



Influence de la culture religieuse sur la symptomatologie du trouble obsessionnel compulsif

Les facteurs culturels peuvent influencer le thème des obsessions et compulsions du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Cette revue a pour objectif de déterminer l'étendue et la nature de l'impact de la culture religieuse sur les manifestations cliniques du TOC. En effet, les symptômes à caractère religieux du TOC seraient plus fréquents dans les pays où la religion tient une place centrale en particulier dans les populations cliniques du monde musulman et des cultures juives ultra-orthodoxes du Moyen-Orient. Ces données mettent en relief la nécessité de prendre en compte les croyances religieuses dans le domaine de la santé mentale, la différenciation entre une religiosité authentique et pathologique ne pouvant se faire qu'en référence à la culture.

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 2818-21

F. de Bilbao
P. Giannakopoulos

Dr Fabienne de Bilbao
Centre de neuro-géronto-psychologie clinique
Pr Pantéléimon Giannakopoulos
Service de psychiatrie gériatrique
HUG, Belle-Idée
1225 Chêne-Bourg
Fabienne.deBilbao@hcuge.ch
Panteleimon.Giannakopoulos@hcuge.ch

Effect of religious culture on obsessive compulsive disorder symptomatology. A transcultural study in monotheistic religions

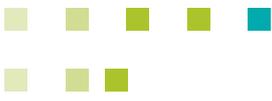
Cultural factors may influence the nature of obsessions and compulsions associated with the obsessive compulsive disorder (OCD). The aim of this review is to evaluate the effect of religious upbringing on OCD symptoms. In fact, a variety of symptoms related to religious thoughts are more prevalent in clinical populations from countries in which religion is at the central core of the society, particularly in Muslim and Jewish Middle Eastern cultures, as compared with clinical populations from the West. These findings suggest that clinicians should be sensitive to the fact that religious obsessions may be more prevalent in certain cultures with which they may not be well acquainted.

INTRODUCTION

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV),¹ le trouble obsessionnel compulsif (TOC) se caractérise par des idées obsédantes et/ou des compulsions suffisamment sévères pour entraîner une perturbation significative de la vie de l'individu qui en souffre. Les obsessions sont des idées, pensées, impulsions ou images persistantes vécues comme inappropriées par le sujet et qui entraînent une souffrance importante. Les sujets tentent habituellement de neutraliser leurs obsessions avec d'autres pensées ou actions qui sont des compulsions. Ces dernières sont des comportements ou des actes mentaux répétés dont le but est de réduire la souffrance qui accompagne une obsession. Ces compulsions s'apparentent à des rituels et sont effectuées rigoureusement de façon stéréotypée selon des règles élaborées de

manière idiosyncrasique. Nombreux sont les travaux qui suggèrent que les manifestations cliniques du TOC dépendent de facteurs socioculturels. Par exemple, dès 1968, Elsarrag² signale la divergence de contenu des obsessions somatiques entre les sociétés occidentales (cancer) et la population soudanaise (tuberculose, lèpre). Dans le DSM-IV, il est spécifié que les facteurs culturels, et en particulier les croyances religieuses, peuvent influencer le thème des obsessions et compulsions du TOC. En raison de ces symptômes ayant un rapport avec le domaine religieux, de nombreuses études s'interrogent sur la nature du lien potentiel entre la culture religieuse et le TOC mettant ainsi en exergue la nécessité de prendre en compte les croyances religieuses dans le domaine de la santé mentale.

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'étendue et la nature de l'impact de la culture religieuse sur les manifestations cliniques du trouble. Pour cela nous nous limiterons aux trois grandes religions monothéistes. Chaque religion se caractérisant par la nature et la fréquence de ses rituels, cette diversité culturelle se reflète-t-elle dans les manifestations cliniques du TOC, en particulier sur ses manifestations à caractère religieux ?



ÉTUDE TRANSCULTURELLE DE LA PHÉNOMÉNOLOGIE DU TOC : MANIFESTATIONS CLINIQUES ET PRÉVALENCE DES SYMPTÔMES À THÈMES RELIGIEUX DANS LES TROIS RELIGIONS MONOTHÉISTES

Dès 1936, Lewis³ s'étonne de la fréquence avec laquelle les questions religieuses se manifestent dans les idées obsessionnelles du TOC. Leurs manifestations sont variées : blasphèmes, sacrilèges, doutes au sujet de la foi, crainte de désobéir aux règles religieuses, de ne pas dire les prières correctement, de mourir et d'aller en enfer, d'être contaminé par une personne impure, culpabilité démesurée. Les compulsions à caractère religieux incluent un besoin excessif de se confesser, des répétitions de prières, des rituels de lavage qui précèdent les activités religieuses, des demandes de réassurance auprès du prêtre, des rituels qui protègent d'une punition ou d'un danger, vérifications qu'il n'y a pas eu d'infraction au code religieux. Ces pensées ou les actions qui y sont associées sont considérées comme obsessionnelles quand une attention excessive leur est accordée, attention qui doit dépasser de loin celle des autres membres du groupe culturel de référence. La prévalence et la diversité de ces symptômes dépendent de la culture religieuse comme l'attestent de nombreux travaux. Dans le cadre d'une étude épidémiologique,⁴ Rasmussen indique que les individus ayant reçu une éducation religieuse stricte (juive ou catholique) seraient plus à même de développer des obsessions religieuses que ceux ayant reçu une éducation laïque.

La religion musulmane

La religion musulmane est remarquablement ritualisée. A partir de l'âge de dix ans, un musulman se doit de prier cinq fois par jour. Des rituels d'ablutions («Al-Woodo») précèdent ces prières. Ces rituels consistent à se laver certaines parties du corps trois fois de suite dans un ordre fixé. Les femmes musulmanes ne sont pas autorisées à prier ou lire le Coran durant la période des menstruations à l'issue de laquelle un bain rituel destiné à purifier le corps a lieu. Ces pratiques sont la cible de l'expression pathologique de rituels chez les individus TOC. Les prières peuvent faire l'objet de compulsions de répétition et de vérification ; de même, les rituels religieux de purification peuvent être la source d'obsessions et de compulsions de lavage (par exemple la couleur rouge qui rappelle le sang des menstruations peut induire des compulsions de lavage). Chez les musulmans les thèmes religieux prédominent dans les obsessions et compulsions. Dans une population de trente-deux patients en Arabie Saoudite, Mahgoub et Abdel-Hafeiz⁵ montrent que la culture religieuse a un impact sur la phénoménologie du TOC. En effet, le thème des obsessions et compulsions est majoritairement lié aux pratiques religieuses ; 50% des obsessions concernent les prières et les rituels de lavage qui y sont associés ; 34% le doute au sujet de la foi contre seulement 12% de pensées de contamination (non religieuses) ; 9% d'impulsions agressives et 6% de représentations sexuelles. Les compulsions à thème religieux prédominent également. Ces compulsions incluent des rituels de répétition de prières (50%) et des compul-

sions de lavage (37%) associées à la cérémonie du «Al-Woodo». En revanche, les compulsions non religieuses sont beaucoup moins fréquentes puisque 31% concernent des rituels de vérification (fermeture des portes) ; 12% des rituels associés à des obsessions agressives liées aux enfants et 3% des compulsions sont réactionnelles à des représentations sexuelles. Une étude réalisée dans un service de psychiatrie de l'est de la Turquie⁶ révèle que le thème de la religion est particulièrement représenté dans cette population clinique puisqu'il constitue le deuxième thème obsédant (34,3% des patients) ; la crainte de la saleté et de la contamination constituant le thème obsessionnel le plus répandu (50,9% des patients). Les contenus les plus fréquents des obsessions concernent des doutes sur l'existence de Dieu, la nature de son sexe et son statut marital, l'utilité des prières, la crainte de l'athéisme et son rayonnement dans l'entourage, des idées blasphématoires. A ces obsessions religieuses sont associées des compulsions de lavage et de prières (36,1% des patients). Dans l'Etat de Bahreïn⁷ et en Egypte,⁸ les obsessions à caractère religieux sont également très fréquentes. Elles constituent le premier thème obsédant dans une population de 90 patients du Caire (60% des obsessions suivis de 49% d'obsessions à caractère somatique) et chez 50 patients de l'Etat de Bahreïn (40%). En Egypte, les compulsions à thème religieux sont plus importantes chez les patients musulmans que chez les patients chrétiens (10% des sujets), preuve de l'impact du type de religion sur les manifestations cliniques du trouble.⁸

La religion juive

Tout comme dans la religion musulmane, les pratiques religieuses dans le judaïsme sont remarquablement ritualisées. La communauté juive ultra-orthodoxe d'Israël se distingue des communautés avoisinantes par de multiples caractéristiques. Ses membres obéissent à un code très strict : la tenue vestimentaire est réglementée, ils évitent le contact avec la société séculière et ses valeurs, consacrant leur vie à l'étude du Talmud, les valeurs religieuses sont considérées comme étant essentielles. Le code religieux orchestre les plus petits détails de la vie quotidienne. Par exemple, le code indique que sept jours après la fin de la menstruation, les femmes doivent procéder à un rituel d'immersion destiné à purifier le corps. Ce bain rituel est précédé de certaines mesures qui, faute d'être respectées, annulent ses effets. Le code concernant les prières répétées plusieurs fois par jour est également très réglementé. Toutes ne revêtent pas la même importance. Certaines d'entre elles (ou certains passages) doivent être dites avec dévotion, à voix haute. Certains des mots ne doivent pas être répétés plus d'une fois, de manière à respecter le caractère unique de Dieu, etc. Par le fait que ces pratiques rituelles doivent être observées avec la plus grande rigueur, par leurs fréquences quotidiennes et leurs rapports avec les domaines les plus caractéristiques des symptômes du TOC (hygiène, vérification, répétition), cette population d'individus se prête particulièrement à l'étude de l'impact de la culture religieuse sur les manifestations cliniques du TOC. Greenberg et Witztum⁹ ont étudié l'impact de la religion juive sur les symptômes d'une population de patients au nord de Jérusalem. Ils démontrent que des symptômes à



thèmes religieux sont plus fréquemment observés chez les juifs ultra-orthodoxes (13 patients sur 19) que chez une population plus modérée (1 patient sur 15). Au sein de la population clinique ultra-orthodoxe, les symptômes à thèmes religieux sont trois fois plus fréquents que les symptômes non religieux.¹⁰ Ces symptômes concernent la prière (répétitions), les mesures d'hygiène corporelle (rituels de lavage et de vérification à l'occasion des prières et du bain rituel qui suit la période menstruelle) et alimentaires (en particulier pensées de contamination et rituels de lavage sur le fait que le code religieux interdit tout contact entre le lait et la viande).⁹ Généralement, il existe un rapport étroit entre les comportements pathologiques et la pratique religieuse puisque les manifestations cliniques du TOC correspondent à l'application scrupuleuse du code religieux.⁹

La religion chrétienne

A l'inverse des données relatives aux religions musulmane et juive, les symptômes à caractère religieux ne sont pas majoritaires dans le christianisme. En effet, leur fréquence est seulement de 10% aux Etats-Unis,¹¹ 7,7% en France¹² et 4,7% en Grande-Bretagne.¹³ En raison de leur faible prévalence, ces symptômes ne sont généralement pas décrits en détail dans les études épidémiologiques,¹⁴ ce qui rend difficile toute comparaison de la symptomatologie entre les différentes religions. Ils semblent cependant s'apparenter aux manifestations rencontrées dans les religions juives ou musulmanes puisqu'ils incluent des pensées blasphématoires, la peur d'avoir enfreint le code religieux, des compulsions de confession et des rituels de lavage. Chez les catholiques, la fréquence de ces symptômes serait positivement corrélée au degré de religiosité.¹⁵

CONCLUSION

Il semble donc que les manifestations cliniques à caractère religieux du TOC sont, dans une large mesure, déterminées par le contexte culturel religieux à partir duquel les symptômes émergent. De plus, il apparaît clairement que cette symptomatologie est beaucoup plus fréquente dans les sociétés où l'identité culturelle est indissociable de l'identité religieuse. Selon certains auteurs, il y a même lieu de penser qu'elle pourrait avoir été sous-évaluée dans certaines parties du monde en raison de résistances aux

soins ou des tabous sociaux. Les patients éviteraient de consulter en milieu médical (excepté si le thérapeute partage le même système de croyance) afin de ne pas mettre en doute leurs convictions religieuses.¹⁶ Ainsi, les patients juifs ultra-orthodoxes seraient suspicieux envers le monde de la psychologie car il met en péril la question de l'existence de Dieu et dévalorise les codes comportementaux.¹⁷ Ils refusent généralement une intervention thérapeutique pour leurs symptômes à caractère religieux préférant s'adresser au rabbin, alors qu'ils acceptent de consulter un professionnel de la santé mentale pour les symptômes non religieux.^{10,18} En Egypte, Okasha et coll.⁸ constatent que des patients musulmans présentent une forte tolérance vis-à-vis de leur trouble, ne consultant le psychiatre qu'en dernier ressort lorsque l'aide trouvée auprès des amis, de la famille et des autorités religieuses est défailante. Il est suggéré que cette manifestation clinique pourrait avoir été également sous-estimée dans les sociétés occidentales car, faute de constituer le symptôme majeur, elle serait le plus souvent négligée.¹⁹ De plus, cette population clinique interprète généralement sa souffrance comme une volonté de Dieu, refusant pour cette raison d'être traitée.²⁰ Ainsi, la religion n'influencerait pas seulement les manifestations cliniques du TOC, mais aussi l'attitude du patient vis-à-vis de son trouble. ■

Implications pratiques

- Prendre conscience que certaines manifestations cliniques peuvent s'inscrire dans un cadre culturel très ritualisé
- Nécessité de prendre en compte le religieux dans la pratique clinique
- Tenir compte des spécificités culturelles et religieuses dans l'évaluation du diagnostic

Stratégie de recherche bibliographique et critères de sélection

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche Medline des articles publiés en anglais sans limite temporelle. Les mots-clés principaux utilisés ont été les suivants : religion, spirituality, psychiatry, obsessive compulsive disorder

Bibliographie

- 1 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^e éd. Paris: Masson, 1996.
- 2 Elsarrag ME. Psychiatry in the northern Sudan: A study in comparative psychiatry. Br J Psychiatry 1968; 114:945-8.
- 3 Lewis AJ. Problems of obsessional illness. Proc R Soc Med 1936;29:325-36.
- 4 Rasmussen S. Epidemiologic studies in obsessive-compulsive disorder. International OCD Conférence 1993, Capri, Italy.
- 5 Mahgoub OM, Abdel-Hafeiz HB. Pattern of obsessive-compulsive disorder in Eastern Saudi Arabia. Br J Psychiatry 1991; 158:840-2.
- 6 Tezcan E, Millet B. Phénoménologie des troubles obsessionnels compulsifs: formes et contenus des obsessions et des compulsions dans l'est de la Turquie. L'Encéphale 1997;23:342-50.
- 7 Shooka A, Al-Haddad MK, Raees A. OCD in Bahrain: A phenomenological profile. Int J Soc Psychiatry 1998; 44:147-54.
- 8 ** Okasha A, Saad A, Khalil A, et al. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. Compr Psychiatry 1994;35:191-7.
- 9 * Greenberg D, Witztum E. The influence of cultural factors on obsessive compulsive disorder: Religious symptoms in a religious society. Isr J Psychiatry Relat Sci 1994;31:211-20.
- 10 Greenberg D, Sheffer G. Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: A comparison of religious and non-religious symptoms. Psych Psychother 2002;75:123-30.
- 11 Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: A 2-year prospective study. J Clin Psychiatry 1999; 60:346-51.
- 12 * Millet B, Leclair M, Bourdel MC, et al. Comparison of sociodemographic, clinical and phenomenological characteristics of Turkish and French patients suffering from obsessive-compulsive disorder. Can J Psychiatry 2000;45:848.
- 13 Stern RS, Cobb P. Phenomenology of obsessive compulsive neurosis. Br J Psychiatry 1978;132:233-9.



- 14** Rasmussen S, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317-22.
- 15** Steketee G, Quay S, White K. Religion and guilt in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1991; 5:359-67.
- 16** * Halleck SL. Discussion of Socially reinforced obsessing. *J Consult Clin Psychol* 1976;44:146-7.
- 17** * Greenberg D, Witztum E. Problems in the treatment of religious patients. *Am J Psychother* 1991;45: 554-65.
- 18** Hoffnung R, Aizenberg D, Hermesh H, et al. Religious compulsions and the spectrum concept of psychopathology. *Psychopathology* 1989;22:141-4.
- 19** Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, et al. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1409-16.
- 20** Rasmussen S, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:743-58.
- * **à lire**
** **à lire absolument**