Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de psychanalyse* (12 é éd). Paris, France : PUF
19. Millet, B., Bourguignon, A. (2012). Trouble obsessionnel compulsif et spectre obsessionnel compulsif. Dans J-D, Guelfi (dir), *Manuel de psychiatrie* (pp.242-250). Paris, France : Masson.
20. Sauteraud, A. (2005). *Le trouble obsessionnel-compulsif : le manuel du thérapeute*. Paris, France : Odile Jacob.
21. Thurin, J-M. (2010). Psychanalyse et psychothérapie. *EMC-Psychiatrie*.37-810-F-50.
22. Yrondi, A. (2015). La personnalité narcissique devient-elle plus fréquente ? *Annales Médico-psychologiques*, 173 (4), 331-334. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.006>
23. Vera, L. (2008). Thérapie comportementale et cognitive du trouble obsessionnel compulsif et des troubles de la personnalité comorbides : thérapie de groupe. *Annales médico-psychologique*, 166(8), 673-676. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.07.008>

Pour citer cet article:

Fergani Louhab; Benamsili Lamia, (2022). "**Quelques considérations sur l'évaluation et la prise en charge psychothérapeutique du trouble obsessionnel compulsif associé à un trait narcissique de personnalité**". *Almawaqif*. Vol.18, N° 01. aout, 2022, pp 1232-1255