

## Comprendre les obsessions

Adam S. Radomsky, Ph.D.

Quand les gens parlent du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), ils font souvent référence au lavage, à la vérification, à l'accumulation ainsi qu'à d'autres comportements compulsifs. Cela s'explique probablement par le fait que ces aspects du TOC peuvent être très visibles pour les amis, la famille et parfois même pour les gens qui croisent la personne atteinte dans la rue. Un symptôme courant du TOC qui est presque toujours invisible est l'obsession.

Les obsessions sont des pensées, des représentations ou des impulsions involontaires et intrusives qui entraînent une détresse significative ou une interférence avec les activités de la vie quotidienne. On peut généralement les classer parmi trois catégories bien établies: les obsessions agressives, blasphématoires et sexuellement choquantes. Il est intéressant de noter que cette définition ne correspond pas vraiment à la façon dont nous utilisons le terme « obsession » dans le langage courant. Un individu « obsédé » par les voitures ou par un(e) voisin(e) qui l'attire ne serait pas considéré comme ayant le TOC parce que ce genre de pensées est de nature plutôt agréable. Les obsessions telles qu'elles se présentent dans le TOC ne sont PAS agréables; elles sont presque toujours choquantes et angoissantes et sont la source de beaucoup d'anxiété et de peur. Une personne qui a des pensées intrusives sur la possibilité de « perdre le contrôle et d'entrer dans une rage meurtrière » peut ainsi être distinguée d'une personne qui aimerait vraiment tuer des gens.

Une des découvertes les plus fascinantes sur les pensées intrusives est que nous semblons tous en avoir. Un important article publié en 1978 a montré que plus de 90% des gens *qui n'avaient pas le TOC* disaient avoir des pensées intrusives occasionnelles sur divers thèmes violents (agressifs), religieux (blasphématoires) et/ou sexuellement choquants. Ces pensées ne se différenciaient pas du genre d'obsessions rapporté par les gens ayant le TOC, à l'exception que ceux qui avaient le diagnostic rapportaient des pensées beaucoup plus fréquentes, angoissantes et difficiles à ignorer. Lorsqu'une liste de pensées, de représentations et d'impulsions involontaires et intrusives rapportées par des gens ayant le TOC et par des gens n'ayant pas le TOC était présentée à des professionnels de la santé (ex. : psychiatres, psychologues), les professionnels n'arrivaient pas à déterminer quelles pensées provenaient de quel groupe. Le contenu des obsessions n'est donc pas exclusif à ceux qui souffrent de TOC. Ces mêmes résultats ont été obtenus à maintes reprises et se sont révélés très importants dans le développement de nouvelles façons de concevoir et de traiter les obsessions.

Comme il semble que presque tout le monde a des pensées involontaires et intrusives et que seulement certains individus en seraient affectés à un point tel qu'un diagnostic de TOC pourrait être posé, les chercheurs et les théoriciens ont tenté de développer un modèle explicatif (et un traitement associé) à cette problématique. Nous croyons maintenant que les obsessions sont causées par une mauvaise interprétation des pensées intrusives comme étant particulièrement significatives ou caractéristiques de la personne. La plupart d'entre nous ignorent simplement les pensées involontaires et intrusives, les considérant bizarres, ridicules ou insignifiantes; conséquemment, la plupart d'entre nous ne développent pas d'obsession. Ceux qui ont des obsessions considèrent généralement leurs pensées involontaires et intrusives comme étant hautement significatives et très représentatives du genre de personnes qu'elles sont. Par

exemple, quelqu'un qui n'a pas d'obsession et qui aurait la pensée involontaire de faire du mal à son/sa conjoint/e, ignorera très probablement cette pensée. Un individu qui a des obsessions risque quant à lui d'interpréter cette pensée comme un signe qu'il représente réellement un risque pour son/sa partenaire, qu'il est dangereux et peut-être même un meurtrier. Il n'est pas surprenant que ceux qui sont persuadés que leurs pensées signifient qu'ils sont des meurtriers potentiels, des abuseurs sexuels et/ou des êtres diaboliques (dans un contexte religieux) en viennent à vivre une peur et une anxiété extrêmes.

Les traitements efficaces pour les obsessions comprennent généralement la médication et/ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Bien qu'une combinaison de médication et de TCC est souvent utilisée dans le traitement du TOC, il semble que chacune de ces approches serait efficace de façon indépendante. Cependant, certaines études supportent l'idée selon laquelle la TCC serait plus efficace que la médication à long terme car, contrairement à la médication, elle semble contribuer à prévenir la rechute. Pour de plus amples informations sur les approches pharmacothérapeutiques (médication), veuillez contacter votre médecin de famille. Pour des informations sur la TCC adaptée aux obsessions, contactez un psychologue spécialisé dans cette approche. Les nouveaux traitements cognitivo-comportementaux pour les obsessions visent spécifiquement à aider le client/patient à développer et à tester d'autres interprétations (moins menaçantes et plus rationnelles) de leurs pensées intrusives. Dès qu'un individu commence à adopter une interprétation plus « tolérante » de ses pensées, ses obsessions, ainsi que la détresse et l'évitement associés, tendent à diminuer radicalement.

La théorie et le traitement abordés ci-haut ont été développés suite à des recherches rigoureuses. Nous croyons que les meilleurs traitements sont ceux qui se basent sur des résultats de recherches solides. Si vous êtes intéressés à en apprendre davantage sur le TOC, veuillez contacter la Fondation qui pourra vous informer sur les divers projets de recherche en cours dans différentes régions du Québec. Votre participation pourrait contribuer au développement de traitements novateurs et efficaces.