

Les rituels obsessionnels et la naturalisation psychiatrique de l'agir humain
(version de travail d'un article paru dans *Raisons pratiques* n°23 (-2013), *Le mental et le social*, sous la direction de Bruno Ambroise et Christiane Chauviré)

Posons ceci en prémisse. Il n'est pas rare, il est même extrêmement fréquent, que nous éprouvions dans nos actions (qu'il s'agisse de gestes du quotidien, de paroles prononcées, d'actes à la signification sociale supérieure) une sorte d'embarras. Le succès attendu de l'intention fait l'objet d'un contrôle plus appuyé, le geste est repris une seconde fois, nous vérifions que le résultat est bien celui voulu (et même deux fois plutôt qu'une), nous sommes pris après l'action d'un doute sur ce que nous avons vraiment fait, le tout baignant dans une atmosphère colorée d'inquiétude, voire d'angoisse, et souvent aussi de culpabilité ou de honte (y compris la honte de ne pas être bien sûr de ce que nous avons fait). L'agir vraiment humain semble même impliquer la possibilité d'un remords *a posteriori* — preuve que quelqu'un l'a voulu et s'y est engagé — et ce qui est assez typique des embarras extrêmes de l'action, c'est justement qu'on n'agit pas de peur d'avoir à s'en repentir après coup. Cette résistance intérieure, viscosité ou pénibilité, peut à l'occasion culminer dans un sentiment positif de contrariété, une envie de faire et de ne pas faire la chose à faire, qui croît jusqu'à la paralysie, et, dans les cas paroxystique, procure à l'agent le sentiment affreux qu'il se divise en deux, qu'il a en lui un ennemi qui s'oppose à ses intentions, voire qu'il se dépersonnalise.

Le phénomène n'a jamais été bien considéré du point de vue de la philosophie de l'action. On trouve quantité de réflexions profondes et systématiques sur les irrationalités de l'action, sur les actions malheureuses (par exemple dans la problématique classique des actes de parole), plus encore, dans la veine naturaliste dominante qui décrivent en long et en large les dysfonctions hypothétiques de l'action intentionnelle (des fonctions exécutives au *monitoring* de l'action) — mais de ces embarras ordinaires et de leur impact affectif, pas un mot. Ces embarras-là (du moins aujourd'hui) ne sont pas jugés dignes d'analyse. Du point de vue conceptuel ils sont jugés impurs (on ne fait pas une théorie de l'action en mélangeant action et émotion) et tout ce qui est réputé pathologique est tenu en suspicion, car réputé incapable d'éclairer les cas normaux. On se retrouve ainsi dans la situation décrite autrefois par Stanley Cavell, d'un public philosophique qui parle en long et en large d'intentions et de réalisation des intentions, en négligeant que souvent, et peut-être le plus souvent, on ne parle d'intentions que parce qu'elles ne se sont pas réalisées, et pour cerner ce qui justement ne s'est pas réalisé dans l'action, mais, par exemple, y reste plus ou moins en réserve (dans la critique des œuvres d'art, c'est très habituel : les intentions de l'artiste, c'est ce dont ce qu'il a fait nous donne juste une idée). L'embarras d'agir que je pose en prémisse est une variante de cette situation. L'action paradigmatique est toujours celle qu'on fait sans embarras, ni scrupules, ni remords par avance. Mais si c'est le cas, alors elle n'a pas lieu souvent.

Pour l'historien des mœurs, ou pour l'anthropologue, ces embarras, au contraire, sont une réalité bien vivante. Ils se sont élevés, à certaines époques, aux dimensions de vastes phénomènes de société, par exemple dans le cas des affres de la « conscience scrupuleuse » au 17^{ème} siècle, ou à la fin du 19^{ème} siècle, à l'époque de la neurasthénie, quand détachés de tout enjeu religieux, ils ont pris la forme des incapacités et des impuissances professionnelles de masses considérables de gens livrés à des tâches abstraites, aux finalités invisibles. Ils s'épuisaient à les accomplir avec un zèle et une perfection absurdes, jusqu'à l'effondrement dépressif. Par ailleurs, scrupulosité, angoisse, sentiment d'imperfection, inhibition, et souvent horreur d'agir ou remords devant l'action posée comme malgré soi sont le lot commun d'un nombre considérable d'artistes de génie, notamment à l'époque du modernisme (pensez à Pessoa ou à Kafka), sans qu'il vienne à

l'idée de personne que ces descriptions soient autre chose que des tableaux pertinents de la condition humaine en général.

Une sous-classe de ces phénomènes a été lentement individualisée dans la seconde moitié du 19^{ème} siècle, pour arriver jusqu'à nous sous la forme psychiatrique officielle des « obsessions » et des « compulsions ». Les premières sont surtout des contenus mentaux, les secondes des actions, dites « actions contraintes », « rituels compulsifs », ou encore « rituels obsessionnels ». Freud est l'inventeur du concept de « névrose obsessionnelle ». À partir des années 1950, le couple « obsessionnel-compulsif » s'autonomise de la psychanalyse, jusqu'à l'émergence, dans les années 1970, des « troubles obsessionnels-compulsifs » (TOC) qui ont désormais droit de cité dans les grandes nosographies et sont un sujet de recherches brûlant en psychiatrie cognitive. À chaque étape de ce processus historique, il est essentiel de rappeler que des conceptions de plus en plus diverses de la volonté, de l'intention, de l'agentivité, se sont violemment opposées. Corrélativement, ce qui valait comme exemple paradigmatique de rituel compulsif a profondément varié. Les grands obsédés de la seconde moitié du 19^{ème} siècle souffrent de rituels extraordinairement élaborés, avec un scénario complexe, une idéation obsessionnelle très riche les doublant en continu ; leur lien avec la religion et la morale est patent. La plupart appartiennent à des milieux relativement aisés, ce sont en majorité des hommes, tous sont en plus des « neurasthéniques ». A la même époque, les obsédés de la symétrie, les laveurs compulsifs, les vérificateurs jamais rassurés sont plutôt marginalisés, le peu de signification subjective et le faible rendement éthique de leurs symptômes allant très bien, d'ailleurs, avec les catégories sociales où on les repère : pauvres, mais aussi femmes, voire « dégénérés ». De toute façon, avant Freud, l'opinion générale est que ces troubles sont plutôt de nature psychotique. L'idée que les obsessions et les compulsions relèvent de la névrose, autrement dit de troubles plus fonctionnels, mais aussi plus réactionnels et donc plus répandus dans la population, ne se répand véritablement qu'avec la psychanalyse. Avec l'élargissement considérable du bassin de recrutement des obsessionnels-compulsifs, qu'on peut dater du milieu des années 1980, ce sont au contraire ces TOC « simples » (lavage, vérification, etc.) qui sont devenus la norme. Comme ils sont beaucoup plus aisés à identifier et à compter, la recherche scientifique les privilégie, les thérapies cognitivo-comportementales les prennent pour cibles électives, on essaie sur eux les médicaments, les associations de patients s'y retrouvent, et l'épidémiologie s'appuie sur eux pour arriver à un taux de prévalence entre 3 et 4%, ce qui en fait la quatrième plus fréquente maladie mentale. Ces taux de prévalence alimentent la spéculation évolutionniste sur les raisons de la conservation des gènes vraisemblablement impliqués dans ces comportements dans notre espèce (et d'autres, comme on va bientôt voir)¹.

Je me concentrerai ici sur la question des rituels compulsifs, en laissant de côté, autant qu'il est possible, la connexion entre compulsions agies et obsessions mentales. Observez la différence entre deux tableaux cliniques. Le premier est de Freud :

« Pendant toute une période [une femme vivant séparée de son mari] eut coutume de répéter une action de contrainte particulièrement frappante et dénuée de sens. Elle courait alors hors de sa chambre à une autre pièce au milieu de laquelle se trouvait une table, arrangeait d'une certaine façon le tapis de table disposé dessus, sonnait la femme de

¹ Sur l'histoire des obsessions et les problèmes philosophiques très généraux que je ne peux aborder ici de que de façon superficielle, je me permets de renvoyer à mon récent travail, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés : Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, vol. 1, Ithaque, Paris, 2011 et *La Fin des coupables, suivi du Cas Paramord*, vol. 2, Ithaque, Paris, 2012.

Dans le second volume, j'analyse en détail plusieurs exemples de psychothérapies des obsessions, qu'ils soient psychanalytiques (notamment celle de l'Homme au rats chez Freud, ainsi que le cas Paramord, issu de ma propre pratique), ou comportementales et cognitivo-comportementales, des années 1950 à aujourd'hui. Je me permets là encore d'y renvoyer le lecteur intéressé par les conséquences cliniques de la thèse que je soutiens ici.

chambre qui devait s'approcher de la table et la renvoyait en la chargeant d'une commission quelconque. Dans ses efforts pour élucider cette contrainte, il lui vient cette idée que le tapis de table en question avait à un endroit une tache d'une couleur douteuse et qu'elle plaçait chaque fois le tapis de table de sorte que la tache ne pouvait manquer de sauter aux yeux de la femme de chambre. Or, le tout était une reproduction d'une expérience qu'elle avait vécue dans son mariage et qui avait plus tard donné à ses pensées un problème à résoudre. Son mari avait pendant la nuit de noces une infortune qui n'est pas inhabituelle. Il s'avéra impuissant et "au cours de la nuit vint plusieurs fois en courant de sa chambre dans celle de sa femme" pour répéter la tentative de voir si cela ne réussirait pas quand même. Au matin, il déclara qu'il aurait forcément honte devant la femme de chambre de l'hôtel qui ferait les lits, c'est pourquoi il s'empara d'une petite bouteille d'encre rouge et en répandit le contenu sur le drap, mais de façon tellement maladroitement que la tache rouge apparut à un endroit très inapproprié à son dessein. Avec cette action de contrainte, elle jouait donc la nuit de noces. "Table et lit" constituent à eux deux la vie conjugale.² »

Le second est tiré d'un manuel contemporain :

« Bill est un programmeur de 34 ans, qui a fait l'expérience de la vérification compulsive sous la contrainte d'une peur de faire du mal à autrui. Au début du traitement, il refusait de prendre le volant de sa voiture, redoutant de rentrer dans quelqu'un ou de provoquer un accident. Quand il conduisait, il se mettait à vérifier compulsivement à un tel point, et à manœuvrer de façon si bizarre que, ironie des choses, il représentait une authentique menace pour les autres (par exemple, il se mettait à accélérer sans prévenir et sans qu'on s'y attende, à ralentir, à changer de file, et à regarder derrière lui pendant de longs moments tout en conduisant !). Il insistait pour que sa femme fasse la route avec lui pour lui certifier qu'il n'était pas passé par inadvertance à côté de telle ou telle catastrophe dont il croyait avoir été la cause, et après des excursions de ce genre, il se jetait avec avidité sur toutes sortes de médias en quête d'information sur des accidents de voitures récents. Sans surprise, Bill avait le plus grand mal à accomplir des tâches telles que se rendre au travail, ou en revenir, ou bien prendre la voiture pour aller faire ses provisions sans d'intenses souffrances. Bien qu'il n'ait jamais été impliqué dans le moindre accident de voiture, il cherchait à se renseigner à ce sujet, "afin d'être préparé à quoi faire, s'il lui en arrivait un". En outre, il lui fallait changer souvent d'assurance automobile, après s'être fait étiqueté *persona non grata* de nombreuses fois, parce qu'il appelait son agent tous les jours pour vérifier si qui que ce soit avait signalé un accident avec délit de fuite où il aurait été impliqué³. »

Il est difficile devant deux descriptions si différentes, chacune revendiquant d'être des exemples paradigmatiques d'actions forcées, de ne pas soulever, au moins à titre d'hypothèse, l'idée qu'il ne s'agit pas des mêmes malades. Bien plus, il ne s'agit pas des mêmes conditions anthropologiques de description, donc d'autodescription, et donc enfin de perception intime comme collective de ce qui ne va pas dans une action, chez un agent, et même de ce en quoi consiste une action et une contrainte intérieure qu'on éprouverait à devoir la poser ou à devoir s'en retenir. L'atmosphère de ces compulsions est en effet très différente.

Il semble pourtant que les malades soient confrontés à un problème analogue. C'est qu'ils vivent leurs actes comme contraints non par une puissance qui leur serait extérieure (comme dans

² Freud S., « Actions de contraintes et exercices religieux », in OC VIII, p.140-1

³ Rosqvist J. & Norling D.C., « Compulsive checking » in Abramowitz S., McKay D. & Taulor S., *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Problems*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008, p.32-3.

un délire psychotique le malade reçoit des ordres que lui intiment ses voix, ou comme dans un trouble neurologique pur, une épilepsie temporale, par exemple, il se voit en train d'accomplir automatiquement certains gestes), mais par quelque chose qui les motive du dedans. Or nous n'avons pas beaucoup de moyens de concevoir une contrainte « intérieure », sinon en pensant au sentiment d'obligation morale, qui est à peu près tout ce que nous avons pour nommer un pareil phénomène. La limite est immédiate : on ne voit pas à quel impératif moral obéiraient des actions compulsives aussi ridicules qu'un perpétuel lavage de main, ou de vérifier encore une fois le robinet du gaz, pour donner deux autres exemples très communs de cette pathologie. Bill peut, au début, alléguer la préservation d'autrui. Mais à la 25^{ème} reprise, celui qui allègue encore ce genre de précautions morales n'y croit plus lui-même vraiment (il rationalise ce qui le dépasse) ; et pour le lavage des mains ou l'obsession du gaz resté ouvert, la plupart des cliniciens s'accordent à dire que si la conviction de protéger l'entourage contre les germes ou les explosions fortuites ne cède pas (la conviction, pas les gestes), le problème n'est plus exactement ni seulement celui de l'acte compulsif. C'est celui du délire.

Il y a toutefois un autre problème encore, moins clinique que conceptuel. Que les compulsions soient intentionnelles (au sens où elles ont un certain degré d'organisation, au point qu'on parle de rituel, qu'elles pourraient être des actes volontaires et que l'agent qui pose des actes compulsifs s'effraie de ce qui ce soit justement lui qui agit ainsi, et personne d'autre), c'est une chose. Mais qu'en même temps ces compulsions sont des actes dont l'agent ne veut surtout pas et qui lui font même typiquement se demander s'il n'y aurait pas un monstre caché en lui, c'est là une torture de nature *grammaticale*. Parler d'« actes contraints de l'intérieur », est-ce que cela fait sens, en effet ? Pour nous, c'est aux limites du non-sens. La notion de contrainte est en effet le contraire de celle d'obligation, il suffit d'ouvrir un manuel élémentaire d'éthique. Or voilà qu'on parle d'action (intentionnelle, dont l'agent s'accuse, dont il n'impute à personne d'autre le motif comme s'il en était la marionnette), et qui sont cependant vécues comme contrainte, dans l'angoisse.

Je dis « pour nous », c'est à la limite du non-sens. Mais l'histoire vient à notre secours. Ce n'est pas du tout la même chose d'être dévoré de scrupules et par l'angoisse de pécher sans s'en rendre compte quand un discours parfaitement légitime, une norme même de l'excellence éthique, place à votre horizon avec un sérieux absolu l'idée de péché originel et de nature humaine déchue, et quand l'éloge de l'autonomie individuelle, avec toutes les logiques d'action privées et sociales qu'elle véhicule dans un monde où la transcendance religieuse est devenue une référence abandonnée au choix privé, vous incite à considérer comme de simples parasites mentaux, nécessairement vides de sens, tout ce qui s'oppose à un état moral vécu comme une évidence. Vous n'avez pas dans l'un et l'autre cas les mêmes ressources discursives, les mêmes soutiens de l'entourage proche, les mêmes institutions à votre disposition pour apaiser votre malaise. Au 17^{ème} siècle, il y a place pour l'action contrainte : le confessionnal. Au 20^{ème}, aussi : le cabinet du psychothérapeute. Il se peut d'ailleurs que les cerveaux des gens qui vivent ces états soient dans des états très comparables, et que l'effet de l'angoisse sur eux soit phénoménologiquement quasi identique. En revanche, l'agir contraint ne s'exprime pas pour autant de façon privilégiée dans un cas plutôt que dans l'autre. Il est absurde de déduire de ce coup d'œil rétrospectif qu'il existe un état morbide du cerveau qui reçoit des déguisements culturels variés, tout en restant biologiquement constant. Car on ne sait pas à quoi correspond ce trouble en dehors de ses expressions mentales, et donc historiques et sociales. Il n'a pas de critère biologique indépendant de ses manifestations symptomatiques. Du coup, la seule chose qu'apprend la thèse de la constance neurobiologique des TOC à travers les âges (*modulo* la variation culturelle), c'est à quelle époque appartient celui qui la formule, quelle idée il se fait de l'agent autonome, de l'action, de ses embarras intrinsèques, du rôle du cerveau dans les

pathologies mentales, etc. Accessoirement, cela situe aussi historiquement les arguments qu'il invoque pour affirmer que l'histoire n'a rien à voir avec la constance de ces phénomènes. On s'en doute, ils ont peu à voir avec la notion de péché originel.

Soit dit en passant, le coût philosophique de l'objection à la thèse « naturaliste » (archidominante aujourd'hui) que je viens de caractériser est fixé *ipso facto* : c'est l'obligation d'inscrire les doctrines successives des obsessions, des compulsions, des TOC, etc., dans une histoire anthropologique longue de l'expérience de la contrainte intérieure, en se gardant de les considérer comme intrinsèquement pathologiques, mais en les enracinant au contraire dans des variations (éventuellement dramatiques) du rapport possible de l'agent à ses actes et aux embarras qu'ils lui occasionnent. J'insiste : ce n'est pas, de façon toute négative ou seulement ironique, de lui opposer des logiques conceptuelles abstraites invalidant l'analyse naturaliste ou réductionniste de l'action ou de l'agent, ou de l'intention et de la volonté. Une telle chose n'a de sens que si les faits eux-mêmes sont reconsidérés dans leur texture empirique. Invoquer Wittgenstein ou Peirce devant les progrès des neurosciences de l'action (ici de la psychiatrie cognitive des TOC), c'est rester au milieu du gué. Prendre vraiment pied sur l'autre bord, c'est contribuer positivement à changer le regard des cliniciens, et c'est relancer l'histoire en proposant des vues plus larges et des pratiques plus ajustées, y compris dans le registre thérapeutique ou la prise en charge médico-sociale. En particulier, ce n'est pas du tout réfuter la naturalisation des TOC, comme une « erreur grammaticale » en soi. C'est comprendre ce qui a rendu nécessaire cette naturalisation dans un contexte socio-historique donné.

On peut alors revenir sur l'exemple freudien. Il se heurte à l'objection traditionnelle. Mettez, par une concession extraordinaire, et que peu de gens feraient de toute façon de nos jours, qu'on puisse découvrir le langage codé qui exhume sous ce rituel inintelligible une intention pleine de sens (les désagréments de la nuit de noces s'expriment dans le scénario du rituel). Mettez même que ce sens soit sexuel et lié par toute une histoire déterminée au passé de la personne qui ritualise compulsivement. D'où vient alors que ce sens refoulé s'exprime comme un rituel compulsif, plutôt que par une obsession purement mentale, ou un ensemble de phobies, voire un simple cauchemar ? Qu'on puisse poser ce genre de questions à Freud va dans le sens de la critique épistémologique habituelle : cette dernière a reconnu chez Freud un authentique naturaliste sur le plan de la méthode (il fait des inférences, il a une théorie causale des symptômes, il est à la recherche de généralisations nomologiques, il propose des critères de corroboration clinique, etc.), et elle n'a pas de mal à montrer que l'épistémologie de Freud fait long feu (et donc sa prétention à la scientificité).

Saisir les faits cliniques par le col et les remettre dans la voie de la scientificité, c'est donc devoir fournir, en d'autres termes, d'autres règles pour les identifier que leur possible insertion (même esthétiquement satisfaisante) dans un scénario qui leur donne du sens. Dans l'histoire des TOC, c'est là qu'entre en scène le comportementalisme. Des conduites objectives, voilà ce qu'il faut, qui obéissent à des lois de production empiriquement testables et falsifiables, et donc des conduites dont on puisse décontextualiser avec précision les occurrences pour en faire rigoureusement des instanciations de ces lois comportementales — ce qui ne veut pas dire que rien ne les précède, ni ne les déclenche, mais qu'il ne s'agit pas de raisons déterminantes de ces compulsions. Bien plutôt, croire qu'il y a des raisons qui donnent sens aux compulsions est un biais *a posteriori*, une rationalisation qui fait partie de la maladie, qui en est un symptôme, et qui ne l'explique en rien.

Une conception très générale de l'agir compulsif s'est ainsi fixée dans les années 1960, posant en prémisse que l'obsessionnel est sous la pression continue d'une angoisse. S'il découvre qu'en cédant à un premier geste de vérification ou de lavage des mains, l'angoisse diminue, il devient pour ainsi dire prisonnier de la sensation de soulagement qu'il s'est ainsi procurée. Il ne

va pas jusqu'au bout du cycle de l'émotion déplaisante, jusqu'à son extinction naturelle. Au contraire, dès le retour de l'angoisse, il cède à nouveau au geste soulageant, puis encore et encore. Pour finir, et pour compléter l'explication, on peut imaginer que la routine motrice compulsive s'autonomise et que l'obsédé qui trouve de moins en moins de soulagement à l'accomplir ressent au contraire une intensification de l'angoisse à ne pas l'accomplir. Je passe sur les variantes de ce raisonnement, elles sont fort nombreuses, mais elles intéressent plus le clinicien que le philosophe. Du moins, ce schéma général a-t-il été très largement accepté, et a fortement entamé le crédit des psychothérapies psychanalytiques dans le traitement des compulsions.

On voit vite, en matière d'action, les difficultés que pose ce comportementalisme-là. Une réaction, à la rigueur, quand elle est de l'ordre du réflexe, présente une régularité qui se prête bien à ce genre d'analyse. Mais si l'on met de côté les effets thérapeutiques dont on dit qu'ils dérivent de cette analyse, appliquée même à des TOC simples, lavage ou vérification, la théorie est rapidement moins convaincante. Au fond, c'est traiter la compulsion comme un tic, en laissant de côté, entre autres choses, la lutte anxieuse de l'obsédé qui résiste, puis qui cède, puis qui résiste, etc. Ou c'est traiter la compulsion comme une phobie « à l'envers », dans laquelle l'agent sent qu'il ne va pas pouvoir résister à l'attraction fatale de l'objet. Sans oublier que la compulsion n'est pas simplement accompagnée d'angoisse (si on l'exécute pas, ou pas assez bien). La honte, la culpabilité, l'anticipation du remords, entre autres, sont aussi des sentiments qui agitent le compulsif — Bill en est un exemple manifeste, puisqu'on peut sans difficulté redécrire son état en une forme exagérée de scrupulosité morale. En tapant très fort, on peut tout écraser sur l'angoisse-apaisée-hélas-trop-vite-par-le-TOC-de-vérification, mais adieu la spécificité des phénomènes ! Adieu, par exemple toute analyse de la subtile domination que Bill exerce par ce biais sur sa femme (une donnée relationnelle encore plus évidente avec les enfants à TOC et leurs parents-esclaves). Plus globalement, enfin, c'est abolir tendanciellement la différence entre le normal et le pathologique (ce qui était d'ailleurs un objectif moral revendiqué de nombre des premiers comportementalistes), au point que le rituel religieux est, littéralement, un conditionnement du même ordre qu'un rituel obsessionnel, sauf que le premier a une sanction sociale et le second non. Peu importe, à la fin, qu'on revendique une efficacité remarquable pour les techniques comportementalistes de traitement des TOC. Si la doctrine qui sous-tend ces traitements est peu satisfaisante, rien ne prouve que leur efficacité dépende de la théorie ou la prouve. Peut-être n'est-elle-même qu'une infime partie du problème, et donc de la solution.

On aperçoit donc pourquoi, ici comme ailleurs en psychopathologie, la voie était toute tracée d'une reprise cognitiviste de ces mêmes phénomènes, à nouveau frais. Car en quoi un comportement aussi curieux qu'un rituel compulsif est-il véritablement dysfonctionnel ? Quelles sont les fins normales de l'agir intentionnel, et quelles sont donc ses pathologies ? Si l'on ne veut pas réduire le rituel obsessionnel à un enchaînement moteur déconditionnable, où les manies du fumeur, les tics, le lavage compulsif des mains et les signes de croix appartiennent à une série dont les différences sont purement relatives à l'acceptabilité sociale et au malaise ressenti, il faut trier les intentionnalités sous-jacentes. Comment cependant conserver certaines de ces intentionnalités dans la sphère légitime (en tout cas en médecine) de l'approche naturaliste ? En étant aussi internaliste que possible dans l'externalisme. Autrement dit, en limitant le recours au contexte de l'action à l'environnement naturel et aux échanges avec les congénères, en un mot, à ce qui est strictement nécessaire à la survie de l'individu membre de l'espèce.

La neurobiologie évolutionniste qui est la toile de fond de la psychopathologie cognitive donne donc un moyen de séparer parmi les comportements inadaptés l'ivraie des conduites répréhensibles ou juste déplaisantes pour l'individu du bon grain des dysfonctions authentiquement désadaptées, quelles que soient les opinions des malades ou les lubies de son milieu social et historique. Un exemple légendaire du style de raisonnement qui a cours dans cette

perspective est dû à Judith Rapoport⁴. Confrontée à un jeune garçon qui ne pouvait plus s'empêcher de se laver, elle a formulé dans les années 1990 l'hypothèse qu'il fallait rapprocher ces conduites de la dermatose de léchage du chien. Il existe en effet tout un répertoire de conduites adaptatives, résultats de la sélection naturelle, qui permettent dans des circonstances déterminées, de faire face aux aléas du milieu. Mais parfois, un élément de ce répertoire, qui n'est en rien pathologique, se « libère » et se met à fonctionner (car c'est bien un fonctionnement, il est tout à fait intentionnel, il est orienté sur un objet), mais tout seul. La communauté psychiatrique internationale a levé les bras au ciel de stupeur et de ravissement quand il s'est avéré que la dermatose de léchage du chien, liée au rituel compulsif auquel se livrent les malheureuses créatures déboussolées en se léchant hors de raison, guérissait aussi avec le psychotrope sérotoninergique de référence chez les humains. Les psychanalystes, en revanche, comme d'habitude, sont restés totalement insensibles à l'impact cette découverte en médecine vétérinaire. On peut généraliser avec une grande sophistication cette logique. Prenez les rituels de vérification. Au lieu de les expliquer comme les comportementalistes naïfs par la répétition addictive d'une conduite qui a été quelquefois soulageante, on en fera la perturbation ponctuelle d'une fonction cognitive de calcul des risques futurs de l'action. La psychologie expérimentale avait déjà montré, en effet, que les vérificateurs, à la surprise générale, ont une intolérance plus grande à l'incertitude sur l'avenir et qu'ils ont aussi tendance à surestimer les dangers. Il n'y avait plus qu'à faire l'hypothèse d'un module de précaution devant les menaces inférées, dont le fonctionnement dérégulé, désinséré du jeu harmonieux des autres fonctions mentales, mais en soi fonctionnel et justifié du point de vue de la sélection naturelle, explique causalement les symptômes des obsédés vérificateurs. Bien sûr, tout cela concerne seulement les généraux de l'agir compulsif. La psychopathologie cognitive évolutionnaire se lave les mains des circonstances particulières du trouble (qu'on vérifie plus le gaz que les factures, et dans telle circonstance plutôt que dans telle autre) qu'elle abandonne à l'empirisme des thérapeutes comportementalistes. À ces derniers de spécialiser les principes. Sauf qu'ils ne font pas de la science, mais de la technologie...

Un solide contre-argument comportementaliste est que la quasi-totalité de la charge de la preuve, quand on fait des hypothèses cognitivistes, dépend de l'observation des conduites. Mais en ce cas précis, on tient pour nulle et non avenue toute donnée empirique, et il y en a énormément, qui explique platement tel ou tel rituel compulsif à partir de la déshabitude de la compulsion allant simplement dans le sens contraire de l'habitude initiale. Quel besoin de postuler un module de précaution devant les menaces inférées chez les vérificateurs, si au niveau de l'examen empirique des comportements, où se valident les hypothèses, les choses sont déjà en ordre, et que la plupart des cas s'expliquent naturellement par la manière dont la compulsion a été acquise ? On sous-estime également, ajoutent-ils, la part que jouent dans nos vies les stimulus inconditionnés (la réaction de sursaut devant les bruits violents, etc.). S'il n'y a pas besoin de postuler un module de détection des formes grouillantes, dûment sélectionné par l'évolution, pour expliquer les phobies des serpents et des insectes, c'est parce que la sophistication d'un fonctionnement cognitif encapsulé de ce genre dépasse de loin ce qui est requis par l'*explanandum*. Mais justement, quelle est la part que prend ce genre de stimulus inconditionné, dans les angoisses d'accidents de Bill en voiture (les sensations d'accélération, l'approche d'objets menaçant, etc.) ? En dernière analyse, objecteraient les néo-béhavioristes, le cognitiviste est un très mauvais arbitre du coût relatif de l'explication par rapport au gain explicatif qu'elle procure. A-t-il assez exploré les possibilités d'explication simples avant d'enfourcher les complexes ?

Tournons-nous cependant vers des critiques d'une nature bien différente. Mon propos est en effet d'inquiéter une représentation dogmatique de la façon dont devrait idéalement se passer

⁴ Rapoport J., *Le garçon qui n'arrêtait pas de se laver*, trad. franç., Odile Jacob, Paris, 2001.

l'agir humain, représentation qui pathologise ses embarras intrinsèques, et qui tend à les réduire à des dysfonctions mentales.

La première critique se formule ainsi. La psychopathologie évolutionniste des troubles de l'agir n'est pas simplement négligente en termes d'histoire individuelle. Elle est aussi incroyablement fixiste en matière d'histoire humaine. Il va de soi, dans cette littérature, que les TOC ont toujours existé, ou du moins, quelque chose qui y ressemble fort (*modulo* la variation culturelle). Les modules intracérébraux ne changent pas tous les quatre matins, et la génétique humaine appuyée sur l'épidémiologie exige un temps long et la diffusion d'un trait universel ne s'envisage pas sur quelques siècles. Toute autre opinion ne saurait être discutée, car elle relèverait d'un constructivisme social relativiste. On se demande alors quoi faire de ce qui, chez les scrupuleuses du 17^{ème} siècle, ressemble fort, justement, à nos compulsions, lesquelles sont érigées en types pour l'intelligence neurobiologique des TOC, avec toutefois cette très ennuyeuse différence qu'ils ne touchaient quasi que des femmes et de très rares hommes, tous religieux dans les ordres. Un tel *sex ratio* est carrément unique. On s'étonnera aussi du fait que l'Antiquité ignorait les TOC. Toutes les tentatives d'y découvrir quand même des conduites de ce genre, par exemple en examinant les mille et une facettes de la superstition gréco-romaine, réécrivent purement et simplement les textes pour les mettre en conformité avec nos idées actuelles sur les TOC. L'épouvantail du relativisme n'y est pour rien. Pour qu'on puisse affirmer avec plausibilité que les déterminants des maladies mentales sont neurobiologiques et que l'histoire ne fait que varier les nuances du mince vernis de culture dont elle recouvre le noyau de la génétique et de la neurophysiologie, encore faut-il se fatiguer à énoncer les critères (qu'on espérerait biologiques) de *suffisante* ressemblance entre les formes qu'affectent lesdites maladies à travers les âges. Et sans doute conviendrait-il de se renseigner au préalable sur l'existence de quoi que ce soit qui ressemblait autrefois à ce que nous appelons une maladie mentale hypothétiquement fondée sur une dysfonction cérébrale⁵.

La deuxième critique est plus spéculative, mais en l'exposant, on devrait sentir ce qui la rend nécessaire, elle aussi sous une forme ou sous une autre. Elle consiste à tenter de jeter un pont entre deux extrêmes du rituel obsessionnel, celui où il rejoint presque une forme de pratique pleine de sens aux limites de la commémoration (le cas de Freud est éloquent de ce point de vue), et celui où peut-être il se dissout dans quelques chose qui n'est même plus une action *stricto sensu*, mais une réaction automatique, ou la mise en branle d'une téléologie de nos organismes décidément pas fait pour la conduite sur autoroute, ce qui pousserait Bill à plaquer un scénario pseudo-moral de précaution sur le déchaînement incontrôlable de routines de préservation qui sont autant de réflexes inconditionnés. Nul n'est en effet forcé d'aller à l'extrême freudien du scénario caché sous l'agir compulsif. Certes, ce scénario a l'avantage d'identifier ce qui constitue la compulsion comme action (pas d'action sans description, pour rappeler le leitmotiv anscombien). Mais il a l'inconvénient de nous laisser dans le flou sur ce qui rend ensuite cette

⁵ TOC et obsessions ne sont pas le seul cas où la tâche est plus difficile que prévue. On parle avec assurance des bases génétiques de la schizophrénie et la psychologie évolutionniste s'est même proposée d'expliquer quels seraient les avantages adaptatifs de certains traits de cette maladie. Il n'y a qu'un ennui. Prenez une forme banale de cette maladie, celle où elle se déclenche autour de la puberté, se traduit par un effondrement assez brutal des compétences cognitives, de la qualité des affects, et qui, sans grande efflorescence délirante, se complique souvent d'anomalies psychomotrices spectaculaires et débouche sur une chronicisation pseudo-démentielle (la forme hétérophrénique de la schizophrénie, comme on la définit en psychiatrie). Comme on voit, ce tableau est assez saillant, on voit mal comment le rater. Et pourtant, aucun manuel contemporain ne remarque qu'il n'existe absolument aucune description de cet état avant le 18^{ème} siècle. Les médecins de l'Antiquité ont observé des formes même rares de mélancolie, de manie, d'épilepsie, ils ont décrit des affaiblissements mentaux de toutes sortes, jamais l'hétérophrénie... Certes, l'absence d'une preuve n'est pas la preuve d'une absence, mais s'il se trouve une description de ce genre, elle est bien cachée. Je suis preneur de toute suggestion.

raison causalement agissante pour produire la compulsion elle-même. Or, quoi qu'il en soit du rapport entre l'intention identifiante et l'effectuation de la compulsion, l'idée de rituel, partagée en religion et névrose, mérite exploration. Ce n'est peut-être pas pour rien qu'elle s'impose aux observateurs, mais aussi aux obsédés.

Distinguons rituel et rite⁶. La relation entre un rituel, au sens d'une série de règles portant sur les actions à exécuter (leur ordre, notamment), et le rite, au sens de ces actions elles-mêmes, n'a pas besoin d'être strictement dénotative, comme elle l'est manifestement chez Freud, qui conçoit la compulsion comme mise en scène très contrainte d'un script caché — s'il ne va pas jusqu'à faire du rite, comme on peut parfois le penser, la traduction mécanique du texte codé sous-jacent, en sorte que ce texte non seulement en rend raison, comme un rituel, mais commande carrément son exécution, à la façon des bandes perforées d'un piano mécanique. La référence du rite au rituel, au contraire, peut n'être que symbolique. Cela signifie que l'exécution réussie du rite (voire de la compulsion) est plutôt une exemplification du rituel que son actualisation physique ou sa traduction intégrale en gestes ou en attitudes. Le rituel, c'est particulièrement évident en matière religieuse, c'est ce dont on a besoin pour s'assurer que le rite est correctement exécuté. On s'en sert pour apprendre aux gens ce qu'est le rituel. Mais ça ne l'est pas moins avec les actes contraints, même si la dimension pédagogique est alors nulle, et je veux attirer l'attention là-dessus, bien qu'il s'agisse d'un point de clinique qui n'a rien du tout d'intuitif pour le pur philosophe. En effet, il ne s'agit jamais de pure et simple mise en œuvre de la compulsion, dans les TOC. Il faut aussi que la compulsion soit correctement exécutée. Si elle ne l'est pas, le malaise reprend, et l'obsédé recommence. Curieusement, il en va de même avec de troubles dont on est encore moins enclin à imaginer une composante psychologique, les tics. La parfaite exécution du tic, et le soulagement que procure une performance sans défaut, a toujours été notée par les observateurs et leur a toujours paru énigmatique. Un tel sentiment de perfection à atteindre ne cadre pas vraiment avec une lecture en termes dénotatifs, et encore en termes de programme moteur s'effectuant automatiquement. Même dans le cas de l'agir contraint de l'obsédé, la compulsion est un échantillon du rituel. C'est pourquoi, mon analyse va dans le sens d'une règle sous-jacente qui guide les gestes du rite ou de la compulsion, et qui non seulement sert à identifier la séquence gestuelle comme étant bien une action, mais s'oppose absolument à ce que la compulsion soit réduite à une simple décharge motrice rationalisée après coup.

Un second aspect très important du rapport symbolique entre rite et rituel est que ce lien n'est pas un lien univoque ni même unique. Les rapports référentiels qui les unissent peuvent manifestement être coupés, se recomposer ou s'enrichir, sans que le rite cesse d'être un rite, et sans que le rituel cesse d'être un rituel. Non seulement le rapport de l'un à l'autre n'est pas dénotatif (et encore moins mécanique) mais il semble plutôt composite, révisable, évolutif. De ce point de vue, la vieille querelle qui consiste à savoir si les rites religieux sont juste des compulsions privées élevées au rang d'institutions sociales parce que les gens communient dans l'angoisse, ou bien si, au contraire, les compulsions pathologiques sont des caricatures désocialisées de rites collectifs, cette querelle perd beaucoup de son intérêt. Dans l'exécution d'un rite public, rien ne prouve que les différents acteurs aient rigoureusement la même appréciation du rite et du rituel. Un air de famille suffit à tout. Plusieurs peuvent avoir une compréhension extraordinairement plus développée que les autres des détails du rite, parce qu'ils ont une saisie beaucoup plus fine de nombreux rapports référentiels inconnus de leurs voisins entre telle ou telle sous-partie du rite et telle ou telle règle du rituel. Simplement, dans l'exécution elle-même, ces différences sont physiquement invisibles. L'un asperge trois fois le sol parce qu'on l'asperge trois fois, l'autre parce que trois divinités sont invoquées, l'autre parce ces trois divinités sont les

⁶ Pour ce qui suit, j'ai beaucoup profité des analyses d'Israël Scheffler, dans « Rituel et référence », qu'on peut lire dans *Lire Goodman : Les voies de la référence*, R. Pouivet & C. Elgin (éds.), L'éclat, Combas, 1992.

trois visages d'une puissance fécondant, etc. En somme, il est frappant qu'on puisse noter le déroulement du rituel (comme avec les conventions graphiques des chorégraphes, par exemple) ; mais quand on se trouve devant le texte, la sémantique est ouverte, la syntaxe du rituel ne dit pas tout. C'est enfin pourquoi les rituels peuvent devenir l'objet de pratiques d'initiation. Tout le monde fait la même chose, mais seuls certains savent quoi et pourquoi. Ou du moins, ce qui n'est pas la même chose, seuls certains peuvent penser qu'ils savent ce que les autres ignorent, tandis qu'en réalité personne ne sait rien du tout : ce n'est pas parce qu'on se pense initié qu'on a accès à l'histoire réelle de l'invention du rite ! Ainsi, si certains participants y voient une occasion de communion avec les autres, d'autres, peut-être, s'y livrent sous l'empire d'une compulsion privée. La fameuse équation freudienne de la religion comme névrose obsessionnelle collective et de la névrose obsessionnelle comme religion privée relève de la même radicalisation suspecte et peu convaincante d'un rapport dénotatif (et même causal) entre rite et rituel. Il est plus vraisemblable qu'il y a entre la névrose et la religion tout un réseau complexe et très entrelacé de possibilités mutuellement offertes à l'une comme à l'autre, précisément parce que la référence du rite au rituel est d'ordre symbolique. Il vaut mieux parler, par conséquent, d'un pôle de religiosité et d'un pôle du névrosisme pour toute une série d'actions contraintes dans des contextes variables.

Un troisième aspect remarquable du rapprochement que je suggère est qu'il n'y a pas vraiment lieu de penser que les règles du rituel soient ce que croient les gens qui l'accomplissent, ou qu'elles aient même une qualité mentale intrinsèque. Et il en va de même, à mon avis, ce qui est plus dérangeant, avec les compulsions (et avec les représentations que Freud met à leur principe) . Un rituel en effet, à une dimension fortement perlocutoire. Il vise à faire sentir, à affecter profondément les gens qui s'y livrent. Il ne s'agit pas simplement de pardonner, par exemple, au sens illocutoire (celui qui y est habilité, et qui a suivi les règles de la confession, en prononçant *l'ego te absolvo*, absout le pécheur). Il s'agit de procurer aux participants un affect de soulagement dans et par la ritualisation des paroles sacramentelles du pardon. En un sens, on ritualise *pour croire*, on ne ritualise pas *ce qu'on croit*. Freud et le thérapeute cognitivo-comportementaliste qui imagent l'un et l'autre un sous-texte représentationnel ou une intentionnalité cachée en deçà des actes contraints se trompent sans doute pour la même raison. L'obsédé alimente plus son obsession avec sa ritualisation, qu'il ne fait passer ou ne traduit ce qu'il a dans la tête en actions. Bill se rend d'autant plus crédible qu'il est une menace pour les autres conducteurs et les passants qu'il s'acharne à multiplier les gestes de précautions, lesquels confinent à la conjuration superstitieuse. L'obsédée de Freud, quel que soit le caractère inconscient et refoulé de ce à quoi elle ne veut pas croire, se met néanmoins dans la peau du mari en sorte que son impuissance et son ridicule à lui deviennent le problème central de toute sa vie à elle.

Cela dit, les différences critiques entre compulsions et rites religieux sont aisées à mettre en évidence. Dans le rite névrotique, le TOC, les participants sont fixés : la femme de Bill, une femme de chambre chez l'obsédée de Freud. Chez les enfants souffrant de TOC, c'est encore plus net. Avec le thérapeute, les compulsions ne se produisent souvent pas ; il faut la présence des parents pour qu'elles se déchaînent. En revanche, dans un rite religieux, les participants sont juste ceux qui ont titre à participer. D'autre part, il n'est pas rare qu'un rituel social ou religieux inclue des passages *ad libitum* (il y a un temps et un thème pour le sermon, ou pour la musique méditative, mais on ne fournit quand même pas l'homélie au prêtre ni la partition à l'organiste). La pétrification semble au contraire une propriété typique de la compulsion individuelle. Cela ne veut pas dire qu'elle n'évolue pas. Mais les compulsions névrotiques se transforment parce qu'elles doivent faire feu de tout bois. C'est la rançon de leur dépendance aux conditions extérieures d'exécution qui les force à évoluer. Dans le cas de Freud, on n'est pas obligé, par exemple, de penser au mariage comme « communauté de table et de lit ». On peut peut-être juste

dire que faute de lit, son obsédée a pris la table qu'elle avait sous la main, et donc un tapis de table tâché plutôt qu'un drap, etc. Enfin, il est banal dans les rituels religieux et sociaux qu'ils se donnent une première occurrence à l'origine, laquelle est commémorée (comme l'eucharistie des chrétiens). Freud, à sa façon, n'envisage que ce type de référence à un premier type, par exemple ici l'expérience traumatique de l'impuissance du mari et de son scénario de dissimulation pathétique, dont l'obsédée qu'il décrit ne se remet pas. Mais rites religieux et compulsions ne sont pas nécessairement dans ce rapport à une première occurrence exemplaire. Parfois, ce sont uniquement les performances précédentes auxquelles on se réfère, et qu'on reprend, sans s'inquiéter davantage de la première fois.

Je conclus ces brèves remarques en proposant ceci :

Dans un grand nombre de cas, nous avons une idée tellement idéalisée de l'action, de l'intention, de leurs rapports, que nous ne pouvons pas nous empêcher de traiter comme des états morbides, des « dysfonctions mentales », tout ce qui contrevient à cette idéalisation. Il ne suffit pas de faire une critique exclusivement conceptuelle de ces idéalisations (par exemple en montrant que les jeux de langage impliquant l'intention sont très loin de se réduire au cas paradigmatique du concept objectivé d'intention en psychologie cognitive). Il faut descendre, si j'ose dire, de ces usages alternatifs, non exclusivement naturalistes, aux formes de vie où ils s'inscrivent. En faire l'histoire, recourir à la comparaison anthropologique, devient alors une dimension de plein droit de la critique philosophique. Pour reprendre un mot d'ordre récent en philosophie de l'esprit (Taylor, Descombes), c'est rendre l'« esprit objectif » encore plus concrètement objectif, mais c'est en fait le rendre objectif tout court, et pas conceptuellement ou abstraitement objectif. Une façon de surmonter cette idéalisation, c'est alors de s'apercevoir qu'il y a bien des façons pour une action d'être une action « sous une description » (je cite encore ce mot d'Anscombe). Une fois restituée à ce contexte vivant l'action que j'ai qualifiée d'« embarrassée » (scrupuleuse, répétée exagérément, vérifiée et revérifiée, angoissée, obsédante, hantée par des images qu'on refoule de toutes ses forces, et finalement compulsive et dépersonnalisante), une deuxième étape s'annonce. Dans le cas des rituels compulsifs, qui sont bien des actions, on peut relâcher les contraintes d'une relation exclusivement dénotative entre les règles de l'action et le rite effectivement accompli. J'ai proposé de penser ce lien référentiel en termes symboliques. La chose vaut non seulement pour les rites sociaux et religieux, elle vaut dans une certaine mesure aussi pour ces actes qu'on pathologise sous la catégorie psychiatrique de compulsion — du moins pour certains d'entre eux. De cette façon, ai-je voulu rendre plausible, le recours à l'histoire des embarras de l'agir n'est pas exactement une objection relativiste ou constructiviste à la naturalisation cognitiviste des actes compulsifs (même si elle donne de solides raisons de douter de généralisations dont notre psychologie évolutionniste est friande). Elle mobilise une analyse du rapport de la règle de l'agir à l'action observable qui aide à la fois à contextualiser des variétés de compulsions qu'on tenterait autrement de faire rentrer de force dans le même moule, et à éclairer leur donnée empirique sous un nouveau jour, peut-être pas inutile au clinicien⁷.

⁷ Voir la note 1.