

La phobie d'impulsions

Extrait de Kornreich, Ch., Timmermans, J.-M. *et alii* (2008) *Le trouble obsessionnel compulsif au jour le jour*. Bruxelles : Editions sur la Colline, 160 p.
(Laboratoire de psychologie médicale, Place Van Gehuchten 4, 1020 Bxls), p. 76 à 80.

La phobie d'impulsion est une forme de Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) qui comporte un thème agressif : crainte d'assailir, de violer, de tuer des inconnus ou des êtres chers. La personne redoute un passage à l'acte sans que rien ou quiconque ne puisse l'en empêcher. Ce peut aussi être la peur de se montrer ou d'être scandaleux, en actes, en paroles ou en pensées. Les obsessions sexuelles font partie des obsessions agressives, par leurs caractéristiques violentes, scandaleuses ou honteuses. Le thème religieux y est parfois associé, par exemple la crainte de tuer le Christ ou de violer un prêtre.

Dans la phobie d'impulsion, la personne confond pensée obsédante et passage à l'action. Les obsessions peuvent être une simple idée ou bien prendre la forme de véritables images de violence ou d'horreur. L'acte redouté peut être unique, impulsif et rapide (donner un coup de pied) ou impliquer une séquence de comportements dont la personne perdra le contrôle (fausser une transaction, être malhonnête). Les principaux thèmes de peur obsédante de passage à l'acte compris dans la phobie d'impulsion sont les suivants : faire mal aux êtres vivants, aux autres ou à soi-même, par un acte volontairement violent (frapper son conjoint, battre un animal, se jeter sous une rame de métro) ; détruire des lieux ou des objets (dévastation, destruction) ; prononcer des obscénités, des insultes ou être incorrect à l'égard d'autrui ; se livrer à une sexualité débridée (manifester des penchants sexuels scandaleux, agressifs ou pervers).

La personne qui souffre de phobie d'impulsion ne comprend pas pourquoi de telles pensées lui viennent à l'esprit, ce qui entraîne un sentiment de culpabilité et de honte, d'autant plus intense et pénible quand les thèmes concernent des êtres proches ou des situations intimes. La personne ignore que de telles pensées se présentent de temps en temps, sans intensité préoccupante, à l'esprit de tout un chacun. L'interprétation erronée qu'il s'agit d'un signe de risque de passage à l'acte, ou la preuve qu'elle est inconsciemment mauvaise ou perverse, pousse la personne à s'efforcer de bloquer ou de supprimer ces pensées. L'« effet paradoxal » de cet effort est de renforcer les idées obsédantes en favorisant leur réapparition fréquente et intense. Dans cette forme de TOC, les idées suicidaires peuvent surgir lorsque la culpabilité devient insupportable, même si la personne ne souffre pas de dépression.

Associé à la peur obsédante de passage à l'acte, un deuxième signe caractérise la phobie d'impulsion : la mise en place de rituels, aussi appelé *compulsions*. Il s'agit d'actes moteurs ou mentaux que la personne se force à exécuter, le plus souvent de manière répétitive et identique. Le rituel le plus fréquent est celui de la vérification : la personne éprouve le besoin impératif de contrôler que l'acte agressif redouté n'a pas été perpétré. Elle s'assure par exemple qu'au moins trois mètres la séparent de telle autre personne, qu'elle ne peut donc effectuer sur elle aucun attouchement sexuel, ni la frapper ; elle vérifie qu'aucun enfant ne se trouve caché dans son domicile, pour ne pas risquer d'actes pédophiles. Des rituels mentaux tels que la répétition et la mémorisation font également partie des symptômes des phobies d'impulsion. Passer du temps à se remémorer en détail une scène vécue pour s'assurer de n'avoir frappé personne. Se répéter des phrases conjuratoires telles que « Non, je ne le veux pas ». Des rituels de lavage peuvent parfois acquérir chez ces personnes un pouvoir magique (dans le besoin impératif de se purifier d'une obsession sexuelle, par exemple).

Enfin, les personnes mettent en place un autre moyen pour lutter contre le malaise généré par l'obsession l'évitement. Les évitements sont très fréquents, et certaines personnes n'utilisent que cette stratégie, sans avoir recours à la compulsion. La personne s'écarte de toute conduite ou situation considérée potentiellement dangereuse : conduire un véhicule, s'accouder à un balcon, laisser un couteau ou tout objet contondant à proximité. La personne refuse parfois de rester seule à proximité de quelqu'un qu'elle redoute d'agresser... Cette apparente distanciation est souvent mal interprétée par l'entourage et peut aboutir à un isolement sévère de la personne souffrant de phobie d'impulsion.

Traitement

La psychothérapie cognitivo-comportementale constitue la thérapie de choix pour la phobie d'impulsion. Le volet comportemental propose des *expositions* volontaires, progressives, répétées et prolongées aux situations obsédantes. Au cours de ses expositions, la personne diminue progressivement ses rituels (cet aspect est appelé « prévention de réponse »), ce qui conduit à une réduction de l'anxiété, on parle alors d'« habitude ». Cette habitude peut s'étendre à d'autres situations obsédantes chez la personne — c'est le processus de généralisation de l'habitude. L'exposition avec prévention de réponse ne diminue pas seulement les rituels mais aussi les obsessions elles-mêmes, en prouvant leur irréalité. Les craintes obsessionnelles sont désavouées par l'épreuve des faits, ce qui permet à la personne d'acquérir une nouvelle représentation de la réalité. Pratiquement, les obsessions agressives peuvent être suscitées par des expositions, telles que rester à côté d'un couteau, manipuler un marteau, prendre un enfant sur les genoux, donner le bain à son bébé, sortir dans la foule... La personne confrontée progressivement aux stimuli anxiogènes, au moyen d'une hiérarchie des dangers anticipés et des situations redoutées, constate que l'acte agressif ne se déroule pas : par exemple poignarder sa mère, séduire toute personne présente, se livrer à des attouchements sexuels sur un enfant, jeter son bébé par la fenêtre, réduire son ordinateur en miettes... L'assistance et la collaboration de membres de l'entourage sont parfois requises lors de ces exercices d'exposition.

Quant au volet cognitif de la psychothérapie, il remet en cause les processus de pensées générateurs de peurs obsessionnelles en cherchant à transformer les pensées irrationnelles en pensées rationnelles.

Dans les obsessions agressives, les croyances obsessionnelles de base sont :

- « les pensées équivalent à des actes »,
- « les pensées agressives envers les gens que j'aime me sont interdites »,
- « si je suis capable d'imaginer des horreurs pareilles, c'est que je suis capable de les mettre en pratique ».

Ces trois registres de croyances obsessionnelles seront travaillés avec la personne pour être progressivement restructurées de la manière suivante.

1. Quelle est la conséquence réelle de ces pensées ? Une pensée aggressive n'est-elle pas différente d'un acte agressif ?
2. Tout un chacun peut éprouver des pensées hostiles envers les gens qu'il aime. Avoir une pensée hostile envers un être aimé signifie-t-il qu'on en souhaite la réalisation ?
3. Certaines de vos pensées agressives ont-elles été suivies d'actes ? Que pensent vos proches de vos craintes d'actes dangereux ? Sont-ils inconscients et devraient-ils redouter leur réalisation par votre faute ?

La personne peut arriver à prendre conscience qu'elle n'est pas obligée de continuer à croire aux obsessions d'impulsion produites, malgré elle, dans son esprit. Les deux aspects — comportemental et cognitif — de cette thérapie sont complémentaires et se renforcent : le cognitif met en pratique les nouveaux raisonnements élaborés dans les exercices comportementaux ; et, de son côté, le comportemental a besoin de l'outil cognitif pour charpenter les exercices d'abandon des rituels.

Quelqu'un qui souffre d'obsessions d'agressivité peut-il passer à l'acte ? La réponse est non. Le passage à l'acte exclut le diagnostic de phobie d'impulsion. La famille, les amis, les médecins et les psychologues s'efforcent donc d'affirmer à la personne qu'il n'y a pas de risques... Pourtant la mécanique obsessionnelle incite la personne souffrante à demander et redemander, sans être rassurée par les réponses. C'est que les obsessions d'agressivité ne sont pas contrées par la simple réassurance verbale. Aussi, est-il inutile de répondre à cette question plus d'une fois. Quand la question revient, l'entourage devrait sans doute se limiter à suggérer à la personne de se souvenir de la première réponse donnée.

Mentionnons un dernier élément important dans l'approche de la phobie d'impulsion : l'isolement volontaire et les sentiments de honte et de culpabilité y sont très présents, plus que dans les autres formes de TOC. Cependant, la personne souffrante n'a aucune responsabilité dans l'émergence de la pathologie. Personne n'est coupable d'avoir un TOC ni d'avoir un membre de sa famille souffrant de TOC. Il est totalement erroné de penser que les obsessions agressives feraient partie de la personnalité profonde de quelqu'un. En réalité, c'est en cherchant à bloquer des idées agressives que la personne se focalise sur les pensées qu'elle redoute ou déteste. De la sorte, elle les renforce — et le cercle vicieux de la prolifération du TOC se met en place. La seule prise de responsabilité d'une personne et de son entourage face à la phobie d'impulsion, comme face aux autres TOC, consiste sans doute à initier la démarche d'une prise en charge professionnelle et à accepter de s'engager dans les efforts requis par le traitement.