

La phobie d'impulsion

Natalia Koszegi, psychologue au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM)

16^e Colloque annuel en prévention du suicide: Quand l'anxiété devient un obstacle

24 octobre 2018

Objectifs de la formation

- ▶ Décrire les composantes du TOC
- ▶ Nommer les principaux sous-types du TOC
- ▶ Décrire les caractéristiques de la phobie d'impulsion
- ▶ Distinguer les interventions judicieuses de celles à proscrire face à un client ayant un TOC

Qu'est-ce que le TOC ?

- ▶ **Trouble du spectre obsessionnel-compulsif**
 - ▶ caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes
 - ▶ causant un dysfonctionnement important
 - sentiment marqué de détresse
 - une perte de temps (au moins 1h/jour)
 - interfère de façon significative dans la vie de tous les jours
 - ▶ La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance, ni d'une affection médicale générale.
 - ▶ Si un autre trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier.

DSM-5 : Nouvelle catégorie

Troubles obsessionnels-compulsifs et troubles associés

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

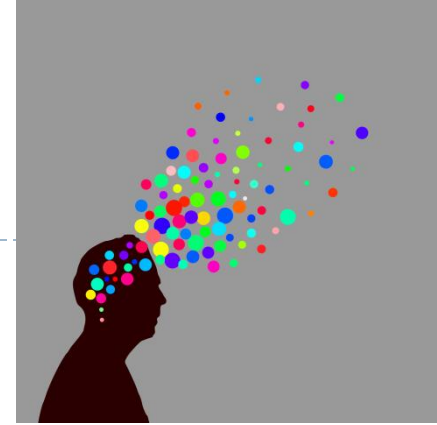
Peur d'une dysmorphie corporelle

Trouble d'accumulation compulsive (TAC)

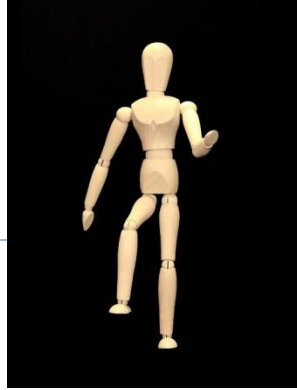
Trichotillomanie,
grattage, ...

Obsessions?

- ▶ **Pensées, images mentales ou impulsions** (sensation de force non contrôlée)
 - ▶ intrusives
 - ▶ répétitives
 - ▶ anxiogènes
 - ▶ la personne reconnaît qu'elles sont le produit de son esprit
 - ▶ non désirées: ce qui distingue les obsessions TOC des autres types d'obsessions, comme dans les paraphilies, les pensées sont vécues comme agréables et désirables
 - ▶ pas des inquiétudes à propos de la vie de tous les jours (ex.: argent, travail)



Compulsions?



- ▶ **Comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet**

- ▶ se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Les comportements ou les actes mentaux sont

- ▶ destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée,
- ▶ cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

Différents sous-types

▶ À thème de contamination:

- ▶ Obsession: Peur d'attraper des germes
- ▶ Compulsion: Lavages

▶ À thème d'erreur:

- ▶ Obsession: Peur de faire une erreur qui causerait du tort
- ▶ Compulsion: Vérification

▶ À thème d'ordre et symétrie:

- ▶ Obsession: Peur que les choses ne soient pas bien placées et aient l'air négligées
- ▶ Compulsion: Placer et replacer

▶ À thème de superstition:

- ▶ Obsession: Peur d'attirer le malheur
- ▶ Compulsion: Toucher, compter & autres rituels



▶ **Phobie d'impulsion:**

- ▶ **Obsession:** Peur d'agir de manière inappropriée et impulsive, bien malgré soi, de façon à causer un tort considérable à soi ou à autrui.
- ▶ **Compulsion:** Analyser sa pensée pour en comprendre sa signification (compulsion mentale)

3 thèmes dans la phobie d'impulsion

- ▶ **Sexuel** (homosexualité, pédophilie)
- ▶ **Agression** (envers les autres, envers soi-même)
- ▶ **Religieux** (blasphèmes envers Dieu, pensées immorales)

- ▶ Plutôt que préoccupés par des dangers extérieurs (Ex. germes, erreurs, accident), ils le sont pour ce que leurs pensées signifient, indiqueraient qu'ils sont de mauvaises personnes (immorales, violentes, méchantes, déviantes)
- ▶ 20-30% auraient ce type comme type prioritaire (Freeston et al., 1998)
- ▶ Plus souvent associés à des stratégies de neutralisation pour éloigner les pensées ou les supprimer (Moulding et al., 2013)

-
- ▶ **Pensées sont « égodystones »** (contre ses valeurs, contre les caractéristiques de la personne); (plus un thème est important pour la personne, pire sera sa réaction si elle a une pensée « négative » sur ce thème)(Freeston & Ladouceur, 1998)
 - ▶ **Compulsions peuvent être des comportements de « testing » pour réduire le doute de la personne** (mais malheureusement, ces tests finissent par renforcer le doute)

Trouble hétérogène

- ▶ Présentation des symptômes peut sembler très différente d'un sous-type de TOC à un autre
- ▶ Le TOC de type phobie d'impulsion est moins bien reconnu que les autres sous-types



Autres comportements fréquents dans le TOC

- ▶ Neutralisation
- ▶ Évitement
- ▶ Réassurance

Ces comportements jouent un rôle similaire aux compulsions

Neutralisation

Ce qu'une personne tente afin de **chasser l'obsession** et ainsi, **atténuer l'inconfort** y étant associé

Par exemple:

- ▶ se divertir (musique, lecture, télé)
- ▶ arrêt de la pensée (“Stop”)
- ▶ se dire des mots/phrases («c’est pas vrai», «lâche prise»)
- ▶ remplacer pensée obsessionnelle par d’autres pensées
- ▶ pensée positive (“je suis capable, je suis le maître de ma vie”)
- ▶ se rassurer (“Ça va bien aller, tout est correct”)

Les demandes de réassurance

Questions demandées par la personne pour se faire rassurer par d'autres (ex. membres de la famille, intervenants, médecins, etc.)

Par exemple:

- Poser des questions diverses sur ce qui inquiète la personne (Ex. « *Es-tu certain que tous les couteaux sont hors d'atteinte?* »; « *Est-ce que tu m'as vu sortir du lit cette nuit?* »)
- Chercher à se faire convaincre que son TOC n'est pas fondé (Ex. « *Penses-tu que je serais capable de poignarder quelqu'un?* »; « *Pourquoi tu penses que non?* »)

Attention: Répondre aux questions augmente l'anxiété



Évitement

Comportements visant à éviter l'anxiété engendrée par la situation TOC ou les déclencheurs eux-mêmes

- ▶ lieux (ex. publics et hôpitaux dans le TOC de contamination)
- ▶ types d'informations (ex. documentaires, films, nouvelles dans divers TOC)
- ▶ types de personnes (ex. enfants et autres personnes vulnérables dans la phobie d'impulsion)
- ▶ objets (ex. couteaux dans la phobie d'impulsion)
- ▶ situations (ex. conduire dans le TOC à thème d'erreur ou phobie d'impulsion)

Spécificateurs

- ▶ **Spécifier si :**
 - ▶ Bonne prise de conscience
 - ▶ Peu de prise de conscience
 - ▶ Absence de prise de conscience/croyances délirantes (4%)
- ▶ **Spécifier si:**
 - ▶ Relié à des tics : présence ou historique d'un trouble tics (30%)

Données sur le TOC

- ▶ **Prévalence : 2-3 % des gens auront le TOC au cours de leur vie**
- ▶ **Hommes = Femmes**
- ▶ **Âge d'apparition :**
 - ▶ Le plus souvent, durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte
 - ▶ 50-65 % développent le TOC avant l'âge de 25 ans
 - ▶ 85 % développent le TOC avant l'âge de 35 ans
- ▶ **Apparition graduelle des symptômes**

Comorbidités

Entre 50% et 60% présentent au moins un autre trouble de santé mentale

- **63%** ont aussi un trouble de l'humeur (surtout dépression majeure (41%) mais aussi un trouble bipolaire)
- **76%** ont aussi un trouble anxieux (trouble panique, anxiété sociale, TAG ou phobie)
- **23% à 32%** ont aussi un TPOC
- **30%** ont aussi un trouble tics

Tiré du DSM-5

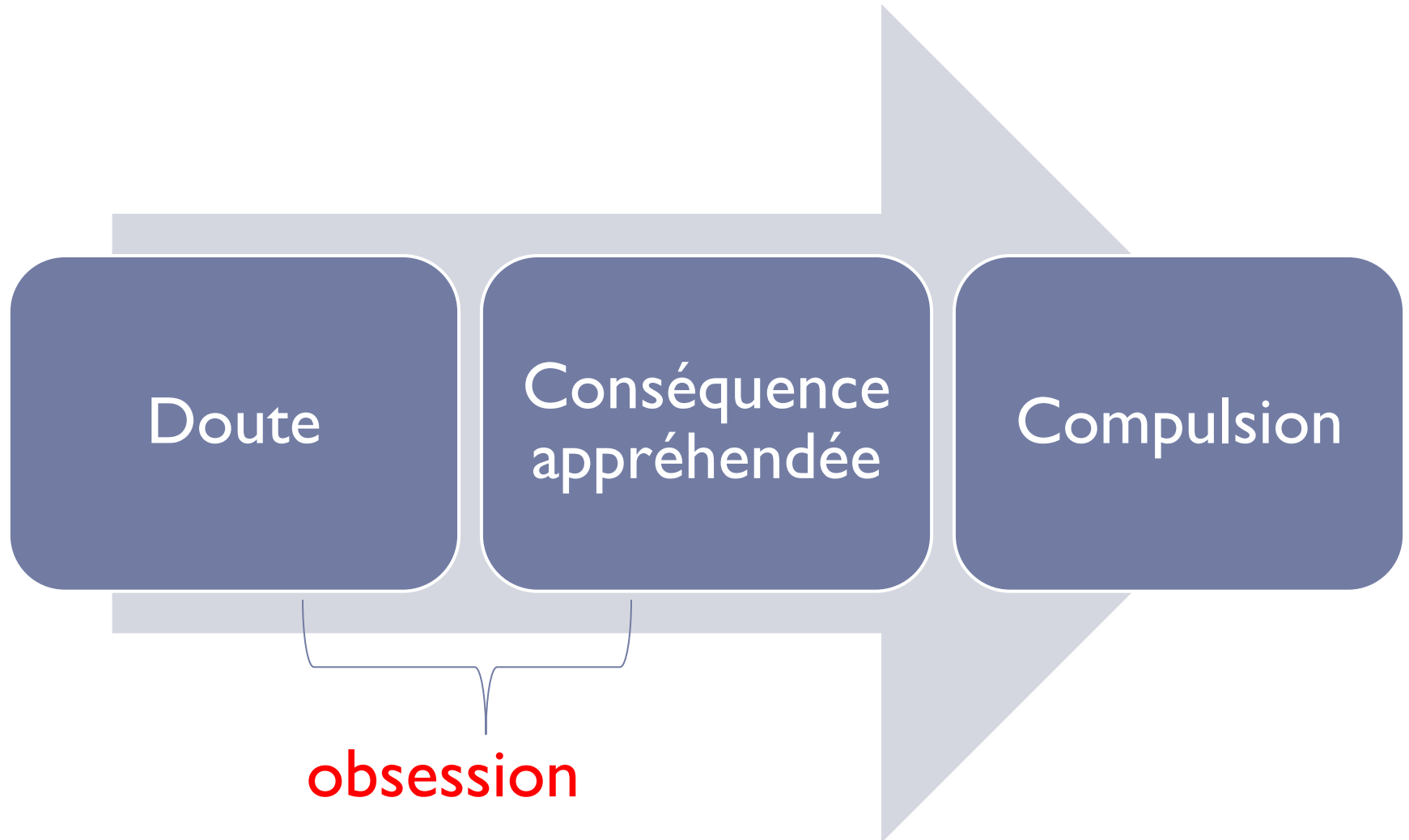
TOC et suicide

- ▶ Sur 130 patients TOC, **46%** avaient des **IS** et **62%** rapportent en avoir eu au **cours de leur vie**. Sx dépressifs contribuent partiellement aux IS mais pas complètement (Gupta et al., 2014)
- ▶ Étude sur les tentatives de suicide chez les patients ayant un TOC: **3.6-12.2% ont fait des TS** (Hollander et al., 1996; Alonso et al., 2010)

Phobie d'impulsion et idéations suicidaires

- ▶ Considérant les différents sous-types de TOC, celui avec des pensées violentes est le plus associé aux idéations suicidaires et cela, en contrôlant pour les sx dépressifs (Velloso et al., 2016; Balci et al., 2010)

Conception du TOC selon le modèle basé sur les inférences (O'Connor et al. 2005, 2012)



Exemple TOC à thème d'erreur/peur de causer du tort

J'ai peut-être
oublié de barrer
ma porte ce
matin

Si c'est le cas,
quelqu'un
pourrait entrer
chez moi et je
me ferai voler

Rebrousser
chemin et aller
vérifier la porte

Exemple TOC à thème de contamination

Quelqu'un qui a le VIH a peut-être touché à la poignée de porte

Si c'est le cas, je pourrais l'attraper et transmettre le virus à mes enfants

Ouvrir la porte à l'aide d'un mouchoir

Exemple TOC à thème de superstition

Si je change ma routine, je pourrais peut-être attirer le malheur

Si c'est le cas, je serai alors responsable du malheur et je m'en voudrai terriblement

Suivre la routine de manière stricte

TOC de type phobie d'impulsion

Je pourrais peut-être perdre le contrôle et poignarder mon bébé

Si cela arrivait, je ne pourrais pas vivre avec ça

Serrer tous les couteaux de la maison hors de ma portée

Comment une personne en arrive-t-elle à douter ainsi?

- ▶ À partir d'un narratif qu'elle a construit
- ▶ Narratif contenant des confusions inférentielles i.e. des erreurs de raisonnement (conclusions erronées)
- ▶ Les contenus des narratifs sont construits dans l'imaginaire...ils ne sont donc pas basés sur du réel
- ▶ Conclusion: le narratif n'est pas basé sur la réalité.

- ▶ Finalement, le TOC est un problème de l'imaginaire

Le cas d'Éric

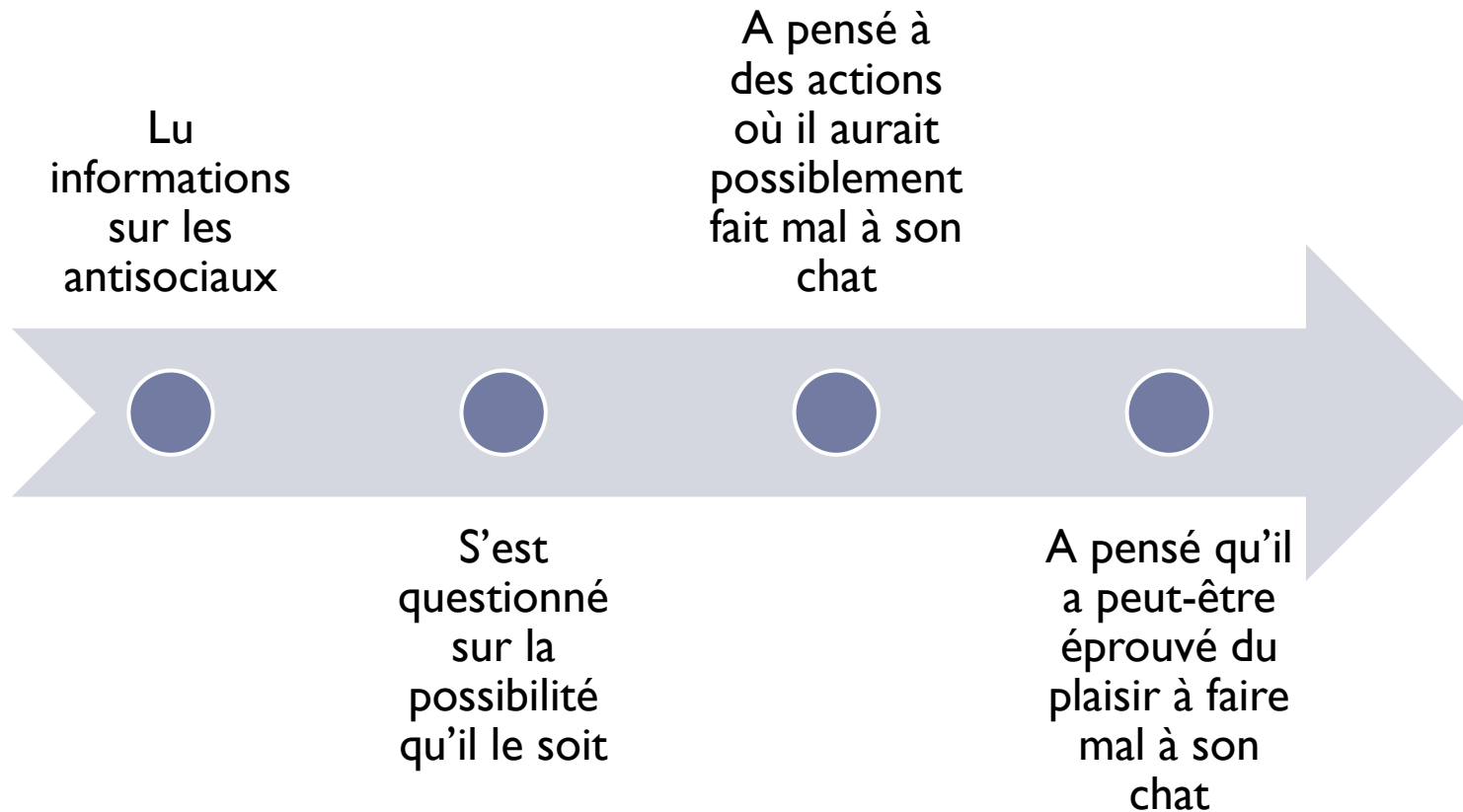
- ▶ Jeune homme de 17 ans
- ▶ Référé par son psychiatre suite à son congé d'une période d'hospitalisation de 2 mois
- ▶ Avant hospitalisation, demeurait presque 24h/24 dans sa chambre
- ▶ Après hospitalisation pouvait sortir de chez lui seul mais faisait 5-6h/jour d'obsessions/compulsions
- ▶ Obsession: Peur de faire du mal à quelqu'un
- ▶ Compulsions: Revenir sur ses pas pour vérifier si quelqu'un était blessé; demande de réassurance; vérifier son historique internet

Obsession principale: Je pourrais blesser quelqu'un gravement

Narratif:

- ▶ *« J'ai lu dans un livre de psychologie qu'aimer faire mal à des animaux était une caractéristique des personnalités antisociales et des psychopathes. Moi ça m'arrive de faire mal à mon chat. J'aime aussi faire mal à ma petite sœur. De plus, quand j'écoute des films policiers, je prends tout le temps pour les méchants. J'ai aussi remarqué que lorsque j'apprends que quelqu'un reçoit une sentence de prison, je me sens plus triste pour lui que pour la victime ».*

Comment s'est construit son narratif?



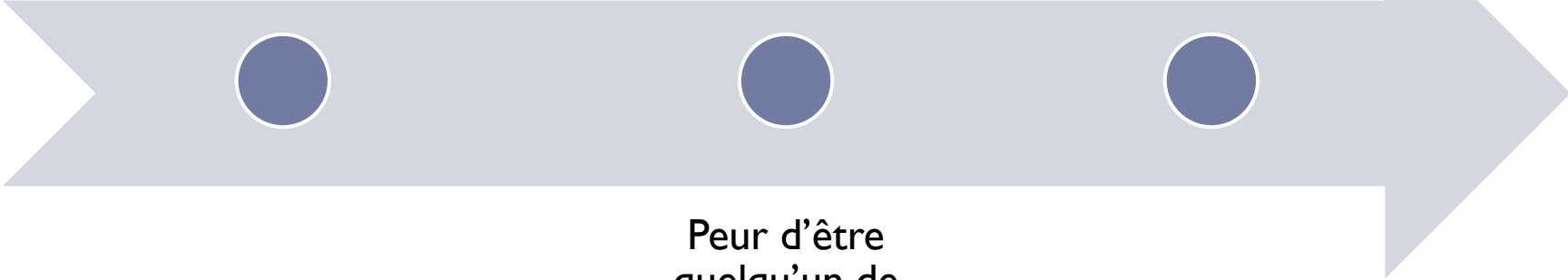
Confusions inférentielles

(évaluations erronées)

1) faire mal vs indisposer

2) plaisir face à la douleur du chat vs amusement de voir réaction du chat

Méfiance de soi
Auto-observations
Vérifications++
Sur-analyse de soi
Investissement dans l'imaginaire++



Peur d'être
quelqu'un de
méchant

Phobie d'impulsion mal détectée

Étude Booth et al., 2014

- ▶ Auprès de 43 psychiatres et résidents en psychiatrie
- ▶ % ayant considéré le dx TOC ? 62%
- ▶ Stratégies d'intervention choisies?
 - ▶ 60% hospitalisation forcée
 - ▶ 68% signalement à la protection de la jeunesse



Phobie d'impulsion vs risque de passage à l'acte

Phobie d'impulsion (TOC)	Risque de passage à l'acte
La personne a peur de se blesser, d'agresser ou de poser des gestes sexuels inadéquats	Historique de passage à l'acte, désir et/ou planification de commettre un passage à l'acte
<u>Égodystone</u> : Détresse à l'idée de poser le geste, culpabilité, anxiété	<u>Égosynton</u> : Coup de la colère, satisfaction de son besoin, recherche de plaisir, etc.
Pensées créent de la détresse, préoccupation excessive sur des conséquences imaginées	Pensées d'agression ou sexuelles inadéquates vécues comme agréables, minimise les conséquences de leurs actes.
Évitement, réassurance, neutralisation, vérification	Recherche de moyens, planification, approche des personnes vulnérables

Questions à poser

- ▶ C'est déjà arrivé dans le passé? Si la personne répond « oui », demandez de raconter comment ça s'est passé.
 - ▶ TOC: soit jamais arrivé ou est incertain/flou
- ▶ Qu'est-ce qui t'amène à penser que tu poserais ce geste?
 - ▶ TOC: pensées/images/impulsions à thème violent ou inapproprié mais elles causent de la détresse
 - ▶ TOC: justifié par des idées non fondées dans le « ici et maintenant »
- ▶ Posez des questions sur le quotidien de la personne et restez dans le concret
 - ▶ Ex. Parle-moi de ton chat, comment tu l'as eu? Qui s'en occupe?

Quoi faire quand vous soupçonnez un TOC?

- ▶ Éviter de renforcer le TOC
 - ▶ Ne pas encourager les démarches de réassurance (Ex. Pinel)
 - ▶ Ne pas répondre aux questions de réassurance
 - ▶ Ne pas laisser sous-entendre que les pensées peuvent être fondées
- ▶ Encourager la personne à répondre à ses questions à partir du « gros bon sens », de la réalité
- ▶ Suggérez-lui d'obtenir une évaluation psychologique auprès d'un professionnel compétent
- ▶ Donnez-lui des renseignements sur le TOC et des lectures à partir de sources crédibles
- ▶ Ne pas oublier d'évaluer le risque suicidaire malgré tout!

Sources d'informations sur le TOC

- ▶ Centre d'études sur le TOC et les Tics, au CRIUSMM: tictactoc.org
- ▶ Fondation québécoise du TOC: www.fqtoc.com
- ▶ Fondation Jeunes en tête: <http://www.fondationjeunesentete.org/fr/ressources/le-trouble-obsessionnel-compulsif>
- ▶ Anxiety Canada : <https://www.anxietycanada.com/>

Lectures

- ▶ ***Je ne peux m'arrêter de laver, compter, vérifier, Mieux vivre avec un TOC.*** Dr Alain Sauteraud, Éditions Odile Jacob, collection " Guide pour s'aider soi-même ", 2000.
- ▶ ***Les ennemis intérieurs : obsessions et compulsions.*** J. Cottraux, éditions Odile Jacob, Paris, 1998
- ▶ ***Clinician's Handbook for Obsessive Compulsive Disorder: Inference-Based Therapy***
Kieron O'Connor, Frederick Aardema, Wiley-Blackwell, 2011.

Sources

- ▶ Alonso, P., Segalàs, C., Real, E., Pertusa, A., Labad, J., Jiménez-Murcia, S., ... Menchón, J. M. (2010). Suicide in patients treated for obsessive–compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 300-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.001>
- ▶ American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ▶ Balci, V., & Sevincok, L. (2010). Suicidal ideation in patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 175(1-2), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.012>
- ▶ Booth et al., (2014). Obsessions of Child Murder: Underrecognized Manifestations of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42:66-74.
- ▶ Freeston, M.H. & Ladouceur, R. (1998). The cognitive-behavioral treatment of obsessions. Dans: V.E. Cabello (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioral treatments for psychological disorders* (pp.129-160). New York: Pergamon Press.
- ▶ Gupta, G., Avasthi, A., Grover, S., & Singh, S. M. (2014). Factors associated with suicidal ideations and suicidal attempts in patients with obsessive compulsive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.09.004>

-
- ▶ Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., & Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 4(3), 111-119.
 - ▶ Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K.P. (2013). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.006>
 - ▶ O'Connor, K., Aardema, F. & Pélissier, M-C (2005a). *Beyond Reasonable doubt: Reasoning processes in Obsessive-Compulsive and Related disorders*. New York: Wiley & Sons.
 - ▶ O'Connor, K. & Aarmema, F. (2012). *The Clinician OCD manual: Inference-based Therapy*. Chichester, UK: Wiley
 - ▶ Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Aliende Perin, E., Cesar, R., Fontenelle, L., ... do Rosário, M. C. (2016). Original article: The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *European Psychiatry*, 38, 1-7.