

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE RÔLE DU CONTRÔLE PERSONNEL ET DES COMPORTEMENTS DE
RÉSOLUTION DE PROBLÈMES SOCIAUX DANS L'ADAPTATION SOCIALE
DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-
COMPULSIF

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLANIE AUBUT

Mai 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.03-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

L'ensemble de ce processus doctoral, dont cette thèse constitue l'aboutissement, a été permis et supporté par un ensemble de personnes et d'organismes que je tiens à remercier.

Je tiens d'abord à remercier mon directeur, le professeur Claude Bélanger, pour sa patience extraordinaire et pour la constance de son support tout au long de mes études. Il m'a permis de me remettre régulièrement en question dans mes démarches et de me surpasser. Je le remercie pour nos échanges toujours riches et formatifs. Je suis reconnaissante d'avoir pu bénéficier de son expérience clinique, en enseignement et en recherche.

Je tiens aussi à remercier les docteurs Réal Labelle, Daniel Moisan et Marjolaine Nantel, psychologues, pour leurs enseignements cliniques. Mes années en supervision clinique avec eux m'ont permis de me développer comme psychologue clinicienne, mais également comme chercheure, et de développer un regard curieux et critique face à la pratique de la psychologie.

J'aimerais également souligner le travail des assistantes professionnelles et de recherche qui ont évalué l'ensemble des participants de l'étude. Leur compétence et leur engagement ont contribué à la réalisation de cette recherche doctorale. J'aimerais souligner particulièrement la contribution du Dre Line Vaillancourt et de Mme Mélanie Gosselin, toutes deux psychologues, à la planification de l'étude de même qu'au recrutement et à l'évaluation des participants. Je remercie également Caroline Dugal, Annélie Sarah Anestin et Chantal Tougas pour leur assistance précieuse dans la traduction des articles.

J'aimerais de plus souligner la contribution des divers professionnels de l'Université du Québec à Montréal, en outre du personnel de soutien du Département de psychologie. Leur support et guidance ont été appréciés tout au long de mes études. Un remerciement tout particulier au Dr Jean Bégin, docteur en psychologie et spécialiste en statistiques; mes consultations avec lui lors des analyses statistiques ont été éclairantes.

Je remercie ma famille pour leur support tout au long de mes études. Je leur suis reconnaissante de n'avoir jamais douté de moi et de m'avoir toujours accueillie positivement dans mes choix et mes projets. Un merci particulier à Gédéon et Gisèle qui ont favorisé la poursuite de mes études en me supportant moralement et financièrement. Un immense merci à mes amis(es) qui ont été plus que patients(es) durant ce long parcours. Merci de votre affection, de votre humour et du plaisir que vous avez su apporter à ma vie de thésarde.

Mes remerciements particuliers à Madame Lebel et à Monsieur Laplante pour leur support constant dans les dernières étapes de ce parcours doctoral, et pour leur présence et écoute qui ont été indispensables.

Ce projet de recherche a été financé par l'organisme Genizon Biosciences par le biais d'une subvention de recherche accordée au chercheur principal de l'étude, Dr Claude Bélanger. Je souhaite souligner la participation de cet organisme pour leur support au niveau du recrutement des sujets de l'étude et de la mise en place de la base de données pour cette recherche. J'aimerais de façon plus particulière exprimer ma gratitude à Micheline Lapalme ainsi qu'à Catherine Blier de Genizon Biosciences Inc., pour leur collaboration indéfectible lors de la collecte de données.

Cette thèse a également été réalisée grâce au soutien financier de différents organismes subventionnaires : bourse de maîtrise du Fond de recherche en santé du Québec (FRSQ) et bourse doctorale du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Je remercie ces deux organismes de leur support qui a facilité grandement mon parcours doctoral.

À vous tous et toutes, merci.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES FIGURES.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1 Trouble obsessionnel-compulsif.....	2
2 Prévalence et évolution du trouble obsessionnel-compulsif.....	4
3 Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif.....	6
3.1 Adaptation sociale et trouble obsessionnel-compulsif.....	9
3.2 Fonctionnement occupationnel et trouble obsessionnel-compulsif.....	16
3.3 Fonctionnement familial et trouble obsessionnel-compulsif.....	17
3.4 Fonctionnement marital et trouble obsessionnel-compulsif.....	18
3.5 Fonctionnement sexuel et trouble obsessionnel-compulsif.....	20
3.6 Fonctionnement interpersonnel et trouble obsessionnel-compulsif.....	21
4 Contrôle personnel et résolution de problèmes sociaux chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif.....	24
4.1 Contrôle personnel et trouble obsessionnel-compulsif.....	25
4.2 Contrôle personnel et adaptation sociale.....	32

4.3	Résolution de problèmes sociaux et trouble obsessionnel-compulsif.....	36
4.4	Résolution de problèmes sociaux et adaptation sociale.....	42
4.5	Contrôle personnel et résolution de problèmes sociaux.....	47
5	Objectifs et hypothèses de recherches.....	51
6	Méthode.....	53
6.1	Sélection des participants et procédures d'évaluation.....	53
7	Références.....	59

CHAPITRE II (ARTICLE I)

	ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF.....	76
	Résumé.....	78
	Abstract.....	79
	Introduction.....	80
	Méthode.....	85
	Participants.....	85
	Instruments.....	86
	Procédures.....	89
	Résultats.....	89
	Discussion.....	94
	Références.....	99
	Notes des auteurs.....	104

CHAPITRE III (ARTICLE II)

	PERSONAL CONTROL, SOCIAL PROBLEM-SOLVING, AND SOCIAL ADJUSTMENT IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER.....	107
	Résumé.....	109
	Abstract.....	110
	Introduction.....	111
	Méthodologie.....	118
	Participants.....	118

Instruments.....	119
Procédures.....	121
Résultats.....	121
Discussion.....	129
Références.....	137
Notes des auteurs.....	145

CHAPITRE IV (ARTICLE III)

PREDICTIVE POWER OF SOCIAL PROBLEM-SOLVING ON DIMENSIONS OF SYMPTOMS IN INDIVIDUALS WITH ACTIVE OR IN-REMISSION OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER.....

152	
Résumé.....	154
Abstract.....	155
Introduction.....	156
Méthodologie.....	162
Participants.....	162
Instruments.....	163
Procédures.....	165
Résultats.....	166
Discussion.....	177
Références.....	188
Notes des auteurs.....	195

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE.....

202	
1 Intégration des résultats.....	203
2 Implications cliniques.....	223
3 Considérations méthodologiques.....	225
3.1 Validité interne.....	225
3.2 Validité externe.....	229
4 Directions futures.....	231

APPENDICE A	
DÉPLIANT DE PROMOTION DU PROJET.....	234
APPENDICE B	
LETTRE D’ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE.....	237
APPENDICE C	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	242
APPENDICE D	
FORMULAIRES D’ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES D’ÉVALUATION...249	
Questionnaires de pré-sélection.....	250
Identification du participant.....	255
Questionnaire de renseignements généraux.....	256
Modules d’entrevue clinique structurée pour troubles anxieux.....	260
Inventaire de Padoue.....	311
Questionnaire d’adaptation sociale.....	315
Inventaire de résolution de problèmes sociaux – Révisé.....	327
Échelle de croyance dans le contrôle personnel.....	330
APPENDICE E	
PREUVES DE SOUMISSION ET D’ACCEPTATION DES ARTICLES.....	332
RÉFÉRENCES GÉNÉRALES.....	337

LISTE DES ABÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association
AS	Avoidant style
BPCS-RSF	Belief in Personal Control Scale - Revised Short Form
CTRL	Contrôle / control
CP	Contrôle personnel
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4 ^{ième} édition
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5 ^{ième} édition
ECCP	Échelle de croyance dans le contrôle personnel
EGF	Échelle d'évaluation globale du fonctionnement
EIC	Exaggerated internal control
ELC	External locus of control
GEC	General external control
ICS	Impulsive/careless style
ILC	Internal locus of control
IP	Inventaire de Padoue
IRPS-R	Inventaire de résolution de problèmes sociaux - Révisé
LC	Locus de contrôle / locus of control
LCE	Locus de contrôle externe
LCI	Locus de contrôle interne
MANOVA	Multivariate analysis of variance
NPO	Negative problem orientation
OCD	Obsessive-compulsive disorder
AOCD	Active obsessive-compulsive disorder group
OCDR	Obsessive-compulsive disorder in-remission group
PC	Personal control
PDF	Problem definition and formulation
PI	Padua Inventory
PPO	Positive problem orientation
PS	Problem-solving
QAS	Questionnaire d'adaptation sociale
QRG	Questionnaire des renseignements généraux
RP	Résolution de problèmes
RPS	Résolution de problèmes sociaux
SAS-SR	Social Adjustment Scale - Self-Report
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I

SPS	Social problem-solving
SPSI-R	Social Problem-Solving Inventory – Revised
TAG	Trouble d’anxiété généralisée
TEPR	Traitement par exposition et prévention de la réponse
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TOC-A	Trouble obsessionnel-compulsif actif
TOC-R	Trouble obsessionnel-compulsif en rémission
TSPS	Total social problem solving
UQAM	Université du Québec à Montréal

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

CHAPITRE II

- 1 DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS DES GROUPES TOC ET CTRL.....105
- 2 MOYENNES ET ÉCARTS-TYPES POUR L'ADAPTATION SOCIALE EN FONCTION DE LA SÉVÉRITÉ DU TOC ET DU TYPE PRINCIPAL D'OBSSESSIONS-COMPULSIONS.....106

CHAPITRE III

- 1 MEANS AND STANDARD DEVIATIONS FOR PERSONAL CONTROL AND SOCIAL PROBLEM-SOLVING SCALES INCLUDED IN THE MULTIVARIATE ANALYSIS OF VARIANCE (MANOVA).....146
- 2 UNIVARIATE AND MULTIVARIATE ANALYSES OF VARIANCE FOR PERSONAL CONTROL AND SOCIAL PROBLEM-SOLVING SCALES.....147
- 3 INTERGROUP DIFFERENCES BETWEEN OCD AND CONTROL GROUPS, FOR PROBLEM-SOLVING GLOBAL SCORE, RATIONAL PROBLEM-SOLVING, DECISION MAKING, GENERATION OF ALTERNATIVE SOLUTIONS AND SOLUTION IMPLEMENTATION AND VERIFICATION.....148
- 4 CORRELATIONS FOR PERSONAL CONTROL, SOCIAL PROBLEM-SOLVING AND GLOBAL SOCIAL ADJUSTMENT DEPENDING ON THE GROUP.....149
- 5 CORRELATIONS FOR PERSONAL CONTROL DIMENSIONS AND SOCIAL PROBLEM-SOLVING DEPENDING ON THE GROUP.....150

CHAPITRE IV

1	SOCIAL ADJUSTMENT, PERSONAL CONTROL AND PROBLEM-SOLVING IN INDIVIDUALS WITH ACTIVE-OCD (AOCD), OCD IN REMISSION (OCDR) AND CONTROLS (CTRL).....	196
2	GROUP DIFFERENCES FOR THE <i>PADUA INVENTORY</i> SUBSCALES BETWEEN ACTIVE OCD AND OCD IN-REMISSION GROUPS.....	197
3	INTERCORRELATIONS FOR MEASURES OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS WITH SOCIAL ADJUSTMENT.....	198
4	INTERCORRELATIONS FOR PERSONAL CONTROL AND OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMATOLOGY BY GROUP.....	199
5	CORRELATIONS COEFFICIENTS FOR RELATIONS BETWEEN PROBLEM-SOLVING SCALES AND OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS FOR THE ACTIVE OCD AND OCD IN-REMISSION GROUPS.....	200

LISTE DES FIGURES

Figures

CHAPITRE III

1 MEDIATION EFFECT OF NEGATIVE PROBLEM-SOLVING ON THE
RELATIONSHIP BETWEEN GENERAL EXTERNAL CONTROL AND GLOBAL
SOCIAL ADJUSTMENT.....151

CHAPITRE IV

1 MEDIATING ROLE OF NEGATIVE PROBLEM ORIENTATION IN THE
RELATIONSHIP BETWEEN OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS AND
SOCIAL ADJUSTMENT.....201

Le rôle du contrôle personnel et des comportements de résolution de problèmes sociaux dans l'adaptation sociale des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif général de mettre en lumière les difficultés d'adaptation sociale observées chez des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) actif ou en rémission, et d'identifier différentes variables intermédiaires pouvant avoir une influence sur leurs capacités d'adaptation.

Le premier chapitre met en lumière les altérations fonctionnelles importantes (p. ex., Rosa et al., 2012; Steketee, 1997), et la diminution du niveau de fonctionnement social des personnes atteintes d'un TOC (p. ex., Bystritsky et al., 2001; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDouglas et Price, 1998; Didie et al., 2007; Grenier, Préville, Boyer et O'Connor, 2009; Lochner, Mogotsi, du Toit, Kaminer, Niehaus et Stein, 2003). L'importance des difficultés de fonctionnement, de même que le nombre limité de recherches ayant étudié de façon plus fine l'adaptation sociale globale et spécifique à différents domaines de vie, justifient l'élaboration d'études supplémentaires à cet effet.

Ce chapitre permet également de mettre de l'avant le fait que ces difficultés d'adaptation ne sont pas systématiquement associés à la sévérité des symptômes du TOC (p. ex., Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik, Tarlow et Rosen, 1999; Hollander, Kwon, Stein et Broatch, 1996; Koran, Thienemann et Davenport, 1996; Norberg, Calamari, Cohen et Riemann, 2008). Il est possible que la relation entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation sociale soit influencée par différentes variables intermédiaires. Le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux, sur lesquels se portera notre investigation, sont des variables ayant été identifiées comme influençant l'ajustement chez différents groupes cliniques (p. ex., Leung, 2001; Nezu, 2004). Il y a toutefois un vide théorique quant à l'influence de ces variables sur l'adaptation sociale des personnes atteintes d'un TOC.

À l'aide d'un groupe de 126 personnes atteintes d'un TOC actif, d'un groupe de 36 personnes en rémission de ce trouble, et d'un groupe de 235 participants contrôles, ces variables et leurs interactions seront étudiées. De façon plus spécifique, la présente thèse doctorale se divise ainsi :

Contenu de la thèse

Le chapitre I aborde les divers concepts à l'étude. Il présente en outre les connaissances actuelles portant sur les concepts d'adaptation sociale, de contrôle personnel et de résolution de problèmes sociaux, l'ensemble des objectifs et questions de recherche, de même que les procédures de sélection et d'évaluation des participants.

Le chapitre II présente le premier article empirique de cette thèse : *Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif*. L'article a été soumis à la *Revue Québécoise de Psychologie*. Il a pour objectif de comparer le niveau d'adaptation sociale globale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes ayant un TOC actif et d'un groupe contrôle. Les résultats montrent que les personnes souffrant d'un TOC présentent une adaptation globale et dans tous les domaines de vie significativement plus faible que ne le démontrent les contrôles. Aucune différence n'est trouvée quant à l'adaptation sociale, pour les participants atteints d'un trouble obsessionnel-compulsif, en fonction de la sévérité du trouble ou du type principal d'obsessions/compulsions.

Le chapitre III contient le deuxième article empirique qui s'intitule *Personal control, social problem-solving, and social adjustment in obsessive-compulsive disorder*. L'article a été accepté au périodique *Journal of Psychological Abnormalities*. Il a comme objectif général de clarifier les interactions entre le contrôle personnel, la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC, en comparaison à des contrôles. Globalement, l'article a permis de montrer un contrôle qui est plus externe et des difficultés plus importantes dans l'ensemble des dimensions de la résolution de problèmes sociaux pour les personnes souffrant d'un TOC actif que pour les contrôles. Les résultats ont également montré que l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation sociale.

Le chapitre IV contient le troisième article qui s'intitule *Predictive Power of Social Problem-Solving on Dimensions of Symptoms in Individuals with Active or In-Remission Obsessive-Compulsive Disorder*. L'article a été soumis au *Europe's Journal of Psychology*. L'objectif général de cet article est de vérifier les interactions entre les dimensions de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, le contrôle personnel, la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC actif et chez des personnes en rémission de ce trouble, et de les comparer à des sujets contrôles. Les résultats ont montré que les personnes

en rémission d'un TOC présentent un contrôle plus externe que les contrôles, mais que leur contrôle est équivalent à celui du groupe TOC actif. Ils se situent entre les deux autres groupes en ce qui a trait à leurs difficultés d'adaptation et de résolution de problèmes sociaux. Les résultats montrent également que l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre la symptomatologie et l'adaptation.

Le chapitre V présente une discussion générale des résultats, et il est divisé en quatre grandes sections : intégration des résultats, implications cliniques, considérations méthodologiques et pistes de recherches futures. La discussion a permis de mettre en lumière l'importance des difficultés d'adaptation présentes chez les personnes souffrant d'un TOC actif ou en rémission, difficultés qui les vulnérabilisent et qui peuvent jouer un rôle dans le développement et le maintien de la symptomatologie. Les résultats supportent également l'importance du contrôle personnel et de la résolution de problèmes sociaux, particulièrement de l'orientation négatives face aux problèmes, dans la compréhension des difficultés d'adaptation observées chez ces personnes. Ces dimensions devraient être adressées lorsque des interventions thérapeutiques sont mises en place pour des patients souffrant d'un TOC. Il est proposé de reprendre cette recherche en intégrant en outre un échantillon plus grand de personnes en rémission d'un TOC et en mesurant un étendu plus large de troubles psychologiques secondaires.

Mots-clés : Trouble obsessionnel-compulsif, rémission, adaptation sociale, résolution de problèmes sociaux, contrôle personnel.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une problématique qu'on associe d'emblée à des difficultés significatives de fonctionnement, surtout lorsque l'on considère l'aspect envahissant et potentiellement handicapant des obsessions et des compulsions. La sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs a été associée à des altérations fonctionnelles chez les personnes qui en souffrent. Cette association a été supportée par les écrits scientifiques actuels (pour une revue, voir Steketee, 1997; Rosa et al., 2012). Néanmoins, cette relation n'a pas toujours été supportée (p. ex., Koran, Thienemann et Davenport, 1996) et la réduction des symptômes n'a pas été associée de façon systématique à une amélioration du fonctionnement social (p. ex., Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik, Tarlow et Rosen, 1999; Hollander, Kwon, Stein et Broatch, 1996; Koran et al., 1996). La relation entre ces deux dimensions, de même que les facteurs qui pourraient la moduler, ne semblent pas être bien compris. Avant de s'intéresser plus en profondeur aux variables intermédiaires qui pourraient être impliquées dans ce modèle, les connaissances actuelles quant à la relation entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et l'adaptation sociale seront recensées afin d'avoir un portrait mieux défini de ces construits et de leurs interactions.

1 Trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). Les obsessions sont définies comme des pensées, des images ou des impulsions répétitives expérimentées comme intrusives et inappropriées et qui sont associées à un niveau significatif de détresse ou d'anxiété, et par des tentatives de l'individu d'ignorer ou de supprimer les pensées, images ou impulsions ou de les neutraliser par l'intermédiaire d'autres pensées ou actions (APA, 2013). Le contenu obsessionnel est

souvent qualifié d'égodystonique compte-tenu de son étrangeté lorsqu'il est mis en parallèle aux systèmes de croyances et de valeurs de la personne (APA, 2013). Parmi les thèmes obsessionnels les plus communs on compte en outre les pensées de contamination, de symétrie, agressives, sexuelles ou religieuses, et les peurs de blesser ou d'avoir blessé quelqu'un (APA, 2013). Les obsessions sont généralement accompagnées de compulsions, définies comme des comportements ou des actes mentaux répétitifs que la personne se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de façon rigide, et qui ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse causées par une ou des obsessions ou dans le but de prévenir un événement négatif anticipé (APA, 2013). L'obsession sans compulsion existe, en outre pour ce qui est des pensées répétitives (APA, 2013). Certains types de compulsions surviennent également sans avoir été précédés d'obsession, par exemple pour les compulsions de symétrie ou de précision, et les rituels superstitieux (APA, 2013). Les actions compulsives, dont les plus fréquentes sont, en continuité avec les obsessions les plus communes, les rituels de lavage/nettoyage, les vérifications, les demandes de réassurance, le fait de compter mentalement, de répéter des actions ou de ranger selon un certain ordre (symétrie), sont excessives et/ou ne sont pas liées de façon réaliste aux pensées qu'elles devraient selon la personne neutraliser ou prévenir (APA, 2013). La plupart des personnes atteintes d'un TOC présentent des obsessions et des compulsions. Celles-ci sont associées à une perte de temps significative (plus d'une heure par jour), de même qu'à de la détresse et/ou des altérations du fonctionnement (APA, 2013). Il est également fréquent que les personnes atteintes d'un TOC évite les personnes, endroits, situations ou objets associés à leurs obsessions/compulsions (APA, 2013).

Dans la cinquième version du *Diagnostical And Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013), le TOC est maintenant retiré de la catégorie des troubles anxieux et fait partie des *troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles*

associés, section qui inclut aussi dorénavant le trouble de dysmorphie corporelle, le trouble de l'accumulation compulsive, la trichotillomanie, le trouble de l'excoriation, les troubles de ce spectre induits par une substance, une médication ou un problème médical, et les troubles de ce spectre non spécifiés (APA, 2013). Les changements dans les critères diagnostiques du trouble touchent principalement l'ajout de spécificateurs du degré de prise de conscience qui permettent maintenant de préciser si l'insight est bon, faible ou absent/délinant, de même que la spécification de la présence de tics présents ou passés (APA, 2013). De même, le trouble de l'accumulation compulsive, qui était auparavant considéré comme un trouble obsessionnel-compulsif, est maintenant un trouble distinct (APA, 2013).

2 Prévalence et évolution du trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble psychiatrique commun avec une prévalence à vie se situant entre 1 et 3% et une prévalence à 12 mois de 1,2 à 2,1% (p. ex., Fontenelle et Hasler, 2008; Kessler, Chiu, Demler et Walters, 2005; Ruscio, Stein, Chiu et Kessler, 2010; Weissman et al., 1994). L'APA estime la prévalence à 12 mois aux États-Unis à 1,2%, et une prévalence internationale à 1,1-1,8% (APA, 2013). La présence de troubles sous-seuil semble toutefois beaucoup plus importante, autant pour les personnes avec que sans un autre trouble psychiatrique comorbide (Fullana et al., 2009; Fullana et al., 2010; Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger, Dilling et John, 2000; Ruscio et al., 2010), avec des taux de prévalence allant parfois même jusqu'à plus ou moins 25% (Fullana et al., 2009; Ruscio et al., 2010). Le TOC se classe, dans les enquêtes américaines, au quatrième rang de fréquence des troubles psychiatriques, après les phobies, les troubles de l'humeur et les troubles liés à une substance (Hollander, 1997). On considère habituellement que le TOC se répartit de façon assez égale entre les deux sexes (APA, 2000). Dans sa cinquième version, l'APA propose néanmoins que le trouble affecte

légèrement plus les femmes adultes que les hommes qui eux semblent davantage affectés dans l'enfance (APA, 2013).

L'âge moyen d'apparition du trouble est évalué à 19,5 ans aux États-Unis, avec 25% des cas se déclarant vers 14 ans (APA, 2013). Les hommes sont atteints plus tôt que les femmes avec 25% de ceux-ci développant le trouble avant 10 ans (APA, 2013). Le trouble s'installe habituellement de façon progressive (APA, 2013).

L'évolution du trouble est souvent chronique avec des altérations progressives du fonctionnement (APA, 2013). On estime à 20% le taux de rémission sans traitement (APA, 2013). La rémission est souvent compliquée, en outre lorsqu'on considère la cooccurrence d'autres troubles.

En effet, le TOC est fréquemment associé à d'autres psychopathologies, en outre à un autre trouble anxieux et aux troubles de l'humeur, du contrôle des impulsions et liés à une substance (Fullana et al., 2009; Fullana et al., 2010; Ruscio *et al*, 2010; Torres et al., 2006; Weissman et al., 1994). Le développement d'un trouble comorbide semble d'ailleurs pré-existant à l'apparition du TOC et prédit souvent son développement (Ruscio *et al*, 2010). Parmi les autres tendances comorbides, notons aussi la coagrégation de divers troubles de la personnalité et plus souvent qu'autrement, d'un trouble de la personnalité du groupe C (c.-à-d., troubles de la personnalité évitante, dépendante ou obsessionnelle-compulsive) (p. ex., APA, 2013; Horesh, Dolberg, Kirschenbaum-Aviner et Kotler, 1997; Steketee, 1990). Le trouble semble également associé à la présence de tics, avec plus de 30% des personnes atteintes ayant présenté un trouble lié aux tics dans leur vie (APA, 2013). On associe aussi le TOC à la présence de plusieurs croyances et attitudes dysfonctionnelles telles qu'un sens exagéré des responsabilités, une tendance à surestimer les menaces, l'intolérance à

l'incertitude, le perfectionnisme, la sur-importance des pensées, et le besoin de contrôle (APA, 2013).

La présence d'obsessions et de compulsions est dans beaucoup de cas associée à des altérations fonctionnelles sévères dans l'ensemble des domaines de la vie, altérations qui seront définies subséquemment. L'importance des handicaps fonctionnels observés chez les personnes qui en souffrent, justifient des efforts supplémentaires afin de définir les dynamiques obsessionnelles-compulsives et leurs interactions avec d'autres variables. En outre, les écrits scientifiques actuels sont très limités quant aux facteurs qui peuvent influencer l'ajustement de ces personnes.

3 Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif

L'intérêt pour le concept d'adaptation sociale a pris de l'importance dans les années 1960 et 1970 alors que les soins dans la communauté prenaient plus d'importance et qu'il devenait plus clair que les patients présentant des troubles chronicisés étaient confrontés à des problèmes d'adaptation sociale importants (Weissman, 1999). Il devenait également de plus en plus clair que ces problèmes d'adaptation pouvaient avoir un impact négatif sur l'évolution des troubles observés, tant dans leur développement que dans leur maintien (Weissman, 1999).

Globalement, l'adaptation sociale réfère à l'habileté d'une personne à s'adapter à ses rôles sociaux et d'en retirer de la satisfaction (Weissman, 1999), alors que le concept de rôles sociaux réfère à des façons spécifiques de se comporter dans une variété de contextes sociaux courants tels que les interactions avec les collègues, les amis, la famille étendue, le/la partenaire et les enfants (Weissman, 1999). D'autres auteurs définissent l'adaptation sociale comme un concept basé sur l'intégration de multiples

facteurs influençant le comportement et l'interaction d'une personne avec son environnement social, son habileté à accomplir les activités courantes nécessaires à son autonomie et l'efficacité avec laquelle ces activités sont réalisées (p. ex., Blairy et al., 2004). Des problèmes d'adaptation peuvent se manifester de différentes façons. On pense en outre à une diminution des performances au travail ou scolaires, à une augmentation des conflits dans les relations interpersonnelles ou intimes, ou à une diminution des contacts avec les amis ou la famille (Weissman, 1999).

Les écrits scientifiques actuels supportent bien ce lien entre la présence de troubles de santé mentale et la présence de difficultés significatives d'adaptation, en outre pour les troubles de l'humeur (p. ex., Calvocoressi, Libman, Vegsp, McDougle et Price, 1998; Chaudhury, Deka et Chetia, 2006; Koran et al., 1996), pour les troubles alimentaires (p. ex., Jenkins, Rienecke Hoste, Meyer et Blissett, 2011; Rorty, Yager, Buckwalter, et Rossotto, 1999), pour les troubles de dysmorphie corporelle (p. ex., Phillips, Menard, Fay, et Pagano, 2005), et pour les troubles psychotiques (p. ex., Bystritsky et al., 2001). L'étude de Chaudhury, Deka et Chetia (2006) a comparé sept troubles psychiatriques, c'est-à-dire la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), la démence, et les troubles liés à l'abus d'une substance, et a trouvé que tous les troubles sont associés avec des difficultés d'adaptation significatives, mais de sévérités variables, avec la schizophrénie liée aux déficits les plus sévères. Parmi ces troubles, le TOC se classe dans les premiers quant à la sévérité des altérations observées, après la schizophrénie, la démence et la dépression, et suivi des troubles bipolaires et des troubles d'abus d'alcool. Les troubles anxieux, ici, sont ceux causant le moins d'altérations. Les auteurs ont également montré que la sévérité des troubles tend à être corrélée positivement aux déficits observés (Chaudhury et al., 2006).

Dans la lignée de ces résultats et de façon plus spécifique aux troubles anxieux dont le TOC faisait partie dans la quatrième version du *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 2000), plusieurs écrits scientifiques ont mis en lumière la présence de difficultés d'adaptation importantes chez les personnes anxieuses (pour des revues, voir Mendlowicz et Stein, 2000 et Olatunji, Cisler et Tolin, 2007). Différentes méta-analyses et revues des écrits scientifiques sur la qualité de vie permettent d'avoir un portrait global des connaissances actuelles quant aux difficultés fonctionnelles vécues par les personnes ayant un trouble anxieux (Mendlowicz et Stein, 2000; Olatunji et al., 2007). Le concept de qualité de vie est un concept multidimensionnel développé en sciences sociales, mais ayant d'abord été utilisé dans la pratique médicale, et qui implique habituellement la mesure de différents domaines de fonctionnement physique, psychologique et social (Mendlowicz et Stein, 2000). L'adaptation sociale y est associée partiellement par le biais des sous-échelles de mesure du fonctionnement social qui y sont souvent incluses. Les portraits présentés par les revues (Mendlowicz et Stein, 2000; Olatunji et al., 2007) sur la qualité de vie des personnes ayant un trouble anxieux montrent que globalement la qualité de vie et le fonctionnement social sont grandement compromis pour ce groupe, et ce, tant pour les personnes présentant un trouble panique, une phobie sociale, un trouble d'anxiété généralisée, un état de stress post-traumatique ou un TOC. Les difficultés de fonctionnement social des personnes anxieuses se sont montrées assez équivalentes parmi les différents troubles anxieux (voir Olatunji et al., 2007). Il est à noter que le fonctionnement social des personnes présentant un trouble anxieux sous-seuil est lui aussi grandement affecté (voir Mendlowicz et Stein, 2000). L'idée que la qualité de vie soit multidimensionnelle a été avancée par Mendlowicz et Stein (2000). Les difficultés propres au TOC seront présentées subséquemment.

Le lien entre la présence d'altérations fonctionnelles chez les personnes présentant un trouble de santé mentale ou un trouble anxieux semble donc bien supporté. Cela

permet de croire que des altérations similaires puissent être présentes chez les personnes présentant un TOC. Une recherche des écrits scientifiques a été conduite via PsycINFO et PsycARTICLES, en incluant les mots-clés « social adjustment » X « obsessive compulsive disorder », afin de recueillir les différentes données empiriques disponibles à ce sujet et soutenant cette étude. La recherche des écrits scientifiques a été faite en 2014, puis révisée en avril 2017, et tous les articles pertinents au sujet et précédents ces dates ont été intégrés à la thèse. Seules les études de langues françaises ou anglaises ont été retenues. Ces données seront présentées subséquemment.

3.1 Adaptation sociale et trouble obsessionnel-compulsif

Différentes informations issues d'études épidémiologiques nous permettent de tracer un premier portrait des limitations associées au TOC (pour une revue, voir Steketee, 1997). Précisons dans un premier temps que l'Organisation mondiale de la santé a évalué en 2010, que le TOC se classait au sixième rang des troubles psychiatriques quant au nombre d'années d'invalidité rapportées (World Health Organization, 2010). Ensuite, un sondage téléphonique canadien (Stein, Bruun, Josephson et Hollander, 1991) a établi que de 1 à 2% des personnes sondées présentaient des altérations fonctionnelles ou de la détresse en lien avec la présence de symptômes obsessionnels-compulsifs. Parmi les personnes ayant rapporté un TOC dans le dernier mois (c.-à-d., 0,6%), 26% rapportaient des handicaps ou de la détresse découlant des obsessions, et 22% découlant des compulsions (Stein et al., 1991). Une étude épidémiologique américaine, la « *United States Epidemiological Catchment Area* », supporte également la présence d'altérations fonctionnelles significatives chez les personnes souffrant de ce trouble (Karno, Golding, Sorenson et Burnam, 1988). Bien que le TOC ne soit plus maintenant classé parmi les troubles anxieux (APA, 2013), l'équipe de Karno (Karno et al., 1988) a en outre identifié que, parmi les personnes présentant

un état anxieux, celles ayant un TOC rapportent le second taux le plus élevé d'utilisation des ressources en soins de santé, après le trouble panique. L'équipe de Leon (Leon, Portera et Weissman, 1995) a également publié différents résultats découlant de la même étude épidémiologique et précise que c'est 22% des hommes et 13% des femmes ayant un TOC qui reçoivent des prestations d'invalidité, ce qui serait quatre fois plus élevés que les taux obtenus pour les personnes ne présentant pas de trouble à l'Axe I. Ces chercheurs (Leon et al., 1995) précisent également que 25 à 30% des personnes ayant un TOC reçoivent des prestations d'aide du gouvernement et que les femmes semblent plus susceptibles que les hommes à en recevoir.

D'autre part, les recherches cliniques ou comparatives, donnent accès à différentes informations face à l'adaptation des personnes souffrant d'un TOC. Il a en effet été montré que les symptômes obsessionnels-compulsifs interfèrent avec le fonctionnement global. D'abord, l'équipe de Goodman (Goodman et al., 1989a) a démontré que les personnes souffrant d'un TOC et débutant un traitement en clinique externe présentent des interférences significatives de leurs symptômes sur leur fonctionnement, avec les compulsions légèrement plus problématiques que ne le sont les obsessions. Khanna et ses collègues (Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1988) a également montré une forte association entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation sociale globale, avec une absence de différence liée à l'âge de consultation ou au sexe. Cela a aussi été supporté récemment par l'équipe de Rosa (Rosa et al., 2012) qui, à partir d'un groupe de 815 adultes souffrant d'un TOC en traitement externe, a montré qu'une sévérité plus grande de symptômes est associée à une adaptation sociale plus faible, particulièrement pour les loisirs, l'unité familiale et les relations maritales. L'ensemble de ces résultats supporte bien l'idée d'une association entre les

symptômes obsessionnels-compulsifs et une adaptation sociale problématique pour les personnes en traitement externe.

Les études réalisées à partir d'échantillons de personnes présentant un TOC et hospitalisées supportent également cette association entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et le fonctionnement social (pour une revue, voir Steketee, 1997). En outre, il a été observé que différentes interventions psychosociales doivent être planifiées pour les personnes hospitalisées et présentant des symptômes obsessionnels-compulsifs sévères (Calvocoressi, McDougle, Wasylink, Goodman, Trufan et Price, 1993) puisque 17% nécessitent une hospitalisation pour des problèmes liés au fonctionnement, plus précisément pour des difficultés liées à une désorganisation du foyer et au niveau des soins personnels. Les activités routinières sont également perturbées, en outre par des peurs de contamination ou des rituels de nettoyage envahissants (Calvocoressi et al., 1993). Toujours selon Calvocoressi et ses collègues (Calvocoressi et al., 1993), ces patients se comportent souvent de façon socialement mésadaptée, ils interfèrent avec les activités des autres et ils provoquent différentes situations conflictuelles avec les autres patients et l'équipe traitante. Leurs scores à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) sont en moyenne de 40 et reflètent en conséquence des altérations sévères dans plusieurs aires de leur fonctionnement général (Calvocoressi et al., 1993). Ces scores sont comparables aux scores évalués pour les patients dépressifs et un peu plus élevés que ceux des patients schizophrènes (Calvocoressi et al., 1998). D'autre part, la fin du traitement semble demander une préparation importante qui inclut en outre des références à des services de réhabilitation sociale ou vocationnelle, des demandes de primes d'invalidité ou des placements en hébergement supervisé (Calvocoressi et al., 1993). Le TOC semble donc, dans sa forme plus sévère, produire des altérations fonctionnelles marquées.

Ces résultats se rapprochent des observations faites par Bystritsky et ses collègues (Bystritsky et al., 2001) qui ont également montré que l'adaptation des personnes souffrant d'un TOC, pour tous les domaines de vie excepté pour la santé, est égale à celle des personnes souffrant de schizophrénie en pré-traitement. Les scores les plus faibles ont été trouvés, pour les deux groupes, au niveau des activités domestiques, des relations sociales, des loisirs et des activités liées au travail (Bystritsky et al., 2001). Face à leur fonctionnement psychosocial, les personnes souffrant d'un TOC répondent toutefois mieux au traitement que les schizophrènes (Bystritsky et al., 2001). Ils obtiennent en fin de traitement des scores supérieurs à ceux obtenus initialement même s'ils demeurent relativement faibles (Bystritsky et al., 2001). Ces recherches montrent que des difficultés importantes sont observées au niveau de l'adaptation sociale pour les patients TOC et hospitalisés et que ces difficultés semblent plus importantes ou équivalentes à celles trouvées pour les autres groupes cliniques.

À cet effet, différentes études, bien que peu nombreuses et non unanimes, permettent de comparer le fonctionnement des personnes atteintes d'un TOC à celui de personnes souffrant d'autres troubles cliniques (pour une revue, voir Steketee, 1997). Pour des groupes en traitement externe, une étude de Steketee, Grayson et Foa (1987), a montré que le niveau de fonctionnement des patients atteints d'un TOC est plus altéré que celui de patients souffrant de phobie sociale, de phobie spécifique, d'agoraphobie et d'anxiété généralisée. Globalement ils présentent un plus faible taux d'employabilité, de plus faibles revenus et plus d'inconfort interpersonnel que les sujets anxieux des autres groupes. Certains chercheurs n'ont toutefois pas observé de différence entre les patients externes souffrant d'un TOC et ceux ayant un diagnostic de dysthymie ou d'anxiété généralisée quant à leur niveau de fonctionnement global, et ils précisent que les trois groupes se situent dans des niveaux modérés de dysfonction (Chakrabarti, Kulhara et Verma, 1993). L'équipe de Chambless

(Chambless, Gillis, Tran et Steketee, 1996), en comparant les scores obtenus à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), n'a pas non plus trouvé de différences entre les patients externes souffrant d'un TOC, d'un trouble panique ou d'agoraphobie. Koran et ses collègues (Koran et al., 1996) ont comparé le fonctionnement de personnes souffrant d'un TOC, de dépression et de diabète. Leurs résultats ont montré que pour les patients ayant un TOC, les domaines de la qualité de vie liés à la santé mentale, soit le fonctionnement social et les limitations dans les rôles dues à des problèmes émotionnels, sont altérés et que ces altérations sont plus importantes que celles des diabétiques et des normes publiées, mais qu'elles le sont légèrement moins que pour les patients dépressifs (Koran et al., 1996).

De même, Lochner et son équipe (Lochner et al., 2003) ont comparé l'adaptation sociale, parmi d'autres variables associées à la qualité de vie, pour des groupes de patients externes présentant un TOC, une phobie sociale ou un trouble panique. Les résultats montrent globalement que les individus ayant une phobie sociale présentent plus de déficits au niveau de leur adaptation dans les activités sociales ou de loisir que ceux ayant un TOC, alors que ces derniers montrent significativement plus de difficultés dans leurs relations avec la famille étendue que les personnes ayant un trouble panique (Lochner et al., 2003). Considérant l'ensemble des données recueillies à partir de plusieurs questionnaires, ces auteurs (Lochner et al., 2003) suggèrent que l'étendue des difficultés fonctionnelles soit assez similaire entre les trois groupes, bien que certaines spécificités ressortent pour chacun d'eux; les aires liées à la vie familiale et aux activités de la vie quotidienne semblent les plus touchées pour le groupe souffrant d'un TOC.

Parallèlement, il a été montré que, pour un vaste échantillon québécois de personnes âgées de 65 ans et plus et vivant dans la communauté, les individus ayant un TOC montrent plus d'altérations fonctionnelles dans quatre aires, soient les activités

quotidiennes, les tâches ménagères, les activités sociales et les relations avec les autres, lorsqu'elles sont comparées aux personnes avec trouble anxieux ou de l'humeur et aux personnes sans trouble anxieux (Grenier, Préville, Boyer et O'Connor, 2009). Cette même recherche rapporte des difficultés dans les relations interpersonnelles qui semblent plus significatives que pour les groupes avec et sans troubles anxieux (Grenier et al., 2009). Aucune différence n'a par contre été observé entre le groupe ayant un TOC et ceux ayant un trouble de l'humeur (Grenier et al., 2009). Didie et son équipe (Didie et al., 2007) n'ont trouvé aucune différence dans le fonctionnement social, pauvre, des patients TOC comparativement à ceux souffrant d'un trouble de dysmorphie corporelle. Les personnes ayant un syndrome de la Tourette présenteraient par ailleurs moins d'altérations fonctionnelles que les patients ayant un TOC (Stein et al., 1991). Ces résultats semblent supporter l'idée que des altérations importantes au niveau du fonctionnement social sont présentes pour les personnes souffrant d'un TOC et que ces altérations sont plus importantes sinon égales à celles d'autres groupes cliniques.

Finalement, différentes informations provenant des études de suivi en post-traitement permettent d'accéder à une autre facette de l'interaction entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation sociale. D'abord, dans une étude de suivi post-traitement auprès de personnes traitées pour un TOC, allant de 9 à 14 ans suivant l'intervention, Bolton et ses collègues (Bolton, Luckie et Steinberg, 1995) ont montré que, face à leur adaptation sociale, 43% des personnes présentaient une meilleure adaptation, alors les autres restaient inadaptés (Bolton et al., 1995). Différentes études ont également trouvé des résultats similaires quant au fonctionnement social post-traitement; globalement, des gains modestes sont obtenus à cet effet (Foa et Goldstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner et Latimer, 1984; Marks, Hodgson et Rachman, 1975; Marks, Stern, Mawson, Cobb et McDonald, 1980). D'autres études ont également observé certains bénéfices de la thérapie comportementale et de

certaines médications sérotoninergiques, pour améliorer les symptômes obsessionnels-compulsifs et le fonctionnement en post-traitement et en suivi d'un an (Cottraux, Mollard, Bouvard et Marks, 1993). Une étude fort intéressante de Huppert (Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz et Foa, 2009) a permis de dégager des différences intergroupes dans le fonctionnement social de personnes atteintes d'un TOC plus ou moins six années suivant un essai clinique. Quatre groupes ont été étudiés : un groupe de personnes ayant un TOC simple et actif, un groupe ayant un TOC et un autre trouble comorbide, un groupe en rémission d'un TOC, et un groupe contrôle sain sans historique de trouble psychiatrique (Huppert et al., 2009). Les résultats montrent que le TOC est associé à un fonctionnement social significativement plus faible comparativement aux contrôles sains (Huppert et al., 2009). Les deux groupes ayant un TOC actif, avec ou sans comorbidité, montrent les niveaux d'adaptation les plus faibles (Huppert et al., 2009). Les individus en rémission d'un TOC semblent se trouver entre les contrôles et ceux ayant un TOC actif puisqu'ils ne montrent pas de différences significatives avec l'un ou l'autre des deux groupes (Huppert et al., 2009). Cela semble supporter l'idée d'une certaine amélioration de l'adaptation sociale pour le groupe en rémission, adaptation qui reste toutefois non significativement différente de celle retrouvée chez le groupe actif, et qui témoigne de déficits persistants même après rémission des symptômes.

L'ensemble de ces résultats met de l'avant l'indépendance partielle des deux concepts. En effet, il semble que la sévérité des symptômes en post-traitement ne soit pas systématiquement associée à l'adaptation sociale difficile. Cela suggère que la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs n'explique pas toute la variance des altérations fonctionnelles observées. De même, il semble que les améliorations symptomatiques obtenues ne soient pas suffisantes pour générer un impact significatif et systématique au niveau du fonctionnement social. Les altérations pourraient être associées à d'autres variables intermédiaires.

Afin de mettre en lumière les difficultés spécifiques rencontrées dans chacune des sphères de performance sociale, les données épidémiologiques et les résultats des écrits scientifiques recensés pour chaque sphère (c.-à-d., fonctionnement occupationnel, familial, marital, interpersonnel et sexuel) seront présentés subséquentement.

3.2 Fonctionnement occupationnel et trouble obsessionnel-compulsif

L'étude épidémiologique américaine présentée précédemment (Karno et al., 1988; Leon et al., 1995), nous renseigne aussi sur les impacts occupationnels liés à la présence d'un TOC. Il a été mis en lumière que les personnes souffrant d'un TOC sont plus souvent sans emploi que les personnes sans trouble (Karno et al., 1988; Leon et al., 1995). Cela n'est toutefois pas spécifique au TOC, cette réalité étant également observée pour d'autres troubles (Karno et al., 1988; Leon et al., 1995).

Quelques recherches originales permettent de préciser ces informations découlant d'études épidémiologiques. D'abord Koran et de ses collègues (Koran et al., 1996) rapportent que 22% des personnes ayant un TOC sont sans emploi. Rosa et son équipe (Rosa et al., 2012) ont décrit que pour un groupe de 815 adultes souffrant d'un TOC en traitement externe, 43,4% étaient employés, 17,8% étudiants, 15,2% sans emploi, 10,8% retraités, 10,7% au foyer et que 2,1% étaient occupés à autre chose, et que 3% des personnes de leur échantillon se trouvaient dans le niveau socioéconomique faible, 43% au niveau moyen et 54% dans le niveau supérieur (Rosa et al., 2012).

Parallèlement, il a été observé que les patients présentant un TOC montrent des altérations modérées à sévères au niveau de leur fonctionnement au travail (Foa et Goldstein, 1978; Foa et al., 1984; Marks et al., 1975; Marks et al., 1980), et qu'ils rapportent des niveaux faibles d'adaptation au travail (Khanna et al., 1988). L'étude de Calvocoressi (Calvocoressi et al., 1998), comparant des groupes de patients internes souffrant d'un TOC, de dépression ou de schizophrénie, indique que seulement 13% des personnes présentant un TOC avaient un emploi stable et que 88% étaient supportées par d'autres personnes. Ces pourcentages sont comparables à ceux trouvés pour les patients schizophrènes (Calvocoressi et al., 1998). Ces deux groupes présentaient également plus de difficultés au niveau de leurs historiques d'emploi, au niveau du temps perdu au travail dans la dernière année, et au niveau de leur fonctionnement dans les activités quotidiennes, que n'en éprouvaient les patients dépressifs (Calvocoressi et al., 1998).

Peu de résultats sur le fonctionnement éducationnel proviennent d'études épidémiologiques. L'étude de Rosa (Rosa et al., 2012) présentée précédemment a rapporté que 17,8% de son échantillonnage sont étudiants et que le nombre moyen d'année d'éducation trouvé est égal à 14,4 années. Henderson et Pollard (1988) ont déterminé que, sur un échantillon de 497 citoyens américains, aucune différence n'est observée face à l'éducation des personnes avec ou sans TOC. Des impacts au niveau du fonctionnement scolaire, en outre au niveau des performances académiques et des relations sociales, sont observés chez les enfants et les adolescents atteints du trouble (Ledley et Pasupuleti, 2007).

3.3 Fonctionnement familial et trouble obsessionnel-compulsif

Au niveau du fonctionnement familial, différentes études ont indiqué que des problèmes légers à modérés sont présents chez les personnes en traitement externe

pour un TOC (Foa et Goldstein, 1978; Foa et al., 1984; Marks et al., 1975; Marks et al., 1980). Cette observation a été supportée partiellement par Khanna et ses collègues (Khanna et al., 1988) qui ont montré que des altérations significatives dans la sphère familiale et au niveau du rôle parental sont présentes. Néanmoins, les personnes TOC ne diffèrent pas des contrôles pour ce qui est de leur adaptation sociale dans l'unité familiale (Khanna et al., 1988). Des difficultés modérées à marquées dans l'adaptation sociale avec la famille élargie sont aussi trouvées (Steketee, 1988). Cela semble également soutenu par l'équipe de Calvocoressi (Calvocoressi et al., 1998) qui a montré que 67% des patients internes avec un TOC présentent des relations familiales difficiles, et que ce pourcentage est comparable à ceux des groupes de patients hospitalisés qui sont dépressifs ou schizophrènes. Ces trois groupes ne diffèrent en outre pas significativement au niveau de la quantité de contacts et de la qualité des relations avec leurs familles (Calvocoressi et al., 1998). Ces écrits mettent en lumière un fonctionnement familial altéré chez les personnes atteintes d'un TOC.

3.4 Fonctionnement marital et trouble obsessionnel-compulsif

Dans le même ordre d'idées, les relations de couple des patients avec un TOC semblent également touchées (pour une revue, voir Steketee, 1997). Les résultats d'une étude épidémiologique américaine introduite plus tôt, ont permis de déterminer que 21% des personnes souffrant d'un TOC sont célibataires (Regier et al., 1993), et que le TOC est plus prévalent chez les personnes divorcées ou séparées, bien que cela ne semble pas spécifique à ce trouble (Karno et al., 1988). Ces résultats provenant de la communauté ne semblent toutefois pas concorder avec les résultats présentés dans les recherches cliniques. En effet, les taux de célibat trouvés dans plusieurs de ces recherches s'étendent de 37 à 72% (Bellodi, Sciuto, Diafera, Ronchi et Smeraldi, 1992; Coryell, 1981; Hafner, 1988; Steketee, 1993; Koran et al., 1996; Steketee et al., 1987), taux qui ne semblent toutefois pas différer de ceux trouvés pour les troubles

anxieux (Steketee, et al., 1987) ou pour la dépression majeure (Coryell, 1981). Selon Steketee (1997), ces différences dans les taux entre les échantillons cliniques et ceux provenant de la communauté sont possiblement expliquées par une différence dans la sévérité des symptômes, et donc, en conséquence, dans la sévérité des altérations fonctionnelles. Notons également que les hommes souffrant d'un TOC semblent plus sujets que les femmes à être célibataires (p. ex., Bellodi et al., 1992; Freund et Steketee, 1989; Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1986). Cela pourrait être attribuable à l'apparition souvent précoce du TOC chez les hommes, ce qui pourrait hypothéquer plus tôt leurs chances de développer des relations de couple durables (Steketee, 1997).

Parallèlement, les résultats observés, bien que non uniformes, montrent la présence de difficultés maritales chez les personnes souffrant d'un TOC. D'abord, différentes études ont montré qu'environ la moitié des personnes souffrant d'un TOC et mariées rapportait de la détresse maritale (p. ex., Emmelkamp, de Hann et Hoogduin, 1990; Kringlen, 1965). Le pourcentage de personnes insatisfaites est similaire à celui rapporté par les personnes souffrant de dépression majeure (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990). Il serait toutefois plus élevé que celui trouvé chez les personnes souffrant d'agoraphobie (Arrindell, Emmelkamp et Sanderman, 1986). L'étude de Rosa et de ses collègues (Rosa et al., 2012) a montré que des altérations sociales importantes dans les relations maritales sont observées, et que ces altérations sont associées à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Riggs et ses collègues (Riggs, Hiss et Foa, 1992) ont montré que la détresse maritale est associée à la sévérité des comportements d'évitement pour le TOC, mais non aux compulsions et aux obsessions en soit. Ces associations ne sont cependant pas toujours vérifiées. Ainsi Balslev-Olesen et Geert-Jorgensen (1959) n'ont rapporté aucune différence significative entre les patients TOC et la population générale quant à leur satisfaction maritale. De façon générale, les données actuelles sur l'adaptation maritale des

personnes ayant un TOC semblent néanmoins supporter la présence d'altérations et d'insatisfaction pour cette sphère sociale.

3.5 Fonctionnement sexuel et trouble obsessionnel-compulsif

Au niveau du fonctionnement sexuel, Marks et ses collègues (Marks et al., 1975; Marks et al., 1980 ; Marks et al., 1988), de même que Foa et Goldstein (1978), ont montré que pour les personnes avec un TOC, le fonctionnement sexuel global présente des dysfonctions de légères à modérées. De même, à partir d'un échantillon de 44 patients externes, Freund et Steketee (1989) ont décrit que 39% démontrent certains degrés de dysfonctions sexuelles et que 73% d'entre eux se disent insatisfaits de leur vie sexuelle. Cette insatisfaction est avant tout associée à l'absence d'un partenaire ou à la présence de difficultés dans la relation (Freund et Steketee, 1989). Ces patients semblent également avoir eu moins de fréquentations, moins de relations hétérosexuelles stables et moins d'expériences sexuelles durant l'adolescence, ce qui pourrait, selon Freund et Steketee (1989), contribuer à l'insatisfaction sexuelle observée plus tard dans la vie adulte. Il a aussi été noté que la présence d'obsessions de contamination associées aux sécrétions corporelles peut contribuer à l'interférence des symptômes obsessionnels-compulsifs sur le fonctionnement sexuel (Freund et Steketee, 1989). Les relations sexuelles des personnes ayant un TOC ont également été comparées à celles de patients souffrant d'un trouble dépressif ou d'un trouble panique (Staebler, Pollard et Merkel, 1993). Pour les personnes du groupe TOC, 59% se sont dites insatisfaites sexuellement, taux qui ne diffère pas de ceux trouvés pour les deux autres groupes (Staebler et al., 1993). Les groupes ne diffèrent pas non plus quant à l'âge de la première relation sexuelle et quant à la perception de la qualité de la relation maritale (Staebler et al., 1993). Les altérations au niveau du fonctionnement sexuel, ne semblent donc pas spécifiques au TOC, bien qu'elles soient plus élevées que pour les groupes non-cliniques.

3.6 Fonctionnement interpersonnel et trouble obsessionnel-compulsif

Différentes études auprès des personnes présentant un TOC ont également supportés la présence de difficultés sociales dans la sphère interpersonnelle (pour une revue, voir Steketee, 1997). En outre, l'évaluation du fonctionnement social par des évaluateurs externes, suggère la présence d'altérations modérées pour des groupes de patients externes (Foa et Goldstein, 1978; Foa et al., 1984; Marks et al., 1980; Marks et al., 1988). La présence de difficultés marquées dans le fonctionnement interpersonnel a été démontré (Steketee, 1988). Des difficultés importantes au niveau de l'adaptation dans les loisirs ont également été soulevées par Khanna et son équipe (Khanna et al., 1988), de même que par celle de Rosa (Rosa et al., 2012) qui suggère que cette aire de fonctionnement sociale puisse être la première affectée par la présence d'un trouble psychiatrique. Parallèlement, l'étude de Calvocoressi et de ses collègues (Calvocoressi et al., 1998), comparant des patients TOC hospitalisés à des patients schizophrènes ou dépressifs, a supporté l'idée que les patients TOC et schizophrènes ont des relations d'amitié de moindre qualité que les patients dépressifs. Les trois groupes montrent également des niveaux très faibles de relations amicales (Calvocoressi et al., 1998). En somme, des altérations du fonctionnement interpersonnel de faibles à sévères sont observées pour les patients souffrant d'un TOC.

L'ensemble des résultats des études présentées permet d'abord de mettre en lumière que les personnes souffrant d'un TOC présentent des difficultés importantes au niveau de leur fonctionnement social. Les écrits scientifiques actuels restent néanmoins limités avec peu d'études évaluant l'adaptation sociale générale et spécifique à différents domaines de vie pour ce groupe. Les études réalisées présentent également différentes faiblesses méthodologiques, en outre des

échantillonnages qui sont souvent très petits. Également, peu de recherches ont comparé l'adaptation sociale globale et spécifique à différentes sphères de fonctionnement social de personnes atteintes d'un TOC actif et d'un TOC en rémission.

La présente recherche doctorale a pour premier objectif général de comparer le niveau d'adaptation sociale global et dans des domaines de vie spécifiques d'individus atteints d'un TOC actif ou en rémission et de contrôles.

D'autre part, les résultats recensés semblent montrer que la relation entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et l'adaptation n'est pas observée de façon constante. En effet, différentes études portant sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un TOC, ont montré que leurs difficultés d'adaptation ne sont pas systématiquement associés, et associés de façon positive, à la sévérité de leurs symptômes (p. ex., Bystritsky et al., 1999; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paíno-Piñeiro, Villazón-García, et Muñiz, 2010; Hollander et al., 1996; Koran et al., 1996; Norberg et al., 2008). On peut penser que, bien qu'il soit probable que les difficultés d'adaptation sociale observées soient liées à la présence de symptômes obsessionnels-compulsifs, ces deux dimensions puissent aussi être partiellement indépendantes, avec des individus symptomatiques pouvant être adaptés socialement et d'autres présentant une adaptation sociale faible malgré une absence de symptômes. Clarifier les interactions entre les symptômes et les déficits sociaux semble essentiel à la compréhension du TOC, à sa prévention et à son traitement. En effet, les cliniciens ont tendance à associer les difficultés d'adaptation à la sévérité de la symptomatologie. Ces derniers peuvent également penser que les difficultés d'adaptation se résorberont parallèlement à la diminution des symptômes et à ne pas les adresser directement. Conséquemment, malgré une diminution des symptômes, il est possible que la personne reste vulnérable quant à ses capacités d'adaptation. La

description et la mise en lumière des relations entre les difficultés d'adaptation sociale et la symptomatologie pourront permettre de remettre en question certaines pratiques à cet égard.

La présente recherche a donc pour second objectif général de vérifier, dans son second volet, le lien entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et le niveau d'adaptation globale et dans différents domaines de vie pour les groupes TOC actif et TOC en rémission.

Parallèlement, les résultats présentés amènent à questionner les facteurs, en dehors de la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs, qui pourraient influencer l'adaptation sociale des personnes souffrant d'un TOC et qui pourraient expliquer plus de variance dans les difficultés d'adaptation observées. Différentes variables médiatrices semblent actuellement échapper au modèle et méritent d'être précisées. Il existe un certain vide théorique quant aux facteurs impliqués, bien que leur identification semble être essentielle à la compréhension du TOC, des difficultés d'adaptation et de leur traitement. En effet, identifier certaines des variables impliquées dans le développement ou le maintien des difficultés d'adaptation semble nécessaire à la mise en place de stratégies thérapeutiques qui les adressent directement. Cela pourra permettre de favoriser la rémission d'une part, et de prévenir les rechutes d'autre part. Identifier certaines de ces variables fait partie des objectifs de cette recherche. Ces variables et objectifs seront présentés dans la section suivante.

4 Contrôle personnel et résolution de problèmes sociaux chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif

Les facteurs pouvant jouer un rôle dans le développement et/ou le maintien des altérations fonctionnelles observées chez les personnes présentant un TOC sont à clarifier. Deux variables, le contrôle personnel (CP) et la résolution de problèmes sociaux (RPS), ont été identifiés comme des variables possiblement associées à l'adaptation sociale. En effet, les croyances face au CP ont en outre été associées au développement et au maintien de différentes difficultés anxieuses et dépressives (p. ex., Burger, 1984; Ganellen et Blaney, 1984; Holder et Levi, 1988; Joe, 1971; Piro, 1986), et elles semblent avoir un impact sur la capacité d'une personne à s'adapter. Les habiletés de résolution de problèmes semblent également influencer tant la symptomatologie que l'adaptation pour différentes psychopathologies (pour une revue, voir Nezu 2004). Il est possible que ces variables soient également associées à l'adaptation sociale chez les personnes présentant un TOC.

Des recherches ont été conduites via les bases de psychologie PsycINFO et PsycARTICLES, en incluant les cinq ensembles de mots-clés suivants : 1) « internal external locus of control » X « obsessive compulsive disorder », 2) « internal external locus of control » X « social adjustment », 3) « problem solving » X « obsessive compulsive disorder », 4) « problem solving » X « social adjustment » et 5) « internal external locus of control » X « problem solving ». Les résultats générés par ces recherches et pertinents à la présente étude, seront présentés subséquemment. Seuls les résultats découlant de recherches en français ou en anglais ont été intégrés à la présente étude.

4.1 Contrôle personnel et trouble obsessionnel-compulsif

Une variable d'intérêt, ici, est celle des croyances face à son contrôle personnel (CP), ou du locus de contrôle (LC). Le LC se définit habituellement au moyen de deux dimensions qui le sous-tendent, c'est-à-dire les loci de contrôle interne (LCI) et externe (LCE) (Rotter, 1966). Les personnes ayant un LCI prédominant croient qu'elles peuvent influencer le cours des événements dans lesquels elles sont impliquées, alors que celles ayant un LCE tendent à penser que les événements sont influencés par des facteurs extérieurs, en outre par d'autres personnes, par un dieu ou par la chance, et qu'elles n'ont pas ou peu d'influence sur ces événements (Rotter, 1966). Le LC réfère à la « localisation » du contrôle (Rotter, 1966). Bandura (1977) considère que l'emphase unique sur la localisation du contrôle est un problème puisqu'il ne suffit pas, selon l'auteur, de croire que ses actions sont responsables des résultats, mais qu'il est aussi essentiel de considérer les perceptions de la personne quant à ses capacités de contrôler ses actions. Bandura (1977) juxtapose au concept de LC celui du sens de l'efficacité, c'est-à-dire, la croyance qu'on peut adéquatement réaliser un comportement pour atteindre un but désiré. Les écrits scientifiques sur le LC font également état des concepts de désir de contrôle et de sentiment de contrôle. Alors que le SC réfère à la croyance de l'individu en son pouvoir de performer une action et de produire le résultat voulu, le désir de contrôle se résume à la motivation de la personne à avoir un sentiment de contrôle sur les événements de vie (Skinner, 1996). Bien que les concepts de LC et de sentiment de contrôle soient souvent utilisés de façon interchangeable, le LC réfère à la première partie du sentiment de contrôle, c'est-à-dire aux croyances d'une personne dans la possibilité de contrôler une situation, et non à la perception des habiletés à contrôler le résultat en soi (Skinner, 1996). De même, alors qu'un LCE est souvent équivalent à un sentiment de contrôle faible, avoir un LCI n'équivaut pas à avoir un sentiment de contrôle élevé, en outre parce qu'une personne peut juger qu'elle a du pouvoir sur un événement (LCI), mais

qu'elle n'a pas les habiletés pour produire un résultat souhaité (faible sentiment de contrôle) (Skinner, 1996).

À un niveau théorique, plusieurs conceptualisations cognitives ont intégré le LC à leurs modèles des troubles anxieux et dépressifs (p. ex., Bandura, 1997; Clark, 2004; Purdon et Clark, 2002), en outre le modèle de l'impuissance acquise de la dépression de Miller et Seligman (Miller et Seligman, 1975; 1973). Ce modèle soutient que les distorsions cognitives face à l'évaluation de ses capacités à influencer le monde ou à contrôler les événements jouent un rôle important dans le développement de différents troubles, en influençant à la fois la réaction affective à l'événement et la capacité de s'y adapter (Miller et Seligman, 1975; 1973). De son côté, Bandura (1997) a suggéré que l'anxiété résulte d'un faible sentiment de contrôle et des difficultés conséquentes à négocier avec des potentielles menaces, menant à des comportements inadaptés ou à des pensées problématiques.

Malgré le manque d'attention portée au concept de CP sur les événements de la vie dans le modèle du TOC, la relation entre la perception du contrôle et différents problèmes de santé mentale a été assez bien supportée (pour une revue, voir Shapiro, Schwart et Astin, 1996). Il est généralement supporté qu'il existe une relation positive entre un faible CP (c.-à-d., un LCE) et différentes psychopathologies (p. ex., Holder et Levi, 1988; Layton, 1985), bien qu'il ait aussi été suggéré que des croyances biaisées et extrêmes dans le CP, tant externe qu'interne, soient associées à des problèmes d'adaptation puisque les deux extrêmes se caractérisent par des croyances irréalistes (Berrenberg, 2007; Wortman, 1976).

Différentes études se sont intéressées à ce lien entre un LCE et la présence de difficultés psychologiques. Notons en outre l'étude de Ganellen et Blaney (1984) qui s'est penchée sur les effets de modération du LC sur la relation entre le stress et la

dépression, et qui a mis en lumière que les personnes ayant expérimenté des niveaux élevés de stress et ayant un fort contrôle externe, surtout lié à la chance, sont celles qui ont la plus grande vulnérabilité à la dépression. Burger (1984) a également publié des résultats dans la même lignée. Il a montré que le LC, en particulier le contrôle externe lié à la chance, est significativement associé à la sévérité de la dépression (Burger, 1984). Layton (1985) a de même trouvé qu'un LCE est positivement associé à un faible bien-être psychologique et que, inversement, un LCI l'est négativement, pour deux groupes non-cliniques. Holder et Levi (1988) postulent que des scores plus élevés de dépression et d'anxiété ont été associés positivement au LCE, alors que des scores plus faibles ont été trouvés pour les individus ayant un LCI. Les personnes avec un locus plus interne présentent moins de détresse psychologique (Holder et Levi, 1988). Finalement, notons aussi l'étude de Liu et de ses collègues (Liu, Kurita, Uchiyama, Okawa, Liu et Ma, 2000) qui a supporté une association positive entre un LCE élevé, la perception du stress lié à la vie et des problèmes de comportements. Les résultats montrent effectivement une interaction significative de la perception du stress et du LC sur les problèmes de comportements et supportent l'idée d'un effet de modération du stress par le LC sur la psychopathologie (Liu et al., 2000). L'ensemble des résultats précédents permet de soutenir l'association entre le CP et différents problèmes de santé psychologique.

S'il semble assez bien supporté qu'un contrôle plus externe soit associé à des difficultés dépressives ou anxieuses, différents résultats montrent néanmoins qu'un LCE peut aussi être associé à une meilleure adaptation (p. ex., Estrada, Dupoux et Wolman, 2006). Cela rejoint possiblement l'idée introduite plus tôt que des croyances biaisées et extrêmes dans le CP, tant externe qu'interne, puissent être associées à des problèmes d'adaptation puisque les deux extrêmes représentent des croyances irréalistes (Berrenberg, 2007; Wortman, 1976). Il est aussi possible qu'un locus externe soit bénéfique dans certains contextes, en outre lors de situations d'échec.

Bien que le rôle du LC ait été largement étudié pour d'autres troubles, le rôle des croyances face au contrôle personnel des personnes souffrant d'un TOC reste peu étudié. Pourtant, la peur de perdre le contrôle des pensées et/ou des actions et le désir de les contrôler par le biais de compulsions semblent saillantes chez les personnes souffrant d'un TOC. Il a d'ailleurs été montré que ces personnes présentent un désir de contrôler leurs pensées, et un sentiment de contrôle sur leurs pensées intrusives plus faible, que des sujets contrôle (pour une revue, voir Clark, 2004). Il semble possible que des particularités pourraient également être observées quant à leur LC face aux événements de la vie.

Les écrits scientifiques actuels sur le LC des personnes atteintes d'un TOC sont limités. Les résultats ne vont pas non plus toujours dans la même direction. Les quelques articles disponibles montrent que certaines spécificités semblent ressortir pour les personnes présentant un TOC. D'abord, l'équipe de Kennedy (Kennedy, Lynch et Schwab, 1998) a mis en comparaison le LC de différents groupes cliniques de patients anxieux ou dépressifs et d'un groupe contrôle. Il a été montré que les différents groupes cliniques et non-cliniques ne diffèreraient pas quant à leur contrôle interne/externe (Kennedy et al., 1998). Les auteurs émettent l'hypothèse que les personnes obsessionnelles-compulsives puissent avoir conscience du besoin de contrôle interne et que les obsessions et rituels puissent servir de façon inadaptée à augmenter leur sentiment de contrôle (Kennedy et al., 1998). Également, à partir d'un échantillon de personnes atteintes d'un TOC et un échantillon contrôle, Gillian et son équipe (Gillian, Morein-Zamir, Durieux, Fineberg, Sahakian et Robbins, 2014) ont montré que les personnes souffrant d'un TOC présentent des estimés plus faible de contrôle personnel, en comparaison aux contrôles, lorsque confrontées à une tâche. Ces résultats ne permettent pas jusqu'ici d'avoir une vision claire de la localisation du contrôle pour les personnes atteintes d'un TOC.

En effet, pour ce groupe, les relations entre les variables de CP et la symptomatologie ont surtout été mises en parallèle avec différentes variables intermédiaires pouvant potentiellement affecter le besoin de contrôle et le niveau de détresse, telles que les niveaux de menace et de responsabilité perçus. D'abord, McLaren et Crowe (2003), se sont intéressés à l'impact d'événement de vie stressants contrôlables versus incontrôlables et à la suppression faible versus élevées des pensées obsessionnelles-compulsives, pour un groupe clinique (dont 69% ont un TOC) et non clinique. Globalement, les analyses montrent qu'une symptomatologie obsessionnelle-compulsive plus sévère est associée à une suppression de pensées plus importantes et à un contrôle perçu faible sur les événements de vie adverses (McLaren et Crowe, 2003). Il est suggéré (McLaren et Crowe, 2003) qu'un pairage de ces deux variables puisse interagir avec d'autres facteurs prédisposants pour produire la symptomatologie observée. Les auteurs (McLaren et Crowe, 2003) proposent que la suppression de pensées puisse être un moyen de compenser pour un sentiment de contrôle faible. Zebb et Moore (2003) ont également montré qu'un faible sentiment de contrôle, en relation avec une menace, est associé à une symptomatologie obsessionnelle-compulsive plus importante chez un échantillon non-clinique. Il a également été proposé par Moulding et Kyrios (2006) que les individus ayant un désir de contrôle élevé, combiné à une évaluation plus faible de leur niveau de contrôle, pourraient avoir tendance à expérimenter plus d'anxiété et à agir de façon à augmenter leur sentiment de contrôle et à diminuer leur anxiété.

Moulding et Kyrios (2007), se sont également intéressés aux liens entre le désir de contrôle, le sentiment de contrôle et les symptômes obsessionnels-compulsifs chez un groupe non-clinique. Il avait été postulé qu'un écart entre le désir de contrôle et le sentiment de contrôle serait associé à des symptômes plus importants, avec un désir de contrôle important, couplé à un sentiment de contrôle faible, qui serait associé à

des symptômes plus sévères (Moulding et Kyrios, 2007). Il a été montré que le sentiment de contrôle, et non le désir de contrôle, est négativement corrélé aux symptômes et croyances, et que des niveaux élevés de désir de contrôle et des niveaux faibles de sentiment de contrôle prédisent plus de variance des symptômes et croyances, en contrôlant pour la dépression et l'anxiété, avec le sentiment de contrôle ayant un poids plus important que le désir de contrôle (Moulding et Kyrios, 2007). Pour les dimensions obsessionnelles-compulsives, les résultats (Moulding et Kyrios, 2007) montrent que les variables de contrôle prédisent ces dimensions; un sentiment de contrôle faible est associé à des niveaux plus élevés de symptômes de contamination, de compulsions de vérification et d'obsession de blessure (Moulding et Kyrios, 2007). Un désir de contrôle élevé prédit des niveaux plus élevés de symptômes de contamination et d'impulsions de blesser, avec ces effets étant supprimés lorsque le sentiment de contrôle est isolé de l'équation (Moulding et Kyrios, 2007). Le rôle du désir de contrôle, suite à la lecture de ces résultats, semblent encore à clarifier. En effet, bien que les symptômes obsessionnels-compulsifs ne soient pas associés au désir de contrôle à un premier niveau, ils semblent plus sévères pour les individus ayant des niveaux élevés de désir de contrôle et des niveaux plus faibles de sentiment de contrôle (Moulding et Kyrios, 2007). Le sentiment de contrôle semble jouer ici un rôle plus central. Ces résultats devraient également être répliqués auprès d'un échantillon clinique.

C'est ce que leur équipe a fait (Moulding, Doron, Kyrios et Nedeljkovic, 2008) plus récemment; elle a entrepris d'évaluer les mêmes concepts auprès de trois groupes; un groupe de personnes souffrant d'un TOC avec des symptômes de vérification, un groupe de personnes ayant un trouble anxieux et un groupe non-clinique (Moulding et al., 2008). Les chercheurs ont présenté aux participants différentes vignettes, où les importances de la menace et de la responsabilité ont été manipulées, afin d'évaluer les variables de CP. Il a été suggéré que le lien entre la symptomatologie et la

perception du contrôle pourrait être plus évident lorsque la situation varie, en outre quant à la menace et à la responsabilité (Moulding et al., 2008). Les résultats (Moulding et al., 2008) montrent que des niveaux plus élevés de désir de contrôle et plus faibles de sentiment de contrôle sont observés pour le groupe ayant un TOC, comparativement aux contrôles (Moulding et al., 2008), et que les niveaux de désir de contrôle sont également plus élevés pour ce groupe clinique comparativement au groupe avec anxiété (Moulding et al., 2008). Le niveau de détresse/urgence à agir était également plus élevé pour les personnes atteintes d'un TOC (Moulding et al., 2008). Le sentiment de contrôle est assez imperméable aux manipulations des niveaux de menace et de responsabilité (Moulding et al., 2008), ce qui avait également été soutenu dans une recherche précédent (Moulding, Kyrios et Doron, 2007).

Altin et Karanci (2008) proposent une recherche qui va dans le même sens. Leurs données non-cliniques auprès d'adolescents, suggèrent qu'il existe un effet d'interaction significatif des attitudes de responsabilité et du LC sur la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, avec un sens de la responsabilité exagéré et la présence d'un LCE produisant les symptômes les plus élevés, alors qu'un sens de la responsabilité exagéré couplé à un LCI produit les symptômes les plus faibles (Altin et Karanci, 2008). Il est suggéré que si une personne sent qu'elle n'a pas le contrôle sur un événement, mais qu'elle se sent responsable d'en prévenir les conséquences difficiles, elle expérimentera plus de symptômes obsessionnels-compulsifs (Altin et Karanci, 2008).

L'équipe d'Inozu (Inozu, Yorulmaz et Terzi, 2012) apporte également un éclairage mitigé sur le lien entre le LC et la symptomatologie obsessionnelle-compulsive. Ces chercheurs (Inozu et al., 2012) soutiennent l'idée que l'interaction du LC avec les croyances quant à l'importance du contrôle sur les pensées est associée à la

symptomatologie obsessionnelle-compulsive générale, et tout particulièrement aux symptômes de vérification. Ici, le LC n'est pas significativement associé à la symptomatologie obsessionnelle-compulsive (Inozu et al., 2012). Ces résultats semblent suggérer que, selon les auteurs (Inozu et al., 2012), les croyances quant au CP sur les événements de la vie sont des facteurs critiques dans la symptomatologie du TOC, mais seulement lorsqu'il y a également un désir de contrôle élevé sur les pensées. Ils expliquent cela en proposant que lorsqu'un LCE élevé est combiné à un désir élevé de contrôler les pensées, il y a un écart qui motive la personne à poser des actions (les compulsions) pour le diminuer. Cela semble le cas plus particulièrement pour les compulsions de vérification, qui peuvent être vues, selon les chercheurs (Inozu et al., 2012), comme une action pour regagner un sentiment de contrôle sur les événements externes.

L'ensemble de ces résultats montre l'importance des facteurs liés au CP, dans la compréhension du TOC, mais aussi dans la compréhension des dynamiques menant au choix d'agir ou non face à un problème à régler et quant à la façon de le faire, et conséquemment dans la compréhension des altérations fonctionnelles qui accompagnent le TOC. Néanmoins, il a également été montré que les résultats sont mitigés quant à la nature et à la force du lien entre le LC et les symptômes du TOC. Il serait souhaitable de clarifier cela. Cette recherche doctorale a pour objectif de comparer le CP pour un groupe TOC actif, un groupe en rémission et un groupe contrôle, de même que de vérifier la relation entre cette variable et les dimensions de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive.

4.2 Contrôle personnel et adaptation sociale

Le contrôle personnel (CP) est également une variable qui a été identifiée afin d'expliquer des différences intra et intergroupes dans les habiletés à s'adapter à

différents contextes. Ce concept, en plus d'être associé à une symptomatologie plus sévère tel que vu précédemment, a également été associé à l'adaptation émotionnelle et sociale de différents groupes (pour une revue, voir Shapiro, Schwartz et Astin, 1996). Bien que le LC, assimilable au CP, ait été assez largement étudié en psychologie, peu d'articles examinant le lien entre ce dernier et l'adaptation sociale ont été recensés. Quelques-uns nous renseignent toutefois sur cette relation par l'entremise de différentes autres variables d'ajustement psychologique.

Ainsi Vinokur et Caplan (1986) suggèrent-ils, pour un échantillon non-clinique d'hommes, que le contrôle perçu sur un événement vécu influence le stress ressenti face à celui-ci, de même que la capacité de s'y adapter. Le contrôle a été associé positivement au stress et à l'ajustement (Vinokur et Caplan, 1986). Il a été vu précédemment qu'un sentiment de responsabilité plus important face à un événement ou une tâche est associé à plus d'anxiété (p. ex., Altin et Karanci, 2008), ce qui est aussi vrai pour un sentiment de contrôle faible (p. ex., Moulding et Kyrios, 2007). Cela pourrait expliquer pourquoi plus de contrôle est associé ici (Vinokur et Caplan, 1986) à plus de stress.

Également, Caldwell, Pearson et Chin (1987) ont montré qu'un LCI est bénéfique à l'ajustement psychologique. Leung (2001) a examiné le lien entre l'adaptation psychologique en fonction de différentes variables personnelles incluant entre autres le sentiment d'efficacité sociale et le LC chez des groupes non-cliniques d'étudiants. Les résultats (Leung, 2001) montrent entre autres que le LCI a été négativement associé à la détresse psychologique. La détresse psychologique était aussi négativement associée au sentiment d'efficacité sociale défini comme les attentes d'une personne à l'effet qu'elle peut performer avec succès ou compléter un comportement cible dans une situation de tous les jours impliquant des interactions sociales (Leung, 2001).

Ces précédents résultats semblent supporter que globalement, un CP plus important soit associé à une meilleure adaptation. Néanmoins, les écrits recensés pour cette interaction entre le CP et l'adaptation, déjà limités, sont par ailleurs inconsistants. En effet, il a été montré par Estrada et ses collègues (Estrada et al., 2006) qu'il existe une relation significative entre le LC et l'adaptation, mais que c'est ici un LCE, et non un LCI, qui a été identifié comme étant positivement associé à une meilleure adaptation sociale et émotionnelle. Les auteurs (Estrada et al., 2006) émettent l'hypothèse qu'un LCE pourrait permettre une meilleure adaptation émotionnelle et sociale, pour certains contextes dont celui scolaire.

Dans le même ordre d'idées, Njus et Brockway (1999) ont étudié les interactions entre le LC, la compétence perçue et l'adaptation sociale et académique, et ils ont trouvé qu'un LCI face à la responsabilité sur les succès est associé à une meilleure adaptation que le LCI face à la responsabilité sur les échecs. Leurs résultats (Njus et Brockway, 1999) soutiennent également que les perceptions de compétence expliquent une grande partie de la variance dans l'adaptation, même après avoir contrôlé pour le LC, et que la variance expliquée est plus grande que pour celle expliquée par le LC qui est négligeable. Ces résultats (Njus et Brockway, 1999) semblent montrer que le LC n'est pas un aussi bon prédicteur de l'adaptation que les croyances quant à son efficacité personnelle. Les auteurs (Njus et Brockway, 1999) mettent en perspective l'idée qu'il est bénéfique de maintenir un LCI, en suggérant que des attributions internes peuvent être problématiques, en outre lorsqu'il s'agit d'expliquer la cause des résultats/événements négatifs.

L'ensemble de ces recherches supportent assez bien le lien entre le CP et l'adaptation. Néanmoins, très peu sinon aucune recherche étudiant le lien entre le CP et l'adaptation sociale générale et dans différents domaines de vie chez des personnes

souffrant d'un TOC n'a été recensé. Sachant que ces personnes présentent des difficultés d'adaptation importantes (pour une revue, voir Steketee, 1997), et que les variables de CP semblent influencer les capacités d'adaptation (pour une revue, voir Shapiro et al., 1996), clarifier l'importance de ces concepts et leurs interactions, pour les personnes souffrant d'un TOC, semble justifié.

Également, l'ensemble des résultats amène à questionner les autres variables pouvant être impliquées dans la relation entre les croyances quant au CP et l'adaptation. Certainement, le sentiment de compétence des personnes à produire des changements dans leur vie semble aussi être une variable d'importance. Les attitudes et les styles de la résolution de problèmes sociaux (RPS), qui seront subséquentement présentées, pourraient, en outre à la lumière des résultats de Njus et Brockway (1999) et puisqu'elles se rapprochent des notions d'efficacité et de compétence dans l'action, jouer un rôle dans le lien entre le LC et l'adaptation sociale. On peut penser que le lien entre le CP et l'adaptation peut être influencé par des variables plus concrètes qui adressent la capacité à « agir ».

Il est également à souligner que la plupart des recherches recensées sont peu généralisables compte-tenu de leurs échantillons majoritairement scolaires. Reproduire ces travaux à partir de groupes d'adultes ayant un TOC confirmé semble essentiel. Également, ces études s'intéressent entre autres aux concepts de bien-être, de détresse psychologique, et d'adaptation et de satisfaction académiques. Il y a donc certaines différences conceptuelles dans les variables d'ajustement étudiées, avec des mesures affectives (p. ex., le bien-être) et des mesures d'adaptation à des aires de vie très spécifiques (p. ex., au milieu scolaire). Les outils utilisés ne permettent pas de mesurer de façon large (c.-à-d., l'adaptation sociale générale) et de façon spécifique dans plusieurs domaines de vie importants, l'adaptation sociale des personnes. Une

étude intégrant une mesure de l'adaptation sociale plus généralisable serait souhaitable.

Dans cet ordre d'idées, la présente étude a pour objectif de comparer le CP de personnes atteintes d'un TOC actif ou en rémission et de contrôles, et de vérifier les relations entre le CP et l'adaptation sociale globale et spécifique à différents domaines de vie.

De même, l'étude présente s'intéresse au concept de résolution de problèmes sociaux (RPS) qui pourrait influencer l'ensemble des variables à l'étude et, possiblement, le lien entre le CP et l'adaptation.

4.3 Résolution de problèmes sociaux et trouble obsessionnel-compulsif

Le concept de résolution de problèmes (RP) n'a été étudié que depuis une quarantaine d'années (D'Zurilla, Nezu et Maydeu-Olivares, 2002). L'idée que les habiletés à résoudre les problèmes contribuent à la compétence sociale, au bien-être psychologique de même qu'au fonctionnement social est assez partagée (D'Zurilla et al., 2002). Globalement, la résolution de problèmes sociaux (RPS) est le processus par lequel une personne tente d'identifier ou de trouver des solutions efficaces et adaptatives aux problèmes qu'elle expérimente dans sa vie de tous les jours (D'Zurilla et al., 2002). Elle réfère à la RP telle qu'elle se produit dans l'environnement naturel, et non à la résolution de problèmes impersonnels ou à l'intelligence générale (D'Zurilla et al., 2002). L'accent est mis sur les contextes personnels et sociaux dans lesquels la RPS prend place (D'Zurilla et al., 2002). Il peut être important également de distinguer les concepts de RP et celui d'implémentation de solutions puisqu'ils réfèrent à des ensembles d'habiletés

différentes (D’Zurilla et al., 2002). Alors que la RP réfère au processus de génération des solutions spécifiques à un problème, l’implémentation de solutions réfère au processus de mise en place de celles-ci (D’Zurilla et al., 2002). Des difficultés peuvent être vécues dans l’une ou l’autre de ces ensembles d’habiletés (D’Zurilla et al., 2002).

Dans un effort à clarifier la terminologie utile pour bien comprendre les paramètres de ce concept, D’Zurilla et ses collègues (D’Zurilla et al., 2002) définissent le concept de problème par une circonstance spécifique de la vie qui demande une réponse garantissant un fonctionnement adaptatif, mais pour laquelle aucune réponse efficace identifiable n’est disponible immédiatement à la personne expérimentant la situation. Cette difficulté est causée par la présence d’obstacles exemplifiées par la nouveauté, l’ambiguïté, l’imprédictibilité, des demandes conflictuelles, une déficience dans les habiletés ou un manque de ressources (D’Zurilla et al., 2002). Parallèlement, on parle de solution lorsqu’on réfère aux réponses d’adaptation pour une situation spécifique et résultante d’un processus de RP (D’Zurilla et al., 2002). Une solution efficace en est une qui permettra de remplir les buts fixés par le processus de RP, en maximisant les conséquences positives et en diminuant les conséquences négatives (D’Zurilla et al., 2002).

De même, D’Zurilla et son équipe (D’Zurilla et al., 2002), distinguent l’orientation face à un problème et le styles de RPS. Le style de RPS qualifie les activités comportementales ou cognitives qui sont globalement mises de l’avant afin de trouver une solution à un problème spécifique, alors que l’orientation face aux problèmes définit plutôt le processus motivationnel, qui lui implique l’opération d’un ensemble de schémas cognitifs et émotionnels reflétant, en outre, l’évaluation des problèmes et des habiletés à y faire face (D’Zurilla et al., 2002). Ces chercheurs (D’Zurilla et al., 2002) identifient cinq orientations ou styles, dont deux adaptatifs (c.-

à-d., l'orientation positive face aux problèmes et la résolution rationnelle de problèmes), et trois dysfonctionnels (c.-à-d., l'orientation négative face aux problèmes, le style impulsif/insouciant et le style évitant face aux problèmes).

L'orientation positive face aux problèmes a été décrite comme un patron cognitif constructif de RP qui implique différentes dispositions générales : 1) voir les problèmes comme des défis (c.-à-d., comme des opportunités d'obtenir des bénéfices ou des gains) plutôt que comme des menaces, 2) croire que les problèmes sont solubles (optimisme), 3) croire en ses habiletés de résoudre les problèmes avec succès (sentiment d'efficacité), 4) croire qu'une RPS réussie requiert temps, efforts et persistance et 5) s'engager à résoudre les problèmes avec promptitude plutôt qu'en évitant (D'Zurilla et al., 2002). L'orientation négative face aux problèmes est par ailleurs un patron cognitivo-affectif dysfonctionnel qui implique lui aussi différentes tendances générales, c'est-à-dire 1) voir un problème comme une menace significative au bien-être, 2) douter des habiletés personnelles à résoudre les problèmes avec succès (faible sentiment d'efficacité personnelle) et 3) devenir frustré lorsque confronté avec un problème (faible tolérance à la frustration) (D'Zurilla et al., 2002).

Le style de résolution rationnelle de problèmes est défini par une application rationnelle, délibérée, systématique et habile de principes et de techniques de RPS efficaces et adaptatives (D'Zurilla et al., 2002). Ce style se divise également en quatre sous-échelles/tâches, soient 1) la définition et la formulation des problèmes, 2) la prise de décisions, 3) la génération de solutions alternatives, et 4) l'implantation et la vérification des solutions (D'Zurilla et al., 2002). D'autre part, le style impulsif/insouciant face aux problèmes est un patron dysfonctionnel de résolution caractérisé par des tentatives actives d'appliquer des stratégies ou des techniques de RPS qui sont toutefois limitées, impulsives, insouciantes, précipitées ou incomplètes

(D’Zurilla et al., 2002). Finalement, le style évitant face aux problèmes, un autre style dysfonctionnel de RPS, est lui caractérisé par de la procrastination, de la passivité ou de l’inaction, ou par la dépendance, ce qui amène les personnes présentant ce style à éviter les problèmes plutôt que de les confronter, à attendre que les problèmes se résolvent par eux-mêmes, et à tenter de transférer la responsabilité de les résoudre vers d’autres personnes (D’Zurilla et al., 2002).

Le concept de RPS défini, il est intéressant d’examiner ce que les écrits scientifiques suggèrent quant au lien entre celui-ci, le TOC et les autres variables ici étudiées, c’est-à-dire le contrôle personnel (CP) et l’adaptation sociale.

Les chercheurs ont trouvé de façon assez constante une relation entre des déficits dans la RP et la détresse psychologique observée chez des patients avec une symptomatologie dépressive ou anxieuse (pour une revue, voir Nezu, 2004). Dans cette veine, Nezu (1985) a montré que les individus ayant une RP efficace, comparativement à ceux qui se perçoivent comme inefficaces, rapportent moins de dépression, d’anxiété, une orientation de contrôle plus internalisée, une fréquence moindre de problèmes et moins de détresse face à ceux-ci. De même, des difficultés de RP ont également été associées, en outre, à des problématiques d’abus de substances (p. ex., Herrick et Elliott, 2001). Cela semble supporter l’idée que l’efficacité de la RP soit associée à la détresse émotionnelle. Parallèlement, une RP efficace a été identifiée comme une variable médiatrice ou modératrice des effets délétères des événements de vie adverses (p. ex., Kant, D’Zurilla et Maydeu-Olivares, 1997; Nezu, 1986; Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar et Ronan, 1986; Nezu et Ronan, 1985; Nezu et Ronan, 1988; Palomar-Lever et Victorio-Estrada, 2012). La RP a été associée positivement au bien-être psychologique (p. ex., Chang et D’Zurilla, 1996; Elliott, Herrick, Macnair et Harkins, 1994).

Tel que discuté, les habiletés de RP ont été associées à une symptomatologie anxieuse de façon assez constante (pour une revue, voir Nezu 2004). Il a en outre été montré que les personnes ayant des niveaux plus faibles de RP sont plus vulnérables à l'État de stress post-traumatique, en outre chez les vétérans (Nezu et Carnevale, 1987). Un groupe de chercheurs québécois (Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas, 1998) s'est de même intéressé au lien entre le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) et la RPS, et a trouvé que les patients souffrant d'un TAG présentent une orientation face aux problèmes plus négative qu'un groupe non-clinique de personnes ayant des inquiétudes modérées. Les patients ayant un TAG pourraient donc présenter un patron général de réponse contre-productif lorsqu'ils sont confrontés à un problème, qui interfèrent avec le processus de RP et qui prolongerait l'inquiétude (Ladouceur et al., 1998). Ici, les styles de RPS ne sont pas associés aux symptômes (Ladouceur et al., 1998). Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) ont également trouvé que les patients ayant un TAG ont une orientation plus négative face aux problèmes comparativement à des contrôles.

L'ensemble de ces résultats semble bien supporter le lien entre la RP et une symptomatologie anxieuse en général, et plus précisément un trouble d'anxiété généralisée. Or il serait concevable que les patients qui présentent ce trouble partagent avec ceux atteints d'un TOC, une orientation négative face aux problèmes. Il serait dès lors intéressant de vérifier cette hypothèse et de voir si l'orientation négative face aux problèmes est présente chez les patients avec une symptomatologie obsessionnelle-compulsive.

En dépit de sa cohérence théorique, le rôle de la RPS dans le modèle du TOC a été négligé dans les recherches passées. Les études qui portent sur ce lien s'intéressent davantage aux difficultés neuropsychologiques (p. ex., présence de faibles habiletés de RP spatiales (Mataix-Cols, 2003)). Les écrits scientifiques actuels supportent bien

l'idée que des dysfonctions/déficits neuropsychologiques, cognitifs, mnémoniques et organisationnels sont observées chez les personnes présentant un TOC et que cela peut influencer leurs capacités à s'ajuster dans la vie de tous les jours (p. ex., Burdick, Robinson, Malhotra et Szeszko, 2008; Moritz, Fricke, Wagner et Hand, 2001; Mataix-Cols, 2003; Ornstein, Arnold, Manassis, Mendlowitz et Schachar, 2010; Savage, Baer, Keuthen, Brown, Rauch et Jenike, 1999; Savage *et al*, 2000). En outre, les personnes ayant un TOC ont tendance, lorsqu'elles sont confrontées à un problème, à diriger leur attention vers des détails futiles plutôt que de considérer le contexte global pour trouver une solution aux problèmes (p. ex., Savage, 1998). Elles présenteraient également plus de difficultés à modifier leurs comportements en se tournant vers des stratégies plus adaptées lorsque celles mises en place sont inefficaces (Savage, 1998). Park et son équipe (Park et al., 2006) ont testé un programme d'entraînement cognitif dont l'objectif portait sur l'amélioration de stratégies organisationnelles (c.-à-d., stratégies d'organisation visuelle et de résolution de problèmes de la vie de tous les jours), pour un groupe de patients présentant un TOC, et ils ont montré que ce programme d'entraînement améliore significativement les fonctions mnémoniques et les symptomatologies obsessionnelles-compulsives et anxieuses. Les habiletés de RP proprement dites n'ont toutefois pas été mesurées. Il existe en effet un vide théorique important quant à la RP chez les personnes atteintes d'un TOC.

Néanmoins, à notre connaissance, très peu d'études se sont penchées sur la résolution de problèmes sociaux chez les personnes présentant un TOC. À ce jour, il a été montré que les individus atteints d'un TOC montrent plus de patrons négatifs de résolution de problèmes sociaux (*i.e.*, orientation négative face aux problèmes, style impulsif/insouciant et style évitant) et moins de patrons positifs (*i.e.*, orientation positive face aux problèmes, style rationnel de résolution de problèmes) que des sujets contrôles (Abolghasemi & Narimani, 2008). L'orientation négative face aux problèmes a également été associée à des symptômes d'anxiété généralisée et

obsessionnels-compulsifs pour un échantillon non-clinique d'étudiants universitaires (Fergus & Wu, 2010). Les façons dont interagissent ces différentes variables chez les personnes diagnostiquées d'un OCD ou chez celles en rémission de ce trouble, restent encore à clarifier.

La présente recherche doctorale a donc pour objectif de comparer, pour un groupe TOC actif, un groupe TOC en rémission et un groupe contrôle, les orientations et styles de la résolution de problèmes, de même que de vérifier les interactions entre la RPS et la symptomatologie obsessionnelle-compulsive active ou résiduelle.

4.4 Résolution de problèmes sociaux et adaptation sociale

La présente recherche doctorale s'intéresse plus spécifiquement au lien entre la résolution de problèmes sociaux (RPS) et l'adaptation sociale. Néanmoins, aucune recherche recensée n'a traité spécifiquement de l'interaction de ces deux concepts pour les personnes souffrant d'un TOC. Les études s'intéressant à des construits proches seront donc détaillées.

D'abord, différentes recherches se sont intéressées à différents types de résolution de problème (RP), et non à la RPS ici à l'étude, et à son rôle dans l'adaptation de différents groupes de personnes (pour une revue, voir Nezu 2004). L'ensemble de ces données restent pertinentes à une meilleure compréhension des concepts et interactions à l'étude. D'abord, Heppner et Anderson (1985) se sont intéressés à la relation entre l'évaluation de la perception de l'efficacité de la RP (c.-à-d., la confiance dans la RP, le contrôle personnel, le style approche ou évitement) et l'ajustement psychologique. Les résultats ont montré que, globalement, les individus se percevant comme inefficaces dans leur RP sont moins bien adaptés

psychologiquement que ceux se percevant comme efficaces (Heppner et Anderson, 1985).

Parallèlement, le concept de RP a été particulièrement étudié dans le milieu scolaire ou chez les adolescents. Priester et Clum (1993), dans une recherche longitudinale, ont montré que les étudiants qui évaluent leurs habiletés de RP comme étant faibles au temps un sont plus vulnérables à vivre du stress lorsque confrontés à un stressor écologique et de faible gravité, et qu'ils expérimentent plus de dépression et d'impuissance au temps deux. Cela supporte l'idée que la RP est un prédicteur de la réponse au stress (Priester et Clum, 1993). Selon Ciarrochi et son équipe (Ciarrochi, Leeson et Heaven, 2009), qui ont également utilisé un design longitudinal sur trois ans, les adolescents ayant une forte orientation négative face aux problèmes vivent plus de peur, de tristesse et d'hostilité comparativement à ceux qui en démontrent une faible. L'orientation négative en première année prédit aussi les affects de la deuxième et de la troisième année, et cela va dans le sens de l'hypothèse articulant que cette orientation précède le mal-être (Ciarrochi et al., 2009). Finalement, Baker (2003) a montré que la perception des habiletés de RP à l'entrée universitaire, de même que la motivation intrinsèque face à l'accomplissement, prédisent des notes plus élevées durant les trois années d'étude, et ce, même en contrôlant les qualifications. Ces résultats (Baker, 2003) vont dans le sens du cadre théorique formulé quant à la RP (p. ex., D'Zurilla, 1990) et qui propose qu'elle devrait permettre une augmentation de la compétence et de l'adaptation en outre en minimisant les impacts émotionnels négatifs potentiels lors de situations adverses.

Ensuite et de façon plus pertinente à la présente étude, différentes recherches ont étudié de façon plus spécifique le concept de RP dans la vie de tous les jours, soit la RPS (pour une revue, voir Nezu 2004), concept central de cette recherche doctorale. Ce concept est particulièrement bien mesuré par un inventaire complet et

multidimensionnel, le *Social Problem-Solving Inventory - Revised* (SPSI-R; Maydeu-Olivares et D'Zurilla, 1996), qui mesure les différentes orientations et styles de la RPS qui ont été présentées et définies précédemment. D'abord, l'équipe de Kant, D'Zurilla et Maydeu-Olivares (1997) a trouvé que tous les orientations et styles de RPS sont corrélés à l'anxiété et à la dépression, pour des adultes d'âge moyen et des aînés, exceptée pour la résolution rationnelle des problèmes du groupe d'âge moyen. Les auteurs supportent l'idée que, pour les deux groupes d'âges, la RPS est une variable médiatrice du lien entre les problèmes de la vie de tous les jours et l'anxiété et la dépression, avec l'orientation négative face aux problèmes ayant le plus grand effet (Kant et al., 1987).

Ce lien entre l'anxiété et l'orientation négative face aux problèmes sociaux a également été supporté par une équipe de chercheurs du Québec, l'équipe de Gosselin, Dugas et Ladouceur (2002), et qui a montré que les personnes s'inquiétant beaucoup ou modérément différent de celles s'inquiétant peu quant à leur orientation négative face aux problèmes; les personnes s'inquiétant beaucoup ont tendance à percevoir leurs problèmes comme des menaces sérieuses à leur bien-être. Cela avait été soutenu partiellement par leur équipe plus tôt en 1995 (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston et Ladouceur, 1995), alors qu'il avait été montré que les comportements de RPS ne prédisent pas l'inquiétude, mais que les orientations de la RPS le font, même lorsque les états anxieux ou dépressifs sont contrôlés. Cela semble suggérer que la difficulté vécue n'est pas tant un problème d'habiletés, mais d'attitude face aux problèmes (Dugas et al., 1995).

De même, Chang (2002), s'est aussi intéressé aux interactions entre la RPS, le perfectionnisme et des variables d'inadaptation psychologique, telle que la présence de symptômes dépressifs ou d'idéation suicidaire. Les résultats montrent d'abord que le perfectionnisme et la RPS sont associés ensemble, et que les deux variables sont

également liées aux mesures de dépression et d'idéations suicidaires (Chang, 2002). Également, une interaction a été trouvée entre le perfectionnisme et la RPS, dans la prédiction des mesures d'inadaptation psychologique; la magnitude de la relation positive entre le perfectionnisme et les deux variables d'inadaptation est plus grande lorsque les habiletés de RPS sont faibles plutôt que bonnes, ce qui soutient l'hypothèse du rôle de protection de la RPS face aux impacts négatifs généralement associés au perfectionnisme (Chang, 2002). De même, lorsque les habiletés de RPS sont élevées, le lien entre le perfectionnisme et les idéations suicidaires n'est plus significatif (Chang, 2002). Selon Chang (2002), cela supporte le modèle de prédiction additif et interactif de l'inadaptation psychologique impliquant le perfectionnisme et la RPS.

Dans la même lignée que ces résultats, quelques études ont supporté l'idée que le concept de RPS puisse être une variable intermédiaire médiatrice/modératrice liée à l'adaptation. Cette idée a en outre été introduite précédemment par Kant et ses collègues (Kant et al., 1997) qui ont mis en lumière de rôle de médiation de la RPS sur le lien entre les problèmes de la vie de tous les jours et l'anxiété et la dépression, avec l'orientation négative face aux problèmes ayant le plus grand effet. Bell et D'Zurilla (2009) se sont également intéressés aux rôles potentiels de médiation ou de modération de la RPS sur la relation entre les événements stressants de la vie quotidienne et l'adaptation, adaptation qui réfère ici à des symptômes internalisés reflétant des symptômes somatiques et de la détresse psychologique (c.-à-d., de l'anxiété ou de la dépression), et à des symptômes externalisés qui reflètent un ensemble de comportements inadaptés (p. ex., comportements agressifs, intrusifs ou brisant des règles). L'analyse des données suggèrent d'abord que, pour les femmes, l'orientation négative face aux problèmes, le style impulsif/insouciant et le style évitant sont des variables médiatrices de la relation entre le stress et les symptômes internalisés et externalisés, alors que l'orientation positive est un médiateur des

symptômes internalisés (Bell et D’Zurilla, 2009). Parallèlement, pour les hommes, il a été trouvé que l’orientation négative face aux problèmes est un modérateur du lien entre le stress et les symptômes externalisés et un médiateur pour les symptômes internalisés (Bell et D’Zurilla, 2009). Globalement, cette recherche montre bien le lien entre la RPS et l’adaptation, de même que le rôle de médiation et de modération des orientations et des styles de RPS sur le lien entre le stress et l’adaptation.

Cette idée de rôle de médiation/modérateur de la RPS est également supportée par Chang, D’Zurilla et Sanna (2009) qui ont trouvé des résultats assez semblables aux précédents. Il a en effet été montré que, pour un groupe d’adultes, les dimensions constructives de la RPS (c.-à-d., l’orientation positive face aux problèmes et le style rationnel de résolution de problèmes) sont corrélées positivement au bien-être psychologique, alors que les trois échelles de dimensions dysfonctionnelles (c.-à-d., l’orientation négative face aux problèmes, le style évitant et le style impulsif/insouciant) le sont négativement, et que la RPS est un médiateur partiel du lien entre le stress et le bien-être (Chang et al., 2009). Ils indiquent que le bien-être psychologique (qui réfère ici à six échelles soient l’acceptation de soi, l’orientation positives face aux autres, l’autonomie, la maîtrise de l’environnement, le sens de la vie et le développement personnel) semble fortement influencé par l’impact négatif direct du stress et par l’impact négatif indirect du stress sur la capacité globale de RPS (Chang et al., 2009). Également, lorsqu’on regarde les dimensions spécifiques du bien-être psychologique, le stress opère sur celles-ci de façon indirecte et par l’entremise de différentes dimensions de la RPS (Chang et al., 2009). Ici, l’orientation négative face aux problèmes est un prédicteur unique de toutes les dimensions du bien-être psychologique à l’exception de l’échelle de relations positives avec les autres (Chang et al., 2009). Les dimensions positives de la RPS semblent aussi avoir un poids non négligeable sur le bien-être, avec l’orientation positive face aux

problèmes qui est un prédicteur de l'acceptation de soi et des relations positives aux autres (Chang et al., 2009).

L'ensemble de ces résultats supportent bien le lien entre la RP et la RPS et différentes variables reflétant de la détresse psychologique ou de l'inadaptation. Il y a toutefois un vide de connaissances quant à la RPS chez les personnes atteintes d'un TOC, de même que face aux relations entre la RPS et l'adaptation sociale pour ce groupe. La présente étude a pour objectif de clarifier cela pour des groupes de personnes souffrant d'un TOC actif ou en rémission, et en comparaison à des contrôles.

Il a été vu précédemment que le LC semble être un construit important dans la compréhension des interactions d'une personne avec le monde et de différentes problématiques dont le TOC. Il a également été proposé que d'autres variables intermédiaires, dont la RPS, puissent également être impliquées dans la compréhension des difficultés associées au TOC. Les concepts de LC et de RPS ayant été précédemment définis, la prochaine section permettra de clarifier les interactions entre ceux-ci.

4.5 Contrôle personnel et résolution de problèmes sociaux

Les concepts à l'étude étant maintenant mieux cernés, il est possible de se demander, finalement, qu'elle est la relation entre le LC et la RPS. Peu d'études ont combiné les deux concepts en interaction dans leurs études. Il semble néanmoins possible de voir que généralement, des liens directs sont observables entre la localisation du contrôle et la résolution de problèmes (RP) (p. ex., Nezu, 1985).

Il a d'abord été possible de dégager que globalement, un locus de contrôle externe (LCE) est associé à l'inefficacité perçue de la RPS (Nezu, 1985). Des liens entre un LCI et des activités de RP augmentées ont aussi été observés pour des femmes âgées (Collins et al., 1997). De même, Larson et son équipe (Larson, Piersel, Imao et Allen, 1990) ont trouvé que le LC contribue significativement à prédire l'évaluation personnelle de l'efficacité globale de la RP.

Baumgardner, Heppner et Arkin (1986) ont aussi adressé spécifiquement le rôle des attributions causales dans la RP, et ils ont montré que les individus évaluant leur RP comme efficace, comparativement à ceux qui l'évaluent comme inefficace, ont tendance à attribuer les causes de leurs problèmes intra et interpersonnels à des facteurs internes, variables et contrôlables. Il est attendu, selon les auteurs (Baumgardner et al., 1986), que les personnes expliquant leurs problèmes par des facteurs internes, font preuve de plus de persistance et de comportements d'approche dans leur RP. Les auteurs (Baumgardner et al., 1986) ont également mis en lumière le fait que les personnes ayant une résolution efficace ont tendance à présenter un biais d'attribution favorable quant aux tentatives réussies ou échouées de RP; ils attribuent les succès à des facteurs internes et les échecs à des facteurs externes (Baumgardner et al., 1986). Les personnes efficaces attribuent également davantage leurs échecs à des facteurs externes passagers plutôt qu'à leurs habiletés (Baumgardner et al., 1986). Ce patron d'attribution permet aux individus un renforcement maximal en renforçant la confiance/compétence en cas de succès et en les protégeant en cas d'échec (Baumgardner et al., 1986). Les attributions en lien avec « l'effort » ressortent également comme une caractéristique distinctive entre les deux groupes; les personnes percevant leur résolution comme efficace voient davantage l'effort comme un déterminant de la performance et perçoivent le manque d'effort comme premier facteur lorsque leurs tentatives de RP échouent (Baumgardner et al., 1986).

Lakey (1988) a aussi mis en évidence l'idée qu'un LCE et que des habiletés faibles de RP sont des facteurs de risque dans le développement de troubles cliniques comme la dépression, puisque ces deux variables prédisent le développement de symptômes dysphoriques chez les étudiants. Il émet l'hypothèse que des croyances fortes par rapport à son CP puissent augmenter les probabilités que des comportements actifs de RP soient mis en place. Néanmoins, les habiletés de RP ici mesurées, ne jouent pas ce rôle de médiation entre le locus et le stress (Lakey, 1988).

Dans le même ordre d'idées, l'équipe de Reese, Kliewer et Suarez (1997) a utilisé un design longitudinal afin d'étudier les relations entre des pensées intrusives face à un événement stressant du dernier mois (p. ex., pensées ou images intrusives, rêves troublés, détresse), les évaluations du contrôle perçu et les stratégies de coping centrées sur le problème. Les résultats obtenus montrent que le contrôle perçu est positivement associé aux stratégies de coping orientées vers le problème à tous les points d'évaluation (Reese et al., 1997). Cela va dans le sens des recherches précédentes qui supportent l'idée qu'une personne est plus propice à s'engager dans des stratégies de RP actives lorsqu'elle évalue que la situation est sous son contrôle. Leurs résultats ne supportent toutefois pas l'hypothèse de modération du contrôle perçu sur la relation entre les pensées intrusives face à un événement stressant et les stratégies de coping (Reese et al., 1997).

Parallèlement, la localisation du contrôle semble influencer les approches de RP dans différents contextes sociaux. Cela peut être exemplifié entre autres à l'aide des résultats de l'étude de Miller et de ses collègues (Miller, Lefcourt, Holmes, Ware et Saleh, 1986), qui ont montré que les personnes ayant un LCI quant à leur satisfaction maritale tendent à être plus engagées qu'évitantes face à la résolution de leurs problèmes maritaux. Un LC marital interne ne diminue toutefois pas d'emblée l'utilisation de comportements de RP destructifs; le sentiment de contrôle mène à

l'action, mais pas nécessairement à des choix de stratégies permettant la résolution positive des problèmes maritaux (Miller et al., 1986). Néanmoins, ici, les personnes ayant un contrôle marital interne résolvent leurs problèmes de façon plus efficace et sont plus satisfaits de leur relation que ceux ayant un contrôle externe (Miller et al., 1986). Une RP efficace est également associée à la satisfaction maritale (Miller et al., 1986). Plus récemment, il a aussi été vu qu'un LCI modère la relation entre les expériences de conflits au travail et la tension psychologique, et que cette relation de modération est à nouveau modérée par les stratégies actives de RP conflictuelles; les individus avec un LCI plus important utilisent des stratégies de gestion de problèmes conflictuels plus fréquemment, ce qui résulte en une diminution de la tension psychologique lors d'un conflit au travail (Dijkstra, Beersma et Evers, 2011).

Ces résultats, qui restent limités et non spécifiques aux personnes atteintes d'un TOC, montrent néanmoins que le CP et la RP s'influencent de différentes façons. Il serait intéressant de vérifier si le LC est associé à l'adaptation sociale, et si les orientations et styles de la RPS pourraient jouer un rôle de médiation en influençant le lien entre le LC et l'adaptation sociale. En effet, le LC référant à la localisation du contrôle, il est possible de penser que cela influencera les orientations et styles de la RPS mises en place et qu'à leur tour, ces stratégies auront un impact important sur les capacités des personnes à s'adapter. Il est également possible de penser que ces interactions seront particulièrement présentes dans un contexte clinique. Examiner ces interactions pour les personnes ayant un TOC semble souhaitable. L'intégration de variables médiatrices pourrait permettre une compréhension plus avancée des interactions entre elles, et enrichir le modèle théorique du TOC. Cette information permettrait de déterminer à quel point ces variables, le LC et la RPS, sont associées au développement et au maintien des difficultés d'adaptation sociale et à la symptomatologie obsessionnelle-compulsive. Ces différents liens seront examinés dans le cadre de la présente étude.

5 Objectifs et hypothèses de recherche

Les écrits scientifiques actuels semblent supporter le lien entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et la présence d'altérations fonctionnelles. Ce lien n'a toutefois pas été reproduit de façon constante et ne semble pas expliquer toute la variance dans les difficultés d'ajustement observées. Différentes variables médiatrices, tel que le contrôle personnel et les habiletés de résolution de problèmes sociaux, semblent actuellement échapper au modèle qui mérite d'être précisé. C'est le but principal de cette recherche doctorale. Les objectifs et hypothèses sont les suivants :

Article I (chapitre II). *Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif :*

1. Comparer le niveau d'adaptation sociale globale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes ayant un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et d'un groupe contrôle. Il est attendu que, comparativement au groupe contrôle, des altérations significatives de l'adaptation sociale globale et dans plusieurs domaines de vie seront observées chez les participants du groupe TOC.
2. Comparer le niveau d'adaptation sociale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes ayant un TOC en fonction de la sévérité de leur trouble et du type principal d'obsessions/compulsions qu'elles présentent. Il est attendu que des difficultés d'adaptation plus importantes seront trouvées chez les personnes les plus atteintes.

Article II (chapitre III). *Personal control, social problem-solving and social adjustment in obsessive-compulsive disorder:*

1. Comparer, pour un groupe TOC et un groupe contrôle, le contrôle personnel (CP) et les dimensions de la résolution de problèmes sociaux (RPS). Il est attendu que le groupe TOC montrera un CP plus externe et des patrons plus négatifs de RPS, que le groupe contrôle;
2. Vérifier les relations entre le CP et l'adaptation sociale globale. Pour les deux groupes, il est attendu qu'un CP externe sera associé à des difficultés d'adaptation plus importantes;
3. Vérifier les liens entre la RPS et l'adaptation sociale. Il est attendu, pour les deux groupes, que des patrons plus négatifs de RPS seront associés à des difficultés d'adaptation plus importantes;
4. Vérifier le lien entre le CP et les orientations et styles de la RPS. Il est postulé que, pour les deux groupes, un locus externe sera corrélé à des orientations et styles de RPS plus négatifs;
5. Évaluer le rôle de médiation de la RPS sur le lien entre le CP et le niveau d'adaptation globale; il est attendu que l'effet de la variable indépendante sera éliminé ou significativement réduit après avoir contrôlé le médiateur.

Article III (chapitre IV). *Predictive Power of Social Problem-Solving on Dimensions of Symptoms in Individuals with Active or In-Remission Obsessive-Compulsive Disorder :*

1. Comparer l'adaptation sociale, le CP et la RPS, pour un groupe TOC actif, un groupe TOC en rémission et un groupe contrôle. Il est attendu que le groupe TOC actif montrera un CP plus externe et des patrons plus négatifs de RPS, que le groupe contrôle. Il est également attendu que leur adaptation sociale sera plus altérée. Le groupe TOC en rémission ne devrait pas se différencier de l'un ou de l'autre groupe;

2. Vérifier, pour les deux groupes cliniques, les relations entre les dimensions de la symptomatologie active ou résiduelle, et l'adaptation sociale. Pour le groupe TOC actif, il est attendu que la sévérité des symptômes sera négativement corrélée à l'adaptation. Pour le groupe en rémission, il est attendu que les symptômes résiduels ne seront pas ou peu associés à l'adaptation;
3. Vérifier, pour les deux groupes cliniques, les relations entre le CP et les dimensions de la symptomatologie, de même que les liens entre la RPS et ces dimensions. Il est attendu qu'un CP plus externe et que des patrons plus négatifs de RPS seront associés à des symptômes plus sévères;
4. Évaluer le rôle de médiation de la RPS sur le lien entre la symptomatologie et l'adaptation. Il était attendu que l'effet de la variable indépendante sera éliminé ou significativement réduit après avoir contrôlé la variable médiatrice, soit la RPS.

6 Méthode

6.1 Sélection des participants et procédures d'évaluation

Ce projet de recherche doctorale fait partie d'une étude plus large ayant pour but l'identification des marqueurs génétiques associés au TOC. Les personnes diagnostiquées d'un TOC actif ou en rémission sont toutes d'origine canadienne-française puisque cette homogénéité facilite le repérage de tels marqueurs.

Sur une période de 8 ans (de 2002 à 2010), 128 participants (92 femmes, 36 hommes) souffrant d'un TOC actif et 36 participants ayant un TOC en rémission (28 femmes, 8 hommes) ont été recrutés.

Le recrutement a été opéré par le biais de la Clinique des troubles anxieux de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, de la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital Sacré-Cœur et du Centre de Services Psychologiques de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Le recrutement provincial s'est également effectué par l'intermédiaire de l'organisme *Phobie Zéro* qui vient en aide aux personnes souffrant de divers troubles anxieux. Les clients qui consultent dans ces différents organismes ont été informés directement de l'étude par leur thérapeute. Les clients intéressés à participer remplissaient alors un formulaire de pré-consentement permettant aux assistants de recherches de les contacter. Les participants ont également été recrutés à l'aide d'une vaste publicité du projet; des affiches et des dépliants invitant les personnes souffrant d'un TOC à participer à l'étude ont été installés périodiquement dans les divers pavillons de l'UQAM, dans plusieurs cliniques affiliées à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (p. ex., Lachine, Lasalle, Saint-Henri, Programme des troubles alimentaires, Clinique de gériatrie), et dans différentes cliniques privées de psychologie. Les participants potentiels, pour ce mode de recrutement, ont été d'abord invités à communiquer avec l'équipe de recherche par voie téléphonique. Plusieurs équipes de travail de ces milieux ont été rencontrées par les assistants de recherche afin de les informer de l'étude, et ainsi permettre le recrutement direct de leurs clients. Du matériel publicitaire a aussi été installé dans les différents CLSC de la région de Montréal (c.-à-d., Verdun/Côte St-Paul, St-Henri, Lasalle, des Faubourgs) et, dans la région de l'Outaouais, aux cliniques du Centre hospitalier Pierre-Janet. Finalement, l'étude a été publicisée dans le journal étudiant de l'UQAM à différentes occasions durant l'année scolaire. Ces modes extensifs et variés de recrutement semblent avoir garanti l'atteinte d'une taille échantillonnale suffisante pour réaliser les analyses statistiques projetées pour cette recherche.

Les participants ayant un TOC ont reçu un diagnostic principal de TOC, selon les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^{ième} édition

(DSM-IV) (APA, 2000). Le diagnostic a été obtenu à l'aide d'une entrevue clinique structurée pour le *DSM-IV* (c.-à-d., le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*; First, Spitzer, Gibbon et William, 1997). Les sujets, masculins ou féminins, devaient également être âgés de 18 ans et plus. La présence de troubles psychiatriques comorbides, de médication psychotrope, le genre et l'âge, documentés lors des entrevues, seront traités par l'intermédiaire de techniques statistiques de covariance, mais ne constituent pas un critère d'exclusion de l'étude. Les participants recrutés à l'aide des journaux ou par une publicité ont été référés, à leur demande, aux ressources psychologiques pertinentes à leurs besoins (p. ex., *Phobie Zéro*).

Les participants en rémission d'un TOC ont été recrutés de la même façon que les participants ayant un TOC actif. Il s'agit en fait des personnes recrutées qui ne remplissent plus, au moment de l'évaluation, les critères diagnostics d'un TOC, tel qu'évalués à l'aide du *SCID-I/P* (First et al., 1997). Ces participants étaient en rémission partielle (c.-à-d., le sujet a déjà répondu à tous les critères du TOC, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent) ou complète (c.-à-d., le sujet a répondu aux critères du TOC, mais il s'est rétabli). Outre le diagnostic principal de TOC, les critères d'inclusion et d'exclusion du groupe de participants TOC s'appliquent également pour ce groupe en rémission. Pour ce groupe également, les sujets recrutés à l'aide des journaux ont été référés, à leur demande, aux ressources psychologiques pertinentes à leurs besoins.

Deux cent trente-cinq personnes supplémentaires ont été recrutées, en 2004, dans différentes classes d'étudiants de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), afin de former un groupe contrôle. Pour remplir les critères d'inclusion, les participants devaient être âgés de 18 ans à 65 ans. Seuls les questionnaires ont été administrés à ce groupe. La complétion des questionnaires a été réalisée de façon dénominalisée.

La méthodologie proposée a comporté différentes phases qui ont été globalement assurées par une équipe de recherche de l'UQAM, sous la direction du Dr Claude Bélanger, Ph.D. Les participants étaient évalués en deux temps : la phase de pré-sélection (T0) et celle d'évaluation (T1). Aucune rémunération n'a été offerte pour la participation des sujets à l'étude.

Durant la phase de pré-sélection (T0), tous les sujets, tant ceux référés par les différents centres d'aide ou de traitement à l'aide du *Formulaire de pré-sélection d'un participant potentiel* élaboré par notre équipe (Appendice D), que ceux recrutés dans le grand public, ont été évalués par un assistant de recherche afin de déterminer leur éligibilité à l'étude, à l'aide d'une entrevue téléphonique filtre de courte durée qui a elle aussi été élaboré par notre groupe et qui est appelé le *Questionnaire de pré-sélection téléphonique* (Appendice D). L'entrevue téléphonique, d'une durée d'environ 5 minutes, avait pour but de vérifier, de façon global, si le participant remplissait les critères d'éligibilité à l'étude (c.-à-d., être âgé de 18 ans et plus, avoir déjà reçu un diagnostic de TOC ou avoir déjà consulté un professionnel de la santé à cause d'obsessions ou de compulsions). Le projet était également présenté au participant (Appendice A) et un rendez-vous était pris avec l'assistant de recherche afin de compléter les entrevues. La participation au projet était complètement libre et volontaire et la qualité des traitements offerts aux participantes dans leur milieu clinique n'a pas été affectée par leur décision de participer ou non à cette étude.

Durant la phase d'évaluation (T1), outre la lecture et la signature du formulaire de consentement (Appendice C), les participants TOC actif et TOC en rémission ont été évalués à l'aide d'entrevues (Appendice D) explorant différents aspects sociodémographiques, à l'aide du *Questionnaire d'identification du participant*, et la

présence d'un trouble anxieux dans le dernier mois, à l'aide du *SCID-I/P* (First et al., 1997).

Les entrevues ont été réalisées par des assistants de recherche qui sont des étudiants aux études supérieures en psychologie ayant plusieurs années d'expérience clinique et une connaissance approfondie des troubles anxieux. Ces derniers ont reçu une formation avancée pour l'administration du *SCID-I/P*. Suite aux entrevues, tous les participants ont été invités à remplir, à la maison, un ensemble de questionnaires (Appendice D) qui évaluent les dimensions sociodémographiques (*Questionnaire des renseignements généraux*), les symptômes obsessionnels-compulsifs (*Padua Inventory*; Sanavio, 1988), l'adaptation sociale (*Social Adjustment Scale - Self-Report*; Weissman et Bothwell, 1976), la résolution de problèmes sociaux (*Social Problem-Solving Inventory – Revised*; Maydeu-Olivares et D'Zurilla, 1996), ainsi que le contrôle personnel (*Belief in Personal Control Scale-Revised Short Form*; Berrenberg, 1987).

Les entrevues et questionnaires peuvent être consultés à l'Appendice D. Ils ont été administrés dans leurs versions françaises. Les participants du groupe contrôle, n'ont rempli que les questionnaires. La durée totale de la participation des sujets TOC actif et TOC en rémission, pour cette étude, est estimée à environ 1h30, tandis que celle du groupe contrôle est égale ou inférieure à 20 minutes. L'ordre de passation des questionnaires a été alterné afin de limiter les biais de réponse possibles.

La recherche s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques, en outre : les participants ont été informés du but de l'étude (Appendice A), ils se sont joints à la recherche par libre consentement, ils ont signé un formulaire de consentement en ce sens (Appendice C), ils ont été informés qu'ils peuvent se retirer de la recherche en tout temps, les données ont été traitées anonymement, les services offerts n'ont pas

été affectés par la participation ou le retrait des participants. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas ainsi que par celui de l'Université du Québec à Montréal (Appendice B).

RÉFÉRENCES

- Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2008). A Comparison of Social Problem Solving in Patients with OCD, PTSD, PD and Non-Patient Controls: To Control of the Intolerance of Uncertainty. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(7), 683-689. doi: rjbsci.2008.683.689
- Altin, M., et Karanci, A. N. (2008). How does locus of control and inflated sense of responsibility relate to obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1303-1315. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.010
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed. rev.)*: Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*: Washington, DC : Author.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., et Sanderman, R. (1986). Marital quality and general life adjustment in relation to treatment outcome in agoraphobia. *Advances in Behaviour Research et Therapy*, 8(3), 139-185. doi: 10.1016/0146-6402(86)90002-0
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 569-591. doi: 10.1016/s0191-8869(02)00220-9
- Balslev-Olesen, T., et Geert-Jørgensen, E. (1959). The prognosis of obsessive-compulsive neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 34, 232-241. doi: 10.1111/j.1600-0447.1959.tb07803.x
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological monographs*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt et Co.
- Baumgardner, A. H., Heppner, P. P., et Arkin, R. M. (1986). Role of causal attribution in personal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 636-643. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.636

- Beach, S. R., Sandeen, E., et O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*: Guilford Press.
- Bell, A. C., et D'Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439-448. doi: 10.1007/s10608-009-9256-8
- Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., et Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42(2), 111-120. doi: 10.1016/0165-1781(92)90075-e
- Berrenberg, J. L. (1987). The Belief in Personal Control Scale: A measure of God-mediated and exaggerated control. *Journal of Personality Assessment*, 51(2), 194-206. doi: 10.1207/s15327752jpa5102_4
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F., et Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: A multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 97-103. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00347-6
- Bolton, D., Luckie, M., et Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1441-1450. doi: 10.1097/00004583-199511000-00010
- Burdick, K. E., Robinson, D. G., Malhotra, A. K., et Szeszko, P. R. (2008). Neurocognitive profile analysis in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(4), 640-645. doi: 10.1017/s1355617708080727
- Burger, J. M. (1984). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*, 52(1), 71-89. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00551.x
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., et Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. doi: 10.1002/da.106

- Bystritsky, A., Saxena, S., Maidment, K., Vapnik, T., Tarlow, G., et Rosen, R. (1999). Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services, 50*(3), 412-414. doi: 10.1176/ps.50.3.412
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., et Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin, 13*(1), 5-17. doi: 10.1177/0146167287131001
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., et Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services, 49*(3), 379-381. doi: 10.1176/ps.49.3.379
- Calvocoressi, L., McDougle, C. I., Wasylink, S., Goodman, W. K., Trufan, S. J., et Price, L. H. (1993). Inpatient treatment of patients with severe obsessive-compulsive disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 44*(12), 1150-1154. doi: 10.1176/ps.44.12.1150
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., et Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*(4), 172-177. doi: 10.1007/bf00797319
- Chambless, D. L., Gillis, M. M., Tran, G. Q., et Steketee, G. S. (1996). Parental bonding reports of clients with obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(2), 77-85.
- Chang, E. C. (2002). Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research, 26*(5), 581-595. doi: 10.1023/a:1020329625158
- Chang, E. C., et D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour Research and Therapy, 34*(2), 185-194. doi: 10.1016/0005-7967(95)00046-1
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., et Sanna, L. J. (2009). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 33*(1), 33-49. doi: 10.1007/s10608-007-9155-9

- Chaudhury, P. K., Deka, K., et Chetia, D. (2006). Disability associated with mental disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(2), 95. doi: 10.4103/0019-5545.31597
- Ciarrochi, J., Leeson, P., et Heaven, P. C. L. (2009). A longitudinal study into the interplay between problem orientation and adolescent well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 441-449. doi: 10.1037/a0015765
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Cobb, J., McDonald, R., Marks, I., et Stern, R. (1980). Marital versus exposure therapy-psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural Analysis and Modification*, 4(1), 3-16.
- Collins, K., Luszcz, M., Lawson, M., et Keeves, J. (1997). Everyday problem solving in elderly women: Contributions of residence, perceived control, and age. *The Gerontologist*, 37(3), 293-302. doi: 10.1093/geront/37.3.293
- Corryel, W. (1981). Obsessive-compulsive Disorder and Primary Unipolar Depression: Comparisons of Background, Family History, Course, and Mortality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 220-224.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., et Marks, I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: One-year followup. *Psychiatry Research*, 49(1), 63-75. doi: 10.1016/0165-1781(93)90030-k
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(4), 327-354.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., et Maydeu Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Didie, E. R., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Walters, M. M., Menard, W., et Eisen, J. L. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(3), 181-186. doi: 10.1080/10401230701468685

- Dijkstra, M. T. M., Beersma, B., et Evers, A. (2011). Reducing conflict-related employee strain: The benefits of an internal locus of control and a problem-solving conflict management strategy. *Work & Stress, 25*(2), 167-184. doi: 10.1080/02678373.2011.593344
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 215-226. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00070-3
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., et Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*(1), 109-120. doi: 10.1007/bf02229679
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Macnair, R. R., et Harkins, S. W. (1994). Personality Correlates of Self-Appraised Problem Solving Ability: Problem Orientation and Trait Affectivity. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 489-505. doi: 10.1207/s15327752jpa6303_7
- Elliott, T. R., Shewchuk, R. M., et Richards, J. S. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology, 48*(2), 223-232. doi: 10.1037/0022-0167.48.2.223
- Emmelkamp, P. M., de Haan, E., et Hoogduin, C. A. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry, 156*, 55-60. doi: 10.1192/bjp.156.1.55
- Estrada, L., Dupoux, E., et Wolman, C. (2006). The relationship between locus of control and personal-emotional adjustment and social adjustment to college life in students with and without learning disabilities. *College Student Journal, 40*(1), 43-54.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Do Symptoms of Generalized Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder Share Cognitive Processes? [journal article]. *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), 168-176. doi: 10.1007/s10608-009-9239-9
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. 722 West 168th Street, New York, NY 10032: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

- Foa, E. B., et Goldstein, A. J. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, 9(5), 821-829. doi: 10.1016/s0005-7894(78)80013-6
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., et Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15(5), 450-472. doi: 10.1016/s0005-7894(84)80049-0
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno-Piñero, M., Villazón-García, U., et Muñiz, J. (2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 71-77. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.02.003
- Fontenelle, L. F., et Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.024
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., et Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 29-36. doi: 10.1016/0005-7967(94)90081-7
- Freund, B., et Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 15(1), 31-41. doi: 10.1080/00926238908412845
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., et Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: Prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 329-336. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08071006
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., et Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 291-299. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.020
- Ganellen, R. J., et Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality*, 52(4), 326-337. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00355.x

- Gillan, C. M., Morein-Zamir, S., Durieux, A. M. S., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., et Robbins, T. W. (2014). Obsessive–compulsive disorder patients have a reduced sense of control on the illusion of control task. *Frontiers in Psychology*, 5. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00204
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry; Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., et Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry; Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Gosselin, P., Dugas, M. J., et Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. [Worry and problem solving: The role of negative problem orientation.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12(2), 49-58. doi: JTCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., et John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(5), 262-268. doi: 10.1007/s004060070017
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., et O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive–compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 858-865. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Hafner, R. J. (1988). *Anxiety disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Henderson, J. G., et Pollard, C. A. (1988). Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 747-752. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<747::aid-jclp2270440513>3.0.co;2-2
- Heppner, P. P. (1988). *The Problem Solving Inventory: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Heppner, P. P., et Anderson, W. P. (1985). The relationship between problem-solving self-appraisal and psychological adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 9(4), 415-427. doi: 10.1007/bf01173090
- Heppner, P. P., Witty, T. E., et Dixon, W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment: A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory. *The Counseling Psychologist*, 32(3), 344-428. doi: 10.1177/0011000003262793
- Herrick, S. M., et Elliot, T. R. (2001). Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 75-92. doi: 10.1002/1097-4679(200101)57:1<75::aid-jclp9>3.0.co;2-6
- Holder, E. E., et Levi, D. J. (1988). Mental health and locus of control: SCL-90—R and Levenson's IPC scales. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 753-755. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<753::aid-jclp2270440514>3.0.co;2-a
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive disorder: The hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 12), 3-6.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., et Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 3-6.
- Horesh, N., Dolberg, O. T., Kirschenbaum-Aviner, N., et Kotler, M. (1997). Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: Washers versus checkers. *Psychiatry Research*, 71(3), 197-200. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00054-1
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenon, K. J., Liebowitz, M. R., et Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45. doi: 10.1002/da.20506
- Inozu, M., Yorulmaz, O., et Terzi, S. (2012). Locus of control in obsessive-compulsive (OC) and depressive symptoms: The moderating effect of externality on obsessive-related control beliefs in OC symptoms. *Behaviour Change*, 29(3), 148-163. doi: 10.1017/bec.2012.14

- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., et Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 113-121. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.003
- Joe, V. C. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports, 28*(2), 619-640.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., et Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research, 21*(1), 73-96. doi: 10.1023/a:1021820326754
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., et Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1094-1099.
- Kennedy, B. L., Lynch, G. V., et Schwab, J. J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 509-515. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199806)54:4<509::aid-jclp12>3.0.co;2-j
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Khanna, S., Rajendra, P. N., et Channabasavanna, S. M. (1986). Sociodemographic variables in obsessive compulsive neurosis in India. *International Journal of Social Psychiatry, 32*(3), 47-54. doi: 10.1177/002076408603200307
- Khanna, S., Rajendra, P. N., et Channabasavanna, S. M. (1988). Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 34*(2), 118-122. doi: 10.1177/002076408803400205
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., et Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 153*(6), 783-788.
- Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics. A long-term follow-up. *The British Journal of Psychiatry, 111*(477), 709-722. doi: 10.1192/bjp.111.477.709

- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(2), 139-152. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00002-4
- Lahey, B. (1988). Self-esteem, control beliefs, and cognitive problem-solving skill as risk factors in the development of subsequent dysphoria. *Cognitive Therapy and Research, 12*(4), 409-420. doi: 10.1007/bf01173307
- Larson, L. M., Piersel, W. C., Imao, R. A. K., et Allen, S. J. (1990). Significant predictors of problem-solving appraisal. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 482-490. doi: 10.1037/0022-0167.37.4.482
- Layton, C. (1985). The relationship between externality and general nonpsychotic psychiatric morbidity in normal males. *Perceptual and Motor Skills, 61*(1), 746. doi: 10.2466/pms.1985.61.3.746
- Ledley, D. R., et Pasupuleti, R. V. (2007). School issues in children with obsessive-compulsive disorder. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leon, A. C., Portera, L., et Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry, 166*(Suppl 27), 19-22.
- Leung, C. (2001). The psychological adaptation of overseas and migrant students in Australia. *International Journal of Psychology, 36*(4), 251-259. doi: 10.1080/00207590143000018
- Liu, X., Kurita, H., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, L., et Ma, D. (2000). Life events, locus of control, and behavioral problems among Chinese adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1565-1577.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., et Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology, 36*(5), 255-262. doi: 10.1159/000073451
- Londahl, E. A., Tverskoy, A., et D'Zurilla, T. J. (2005). The Relations of Internalizing Symptoms to Conflict and Interpersonal Problem Solving in Close Relationships. *Cognitive Therapy and Research, 29*(4), 445-462. doi: 10.1007/s10608-005-4442-9

- Marks, I. M., Hodgson, R., et Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: A two-year follow-up and issues in treatment. *The British Journal of Psychiatry*, *127*, 349-364. doi: 10.1192/bjp.127.4.349
- Marks, I. M., Lelliott, P. T., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., et Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *The British Journal of Psychiatry*, *152*, 522-534. doi: 10.1192/bjp.152.4.522
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., et McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, *136*, 1-25. doi: 10.1192/bjp.136.1.1
- Mataix-Cols, D. (2003). Declarative and Procedural Learning in Individuals With Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*(6), 830-841. doi: 10.1076/jcen.25.6.830.16477
- Maydeu-Olivares, A., et D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, *20*(2), 115-133. doi: 10.1007/bf02228030
- McLaren, S., et Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(4), 389-403. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00224-4
- Mendlowicz, M. V., et Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 669-682. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Miller, P. C., Lefcourt, H. M., Holmes, J. G., Ware, E. E., et Saleh, W. E. (1986). Marital locus of control and marital problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(1), 161-169. doi: 10.1037/0022-3514.51.1.161
- Miller, W. R., et Seligman, M. E. (1973). Depression and the perception of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, *82*(1), 62-73. doi: 10.1037/h0034954
- Miller, W. R., et Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, *84*(3), 228-238. doi: 10.1037/h0076720

- Moritz, S., Fricke, S., Wagner, M., et Hand, I. (2001). Further evidence for delayed alternation deficits in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(8), 562-564. doi: 10.1097/00005053-200108000-00012
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., et Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1472-1479. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.001
- Moulding, R., et Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review, 26*(5), 573-583. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.009
- Moulding, R., et Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 31*(6), 759-772. doi: 10.1007/s10608-006-9086-x
- Moulding, R., Kyrios, M., et Doron, G. (2007). Obsessive-compulsive behaviours in specific situations: The relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behaviour Research and Therapy, 45*(7), 1693-1702. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.020
- Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Counseling Psychology, 32*(1), 135-138. doi: 10.1037/0022-0167.32.1.135
- Nezu, A. M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychological Reports, 58*(1), 279-283. doi: 10.2466/pr0.1986.58.1.279
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy, 35*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80002-9
- Nezu, A. M., et Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(2), 155-157. doi: 10.1037/0021-843x.96.2.155

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., et Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 489-498. doi: 10.1007/bf01177813
- Nezu, A. M., et Ronan, G. F. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(5), 693-697. doi: 10.1037/0022-006x.53.5.693
- Nezu, A. M., et Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 134-138. doi: 10.1037/0022-0167.35.2.134
- Njus, D. M., et Brockway, J. H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: Predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individual Differences*, 26(3), 531-548. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00169-x
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., et Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, 25(3), 248-259. doi: 10.1002/da.20298
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Ornstein, T. J., Arnold, P., Manassis, K., Mendlowitz, S., et Schachar, R. (2010). Neuropsychological performance in childhood OCD: A preliminary study. *Depression and Anxiety*, 27(4), 372-380. doi: 10.1002/da.20638
- Palomar-Lever, J., et Victorio-Estrada, A. (2012). Factors that influence emotional disturbance in adults living in extreme poverty. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(2), 158-164. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00921.x
- Park, H. S., Shin, Y.-W., Ha, T. H., Shin, M. S., Kim, Y. Y., Lee, Y. H., et Kwon, J. S. (2006). Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 718-726. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01587.x

- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., et Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254-260. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Pinkney, C. J., Murray, C. J., et Lind, J. R. (2012). Individual skill predictors of the school- and career-related adjustment of adolescents with disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 35(1), 39-49.
- Pirot, M. (1986). The pathological thought and dynamics of the perfectionist. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, 42(1), 51-58.
- Priester, M., et Clum, G. (1993). The problem-solving diathesis in depression, hopelessness, and suicide ideation: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(3), 239-254. doi: 10.1007/bf01371381
- Purdon, C., et Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts [doi:10.1016/B978-008043410-0/50004-0]. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Reese, F. L., Kliewer, W., et Suarez, T. (1997). Control appraisals as moderators of the relationship between intrusive thoughts and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(13), 1131-1145. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01798.x
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Goerge, L. K., Karno, M., et Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 35-47. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x
- Riggs, D. S., Hiss, H., et Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23(4), 585-597. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80223-0
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G., et Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 1-12. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-i

- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., da Conceição Rosário, M., Eurípedes Constantino, M. et Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1286-1292. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.019
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., et Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169-177. doi: 10.1016/0005-7967(88)90116-7
- Savage, C. R. (1998). Neuropsychology of OCD: Research findings and treatment implications. In M. A. Jenike, L. Baer et W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (3rd ed.) (pp. 254-275). St. Louis, MO: Mosby.
- Savage, C. R., Baer, L., Keuthen, N. J., Brown, H. D., Rauch, S. L., et Jenike, M. A. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 45(7), 905-916. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00278-9
- Savage, C. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T., et Jenike, M. A. (2000). Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 14(1), 141-151. doi: 10.1037/0894-4105.14.1.141
- Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., et Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230. doi: 10.1037/0003-066x.51.12.1213
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.549

- Staebler, C. R., Pollard, C. A., et Merkel, W. T. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: A comparison with two other psychiatric samples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(2), 147-153. doi: 10.1080/00926239308404898
- Stein, D. J., Bruun, R. D., Josephson, S. C., et Hollander, E. (1991). Obsessional severity in Tourette's syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(9), 388.
- Steketee, G. (1988). Intra- and Interpersonal Characteristics Predictive of Long-Term Outcome Following Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias 2* (pp. 221-232): Springer Berlin Heidelberg.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 351-364. doi: 10.1016/0887-6185(90)90032-5
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, 21(2), 81-95. doi: 10.1017/s014134730001805x
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 42(9), 919-928.
- Steketee, G., Grayson, J. B., et Foa, E. B. (1987). A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(4), 325-335. doi: 10.1016/0887-6185(87)90012-0
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., et Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*, 40(5), 282-289. doi: 10.1159/000104744
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., et Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985. doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1978

- Vinokur, A., et Caplan, R. D. (1986). Cognitive and affective components of life events: Their relations and effects on well-being. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 351-370. doi: 10.1007/bf00922623
- Wang, L.-f., Heppner, P. P., et Berry, T. R. (1997). Role of gender-related personality traits, problem-solving appraisal, and perceived social support in developing a mediational model of psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology, 44*(2), 245-255. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.245
- Weissman, M. M. (1999). *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR): User's Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., et Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*(3, Suppl), 5-10.
- Weissman, M. M., et Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry, 33*(9), 1111-1115. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- World Health Organization. (2010). Projection from the global burden disease. En ligne à http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/
- Wortman , C. B. (1976). Causal attribution and personal control. In J. H. Harvey, W. J. Ickes & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research*. Hinsdale, N.J: Erlbaum.
- Zebb, B. J., et Moore, M. C. (2003). Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(1), 115-130. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00176-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00176-7)

CHAPITRE II

ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Article soumis pour publication à la *Revue Québécoise de Psychologie*, mars
2017.

**En-tête : ADAPTATION SOCIALE DANS LE TROUBLE OBSESSIONNEL-
COMPULSIF**

**Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-
compulsif**

**Mélanie Aubut*
Claude Bélanger****

***M.Ps., candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal**

****Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal et
Département de psychiatrie, Université McGill**

Résumé

Introduction. Les écrits scientifiques portant sur les processus adaptatifs présents dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) suggèrent que des altérations du fonctionnement social puissent être présentes chez les personnes souffrant de ce trouble. En dépit de ce constat, peu d'études ont évalué à la fois l'adaptation sociale globale et spécifique à différents domaines de vie chez les personnes atteintes d'un TOC, en fonction de la sévérité de leur trouble et des caractéristiques de leur symptomatologie.

Objectif. Cette étude a pour objectif de comparer le niveau d'adaptation sociale globale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes souffrant d'un TOC avec celui d'un groupe contrôle.

Méthode. Un groupe de personnes atteintes d'un TOC (n=128) a été comparé à un groupe contrôle (n=235). Le diagnostic de TOC a été établi à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition*. La symptomatologie obsessionnelle-compulsive a été évaluée par l'entremise de l'*Inventaire de Padoue*. Les données quant à l'adaptation sociale ont été obtenues à l'aide de la version française du *Social Adjustment Scale - Self-Report*.

Résultats. Les résultats suggèrent que les personnes souffrant d'un TOC montrent une adaptation sociale globale et dans tous les domaines de vie qui est significativement plus faible qu'elle ne l'est chez les sujets contrôle. Également, aucune différence intergroupe n'est trouvée quant à l'adaptation sociale en fonction de la sévérité du trouble ou du type principal d'obsessions/compulsions.

Conclusion. Cette étude permet de confirmer l'importance des difficultés d'adaptation sociale présentes chez les personnes souffrant d'un TOC; il semble en outre que ces difficultés sont généralisées à l'ensemble des aires de fonctionnement social de la personne atteinte. La sévérité du trouble ou ses tendances obsessionnelles-compulsives principales ne semblent pas avoir d'impact sur les difficultés d'adaptation observées. Les auteurs postulent la présence d'un cercle vicieux où il est possible que ces difficultés rendent ces personnes plus vulnérables et qu'elles jouent un rôle dans le développement et/ou le maintien de la symptomatologie, qui pourrait à son tour avoir un impact négatif au niveau de l'adaptation sociale.

Mots-clés : trouble obsessionnel-compulsif, adaptation sociale globale et spécifique.

Abstract

Introduction. Research on the adaptive processes present in Obsessive Compulsive Disorder (OCD) suggests that alterations in social functioning are often central in OCD populations. However, few studies have evaluated global as well as specific social adjustment in different domains for people with OCD, and according to the severity of their disorder and the characteristics of their symptomatology.

Objective. The present study has the objective to compare social adjustment in people diagnosed with OCD versus a control group.

Method. A group of people diagnosed with OCD (n=128) was compared to a control group (n=235). The diagnosis of OCD was established using the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition* whereas the obsessive-compulsive symptomatology was assessed through the *Padua Inventory*. Data for social adjustment was obtained using the *Social Adjustment Scale - Self-Report*.

Results. The results suggest that people with OCD, when compared to controls, show lower social adjustment in global functioning and in all life domains. Also, no intergroup difference is found in social adaptation as a function of the severity of the disorder or the main type of obsessions/compulsions.

Conclusion. This study demonstrates the importance of social adjustment difficulties in people with OCD. Moreover these difficulties appear to generalize across all life domains for this population. The severity of the disorder or its main obsessive-compulsive tendencies do not seem to affect the observed difficulties of adaptation. It is possible that a vicious circle takes place, in which social adjustment difficulties related to vulnerability factors play a role in the development and/or maintenance of OCD, which in turn weakens social adjustment.

Title: Social adjustment in people with Obsessive-Compulsive Disorder.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Social Adjustment.

Adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif

Introduction

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes (*American Psychiatric Association* [APA], 2013). Les obsessions sont définies comme des pensées, des images ou des impulsions répétitives expérimentées comme intrusives et inappropriées et qui sont associées à un niveau significatif de détresse ou d'anxiété, et par des tentatives de la personne atteinte d'ignorer ou de supprimer ces pensées, images ou impulsions ou de les neutraliser au moyen d'autres pensées ou actions (APA, 2013). Elles sont généralement accompagnées de compulsions, définies comme des comportements ou des actes mentaux répétitifs que la personne se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de façon rigide, et qui ont pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété et la détresse causées par une ou des obsessions ou dans le but de prévenir un événement négatif anticipé (APA, 2013). Les obsessions et les compulsions sont associées à une perte de temps significative (plus d'une heure par jour), de même qu'à de la détresse et/ou des altérations du fonctionnement (APA, 2013).

Dans la cinquième version du *Diagnostical And Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2013), le TOC est maintenant retiré de la catégorie des troubles anxieux et fait partie des *troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles associés* (APA, 2013). Les changements dans les critères diagnostiques du trouble touchent principalement l'ajout de spécificateurs du degré de prise de conscience qui permettent maintenant de préciser si l'insight est bon, faible ou absent/délinant (APA, 2013).

Le TOC est une problématique comportant des difficultés significatives au niveau du fonctionnement social et interpersonnel (pour des revues, voir Mendlowicz et Stein, 2000 et Steketee, 1997; p. ex., Rosa et al., 2012). Les handicaps fonctionnels importants observés chez les personnes qui en souffrent, justifient des efforts supplémentaires afin de définir un modèle de l'adaptation sociale chez ces patients.

Adaptation sociale et trouble obsessionnel-compulsif

Dans le cadre de cette étude, l'adaptation sociale réfère à la capacité d'une personne de s'adapter à ses rôles sociaux et d'en retirer de la satisfaction. Cette capacité se mesure dans six domaines de la vie, soient l'occupation principale (c.-à-d., le travail, les études ou le statut au foyer), les activités sociales ou de loisir, les relations avec la famille élargie, les relations maritales et le rôle dans l'unité familiale (Weissman, 1999). Pour chacune de ces dimensions, l'adaptation sociale est évaluée en considérant le degré de performance attendu, la fréquence des relations conflictuelles, les différents aspects des relations interpersonnelles et le degré de bien-être et la satisfaction ressentie (Weissman, 1999). Ce concept se distingue de celui de « qualité de vie » qui est un construit multidimensionnel qui a d'abord été appliqué à la pratique médicale afin d'évaluer le bien-être de patients en traitement (voir Mendlowicz et Stein, 2000). Cette dernière mesure réfère à l'évaluation subjective d'un individu face à sa propre qualité de vie. Elle devrait couvrir l'évaluation du fonctionnement physique, des symptômes physiques reliés à un traitement ou à une maladie, du fonctionnement psychologique, et du fonctionnement social (voir Mendlowicz et Stein, 2000). Bien qu'il intègre souvent une échelle de fonctionnement social, le concept de la qualité de la vie est un construit plus large et moins exhaustif et spécifique quant à son évaluation de l'adaptation sociale des individus. Dans l'adaptation sociale, l'importance est donc mise sur la capacité à se comporter adéquatement dans différents domaines de la vie sociale et d'en retirer de la satisfaction.

Les écrits scientifiques ont régulièrement établi la présence d'un lien entre différents troubles de santé mentale et des différentes difficultés d'adaptation : pour les troubles de l'humeur (p. ex., Calvocoressi, Libman, Vesgo, McDougale et Price, 1998; Chaudhury, Deka et Chetia, 2006; Koran, Thienemann et Davenport, 1996), pour les troubles alimentaires (p. ex., Jenkins, Hoste, Meyer et Blissett, 2011; Rorty, Yager, Buckwalter et Rossotto, 1999), pour les troubles de dysmorphie corporelle (p. ex., Phillips, Menard, Fay et Pagano, 2005), pour les troubles psychotiques (p. ex., Bystritsky et al., 2001), de même que pour les troubles anxieux (pour des revues, voir Mendlowicz et Stein, 2000 et Olatunji, Cisler et Tolin, 2007). Des difficultés au niveau de l'adaptation semblent également présentes chez les personnes présentant un TOC.

En effet, les données épidémiologiques découlant de différentes études canadiennes et américaines soutiennent cette idée d'une association significative entre des altérations sociales importantes et une symptomatologie obsessionnelle-compulsive (p. ex., Karno, Golding, Sorenson et Burnam, 1988; Leon, Portera et Weissman, 1995; Regier et al., 1993; Stein, Bruun, Josephson et Hollander, 1991), bien que ces conclusions ne soient cependant pas toujours vérifiées (p. ex., Beach, Sandeen et O'Leary, 1990; Calvocoressi et al., 1998; Henderson et Pollard, 1988; Staebler et al., 1993; Steketee, Grayson et Foa, 1987). De même, les personnes atteintes de ce trouble présentent un niveau de fonctionnement plus altéré sinon similaire à celui de patients souffrant d'autres psychopathologies (p. ex., Bystritsky et al., 2001; Calvocoressi et al., 1998; Chakrabarti, Kulhara et Verma, 1993; Chambless, Gillis, Tran et Steketee 1996; Didie et al., 2007; Grenier, Préville, Boyer et O'Connor, 2009; Lochner, Mogotsi, du Toit, Kaminer, Niehaus et Stein, 2003; Stein et al., 1991; Steketee et al., 1987). Ces personnes présenteraient en outre des altérations sociales équivalentes (p. ex., Calvocoressi et al., 1998) ou légèrement moins importantes (p. ex., Koran et al., 1996) que celles des patients dépressifs.

De façon plus spécifique, différentes études ont mis en lumière la présence de limitations fonctionnelles dans l'ensemble des domaines de la vie (pour des revues, voir Mendlowicz et Stein, 2000 et Steketee, 1997) pour les personnes présentant un TOC. Des difficultés ont été identifiées en outre au niveau des aires de fonctionnement occupationnel (p. ex., Calvocoressi et al., 1998; Koran et al., 1996; Ledley et Pasupuleti, 2007; Rosa et al., 2012), familial (p. ex., Calvocoressi et al., 1998; Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1988; Steketee, 1988), marital (p. ex., Koran et al., 1996; Rosa et al., 2012; Steketee, 1993), sexuel (p. ex., Freund et Steketee, 1989; Staebler Pollard et Merkel, 1993) et interpersonnel (p. ex., Calvocoressi et al., 1998; Khanna et al., 1998; Rosa et al., 2012; Steketee, 1988).

À notre connaissance, quelques recherches se sont intéressées spécifiquement à l'adaptation sociale chez des personnes présentant une symptomatologie obsessionnelle-compulsive. L'équipe de Rosa (Rosa et al., 2012) a montré qu'une sévérité plus importante des symptômes chez des personnes diagnostiquées d'un TOC et en traitement externe ($n = 815$), est associée à une adaptation sociale plus faible, particulièrement pour ce qui touche les loisirs, l'unité familiale et les relations maritales. Cette étude est corrélacionnelle et n'inclut pas de groupe de comparaison. Ces résultats rejoignent ceux présentés par l'équipe de Khanna (Khanna et al., 1998) et qui ont mis en lumière, à partir d'un petit groupe de 32 personnes présentant un TOC diagnostiqué et d'un groupe contrôle de taille, sexe, âge et statut marital équivalents, que leur adaptation sociale est plus faible que ne l'est celle des contrôles, sauf pour ce qui est de l'unité familiale et dans les sphères liées aux enfants et aux finances, et qu'elle est associée à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Lochner et son équipe (Lochner, Mogotsi, du Toit, Kammer, Niehaus et Stein, 2003) ont trouvé que les patients TOC en externe ($n = 220$) présentent plus de difficultés avec la famille étendue que les patients souffrant de trouble panique ($n = 53$), mais moins de difficultés au niveau

de la sphère social/loisir que les personnes présentant un trouble d'anxiété sociale (n = 64). Les trois groupes ne diffèrent pas pour les autres sphères (Lochner et al., 2003). L'étude n'inclut pas de groupe contrôle. Didie et ses collègues (Didie et al., 2007) ont aussi montré que les personnes atteintes d'un TOC (n = 210) présentent une adaptation sociale faible à tous les niveaux, mais comparable à celle de personnes souffrant d'un trouble de dysmorphie corporelle d'une part mais meilleure que celle des personnes présentant les deux troubles d'autre part. Cette étude n'a cependant pas intégré de groupe de comparaison non clinique.

Les écrits scientifiques actuels supportent donc bien la présence de difficultés de fonctionnement social pour différents groupes cliniques en général, et plus précisément pour les personnes atteintes d'un TOC. Néanmoins, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à l'adaptation sociale des personnes ayant un TOC diagnostiqué. Les données actuellement disponibles découlent d'études évaluant des concepts associés au fonctionnement social de la personne, par exemple celui de la qualité de la vie, mais qui diffèrent de celui de l'adaptation sociale. À notre connaissance, seules quelques études se sont intéressées à l'adaptation sociale globale et spécifique à différents domaines de la vie chez les personnes atteintes d'un TOC diagnostiqué. Pour ces recherches, quelques limites méthodologiques sont observables, dont l'utilisation d'échantillons parfois petits ou l'absence de comparaison avec un groupe contrôle non clinique.

Par ailleurs, des questions demeurent quant à l'association entre ces difficultés d'adaptation sociale et la symptomatologie obsessionnelle-compulsive. En effet, si certains chercheurs ont trouvé des relations entre la sévérité du TOC et l'adaptation (p. ex., Rosa et al., 2012; Khanna et al., 1998), ces résultats sont inconstants et ils ne sont pas toujours confirmés. Plusieurs études ont en effet mis en lumière que les difficultés d'adaptation observées ne sont pas systématiquement associées à la symptomatologie obsessionnelle-compulsive (p. ex., Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik, Tarlow et Rosen, 1999; Fonseca-

Pedrero, Lemos-Giráldez, Paíno-Piñeiro, Villazón-García et Muñiz, 2010; Hollander, Kwon, Stein et Broatch, 1996; Koran et al., 1996; Norberg, Calamari, Cohen et Riemann, 2008). Quant à l'impact du type de symptômes TOC sur l'adaptation sociale, les résultats sont également variables; il a été montré en outre que les symptômes d'accumulation et les obsessions de type sexuel/religieux sont ceux ayant le plus d'impact négatif sur les capacités d'adaptation sociale (Rosa et al., 2012), et que les laveurs et vérificateurs sont ceux ayant le plus d'altérations de leur fonctionnement social au travail (Khanna et al., 1998). Ces résultats restent limités et mériteraient d'être clarifiés et mieux supportés.

Cette étude a donc pour objectif de comparer le niveau d'adaptation sociale globale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes ayant un TOC diagnostiqué et d'un groupe contrôle (CTRL). Il est attendu que, comparativement au groupe CTRL, des altérations significatives dans plusieurs domaines de vie (c. à d. occupation (c.-à-d., travail rémunéré, travail au foyer ou études), activités sociales/loisir, relations avec la famille étendue, rôle parental, relation maritale et unité familiale) seront observées chez les participants du groupe TOC. L'étude a aussi pour objectif de comparer l'adaptation sociale des personnes diagnostiquées d'un TOC en fonction de la sévérité de leur trouble et du type principal d'obsessions/compulsions qu'elles présentent. Il est attendu que des difficultés d'adaptation plus importantes seront trouvées chez les personnes les plus atteintes.

Méthode

Participants

Les résultats de la présente étude sont tirés d'une étude plus vaste portant sur le trouble obsessionnel-compulsif.

Sur une période de huit ans, 128 participants (92 femmes, 36 hommes) souffrant d'un TOC ont été recrutés. Le recrutement s'est fait à l'aide d'une vaste publicité du projet dans les journaux et les médias locaux. Les patients ont également été recrutés dans différentes cliniques de santé mentale en milieu hospitalier, spécialisées ou offrant des services de psychologie, dans divers milieux universitaires, et auprès de différents organismes communautaires venant en aide aux personnes souffrant d'un TOC. Les participants de ce groupe clinique ont reçu un diagnostic principal de TOC à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision; First, Spitzer, Gibbon et Williams, 1997)*, et devaient être âgées de 18 ans à 65 ans. Les participants présentant un TOC sont tous d'origine canadienne-française. La présence de troubles psychiatriques comorbides, de médication psychotrope et le sexe des participants ne constituaient pas un critère d'exclusion de l'étude.

Un second groupe de 235 personnes a été recruté dans différentes classes d'étudiants de l'Université du Québec à Montréal, afin de former un groupe de comparaison. Pour remplir les critères d'inclusion, les participants devaient être âgés de 18 ans à 65 ans.

Instruments

Mesures sociodémographiques

Un questionnaire développé par notre équipe, le *Questionnaire des renseignements généraux*, a permis de recueillir les informations sociodémographiques suivantes : le sexe, l'âge, le type d'occupation (p. ex., travail, étude), le revenu annuel, la scolarité et le statut marital chez les patients du groupe clinique. Les variables sociodémographiques d'âge et de sexe ont également été obtenues pour les contrôles; des contraintes administratives ne nous

ont cependant pas permis d'inclure les autres données sociodémographiques disponibles pour les personnes du groupe clinique.

Diagnostic du Trouble obsessionnel-compulsif

Le Module d'entrevue clinique pour l'évaluation des troubles anxieux du SCID-I/P (First et al., 1997) a été administré aux participants présentant un TOC afin d'évaluer la présence de ce trouble, et de déterminer son niveau de sévérité soit : un trouble léger (c.-à-d., peu ou aucun symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel), modéré (c.-à-d., les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle varient de degré « léger » à « sévère ») ou sévère (c.-à-d., il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel).

Symptomatologie obsessionnelle-compulsive

L'Inventaire de Padoue, une version française du *Padua Inventory* (Sanavio, 1988) a été utilisée ici afin de déterminer certaines catégories de symptômes obsessionnels-compulsifs (c.-à-d., contrôle affaibli sur les activités mentales, comportements de vérification, peur de la contamination, d'inquiétude sur le contrôle des activités motrices). L'outil permet de mesurer les obsessions et compulsions ouvertes et mentales et il est composé de 60 items. L'instrument original présente de bonnes qualités psychométriques (Sanavio, 1988). Une version française a été proposée par Freeston et son équipe (Freeston, Ladouceur, Letarte, Thibodeau & Gagnon, 1991) et cette version montrerait des propriétés équivalentes à la version originale. Une étude de Kaiser, Bouvard et Millierey (2010) a également apporté une validation partielle de la version francophone de l'instrument. Nos analyses de fiabilité montrent que les sous-échelles de ce questionnaire démontrent des Alphas de Cronbach de .899 pour l'échelle de

contrôle affaibli sur les activités mentales, de .915 pour l'échelle de comportements de vérification, et de .944 pour l'échelle de peur de la contamination, ce qui suggère une bonne cohérence interne pour ces échelles. Un alpha de .698 est trouvé pour l'échelle d'inquiétude sur le contrôle des activités motrices, ce qui pourrait indiquer une sensibilité un peu moindre pour cette dimension.

Mesure de l'adaptation sociale

La version française (Waintraub, Guelfi, Lancrenon et Rouillon, 1995) du *Social Adjustment Scale - Self-Report* (Weissman et Bothwell, 1976), le *Questionnaire d'adaptation sociale* (QAS), a été administrée aux deux groupes de participants afin d'évaluer leur adaptation sociale globale ainsi que dans six domaines de vie spécifiques, soit (1) l'adaptation dans leur rôle occupationnel principal (c.-à-d., travail rémunéré, travail au foyer ou études), (2) dans leurs activités sociales et de loisir, (3) dans leurs relations avec la famille étendue, (4) dans leur rôle parental, (5) dans leur relation maritale et (6) dans leur unité familiale. Les questions pour chaque aire de fonctionnement couvrent des dimensions comportementales (c.-à-d., les performances (p.ex. temps perdu, diminution des contacts), les frictions avec les autres et différents aspects des relations interpersonnelles (p. ex., retrait, dépendance)), et émotionnelles (c.-à-d., les sentiments et les insatisfactions tels que la détresse, la culpabilité, le désintérêt, ou l'inconfort social). Les réponses sont compilées sur une échelle en cinq points, avec des scores élevés indiquant un niveau plus important d'altération, et des scores plus faibles représentant dès lors une meilleure adaptation. Plusieurs recherches de validation supportent la fiabilité et la validité de l'instrument original (voir Weissman, 1999). Les mesures de consistance interne sont sous-estimées pour l'outil puisque les participants ne répondent aux questions que si elles sont applicables, mais restent bonnes (0,71 à 0,74) (voir Weissman, 1999). Les coefficients test-retest sont acceptables, pour un intervalle de deux semaines, et sont de 0,72 du temps 1 au temps 2 et de 0,82 du temps 2 à 3. La sensibilité aux effets du traitement est également adéquate

(Weissman, 1999). La validité factorielle est difficile à établir puisque chaque sphère sociale est évaluée en fonction des performances, des frictions interpersonnelles et des émotions, et ce sont ces dimensions qui tendent à ressortir (Weissman, 1999). La version française a également été démontrée comme étant valide et fiable (Waintraud et al., 1995).

Procédures

La recherche a été approuvée par le comité d'éthique des différentes institutions où a eu lieu le recrutement. Les participants présentant un TOC ont été évalués à l'aide d'entrevues déterminant la présence et la sévérité de ce trouble. Les entrevues ont été réalisées par une équipe d'étudiants de troisième cycle en psychologie et ayant reçu une formation avancée pour l'évaluation des troubles anxieux, de même que pour l'administration du SCID-IP. Tous les participants ont également été invités à remplir les questionnaires de la recherche. L'ordre de passation des questionnaires a été alterné afin de limiter les biais de réponse possibles. En raison de contraintes administratives, les participants du groupe de comparaison n'ont rempli que les questionnaires papier-crayon et une version très simplifiée du questionnaire sociodémographique.

Résultats

Données sociodémographiques et cliniques des groupes

Pour le groupe composé de personnes diagnostiquées avec un TOC, les résultats obtenus à l'aide du SCID-IP montrent que les participants souffrent d'un trouble de sévérité légère (17,7%), modérée (45,2%) ou sévère (37,1%). Les analyses montrent également que 38,3% des personnes de ce groupe ont également souffert d'un autre trouble anxieux secondaire dans le dernier mois. Nos analyses montrent que la présence d'un autre trouble anxieux n'est pas associée à l'adaptation

sociale et n'a donc pas été considérée comme une variable confondante pour cette étude. L'âge moyen des participants TOC est de 39,77 ans (ÉT 12,48). La majorité des sujets sont des femmes (72%). Les données sociodémographiques pour le statut marital, le niveau de scolarité complété, le statut occupationnel, la source des revenus et les revenus sont présentées au tableau 1. Pour ces données, le total des pourcentages peut parfois dépasser 100% lorsqu'une personne a, par exemple, plus d'une occupation ou plus d'une source de revenus.

Pour le groupe de comparaison, la répartition selon le sexe est équivalente à celle du groupe clinique avec une majorité de femmes (76%). Ces participants sont âgés de 18 à 59 ans et leur âge moyen est de 25,1 ans ($SD = 7.8$) ce qui est inférieur à celui des participants ayant un TOC, $t(298) = 12,49$, $p < 0,05$. Les analyses univariées montrent toutefois que le sexe et l'âge ne sont pas ici liés à l'adaptation sociale globale (les deux $p > 0,05$, *ns*). Ces variables n'ont donc pas été considérées comme des variables confondantes.

Insérer le tableau 1 ici

Différences intergroupes pour l'adaptation sociale

Les variables dépendantes ont d'abord été soumises à différentes analyses afin de vérifier la correspondance entre leurs distributions et les postulats des analyses réalisées. L'évaluation du postulat de normalité univariée des distributions est satisfaisante.

L'analyse des scores-z pour chaque variable a permis de déceler quatre données aberrantes pour le groupe TOC et deux pour le groupe CTRL; ces six données ont

été filtrées pour les analyses, faisant ainsi passer l'échantillon total de 363 (128 TOC et 235 CTRL) à 357 (124 TOC et 233 CTRL).

Compte-tenu des possibles problèmes de multicollinéarité entre les variables (en outre pour les scores globaux et les sous-échelles) et du nombre variable d'items répondus sur chaque variable (pour les échelles du *Questionnaire d'adaptation sociale* (QAS), les participants répondent aux questions seulement si cela est applicable à leur situation), l'utilisation d'analyses de comparaison de moyennes a été utilisée afin de vérifier les différences entre les deux groupes. Une série de tests-t pour échantillons indépendants a donc été réalisée pour les échelles d'adaptation sociale, avec le groupe d'appartenance (TOC et CTRL) comme variable de regroupement.

Des analyses post hoc ont été produites à l'aide du programme GPower (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) afin de vérifier si les résultats non significatifs pourraient être reliés à un manque de puissance statistique. Les analyses effectuées pour des tests de comparaisons de moyennes, *two-tailed*, avec $\alpha = 0,05$, indiquent que pour les tailles échantillonales ici observées, les chances de détecter des effets présents modérés ou larges sont adéquates, mais insuffisantes pour les effets de petite taille. Les chances de détecter un tel effet vont de 12 à 45% selon les degrés de liberté qui varient de 55 à 333. Les résultats non significatifs doivent être interprétés avec prudence puisque des effets de petite taille pourraient ne pas avoir été détectés.

Dans un premier temps, les résultats indiquent que, sur l'échelle totale du QAS, où les scores de petite taille sont désirables et indiquent une meilleure adaptation, les participants du groupe TOC montrent significativement moins d'adaptation sociale que ne le démontrent les contrôles, $t(332) = 9,10$, $p < 0,001$, $d = 1,00$. La taille d'effet d est considérée large.

Les mêmes analyses ont été exécutées pour les sous-échelles du QAS, c'est-à-dire pour l'adaptation dans le travail rémunéré, au foyer, dans les études, dans le rôle principal (c.-à-d., travail, foyer ou études), dans les activités sociales et de loisir, dans les relations avec la famille étendue, dans le rôle parental, dans la relation primaire et dans l'unité familiale. Pour ces sous-échelles, des scores plus élevés indiquent que les participants expérimentent des difficultés plus importantes dans leur performance sociale. Les résultats des tests-t pour égalité des moyennes montrent que les deux groupes diffèrent significativement dans toutes les aires de performance sociale (tous les $p < 0,05$), à l'exception de l'ajustement dans les relations avec la famille étendue ($p = 0,102$, *ns*). En effet, les participants du groupe TOC montrent moins d'adaptation que les contrôles dans leur travail rémunéré, $t(241) = 4,91$, $p < 0,001$, $d = 0,63$, au foyer, $t(146) = 2,45$, $p < 0,05$, $d = 0,41$, dans leurs études, $t(234) = 1,98$, $p < 0,05$, $d = 0,26$, dans leur rôle principal, $t(300) = 5,08$, $p < 0,001$, $d = 0,59$, au niveau de leurs activités sociales et de loisir, $t(333) = 5,78$, $p < 0,001$, $d = 0,63$, de leur rôle parental, $t(55) = 2,61$, $p < 0,05$, $d = 0,70$, de leur relation primaire, $t(142) = 6,84$, $p < 0,001$, $d = 1,15$, de même que dans leur unité familiale, $t(333) = 2,35$, $p < 0,05$, $d = 0,26$. Les deux groupes ne diffèrent cependant pas au niveau de leurs relations avec la famille étendue, $t(330) = 1,64$, $p = 0,102$, *ns*, $d = 0,18$. Ce dernier résultat non-significatif pourrait toutefois être attribuable à un manque de puissance statistique pour détecter des effets de petite taille (ici, selon les paramètres de l'analyse, les chances de détecter un effet de petite taille sont de 38%).

L'exploration des tailles d'effet d présentées précédemment montre que, de façon générale, les effets du groupe sur l'adaptation dans les différents domaines de la vie vont de taille moyenne (travail rémunéré, rôle principal, activités sociales/loisirs, rôle parental) à grande taille (relation primaire). Des effets de petite taille, mais significatifs, sont également observés pour l'unité familiale, les études et au foyer.

Différences dans l'adaptation sociale en fonction de la symptomatologie

À titre plus exploratoire puisque les tailles échantillonnelles des sous-catégories sont modestes, une série d'analyses de variances (ANOVA) suivie de tests post hoc ont été réalisés pour l'adaptation sociale globale, avec d'abord la sévérité du TOC tel que déterminée par le *SCID* (c.-à-d., légère ($n = 22$, 17,7%), modérée ($n = 56$, 45,2%) ou sévère ($n = 46$, 37,1%)) puis le type principal d'obsessions/compulsions (c.-à-d., contrôle affaibli sur les activités mentales, comportements de vérification, peur de la contamination, d'inquiétude sur le contrôle des activités motrices, ou mixte) comme variable de regroupement. Les types d'obsessions/compulsions principaux ont été définis à partir de l'*Inventaire de Padoue*. Il a été déterminé qu'un score pondéré à une sous-échelle contribuant pour 50% ou plus du score total serait considéré comme représentant une tendance principale pour le trouble, et que, si ce seuil n'était pas atteint, les sujets seraient classés comme ayant un TOC « mixte ». Après classification, l'exploration des données montre que pour un échantillon de 109 sujets, la répartition suivante a été faite : 8,3% ($n = 9$) ont un contrôle affaibli sur les activités mentales, 10,1% ($n = 11$) ont des comportements de vérification, 8,3% ($n = 9$) ont une peur de la contamination, aucun sujet ($n = 0$) ne démontre d'inquiétude sur le contrôle de ses activités motrices, et 73,4% ($n = 80$) sont classés comme ayant un TOC « mixte ». Les postulats pour des ANOVAs sont remplis.

Les résultats montrent qu'aucun effet principal du groupe n'est trouvé, et ce, tant pour la sévérité du TOC avec $F(2, 101) = 0,895$, $p = 0,412$, *ns*, que pour le type d'obsessions/compulsions principal, $F(3, 95) = 0,442$, $p = 0,724$, *ns*. Cela est aussi vrai pour toutes les sous-échelles spécifiques d'adaptation sociale (tous les $p > 0,05$, *ns*). Les moyennes et écarts-types pour l'adaptation sociale globale et pour chacun des groupes sont présentées au Tableau 3.

Ces résultats non significatifs sont possiblement consécutifs à un manque de puissance statistique dû aux tailles échantillonnelles modestes. Si les chances de

détecter des effets larges sont adéquates, il est possible que des effets moyens et petits n'aient pas été détectés s'ils sont effectivement présents.

Insérer le tableau 2 ici

Discussion

La présente étude avait comme premier objectif de comparer l'adaptation sociale d'un groupe de personnes ayant un TOC avec celle d'un groupe contrôle. Les résultats ont montré que les participants du groupe TOC se montrent significativement moins adaptés socialement que ne le sont les sujets contrôle. Les deux groupes diffèrent aussi significativement dans toutes les aires de leur performance en situation sociale, soit dans leur travail rémunéré, dans leurs études, au foyer, dans leur rôle principal (travail, foyer ou études), dans leurs activités sociales et de loisir, dans leur rôle parental, dans leur relation primaire et dans leur unité familiale, exception faite pour leurs relations avec la famille étendue. Il est possible que cette absence de différence pour ce qui touche l'adaptation avec la famille élargie soit due à un manque de puissance statistique pour détecter des effets de petite taille. Il est en effet bien supporté que les relations familiales soient particulièrement affectées chez les gens souffrant d'un TOC (p. ex., Rosa et al., 2012; Steketee, 1997). Il est possible que les participants du groupe de comparaison à l'étude présentent également des difficultés importantes avec la famille étendue. Les difficultés observées pour le groupe clinique semblent particulièrement importantes au niveau de relations primaires, mais aussi pour le travail rémunéré, pour le rôle principal, pour le rôle parental, et dans la sphère sociale et de loisir.

Ces résultats apportent un support aux écrits scientifiques actuels décrivant des altérations fonctionnelles importantes pour ce groupe clinique de patients avec un

TOC (p. ex., Didie et al., 2007; Khanna et al., 1998; Rosa et al., 2012). Néanmoins, les difficultés importantes observées par d'autres chercheurs (p. ex., Steketee, 1997) au niveau de leur fonctionnement familial n'ont été ici que partiellement confirmés; en effet il a pu être vu que, bien que les personnes du groupe TOC présentent des difficultés plus importantes que les sujets contrôle au niveau de leurs relations sociales (c.-à-d., au niveau social, parental, avec le partenaire amoureux et dans l'unité familiale), elles ne se distinguent pas ici des sujets contrôle dans leur rôle avec la famille élargie. Il est possible que cette sphère moins intime et proximale puisse être moins directement affectée par les problèmes suscités par les obsessions et les compulsions chez ces personnes.

À partir des présents résultats nous pouvons donc voir que le TOC s'accompagne d'altérations importantes et délétères au niveau du fonctionnement social. Il est possible que la présence de ces difficultés d'adaptation sociale puissent vulnérabiliser les personnes ayant un TOC et qu'elles puissent jouer un rôle dans le développement et/ou le maintien de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive. Comme il s'agit d'une étude corrélacionnelle, il serait tout aussi possible cependant que la symptomatologie puisse avoir un impact sur l'adaptation. Il serait aussi possible qu'il y ait interfécondation entre ces deux problématiques où une difficulté alimente l'autre, avec la possible présence d'un cercle vicieux.

Certaines recherches qui se sont penché sur le lien entre les difficultés d'adaptation sociale et le TOC ont fait ressortir le fait que la relation entre ces deux problématiques pourrait être complexe et que d'autres variables puissent influencer la force et la direction de cette relation. Ainsi, alors que différentes recherches ont lié la sévérité du TOC à leurs difficultés de fonctionnement social (p. ex., Rosa et al., 2012; Khanna et al., 1988), d'autres ont montré que leurs difficultés d'adaptation ou de fonctionnement ne sont pas systématiquement associés à leurs symptômes (p. ex., Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik,

Tarlow et Rosen, 1999; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paíno-Piñeiro, Villazón-García et Muñiz, 2010; Hollander, Kwon, Stein et Broatch, 1996; Koran et al., 1996; Norberg, Calamari, Cohen et Riemann, 2008). Bien que les résultats doivent être ici interprétés avec prudence en raison d'un manque de puissance statistique, la présente étude tend à confirmer que ni la sévérité du trouble ni le type principal d'obsessions/compulsions n'impactent de façon significative sur l'adaptation sociale globale et dans les différentes aires spécifiques de fonctionnement de la personne. Il est possible ces deux dimensions puissent être partiellement indépendantes, avec des individus symptomatiques pouvant être adaptés socialement et d'autres présentant une adaptation sociale faible malgré des symptômes de faible intensité. Il serait dès lors important de développer une compréhension plus fine des phénomènes d'interfécondation entre ces deux phénomènes. Ceci pourrait se faire en clarifiant les interactions entre les symptômes, les déficits sociaux observés et différentes variables intermédiaires. Une telle approche pourrait aider à mieux comprendre le TOC, et pourrait être utile dans le développement des programmes de traitement et de prévention qui tiennent compte des déficits au niveau des relations sociales chez les personnes atteintes de ce trouble.

La présente recherche présente différentes limites. Une première limite s'inscrit au niveau des instruments de mesure; en effet, malgré d'excellentes qualités psychométriques, la codification des échelles du QAS, ne permet pas de considérer les personnes sans occupation principale (c.-à-d., les personnes sans emploi, qui ne sont pas aux études mais qui ne se considèrent pas comme étant au foyer). De ce fait, les personnes qui n'ont pas d'occupation principale à cause d'un dysfonctionnement trop important présentent un score qui les fait paraître plus adaptées qu'elles ne le sont en réalité, ce qui pourrait impacter sur les résultats.

Une seconde limitation plus générale touche les échantillonnages et leur évaluation. De façon plus particulière, une limite est liée au fait que seules les variables sociodémographiques d'âge et de sexe sont disponibles pour le groupe contrôle, ce qui ne permet qu'une comparaison partielle avec le groupe clinique. Ensuite, en raison des contraintes associées à l'évaluation du groupe contrôle qui impliquait une administration des tests papier-crayon faite en classe, aucune évaluation standardisée à l'aide du *SCID-I/P* n'a été réalisée pour ces participants et aucune exclusion sur la base de leurs symptômes potentiels n'a été opérée. Il ne peut pas être exclu que les participants de l'échantillon contrôle puissent présenter des problèmes psychologiques, ce qui pourrait impacter sur leur fonctionnement au niveau de l'adaptation sociale et donc, sur les résultats obtenus pour ce groupe. Néanmoins, leur niveau d'adaptation semble comparable à celui d'échantillons contrôle féminin provenant de la population générale (Weissman, Prusoff, Thompson, Harding and Myers, 1978) ou de différentes communautés universitaires (Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1988).

Finalement, en raison de contraintes méthodologiques, plusieurs troubles psychologiques secondaires potentiels n'ont pas été mesurés pour le groupe clinique, et seule la présence d'autres troubles anxieux a été évaluée. Nos analyses exploratoires ont toutefois montré que la présence de ces troubles anxieux comorbides n'est pas associée à l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC. Il serait néanmoins souhaitable que, dans des recherches futures, d'autres comorbidités soient tenues en compte, notamment la présence de la dépression qui a été associée à des difficultés d'adaptation importantes (p. ex., Masellis, Rector et Richter, 2003). Les présents résultats devraient donc être élargis en considérant l'impact de différentes variables intermédiaires sur l'adaptation. Une telle stratégie inclusive pourrait permettre de mieux évaluer les difficultés fonctionnelles et relationnelles présentes chez ces personnes.

Malgré certaines limitations méthodologiques, cette étude permet de confirmer l'importance des altérations fonctionnelles présentes chez les personnes souffrant d'un TOC, de même que de soutenir la généralisation de ces difficultés à l'ensemble des aires de fonctionnement dans le registre des stratégies d'adaptation au niveau social. L'étude précise en effet l'ampleur des difficultés d'adaptation sociale globale et dans différents domaines de vie chez les personnes ayant un TOC, et permet de corriger certaines lacunes méthodologiques d'études précédentes, en outre quant aux tailles des échantillons à l'étude. Elle a également montré que ni la sévérité du TOC ni le type de symptomatologie obsessionnelle-compulsive n'influence l'adaptation. L'importance et la généralisation des difficultés sociales mises en lumière dans cette étude, de même que leur indépendance face à la symptomatologie, fait ressortir le besoin de poursuivre les efforts de recherche quant aux variables impliquées dans l'adaptation sociale des personnes souffrant d'un TOC.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- Beach, S. R., Sandeen, E., et O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*: Guilford Press.
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maidment, K., et Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. doi: 10.1002/da.1069
- Bystritsky, A., Saxena, S., Maidment, K., Vapnik, T., Tarlow, G., et Rosen, R. (1999). Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*, 50(3), 412-414. doi : [10.1176/ps.50.3.412](https://doi.org/10.1176/ps.50.3.412)
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., et Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services*, 49(3), 379-381. doi : [10.1176/ps.49.3.379](https://doi.org/10.1176/ps.49.3.379)
- Calvocoressi, L., McDougle, C. I., Wasylink, S., Goodman, W. K., Trufan, S. J., T., et Price, L. H. (1993). Inpatient treatment of patients with severe obsessive-compulsive disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(12), 1150-1154. doi : [10.1176/ps.44.12.1150](https://doi.org/10.1176/ps.44.12.1150)
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., et Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(4), 172-177. doi: 10.1007/bf00797319
- Chambless, D. L., Gillis, M. M., Tran, G. Q., et Steketee, G. S. (1996). Parental bonding reports of clients with obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(2), 77-85. Récupéré de Academic Search Complete, Ipswich, MA.
- Chaudhury, P. K., Deka, K., et Chetia, D. (2006). Disability associated with mental disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(2), 95. doi : [10.4103/0019-5545.31597](https://doi.org/10.4103/0019-5545.31597)

- Didie, E. R., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Walters, M. M., Menard, W., et Eisen, J. L. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 19*(3), 181-186. doi: 10.1080/10401230701468685
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. [journal article]. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*(1), 1-11. doi: 10.3758/bf03203630
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. 722 West 168th Street, New York, NY 10032: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno-Piñeiro, M., Villazón-García, U., et Muñiz, J. (2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 71-77. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.02.003
- Freund, B., et Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of Sex & Marital Therapy, 15*(1), 31-41. doi: 10.1080/00926238908412845
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C. L., Heninger, G. R., et Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1006-1011. doi : 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., et O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 858-865. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Henderson, J. G., et Pollard, C. A. (1988). Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 747-752. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<747::aid-jclp2270440513>3.0.co;2-2
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., et Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*(Suppl 8), 3-6.

- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., et Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 113-121. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.00
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., et Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1094-1099. doi : 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Khanna, S., Rajendra, P. N., et Channabasavanna, S. M. (1988). Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 34*(2), 118-122. doi: 10.1177/002076408803400205
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., et Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 153*(6), 783-788. Récupéré de <http://search.proquest.com/docview/220462343?accountid=14719>
- Ledley, D. R., et Pasupuleti, R. V. (2007). School issues in children with obsessive-compulsive disorder. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leon, A. C., Portera, L., et Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry, 166*(Suppl 27), 19-22.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., et Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology, 36*(5), 255-262. doi: 10.1159/000073451
- Masellis, M., Rector, N. A., et Richter, M. A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 48*(2), 72-77.
- Mendlowicz, M. V., et Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 157*(5), 669-682. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., et Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety, 25*(3), 248-259. doi: 10.1002/da.20298

- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., et Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254-260. doi : [10.1016/j.comppsy.2004.10.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.10.004)
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L.K., Karno, M., et Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(1), 35-47. doi : doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G., et Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 1-12. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-i
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., da Conceição Rosário, M., Miguel, E. C., et Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1286-1292. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.019
- Staebler, C. R., Pollard, C. A., et Merkel, W. T. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: A comparison with two other psychiatric samples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 19(2), 147-153. doi: 10.1080/00926239308404898
- Stein, D. J., Bruun, R. D., Josephson, S. C., et Hollander, E. (1991). Obsessional severity in Tourette's syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52(9), 388.
- Steketee, G. (1988). Intra- and Interpersonal Characteristics Predictive of Long-Term Outcome Following Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias 2* (pp. 221-232): Springer Berlin Heidelberg.
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, 21(2), 81-95. doi: 10.1017/s014134730001805x

- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 42(9), 919-928. Recupéré de <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/PDF/1997/Nov/STEKETE.PDF>
- Steketee, G., Grayson, J. B., et Foa, E. B. (1987). A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(4), 325-335. doi: 10.1016/0887-6185(87)90012-0
- Waintraub, L., Guelfi, J. D., Lancrenon, S., et Rouillon, F. (1995). Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Annales Médico-Psychologiques*, 153(4), 274-278.
- Weissman, M. M. (1999). *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR): User's Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Weissman, M. M., et Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111-1115. doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social Adjustment by Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5), 317-326.

Notes des auteurs

Auteur pour la correspondance : Claude Bélanger, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8.

Courriel : belanger.claude@uqam.ca

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier de Genizon Biosciences qui a accordé une subvention de recherche au second auteur de cette publication. Différents organismes ont également contribué au soutien financier au moyen de bourses d'études au premier auteur : bourse de maîtrise du Fond de recherche en santé du Québec (FRSQ), et bourse doctorale du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Tableau 1

Données sociodémographiques des participants des groupes TOC et CTRL

	TOC (n = 128)	CTRL (n = 235)
<u>Âge moyen (ET)</u>	39,77 (12,48)	25,10 (7,8)
<u>Genre</u>		
Femmes	72%	76%
Hommes	28%	24%
<u>Statut marital</u>		
Union de fait ou mariés	52%	
Séparés ou divorcés	11%	
Célibataires	36%	
Veufs	1%	
<u>Scolarité</u>		
Primaire	4%	
Secondaire	29%	
Collégial	30,5%	
Premier cycle universitaire	30,5%	
Deuxième/troisième cycle universitaire	6%	
<u>Statut occupationnel</u>		
Emploi rémunéré à temps plein	45%	
Emploi à temps partiel	23%	
Aucun emploi rémunéré	32%	
Étudiants à temps plein ou à temps partiel.	14%	
<u>Sources de revenus</u>		
Revenus de travail	58%	
Prestation d'assurance emploi	7%	
Prestation d'invalidité ou d'accident de travail	15%	
Prestation d'assurance sociale	15%	
Pension alimentaire	5%	
Aide aux études ou des proches	25%	
<u>Revenus personnels (en dollars Canadiens)</u>		
Moins de 9999\$	28%	
10000 à 19999\$	15%	
20000 à 29999\$	17%	
30000 à 39999\$	20%	
40000\$ et plus.	20%	
<u>Revenus des ménages</u>		
Supérieurs à 40000\$	58%	

Notes. TOC = trouble obsessionnel-compulsif; CTRL = contrôle.

Tableau 2
Moyennes et écarts-types pour l'adaptation sociale en fonction de la sévérité du TOC et du type principal d'obsessions-compulsions

Groupes	Adaptation sociale globale ^a	
	M	ET
Trouble léger	1.99 ^a	0.29
Trouble modéré	2.13 ^a	0.53
Trouble sévère	2.19 ^a	0.50
Contrôle affaibli sur les activités mentales	1.98 ^a	0.29
Comportements de vérification	2.09 ^a	0.49
Peur de la contamination	2.24 ^a	0.59
Inquiétude sur le contrôle des activités motrices	-	-
Mixte	2.14 ^a	0.49

Notes. Moyennes et écarts-types sur variables non-transformées. TOC = trouble obsessionnel-compulsif. ^a Des scores plus faibles représentent une meilleure adaptation sociale.

CHAPITRE III

CONTRÔLE PERSONNEL, RÉOLUTION DE PROBLÈMES SOCIAUX ET ADAPTATION SOCIALE DANS LE TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF

Article accepté pour publication au *Journal of Psychological Abnormalities*, avril
2017.

**Running head : PERSONAL CONTROL, PROBLEM-SOLVING, AND
ADJUSTMENT IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

**Personal control, social problem-solving, and social adjustment in obsessive-
compulsive disorder**

**Mélanie Aubut*
Claude Bélanger****

***M.Ps., Psychology PhD candidate, University of Quebec in Montreal**

****Ph.D., Department of psychology, University of Quebec in Montreal and
psychiatry department, McGill University**

Résumé

Différentes recherches sur l'adaptation sociale des personnes souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) confirment l'importance de ce type de difficultés et leur généralisation à l'ensemble des aires de fonctionnement de la personne atteinte. L'examen des facteurs qui pourraient potentiellement influencer l'adaptation sociale de ce groupe a mis en lumière deux variables qui ont été identifiées comme pouvant influencer les capacités d'adaptation pour différents groupes cliniques, soient le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux. Ces variables ont néanmoins été peu étudiées chez les personnes souffrant d'un TOC. Cette recherche a permis de vérifier les relations entre ces variables pour un groupe de personnes souffrant d'un TOC (n=128) et un groupe contrôle (n=235). Les résultats montrent que, en comparaison avec un groupe contrôle, les personnes souffrant d'un TOC font preuve d'un contrôle qui est surtout externe. Ils démontrent aussi des difficultés plus importantes dans l'ensemble des dimensions de la résolution de problèmes sociaux. L'orientation négative face aux problèmes a aussi été identifiée comme un médiateur de la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation. L'ensemble de ces résultats supporte l'importance de la résolution de problèmes sociaux dans la compréhension des altérations fonctionnelles chez les personnes souffrant d'un TOC.

Mots-clés: Contrôle personnel; résolution de problèmes sociaux; adaptation sociale; trouble obsessionnel-compulsif.

Abstract

Different studies conducted among obsessive-compulsive disorder (OCD) patients explain the relevance of investigating social adjustment impairments due to its pervasiveness in a patient's occupational, recreational and/or interpersonal functioning. Upon careful examination of the social adjustment contributing factors, both personal control and social problem-solving were identified as variables that influence the adjustment capacities in different clinical groups. Nevertheless, few studies have examined these variables among OCD patients. This study aimed to examine the relationship between the aforementioned factors in an OCD sample group (n=128) and a control group (n=235). The results showed that OCD patients exhibited more of an external locus of control than did the control group. OCD patients also demonstrated a significant impairment in overall social problem-solving skills compared to their control counterparts. Moreover, a negative problem orientation itself has been found to mediate the relationship between the locus of control and social adjustment. Overall, these results convey the importance of social problem-solving in understanding altered social functioning among OCD patients.

Keywords: Personal control; social problem-solving; social adjustment; obsessive-compulsive disorder.

Personal control, social problem-solving, and social adjustment in obsessive-compulsive disorder

The clinical picture of people with obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by recurrent obsessions and/or compulsions (American Psychiatric Association [APA], 2013) and functional alterations that are observable in all areas of life (*e.g.*, Rosa et al., 2012). Epidemiological data from several Canadian and American studies further support the association between social adjustment difficulties and obsessive-compulsive symptoms (*e.g.*, Karno, Golding, Sorenson & Burnam, 1988; Leon, Portera & Weissman, 1995; Regier et al., 1993; Stein, Bruun, Josephson & Hollander, 1991). Indeed, people with OCD present a more altered but otherwise similar level of functioning than do patients with other psychopathologies (*e.g.*, Bystritsky et al., 2001; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDougle & Price, 1998; Didie et al., 2007; Grenier, Prévile, Boyer & O'Connor, 2009; Lochner, Mogotsi, du Toit, Kaminer, Niehaus & Stein, 2003). Our ongoing research on these individuals' social adjustment, *i.e.*, their ability to adapt to their social roles and to obtain satisfaction from them (Weissman, 1999), has also confirmed the importance of observed adjustment difficulties and their generalization to all areas of functioning.

Factors that explain these social adjustment difficulties observed in individuals with OCD have yet to be specified. However, efforts to improve our understanding of these difficulties have identified two variables associated with individuals' social adjustment abilities and the presence of clinical disorders such as OCD: personal control (PC) and social problem-solving (SPS).

Personal control

Locus of control (LC; Rotter, 1966) or personal control (PC; Berrenberg, 1987) refers to the "location" of control and is defined by two underlying dimensions:

the internal (ILC) and the external (ELC) locus of control (1966). People with a predominant internal locus of control tend to believe they can influence the course of events in which they are involved, whereas those with an external locus of control instead believe that events are influenced by external factors and that they have little or no influence on these events (1966).

Some authors consider it a problem to only focus on the location of control since it is not sufficient to believe that actions are responsible for results; it is also essential to consider an individual's perceptions about his or her ability to control his or her actions (Bandura, 1977). Thus, Bandura juxtaposed the concept of locus of control with efficacy, that is, one's belief in one's ability to effectively perform a certain behavior in pursuit of a desired goal. Researchers in the field of locus of control also mention the concepts of sense of control and desire for control. Whereas sense of control refers to an individual's belief in his or her power to perform an action and produce a result, desire for control consists of the individual's motivation to have control (Skinner, 1996). Njus and Brockway (1999) argue that the perception of social skills explains much more variance in adjustment than what is explained by locus of control. Orientations towards problems and SPS styles could, by their resemblance to the notions of efficacy and competence, play a role in the relationship between locus of control and social adjustment.

The notion of locus of control can explain the intra- and inter-group differences in the ability to adapt to different contexts. It is generally supported that a low locus of control is more prevalent in different clinical groups (*e.g.*, Holder & Levi, 1988; Kennedy, Lynch & Schwab, 1998; Layton, 1985) and is generally associated with lower emotional or social adjustment (for a review, see Shapiro, Schwart & Astin, 1996). An internal locus of control is negatively associated with psychological distress (*e.g.*, Leung, 2001) and appears beneficial to psychological adjustment (*e.g.*, Caldwell, Pearson & Chin, 1987). It is also proposed that

extreme and biased belief in PC, both external and internal, is associated with adjustment problems because extreme beliefs are usually unrealistic (Berrenberg, 2007; Wortman, 1976). Furthermore, an external locus of control is positively associated with social and emotional adjustment (Estrada, Dupoux & Wolman, 2006). This challenges the widespread notion that it is always beneficial to maintain an internal locus of control and that maintaining an external locus of control denotes maladjustment.

Although the role of PC has been widely studied in other disorders, to our knowledge, few studies have examined its role in relation to OCD. However, the notion of control is important for those people. Indeed, the fear of losing control of their thoughts and/or actions is often present, and the need to control them through compulsions is important (for a review, see Clark, 2004). The few articles that have been reviewed, however, show that some trends tend to emerge in people with OCD. A more important external locus of control was found in such individuals when compared to controls (*e.g.*, Gillian, Morein-Zamir, Durieux, Fineberg, Sahakian & Robbins, 2014; Moulding, Doron, Kyrios & Nedeljkovic, 2008) but was found to be equivalent to other clinical groups (*e.g.*, Kennedy et al., 1998).

A few studies have suggested that in people with OCD, PC could have an impact on OCD symptoms via its interaction with other variables. It was first argued that a more severe obsessive-compulsive symptomatology is associated with a low sense of control towards adverse life events (McLaren & Crowe, 2003). Individuals with a strong desire for control, combined with a lower assessment of their level of control, also tend to experience more severe obsessive-compulsive symptoms (Moulding & Kyrios, 2007). Altin and Karanci (2008) also suggest that there is an interaction between the effect of responsibility attitudes and locus of control on symptomatology, with an exaggerated sense of responsibility and an external locus of control producing the strongest symptoms (2008).

The examination of these results suggests that some factors associated with PC may affect the understanding of OCD and associated social adjustment difficulties. Although PC appears to be an important construct in the understanding of a person's interactions with the world, other variables may also account for adjustment, such as SPS. Thus, one might think that the association between PC and social adjustment is influenced by variables that address the ability to "act".

Social problem-solving

Social problem-solving (SPS) is the process by which a person attempts to identify efficient and adaptive solutions to everyday problems (D'Zurilla, Nezu & Maydeu Olivares, 2002).

D'Zurilla and his colleagues (2002) identify two adaptive dimensions of SPS (*i.e.*, positive orientation and rational problem-solving) and three dysfunctional dimensions (*i.e.*, negative orientation, impulsive/careless style and avoidant style) towards problems. Positive problem orientation was described as a SPS constructive cognitive pattern that involves different general dispositions: 1) viewing problems as challenges rather than threats, 2) believing that problems are solvable, 3) believing in one's ability to solve problems successfully, 4) believing that successful problem-solving requires time, effort and persistence and 5) committing to solving problems promptly rather than avoiding them. In contrast, negative problem orientation is a dysfunctional cognitive and affective pattern that involves general trends such as the disposition to consider a problem as a significant threat to one's well-being, doubting one's ability to solve problems successfully, and becoming frustrated when confronted with a problem (D'Zurilla et al., 2002).

Rational problem-solving is defined by the rational, deliberate, systematic and clever application of effective and adaptive principles and techniques (D’Zurilla et al., 2002). This problem-solving style is divided into four subscales: 1) problem definition and formulation, 2) decision making, 3) generation of alternative solutions and 4) solution implementation and verification (2002). In contrast, the impulsive/careless style of problem-solving is characterized by active attempts to apply limited, careless, precipitated or incomplete strategies or techniques (2002). Finally, the avoidant style of problem-solving is characterized by procrastination, passivity or dependence, which leads people to avoid problems rather than confront them, delay the resolution as much as possible, wait for problems to resolve by themselves, and attempt to transfer the responsibility for the problem resolution to others (2002).

Researchers have consistently found a relationship between problem-solving deficits and psychological distress, especially for patients presenting depressive and anxious symptoms (for reviews, see Heppner, Witty & Dixon, 2004 & Nezu, 2004). Individuals with effective problem-solving strategies report less depression, anxiety, problems and distress when dealing with them (Nezu, 1985). Similarly, problem-solving is positively associated with psychological well-being (*e.g.*, Chang & D’Zurilla, 1996; Elliott, Herrick, Macnair & Harkins, 1994).

Studies that are interested in the specific influence of SPS on adjustment (for a review, see Nezu, 2004) suggest that negative problem orientation is associated with concern (*e.g.*, Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, 1995; Gosselin, Dugas & Ladouceur, 2002) and that SPS orientations and styles are correlated to anxiety and depression (*e.g.*, Kant et al., 1997). Furthermore, perfectionism and SPS are related to depression and suicidal ideation, where SPS protects the individual from the negative impact generally associated with perfectionism (Chang, 2002).

In the same vein, problem-solving was identified as a mediator in the relationship between everyday problems and anxiety (*e.g.*, Kant et al., 1997) and as a moderator of the adverse effects resulting from stressful life events on depression (*e.g.*, Nezu & Ronan, 1988) and anxiety (*e.g.*, Nezu, 1986; Nezu et al., 1986). For SPS, it was shown that negative and positive problem orientation as well as impulsive/careless and avoidant styles are all mediators or moderators depending on the gender of the participants and of the dimensions studied in the relationship between stress and internalized and externalized symptoms (Bell & D’Zurilla, 2009). Other researchers have argued that the constructive dimensions of SPS are positively related to psychological well-being, that the three dysfunctional scales of SPS are negatively related to psychological well-being, and that SPS acts as a partial mediator in the relationship between stress and well-being (Chang, D’Zurilla & Sanna, 2009).

These results support the relationship between SPS and psychological difficulties. In light of the preceding results, it is possible that the dimensions of SPS may also have an impact on obsessive-compulsive symptoms and adjustment in the affected people. However, few studies have explored these associations in individuals presenting with OCD. The results indicate that these individuals show significantly more negative patterns of SPS (*i.e.*, negative problem orientation, impulsivity/careless style and avoidance style) and fewer positive patterns (*i.e.*, positive problem orientation and rational problem solving) compared to controls (Abolghasemi & Narimani, 2008). Furthermore, negative problem orientation has also been associated with symptoms of generalized anxiety and OCD in a community-based sample of university students (Fergus & Wu, 2010). However, the manner in which these variables relate in individuals diagnosed with OCD or in those experiencing remission of this disorder has yet to be explained.

Personal control and social problem-solving

Personal control (PC), which is comparable to locus of control (LC) and social problem-solving (SPS), are two variables that, in light of the scientific literature, appear to affect an individual's coping skills. Moreover, studies support the presence of associations between the locus of control and problem-solving orientation (*e.g.*, Nezu, 1985) as well as the interactions between these concepts and several psychological or social adjustment variables (*e.g.*, Dijkstra, Beersma & Evers, 2011).

Indeed, an external locus of control is associated with perceived inefficiency of SPS (Nezu, 1985) and an internal locus of control with better problem-solving skills (Collins, Luszcz, Lawson & Keeves, 1997). Perceived control was positively associated with problem-oriented adaptation strategies (Reese, Kliwer & Suarez, 1997), and individuals considering their problem-solving skills to be effective tend to attribute the causes of their problems to internal and controllable factors (Baumgardner, Heppner & Arkin, 1986).

All of these results support the idea that PC affects one's problem-solving style and orientation, which in turn has a significant impact on an individual's adjustment abilities. It would therefore be interesting to see whether this pattern can be observed in people suffering from OCD.

Objectives and hypotheses

The aim of this study is to clarify the relationships between personal control (PC), the social problem-solving (SPS) style and orientation, and social adjustment in people suffering from OCD. This will allow the determination of the extent to which PC and SPS are associated with the development and maintenance of social adjustment difficulties in people with OCD.

Thus, the first objective of the study is to compare PC and dimensions of SPS between an OCD group and a control group. It is hypothesized that the OCD group will demonstrate more of an external locus of control and more negative patterns of SPS than the control group.

The second objective of the study is to analyze the relationships between PC and global social adjustment. For both groups, it is expected that an external locus of control will be associated with more important adjustment difficulties.

This study will also examine the links between SPS and social adjustment. It is hypothesized that more negative patterns of SPS will be associated with more severe adjustment difficulties.

The study will also facilitate the analysis of the relationships between PC and the SPS style and orientation. It is presumed that for both groups, an external locus of control will correlate with dysfunctional SPS styles and orientations.

Finally, the study will examine the mediational role of SPS in the relationship between PC and global adjustment; it is expected that the effect of the independent variable will be eliminated or significantly reduced after controlling for the mediator.

Method

Participants

First, a group of 128 participants (92 women, 36 men) who received a primary diagnosis of OCD and were between 18 and 65 years of age were recruited through wide publicity of the project in the local media. They were also recruited

from hospital mental health clinics, specialized or psychological clinics, various academic settings, and through several community organizations that assist people with OCD. The presence of a comorbid psychiatric disorder and psychotropic medication is not considered exclusion criteria for this study.

A control group of 235 people between 18 and 65 years old were recruited from classes at the University of Quebec in Montreal.

Instruments

Sociodemographic Measures

The *General Information Questionnaire* was developed by our team to collect sociodemographic information such as gender, age, occupation, income, education and marital status. Due to organizational constraints and restrictions associated with the recruitment site, only information about gender and age could be asked and was available for the control group.

Obsessive-Compulsive Disorder Diagnosis

The presence and severity (*i.e.*, mild, moderate and severe) of OCD was measured with the *Anxiety Disorders Module for clinical interviews of the SCID-I/P* (First et al., 1997). This interview also provided information on the presence of other anxiety disorders in the past month and psychotropic medications. This interview was not administered to the control group.

Social Adjustment Measure

Social adjustment was evaluated with the validated French version (Waintraud, Guelfi, Lancrenon & Rouillon, 1995) of the *Social Adjustment Scale - Self-Report*

(SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976). The reliability and validity for the instrument were supported in several scientific articles (see Weissman, 1999). The internal consistency measures, test-retest coefficients and sensitivity to treatment effects are all considered good (Weissman, 1999). In addition to assessing global social adjustment, the measure evaluates adjustment in six areas of life: 1) work (worker, homemaker or student), 2) social and leisure activities, 3) relationships with the extended family, 4) role as a marital partner, 5) parental role, and 6) role within the family unit. For this measure, low scores are considered desirable and represent better adjustment.

Social Problem-Solving Measure

The validated French version (Gosselin et al., 2002) of the *Social Problem-Solving Inventory-Revised* (SPSI-R; D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002) was used. The evaluation of the psychometric properties of the original instrument supports strong internal consistency, temporal stability as well as concurrent, predictive, convergent and discriminant validity (see D'Zurilla et al., 2002). This measure gives a total score and scores for five scales: 1) positive and 2) negative problem orientation, 3) rational problem-solving, 4) impulsive/careless style towards problems and 5) avoidant style towards problems. The rational problem-solving scale comprises four subscales: 1) problem definition and formulation, 2) decision making, 3) generation of alternative solutions and 4) solution implementation and verification. The scores are reversed for the negative problem orientation, avoidant style and impulsive/careless style scales, with lower scores representing greater difficulty for these dimensions.

Personal Control Measure

The French version of the *Belief in Personal Control Scale-Revised Short Form* (BPCS-RSF; Berrenberg, 1987) was also administered to both groups. The

original English scale showed good psychometric properties (1987). Our team translated English version into French and performed reliability analyses. The Cronbach's alphas are .848 for the general external control scale and .818 for the exaggerated internal control scale, which suggests good internal consistency for both scales. This measure evaluates three dimensions of PC, but only the first two dimensions were administered: general external control and exaggerated internal control. General external control measures the extent to which an individual believes life events result from internal or external factors (1987). Higher scores on this scale represent a more internal locus of control. Exaggerated internal control is a measure of extreme and unrealistic beliefs in one's PC and represents a dimension of control that is characterized by, at its upper limit, excessive optimism or extreme confidence into one's own power to control events (1987).

Procedure

The ethics committees of all the institutions in which the recruitment was held approved the research. The OCD group participants were interviewed with a structured diagnosis instrument, the *SCID-I/P* (First et al., 1997), to assess the presence and severity of OCD. The interviews were conducted by research assistants, all of whom were doctoral students in psychology who were trained in the assessment of anxiety disorders and who received advanced training in the administration of the *SCID-I/P*. All participants were also asked to complete the research questionnaires.

Results

Sociodemographic and clinical data

For the group of OCD-diagnosed participants, the exploration of the data shows that the symptoms are mild (17%), moderate (45%) or severe (38%). Additionally,

38.3% presented with a secondary anxiety disorder in the previous month. However, because no association was found between these secondary anxiety disorders and adaptation, it was not considered a confounding variable. The average age of the participants in the OCD group, which was mainly composed of women (72%), is 39.77 years ($SD = 12.48$); 52% are living in a common-law relationship or are married, 11% are separated or divorced, 36% are single and 1% are widowed. In addition, 4% have completed only primary education, 29% secondary education and 30.5% collegiate education, whereas 30.5% have an undergraduate degree and 6% have a graduate degree. For occupation, 45% report having a full-time job, 23% have a part-time job, 32% report having no job and 14% report being part-time or full-time students.

The control group was mainly composed of women (76%), which is similar to the OCD sample. The group participants are between 18 and 59 years old and are significantly younger ($M = 25.1$, $SD = 7.8$) than the current OCD group ($M = 39.77$, $SD = 12.48$, $t(298) = 12.49$, $p < .05$). Nevertheless, the univariate analyses show that neither gender nor age are significantly associated with global social adjustment (both $p > .05$, *ns*); accordingly, these sociodemographic variables were not considered potential confounding variables.

Intergroup differences in personal control and social problem-solving

The variables in the study were first analyzed to verify the correspondence between the variables' distribution and the assumptions of the completed analyses. The analysis of Z-scores for each variable revealed ten univariate outliers; these values were deleted, reducing the total sample from 363 (128 OCD and 235 CTRL) to 353 participants (122 OCD and 231 CTRL).

A multivariate analysis of variance (MANOVA) was performed with seven dependent variables: 1) general external control, 2) exaggerated internal control,

3) negative problem orientation, 4) positive problem orientation, 5) avoidant style, 6) impulsive/careless style and 7) problem definition and formulation. The independent variable is the group (OCD and CTRL). All the variables that were entered in the multivariate analysis were significantly correlated to at least one other variable at $r > .3$, with the coefficients ranging from $r = .06$ to $.55$. A multivariate outlier was identified in the control group and was deleted with $\chi^2(7) = 24.322, p < .001$. For the MANOVA analysis, the total sample was thus reduced to 278 participants (70 OCD and 208 CTRL) with the removal of outliers and missing values for the variables included. The evaluation of the assumptions for these analyses shows satisfactory results.

With the use of Wilks' Lambda criterion, a main effect of the group on the dependent variables is observed $F(7, 270) = 7.56, p < .001$. Subsequent between-subject tests indicate a significant effect of the group on all dependent variables (all $p < .01$), except for the impulsive/careless style and avoidant style variables (both $p > .05, ns$). Therefore, people in the OCD group present lower score for all variables, but the groups do not differ with regard to the impulsive/careless and avoidant styles. The results from the between-subject tests and descriptive data are presented in Tables 1 and 2.

Post hoc analyses were performed using GPower (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) to assess the possibility that the nonsignificant results may be due to a lack of statistical power. Calculations for ANOVA with $\alpha = .05, n = 278$ and two groups showed that the chances of detecting moderate and large effects were adequate (0.99) but at only 38% and were unsatisfactory for detecting small effect sizes. Consequently, caution should be used with nonsignificant results.

Insert Tables 1 and 2 here

T-tests were performed with the variables excluded from the MANOVA to avoid multicollinearity problems: 1) the SPS total score, 2) rational problem-solving, 3) decision making, 4) generation of alternative solutions and 5) solution implementation and verification. The independent variable is the group (OCD and CTRL). The results from the T-tests and descriptive data are presented in Table 3. First, the results show that the participants from the OCD group have significantly lower SPS total scores than participants in the control group, $t(301) = -5.64, p < .001, r = .31$. This is also the case for the SPS subscales; the participants from the OCD group have significantly lower scores than the controls for rational problem-solving, $t(144.30) = -3.30, p = .001, r = .26$, decision making, $t(150.41) = -3.74, p < .001, r = .29$, generation of alternative solutions, $t(146.36) = -3.30, p = .001, r = .26$, and solution implementation and verification, $t(155.38) = -2.54, p = .012, r = .20$.

Insert Table 3 here

Mediation analyses

Before carrying out the analyses, the included variables were analyzed to verify whether the assumptions for the mediation analyses were met, and they were.

For the OCD group, the analysis of the Z-scores for each variable allowed the detection of a univariate outlier that was deleted. No multivariate outlier was identified in the regression analyses performed with $\chi^2(2) = 13.82, p < .001$. The removal of the outlier and the presence of missing values in the included variables changed the sample sizes from 74 to 92 depending on the regression performed. For the control group, the analysis of Z-scores for each variable allowed for the detection of seven univariate outliers that were deleted. No multivariate outlier was identified in the regression analyses that used $\chi^2(2) = 13.82, p < .001$. The

removal of the outliers and the presence of missing values in the included variables changed the sample sizes from 206 to 212 depending on the regression performed.

Correlational analyses were then executed, with the previously processed variables and for the two separate groups, to test the relationships between global social adjustment and the variables of PC and SPS. The sample sizes varied according to the correlational analyses performed, from 85 to 105 for the OCD group and from 211 to 227 for the control group. The bivariate correlations are presented in Table 4. These analyses show that both variables for PC are significantly correlated to global social adjustment in both groups (all $p < .01$). Similarly, some SPS variables show moderate effect sizes when correlated to global social adjustment; for the OCD group, negative problem orientation ($r[99] = -.42$) and the SPS total score ($r[88] = -.28$), at $p < .01$; for the control group, negative problem orientation ($r[218] = -.38$), the SPS total score ($r[213] = -.34$) and positive problem orientation ($r[218] = -.32$), at $p < .001$. These variables were included in the subsequent mediation analyses since, in addition to presenting significant correlation coefficient effect sizes when correlated to social adjustment (see Table 4), they were also identified in the scientific literature as mediators in different psychological adjustment models (*e.g.*, Chang et al., 2009; Kant et al., 1997).

Insert Table 4 here

Correlational analyses were then performed to test the relationships between PC and the selected potential mediators. Since this study aimed to examine the relationships between PC and SPS styles and orientations, correlation analyses were extended to all SPS dimensions. The sample sizes varied according to the correlational analyses performed, from 82 to 95 for the OCD group and from 206

to 217 for the control group. The results are presented in Table 5. According to the results, general external control and exaggerated internal control are, in both groups, strongly correlated to all potential mediators, which are global SPS as well as positive and negative problem orientation (all $p < .05$). Distinctions also emerge from the SPS subscales depending on groups and the type of control (see Table 5). Indeed, the PC is generally more associated with the SPS subscales in the control group, with general external control significantly associated with all subscales (all $p < .05$) and exaggerated internal control significantly correlated to all subscales (all $p < .01$) except for decision making and the impulsive/careless style (both $p > .05$, *ns*). For the OCD group, all scales are associated with PC (all $p < .05$), except the decision making and the generation of alternative solution scales (both $p > .05$, *ns*). Likewise, the solution implementation and verification scale is not associated with general external control, and the impulsive/careless style is not related to exaggerated internal control ($p > .05$, *ns*).

Insert Table 5 here

To assess mediation, these three conditions must be met (see Baron & Kenny, 1986): (1) the independent variable must be related to the mediator in the first equation; (2) the independent variable must affect the dependent variable in the second equation; and (3) the mediator must affect the independent variable in the third equation. The preceding correlational analyses ensure that these three conditions have been met for every mediation analysis. After these conditions have been met, the effect of the independent variable must be eliminated or significantly reduced after controlling for the mediator.

To verify that the effect of PC, through the general external control scale, on social adjustment is eliminated or reduced after controlling for SPS dimensions,

hierarchical regression analyses were performed. The variables included in these analyses are negative problem orientation and SPS total score for both groups. Positive orientation was also included in the CTRL group.

None of the control variables examined in the OCD group were included in the equations since the univariate analyses indicated that none (*i.e.*, presence of an anxiety disorder during the previous month, gender, age and OCD severity) is significantly associated with global social adjustment (all $p > .05$, *ns*). Taking psychotropic medication, which is present in 68.8% of this group's participants, is weakly but significantly associated with social adjustment ($r[101] = -.211$, $p = .03$). However, the exploratory analyses conducted show that every mediation model remains intact when including this variable, which was excluded from subsequent analyses.

The first hierarchical regression involves general external control (independent variable), negative problem orientation (potential mediator) and global social adjustment (dependent variable). The preceding results (see Table 5) show that general external control is correlated to negative problem orientation with ($r[92] = -.508$, $p < .001$). The regression analyses show that negative problem orientation predicts global social adjustment ($\beta = -0.442$, $p < .001$) and explains 19.5% of its variance. The first model shows that general external control significantly predicts global social adjustment ($\beta = -0.337$, $p < .001$) and explains 11% of its variance. In the second model, negative problem orientation was included in the regression equation before general external control. Following this, general external control no longer predicts global social adjustment ($\beta = -0.151$, $p > .05$, *ns*). The percentage of explained variance was reduced to 1.7%. This shows a complete mediation effect: the inclusion of negative problem orientation in the regression equation cancels the direct effect of general external control on global social adjustment. A *z*-test (Sobel, 1982) was performed and confirmed that effect ($z = 3.279$, $p < .01$). Figure 1 illustrates this first mediation model.

Insert Figure 1 here

For the OCD group, the same analyses were conducted with the SPS total score as a potential mediator. The analyses confirmed that the SPS score acts as a mediator in the relationship between PC and adjustment. However, when negative problem orientation is included in the model, this effect is no longer present.

Positive problem orientation was not selected as a potential mediator in the OCD group since its correlation coefficient with global social adjustment has a small effect size ($r = -.203, p < .05$). Indeed, the exploratory analyses conducted with this group show that this variable does not act as a mediator.

The same analyses were conducted for the control group. The same scenario is supported for general external control, negative problem orientation (mediator) and social adjustment. The preceding results (see Table 5) show that general external control is correlated to negative problem orientation with ($r[214] = .419, p < .001$). The regression analyses show that negative problem orientation predicts global social adjustment ($\beta = -0.386, p < .001$) and explains 14.9% of its variance. The first model shows that general external control significantly predicts global social adjustment ($\beta = -0.247, p < .001$) and explains 6% of its variance. In the second model, negative problem orientation was included in the regression equation before general external control. Following this, general external control no longer predicts global social adjustment ($\beta = -0.099, p > .05, ns$). The percentage of explained variance was reduced to 0.8%. This shows a complete mediation effect: the inclusion of negative problem orientation in the regression equation cancels the direct effect of general external control on global social adjustment. A z -test (Sobel, 1982) was performed and confirmed that effect ($z = 4.266, p < .001$). Figure 1 illustrates this mediation model.

For the control group, the same analyses were conducted with the SPS total score as a potential mediator. The analyses confirmed that the SPS score acts as a mediator in the relationship between general external control and global social adjustment. However, as with the OCD group, when negative problem orientation is included in the model, this effect is no longer present.

Positive problem orientation was not identified as a mediator for the control group.

Discussion

The primary goal of this study was to compare personal control (PC) and social problem-solving (SPS) in people with OCD and a comparison group.

Regarding personal control (PC), the results have demonstrated that people with OCD show more external control than the controls. These results provide additional support for the conclusions of other studies on the subject (*e.g.*, Gillian et al., 2014; Kennedy et al., 1998; Moulding et al., 2008). It is interesting to note that individuals with OCD present less exaggerated internal control than does the comparison group. Exaggerated internal control was defined earlier as a measure of extreme and unrealistic beliefs in one's PC and represents a dimension of control that is characterized by, at its upper limit, excessive optimism or extreme confidence in one's own power to control events (Berrenberg, 1987). If the results of the previous studies were found to indicate that the OCD group had more external than internal control, we would have expected to observe deleterious patterns for internal control, namely, when we frequently observe an exaggerated perception of responsibility in this group (*e.g.*, belief that one possesses the unique power to provoke or prevent negative material or moral consequences

(*e.g.*, Rhéaume, Ladouceur, Freston, Letarte, 1995)). This pattern was not observed.

An examination of the SPS dimensions shows that, as expected, the OCD group has significantly lower scores for global SPS and on all rational problem-solving subscales when compared to the controls. The participants in the OCD group also present more negative problem orientation and less positive problem orientation compared to the comparison group. However, the groups do not differ according to the impulsive/careless and avoidant styles they employ in SPS. Nevertheless, here, nonsignificant results could be due to the lack of statistical power, making it difficult to make inferences. This would appear to be probable because it is supported by Abolghasemi and Narimani (2008), who observed differences in both of these scales for individuals diagnosed with OCD and controls, and if we consider the tendency to avoid, which is frequently observed in this group (*e.g.*, Starcevic et al., 2011). Globally, these results are consistent with those of other studies that have observed a general negative pattern of response in different clinical groups when confronted with a problem, especially in anxious people (*e.g.*, Ladouceur, Blais, Freston & Dugas, 1998; Nezu & Carnevale, 1987). However, this study distinguishes itself by a more precise examination of SPS styles and orientations in people with OCD. To our knowledge, only one previous publication has studied this variable in individuals with OCD. Our results support previous findings that people with this disorder present more negative and less positive patterns of SPS compared to controls (Abolghasemi & Narimani, 2008). The results provide support that important challenges in all dimensions of the SPS are observed in people with OCD, who are thus particularly vulnerable and ineffective when faced with everyday life difficulties.

The second goal of this study was to examine the relationship between PC and global social adjustment. The results showed that for both groups, the more the internal control increases, the more the adjustment increases. These results are

also consistent with other studies arguing that more external control is associated with several psychopathologies (*e.g.*, Burger, 1984; Ganellen & Blaney, 1984; Holder & Levi, 1988; Layton, 1985) and that more internal control is beneficial to psychological adjustment (*e.g.*, Caldwell et al., 1987; Leung, 2001). Previous studies have argued that a weak sense of control is related to more severe obsessive-compulsive symptoms (*e.g.*, Altin & Karanci, 2008; McLaren & Crowe, 2003; Moulding & Kyrios, 2007). The current study specifies that an external locus of control also negatively affects an individual's overall social functioning.

This research also aimed to analyze the relationship between SPS and social adjustment by comparing it across individuals in the OCD and control groups. The results show that for both groups, better global SPS is associated with better social adjustment. This observation is also consistent with the scientific literature suggesting that problem-solving deficits are associated with several variables related to psychological distress or adjustment difficulties (for reviews, see Heppner et al., 2004 and Nezu, 2004). This study's contribution lies in its support of the precise role of SPS on social adjustment in people with OCD.

The results of this study are also distinguished by examining the relationships between the different dimensions of SPS and social adjustment. For both groups, an increase in negative problem orientation is associated with a decrease in social adjustment. Positive problem orientation is also associated with adjustment in both groups; the higher the positive problem orientation is, the better the social adjustment is. Different studies found that problem orientations, especially negative orientation, are robust predictors of multiple adjustment and well-being variables (*e.g.*, Chang et al., 2009; Dugas et al., 1995; Gosselin et al., 2002; Kant et al., 1997). The results of this study support that this relationship is also observable in people with OCD. In addition, negative problem orientation, being predominant in this group, greatly affects their adjustment capacity.

The impulsive/careless style is also associated with adjustment in both groups with a tendency towards impulsivity, which is associated with poorer adaptation. The avoidance style is not significantly associated with adjustment for the OCD group but is associated with adjustment for the controls. The tendency toward avoidance is associated with poorer adaptation for this group. For the control group, the scales for problem definition and formulation as well as solution implementation and verification are also related to global adjustment; an improvement in these scales is associated with improvement in social adjustment for people with OCD. These results are similar to those of Chang and his colleagues (Chang et al., 2009), who also found that other dimensions of SPS significantly but minimally contribute to well-being compared to negative problem orientation. Nevertheless, it was expected that the concrete capabilities of solving problems would have had a greater impact on adjustment. However, the present results only partially support this hypothesis; specific SPS abilities affect adjustment only for the comparison group. While these abilities may be less developed in the OCD group compared to the control group, they do not affect adjustment. It is possible that since negative problem orientation is predominant in the OCD group, the negative impact of these specific abilities is diluted. Indeed, although it modulates problem-solving abilities, problem orientation operates in the first step of problem-solving and influences both the emotional response to problems and the motivation/confidence to solve them (D’Zurilla et al., 2002). Accordingly, negative problem orientation appears to have a greater impact on adjustment than more specific problem-solving skills.

This research also aimed to verify the links between the PC and SPS dimensions. The results show that for both groups, an increase in internal control increases global SPS skills. They also demonstrate that an increase of internal control is associated with a reduction of negative orientation and an increase in positive orientation for both groups.

A general conclusion emerges from these results: increasing internal control is generally associated with more positive and constructive SPS patterns. These results are consistent with the scientific literature describing a relationship between internal control and an increase in problem-solving activities in the general population (*e.g.*, Collins et al., 1997; Dijkstra et al., 2011; Nezu, 1985). It was also previously suggested that more external control may be observed in people with OCD, which would potentially undermine their problem-solving skills and consequently have a deleterious effect on their social adjustment.

Associations were also measured between the PC and SPS subscales. For both groups, more internal control is associated with reduced avoidance and impulsivity towards problems. The results also show that for both groups, more internal control is associated with improved rational problem-solving. Internal control appears to have a more important positive impact on the problem definition and formulation as well as on the solution implementation and verification subscales. These results suggest that PC not only affects the emotional reaction but also the problem-solving strategies used.

Ultimately, this study has examined the mediational role of SPS in the relationship between PC and global adjustment; the mediation hypotheses that were made in this regard are supported. Indeed, the results show that for both groups, negative problem orientation acts as a mediator in the relationship between PC and social adjustment. SPS is also a mediator in the same relationship but its effect disappears when negative problem orientation is included in the model. The global SPS score was already identified in different groups as a mediator for the relationships between different variables that may have an impact on adjustment (*e.g.*, adverse life events, personal problems, stress, perfectionism) and different adjustment or psychological well-being variables (*e.g.*, Chang, 2002; Chang et al., 2009; Kant et al., 1997). Our results, however, specify that this link is also true for the relationship between PC and adjustment for both people with

OCD and the controls. The results also suggest that a negative problem orientation towards social problems, by acting as a mediator, more strongly affects this relationship. The importance of this variable in understanding the psychological adjustment of several groups has already been established (*e.g.*, Bell & D’Zurilla, 2009; Dugas et al., 1995; Gosselin et al., 2002; Kant et al., 1997). Our results thus confirm that negative orientation is central in determining social adjustment in people with OCD.

The results of this study highlight several conclusions. First, PC was identified as affecting SPS and adjustment. SPS also directly affects social adjustment. In addition, the impact of control on adjustment is also indirect because it is involved in SPS, particularly negative problem orientation. This orientation is a cognitive and emotional dysfunctional pattern that involves various general trends, including the disposition to observe a problem as a significant threat to well-being, doubt one’s abilities to solve problems successfully and become frustrated when confronted with a problem (D’Zurilla et al., 2002). Negative problem orientation is a measure of motivation and confidence towards SPS skills. In 1977, Bandura stressed the problems of only considering the PC, suggesting that it is not sufficient to believe that one’s actions are responsible for the results but that it is also essential to consider a person’s perceptions of his or her ability to control his or her actions. Our results confirm this idea that confidence in one’s problem-solving skills is central.

Our results support a strong association between SPS and social adjustment in people with OCD. It would therefore be interesting to include SPS training in the treatment for OCD. The integration of therapeutic interventions on SPS skills should first address negative problem orientation. This type of intervention would be congruent with what is done in the treatment of other disorders, such as schizophrenia, to improve social functioning (*e.g.*, Liberman et al., 2001).

This study also has limitations. First, its cross-sectional nature does not allow conclusions to be drawn as to the direction of the studied relationships. Thus, longitudinal research would be interesting to conduct in future studies. Second, a limitation of the SAS-SR must be raised. Indeed, the codification of the scales of the questionnaire does not consider the negative weight of the participants who have not answered to the questions concerning occupation, such as those who are unemployed or not in school and those who do not see themselves as homemakers. Therefore, people who do not have an occupation because of excessive dysfunction had no impact on our results, which could create a bias.

A second set of limitations concerns sampling and its evaluation. The first limitation is related to the absence of some sociodemographic data for the control group, which prevents any comparison of these variables with the OCD group. Additionally, no psychological evaluation has been conducted for the participants in the control group because of pragmatic limitations of feasibility. It is possible that this sample, if it presents a high prevalence of psychological problems, may bias the results. Similarly, knowing that the presence of primary and comorbid depression is associated with significant adjustment problems and can sometimes explain greater variance in difficulties other than the main psychological problem (*e.g.*, Masellis, Rector & Richter, 2003), measuring depression would have been an interesting addition and should be considered for future research.

Although this study does contain methodological limitations, it allows an innovative and interesting view of several variables that have an impact on adjustment in people with OCD. It primarily examined the links between SPS and social adjustment. SPS has proven to be an important variable in understanding the adjustment difficulties that are observable in people with OCD. Considering the dimensions of PC and SPS during evaluation and treatment should allow clinicians to positively and directly influence adjustment abilities and increase the patients' rehabilitation opportunities in various areas of their social functioning. It

would therefore be important to expand this research by considering the impact of SPS dimensions on the relationship between symptoms and adjustment.

References

- Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2008). A Comparison of Social Problem Solving in Patients with OCD, PTSD, PD and Non-Patient Controls: To Control of the Intolerance of Uncertainty. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(7), 683-689. doi: rjbsci.2008.683.689
- Altin, M., & Karanci, A. N. (2008). How does locus of control and inflated sense of responsibility relate to obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1303-1315. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.010
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*: Washington, DC : Author.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological monographs*, 84(2), 191-215.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Baumgardner, A. H., Heppner, P. P., & Arkin, R. M. (1986). Role of causal attribution in personal problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 636-643. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.636
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439-448. doi: 10.1007/s10608-009-9256-8
- Berrenberg, J. L. (1987). The Belief in Personal Control Scale: A measure of God-mediated and exaggerated control. *Journal of Personality Assessment*, 51(2), 194-206. doi: 10.1207/s15327752jpa5102_4
- Burger, J. M. (1984). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*, 52(1), 71-89. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00551.x
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. doi: 10.1002/da.1069

- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., & Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *13*(1), 5-17. doi: 10.1177/0146167287131001
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services*, *49*(3), 379-381. doi: 10.1176/ps.49.3.379
- Chang, E. C. (2002). Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem-solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research*, *26*(5), 581-595. doi: 10.1023/a:1020329625158
- Chang, E. C., & D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour Research and Therapy*, *34*(2), 185-194. doi: 10.1016/0005-7967(95)00046-1
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Sanna, L. J. (2009). Social problem-solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, *33*(1), 33-49. doi: 10.1007/s10608-007-9155-9
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Collins, K., Luszcz, M., Lawson, M., & Keeves, J. (1997). Everyday problem-solving in elderly women: Contributions of residence, perceived control, and age. *The Gerontologist*, *37*(3), 293-302. doi: 10.1093/geront/37.3.293
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Didie, E. R., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Walters, M. M., Menard, W., & Eisen, J. L. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, *19*(3), 181-186. doi: 10.1080/10401230701468685
- Dijkstra, M. T. M., Beersma, B., & Evers, A. (2011). Reducing conflict-related employee strain: The benefits of an internal locus of control and a problem-solving conflict management strategy. *Work & Stress*, *25*(2), 167-184. doi: 10.1080/02678373.2011.593344

- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem-solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*(1), 109-120. doi: 10.1007/bf02229679
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Macnair, R. R., & Harkins, S. W. (1994). Personality Correlates of Self-Appraised Problem-solving Ability: Problem Orientation and Trait Affectivity. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 489-505. doi: 10.1207/s15327752jpa6303_7
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. [journal article]. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*(1), 1-11. doi: 10.3758/bf03203630
- Estrada, L., Dupoux, E., & Wolman, C. (2006). The relationship between locus of control and personal-emotional adjustment and social adjustment to college life in students with and without learning disabilities. *College Student Journal, 40*(1), 43-54.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Do Symptoms of Generalized Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder Share Cognitive Processes? [journal article]. *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), 168-176. doi: 10.1007/s10608-009-9239-9
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. 722 West 168th Street, New York, NY 10032: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Ganellen, R. J., & Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality, 52*(4), 326-337. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00355.x
- Gillan, C. M., Morein-Zamir, S., Durieux, A. M. S., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2014). Obsessive-compulsive disorder patients have a reduced sense of control on the illusion of control task. *Frontiers in Psychology, 5*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00204
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. [Worry and problem-solving: The role of negative problem orientation.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12*(2), 49-58. doi: JTCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2

- Grenier, S., Prévaille, M., Boyer, R., & O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 858-865. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment: A Review of 20 Years of Research Using the Problem-solving Inventory. *The Counseling Psychologist, 32*(3), 344-428. doi: 10.1177/0011000003262793
- Holder, E. E., & Levi, D. J. (1988). Mental health and locus of control: SCL-90—R and Levenson's IPC scales. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 753-755. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<753::aid-jclp2270440514>3.0.co;2-a
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem-solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research, 21*(1), 73-96. doi: 10.1023/a:1021820326754
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Kennedy, B. L., Lynch, G. V., & Schwab, J. J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 509-515. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199806)54:4<509::aid-jclp12>3.0.co;2-j
- Khanna, S., Rajendra, P. N., & Channabasavanna, S. M. (1988). Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 34*(2), 118-122. doi: 10.1177/002076408803400205
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem-solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(2), 139-152. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00002-4
- Layton, C. (1985). The relationship between externality and general nonpsychotic psychiatric morbidity in normal males. *Perceptual and Motor Skills, 61*(1), 746. doi: 10.2466/pms.1985.61.3.746
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry, 166*(Suppl 27), 19-22.

- Leung, C. (2001). The psychological adaptation of overseas and migrant students in Australia. *International Journal of Psychology, 36*(4), 251-259. doi: 10.1080/00207590143000018
- Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem-solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*(1), 31-33. Récupéré de <http://www.psychrehab.com/pdf/2001,%20Training%20in%20Social%20Problem%20Solving%20Among%20Persons%20with%20Schizophrenia,%20%20Liberman.pdf>
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology, 36*(5), 255-262. doi: 10.1159/000073451
- Londahl, E. A., Tverskoy, A., & D'Zurilla, T. J. (2005). The Relations of Internalizing Symptoms to Conflict and Interpersonal Problem-solving in Close Relationships. *Cognitive Therapy and Research, 29*(4), 445-462. doi: 10.1007/s10608-005-4442-9
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 48*(2), 72-77.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research, 20*(2), 115-133. doi: 10.1007/bf02228030
- McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(4), 389-403. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00224-4
- Miller, P. C., Lefcourt, H. M., Holmes, J. G., Ware, E. E., & Saleh, W. E. (1986). Marital locus of control and marital problem-solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(1), 161-169. doi: 10.1037/0022-3514.51.1.161
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(8), 1472-1479. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.001

- Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 31*(6), 759-772. doi: 10.1007/s10608-006-9086-x
- Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Counseling Psychology, 32*(1), 135-138. doi: 10.1037/0022-0167.32.1.135
- Nezu, A. M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem-solving as a moderator variable. *Psychological Reports, 58*(1), 279-283. doi: 10.2466/pr0.1986.58.1.279
- Nezu, A. M. (2004). Problem-solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy, 35*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80002-9
- Nezu, A. M., & Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem-solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(2), 155-157. doi: 10.1037/0021-843x.96.2.155
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., & Ronan, G. F. (1986). Social problem-solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 10*(5), 489-498. doi: 10.1007/bf01177813
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1985). Life stress, current problems, problem-solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(5), 693-697. doi: 10.1037/0022-006x.53.5.693
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1988). Social problem-solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 134-138. doi: 10.1037/0022-0167.35.2.134
- Njus, D. M., & Brockway, J. H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: Predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individual Differences, 26*(3), 531-548. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00169-x
- Reese, F. L., Kliewer, W., & Suarez, T. (1997). Control appraisals as moderators of the relationship between intrusive thoughts and coping. *Journal of Applied Social Psychology, 27*(13), 1131-1145. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01798.x

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., & Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*(1), 35-47. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility and its role in OCD. Validation of a theoretical definition of responsibility. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 159-169.
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., da Conceição Rosário, M., Maguel E. C., & Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(10), 1286-1292. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.019
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, *51*(12), 1213-1230. doi: 10.1037/0003-066x.51.12.1213
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(3), 549-570. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.549
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., & Hannan, A. (2011). The nature and correlates of avoidance in obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(10), 871-879. doi: 10.3109/00048674.2011.607632
- Stein, D. J., Bruun, R. D., Josephson, S. C., & Hollander, E. (1991). Obsessional severity in Tourette's syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(9), 388.
- Waintraub, L., Guelfi, J. D., Lancrenon, S., & Rouillon, F. (1995). Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Annales Médico-Psychologiques*, *153*(4), 274-278.
- Weissman, M. M. (1999). *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR): User's Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.

Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111-1115.
doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090101010

Wortman , C. B. (1976). Causal attribution and personal control. In J. H. Harvey, W. J. Ickes & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research*. Hinsdale, N.J: Erlbaum.

Author's notes

Corresponding author: Claude Bélanger, Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, C.P. 8888 Centre-ville, Montreal (Quebec) H3C 3P8.

Email: belanger.claude@uqam.ca

This study was conducted with financial support from Genizon Biosciences, which provided a research grant to the second author of this publication. Various organizations have also contributed by awarding scholarships to the first author: a Master's Scholarship from the Quebec Research Fund – Health (FRSQ) and a Doctoral Fellowship from the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC).

Table 1
Means and standard deviations for personal control and social problem-solving scales included in the multivariate analysis of variance (MANOVA)

Measures	OCD		CTRL	
	M	SD	M	SD
General external control ^a	65.52 ^a	9.06	71.31 ^a	7.56
Exaggerated internal control ^b	54.37 ^b	6.86	57.86 ^b	7.09
Negative problem orientation ^c	19.50 ^c	9.43	27.52 ^c	7.08
Positive problem orientation	10.10	3.99	12.17	3.72
Problem definition and formulation	10.69	4.11	11.96	3.59
Impulsive/careless style ^c	31.07 ^c	6.83	31.89 ^c	6.03
Avoidant style ^c	19.40 ^c	5.87	21.74 ^c	4.31

Notes. Means and standard deviations on non-transformed variables. OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; CTRL = control. ^aHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum. ^bHigher scores represent more unrealistic beliefs concerning exaggerated internal control. ^cLower scores represent more important difficulties in this dimension.

Table 2
 Univariate and multivariate analyses of variance for personal control and social problem-solving scales

Variable s	MANOVA A F(7, 270)	ANOVA F(1, 276)						
		GEC	EIC	NPO	PPO	PDF	ICS	AS
Group	7.56**	31.67* *	14.53* *	29.92* *	12.73* *	7.51 *	1.0 6	2.2 1

Notes. F ratios are Wilks' F estimates. ANOVA = analysis of variance; MANOVA = multivariate analysis of variance; GEC = general external control; EIC = exaggerated internal control; NPO = negative problem orientation; PPO = positive problem orientation; PDF = problem definition and formulation; ICS = impulsive/careless style; AS = avoidant style. * $p < .01$. ** $p < .001$.

Table 3

Intergroup differences between OCD and control groups, for problem-solving global score, rational problem-solving, decision making, generation of alternative solutions and solution implementation and verification

Variables	OCD		CTRL		df	<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	M	SD	M	SD				
Problem-solving global score	11.9	2.71	13.7	2.36	301	-5.64	.00	-0.65
	3		5				0	
Rational problem-solving	39.9	15.3	45.9	12.3	144.3	-3.30	.00	-0.55
	8	5	0	0	0		1	
Decision making	9.98	4.58	11.9	3.60	150.4	-3.74	.00	-0.61
			4		1		0	
Generation of alternative solutions	9.72	4.37	11.3	3.32	146.3	-3.30	.00	-0.55
			6		6		1	
Solution implementation and verification	9.39	4.58	10.7	3.77	155.3	-2.54	.01	-0.41
			3		8		2	

Notes. Means and standard deviations on non-transformed variables/analyses on normalized variables. OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; CTRL = control.

Table 4
Correlations for personal control, social problem-solving and global social adjustment depending on the group

Measures	OCD Social adjustment ^a	CTRL Social adjustment ^a
General external control ^b	-.343***	-.247***
Exaggerated internal control ^c	-.273**	-.191**
Problem-solving global score	-.283**	-.343***
Negative problem orientation ^d	-.418***	-.381***
Positive problem orientation	-.203*	-.316***
Rational problem-solving	-.084	-.132
Problem definition and formulation	-.138	-.153*
Decision making	-.059	-.068
Generation of alternative solutions	-.014	-.079
Solution implementation and verification	-.053	-.163*
Impulsive/careless style ^d	-.244*	-.148*
Avoidant style ^d	-.186	-.223***

Notes. OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; CTRL = control. ^aLower scores represent better social adjustment. ^bHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum. ^cHigher scores represent more unrealistic beliefs concerning exaggerated internal control. ^dLower scores represent more important difficulties in this dimension. *p < .05. **p < .01 ***p < .001

Table 5
Correlations for personal control dimensions and social problem-solving by group

Measures	OCD General external control ^a	OCD Exaggerated internal control ^b	CTRL General external control ^a	CTRL Exaggerated internal control ^b
Problem-solving global score	.518***	.521***	.452***	.518***
Negative problem orientation ^c	.508***	.386***	.419***	.482***
Positive problem orientation	.256*	.554***	.317***	.549***
Rational problem- solving	.212*	.244*	.171*	.392***
Problem definition and formulation	.341***	.294**	.147*	.247***
Decision making	.070	.132	.133*	.073
Generation of alternative solutions	.058	.187	.151*	.362***
Solution implementation and verification	.130	.257*	.158*	.190**
Impulsive/careless style ^c	.422***	.059	.314***	-.019
Avoidant style ^c	.397***	.411***	.373***	.336***

Notes. OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; CTRL = control. ^aHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum. ^bHigher scores represent more unrealistic beliefs concerning exaggerated internal control. ^cLower scores represent more important difficulties in this dimension. *p < .05 **p < .01 ***p < .001

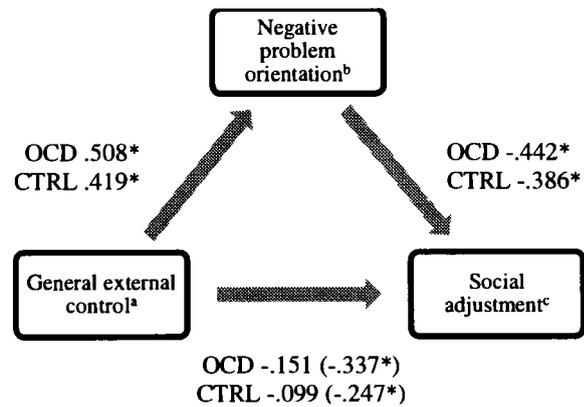


Figure 1 Mediation effect of negative problem-solving on the relationship between general external control and global social adjustment

Notes. OCD = Obsessive-Compulsive Disorder; CTRL = control. ^aHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum. ^bLower scores represent more important difficulties in this dimension. ^cLower scores represent better social adjustment. * $p < .001$

CHAPITRE IV

**PREDICTIVE POWER OF SOCIAL PROBLEM-SOLVING ON SYMPTOM
DIMENSIONS IN INDIVIDUALS WITH ACTIVE OR IN-REMISSION
OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

**Article soumis pour publication au
Europe's Journal of Psychology, mars 2017.**

**Running head: SOCIAL PROBLEM-SOLVING AND OBSESSIVE-
COMPULSIVE DISORDER**

**Predictive power of social problem-solving on symptom dimensions in
individuals with active or in-remission obsessive-compulsive disorder**

Mélanie Aubut*

Martine Bouvard**

Claude Bélanger***

***M.Ps., Psychology PhD candidate, University of Quebec in Montreal, Montreal,
Canada.**

****Ph.D., Department of psychology, University of Savoy, Chambéry Cedex,
France.**

*****Ph.D., Department of psychology, University of Quebec in Montreal and
Psychiatry Department, McGill University, Montreal, Canada.**

Résumé

La présence de difficultés dans le fonctionnement des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est bien supportée. Un lien entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et des difficultés d'adaptation n'a toutefois pas été confirmé de façon constante. Différentes variables intermédiaires qui n'ont pas été considérées, telles que le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux, pourraient potentiellement expliquer cette inconstance dans la prédiction. La présente étude a permis de clarifier les interactions entre ces variables, pour un groupe présentant un TOC actif ($n = 128$), un groupe présentant un TOC en rémission ($n = 36$) et un groupe contrôle ($n = 235$). Les résultats ont permis de cerner que chez les personnes en rémission, des difficultés restent présentes aux niveaux de l'adaptation, du contrôle personnel et de la résolution de problèmes. La symptomatologie n'est pas associée à l'adaptation pour ce groupe. Les résultats permettent aussi de voir qu'un contrôle externe et que des habiletés affaiblies au niveau de la résolution de problèmes ont un impact négatif sur la symptomatologie résiduelle de ce groupe. Pour le groupe présentant un TOC actif, les résultats permettent de voir qu'un contrôle externe et que des patrons négatifs de résolution de problèmes sociaux sont associés à des symptômes plus sévères. La symptomatologie a également un impact modéré sur l'adaptation pour le groupe présentant un TOC actif. Finalement, les résultats permettent de voir que l'impact des symptômes sur l'adaptation est indirect et qu'il passe par l'orientation négative face aux problèmes. L'ensemble de ces résultats supporte l'importance de la résolution de problèmes sociaux dans la compréhension de la symptomatologie et des altérations fonctionnelles chez les personnes souffrant d'un TOC actif ou en rémission.

Mots-clés : Contrôle personnel; résolution de problèmes sociaux; adaptation sociale; trouble obsessionnel-compulsif.

Abstract

The presence of difficulties in the functioning of individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) is well supported. However, a relationship between symptoms and adjustment difficulties has not been consistently confirmed. Several intermediate variables that have not previously been considered, such as personal control and social problem-solving, may explain this inconsistency. The present study clarified the interactions between these variables in an active OCD group (n = 128), an OCD in remission group (n = 36) and a control group (n = 235). The results identified remaining adjustment, personal control and problem-solving difficulties in the individuals in remission from this disorder. However, symptoms are not associated with adjustment in these individuals. The results also indicate that external control and weakened problem-solving skills have a negative impact on the residual symptoms of the individuals in this group. Regarding the active OCD group, the results suggest that external control and negative problem-solving patterns are associated with more severe symptoms. Moreover, symptomatology has a moderate impact on adjustment for the active OCD group. Finally, the results render the indirect effect of symptoms on adjustment through a negative problem orientation. These findings support the importance of social problem-solving in the understanding of symptoms and functional impairments among individuals with active or in-remission OCD.

Keywords: Personal control; social problem-solving; social adjustment; obsessive-compulsive disorder.

Predictive Power of Social Problem-Solving on Dimensions of Symptoms in Individuals with Active or In-Remission Obsessive-Compulsive Disorder

Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by the presence of recurrent obsessions and/or compulsions (American Psychiatric Association [APA], 2013) and functional alterations observable in all areas of life (*e.g.*, Rosa et al., 2012; Steketee, 1997). Epidemiological data further support the association between alterations in social functioning and obsessive-compulsive symptoms (*e.g.*, Karno, Golding, Sorenson & Burnam, 1988; Leon, Portera & Weissman, 1995; Regier et al., 1993; Stein, Bruun, Josephson & Hollander, 1991).

Clinical studies have indicated that individuals with OCD present a more altered, yet otherwise similar, level of functioning than individuals with other psychopathologies (*e.g.*, Bystritsky et al., 2001; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDougle & Price, 1998; Didie et al., 2007; Grenier, Prévile, Boyer & O'Connor, 2009; Lochner, Mogotsi, du Toit, Kaminer, Niehaus & Stein, 2003). Moreover, studies that have evaluated their post-treatment quality of life indicated modest gains in their social functioning (Bystritsky et al., 2001; Foa & Goldstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner & Latimer, 1984; Marks, Hodgson & Rachman, 1975; Marks, Stern, Mawson, Cobb & McDonald, 1980). Other authors have reported that several years after participation in behavioral therapy, two thirds of the individuals assessed remained socially maladjusted (Bolton, Luckie & Steinberg, 1995). Huppert and his colleagues (Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz & Foa, 2009) have also demonstrated a persistence in social functioning difficulties six years after a clinical trial in individuals with OCD in remission.

Different studies have indicated that in individuals with OCD, adjustment difficulties are not systematically associated with the severity of symptoms (*e.g.*, Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik, Tarlow & Rosen, 1999; Hollander, Kwon, Stein & Broatch, 1996; Koran, Thienemann & Davenport, 1996; Norberg, Calamari, Cohen & Riemann, 2008), and a reduction in symptoms is not consistently associated with improvement in social functioning (*e.g.*, Bystritsky et al., 1999; Hollander et al., 1996; Koran et al., 1996).

Social adjustment may be defined as an individual's ability to adjust to their social roles and their level of satisfaction in social situations (Weissman, 1999). Social roles refer to an individual's behaviors in different social settings (*e.g.*, friends, work colleagues, extended family, spouse and children). Social adjustment difficulties/problems may present themselves in different manners: a decrease in work/school performance, an increase in interpersonal and couple conflicts and a decrease in interpersonal interactions with friends or family (Weissman, 1999).

Despite the specific agreement regarding the presence of important adjustment difficulties, the relation between obsessive-compulsive symptoms and social adjustment is not observed in all cases in both patients with active symptoms and patients after treatment. It is likely that adjustment difficulties are related to the presence of obsessive-compulsive symptoms; however, it is also possible that these two dimensions are partially independent, with symptomatic individuals being socially adapted and individuals without symptoms presenting low social adjustment. It would therefore be possible that other variables may be involved in the social adjustment model for this group. Among the factors that may affect social adjustment in individuals with OCD, personal control (PC) and social problem solving (SPS) appear to have empirical support.

Personal Control

Locus of Control (LC; Rotter, 1966), or Personal Control (PC; Berrenberg, 1987), refers to the « location » of control. Two underlying dimensions define LC, including internal (ILC) and external (ELC) locus of control (1966). Individuals with a predominant ILC generally believe that they may influence the course of events in which they are involved, whereas individuals with an ELC tend to believe that events are influenced by external factors and they have little or no influence on these events (1966).

LC was identified as a factor that may affect an individual's ability to adapt. A ELC is more prevalent in clinical groups (*e.g.*, Holder & Levi, 1988; Kennedy, Lynch & Schwab, 1998; Layton, 1985). Poor emotional adjustment and social adjustment difficulties are associated with a low sense of control (for a review, see Shapiro, Schwart & Astin, 1996; Leung, 2001). The role of LC has thus been extensively investigated in various clinical disorders.

Results on LC tend to indicate a more important ELC in individuals with OCD compared with controls (*e.g.*, Gillian, Morein-Zamir, Durieux, Fineberg, Sahakian & Robbins, 2014; Moulding, Doron, Kyrios & Nedeljkovic, 2008); however, it is equivalent to other clinical groups (*e.g.*, Kennedy et al., 1998). It has also been suggested that LC is associated, directly or in combination with other variables, with obsessive-compulsive symptoms. A low sense of control towards adverse life events has been associated with a more severe obsessive-compulsive symptomatology (McLaren & Crowe, 2003). When combined with a high desire for control, a low sense of control is related to more anxiety (Moulding & Kyrios, 2006) and more severe obsessive-compulsive symptoms (Moulding & Kyrios, 2007). Moreover, the combination of an exaggerated sense of responsibility and an ELC produces more severe symptoms (Altin & Karanci, 2008).

Social problem-solving

Social problem-solving (SPS), the process by which an individual attempts to identify efficient and adaptive solutions to everyday problems (D’Zurilla, Nezu & Maydeu Olivares, 2002), has also been identified as a variable that may affect adjustment.

Globally, SPS is based on constructive (*i.e.*, positive orientation and rational problem-solving) or dysfunctional (*i.e.*, negative orientation, impulsive/careless style and avoidant style) response patterns (D’Zurilla et al., 2002).

A positive problem orientation refers to an SPS cognitive pattern that involves different constructive general dispositions, such as viewing problems as challenges, believing that problems are solvable and having self-efficacy beliefs (D’Zurilla et al., 2002). In contrast, a negative problem orientation is a dysfunctional cognitive and affective pattern (D’Zurilla et al., 2002) that involves general trends, such as viewing problems as threats, doubt regarding one’s abilities to solve problems and demonstrating low tolerance to frustration (D’Zurilla et al., 2002).

SPS styles reflect the cognitive or behavioral activities that are generally put forth in SPS (D’Zurilla et al., 2002). Rational problem solving is characterized by the application of rational, deliberate, systematic, clever and adaptive principles and techniques (D’Zurilla et al., 2002). The impulsive/careless style is a dysfunctional pattern that is based on active attempts to apply limited, careless, precipitated or incomplete strategies (D’Zurilla et al., 2002). Finally, the avoidant style is characterized by avoidance, passivity or dependence (D’Zurilla et al., 2002).

Problem-solving deficits are associated with different variables that reflect adjustment difficulties, such as depressive and anxious symptoms (for reviews,

see Heppner, Witty & Dixon, 2004 and Nezu, 2004). Effective problem solving patterns have been associated with less depression, anxiety and distress when dealing with them (Nezu, 1985), as well as positively associated with psychological well-being (*e.g.*, Chang & D’Zurilla, 1996; Elliott, Herrick, Macnair & Harkins, 1994).

More precisely, the scientific literature suggests that a negative problem orientation is associated with concern (*e.g.*, Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, 1995; Gosselin, Dugas & Ladouceur, 2002), and SPS orientations and styles are related to anxiety and depression (*e.g.*, Chang, 2002; Kant, D’Zurilla & Maydeu-Olivares, 1997). The adaptive dimensions of SPS are positively associated with psychological well-being, whereas the three dysfunctional scales of SPS are negatively related to it (Chang, D’Zurilla & Sanna, 2009). Researchers have also emphasized the protective role of SPS towards the negative impacts generally associated with perfectionism (Chang, 2002). Moreover, SPS has been identified as a partial mediator in the relationship between stress and well-being (Chang et al., 2009), whereas positive and negative problem orientations, as well as the impulsive/careless and avoidant styles, have been identified as mediators or moderators in the relationship between stress and internalized and externalized symptoms (Bell & D’Zurilla, 2009).

These results support an association between SPS and different adjustment difficulties. However, to our knowledge, this association has not previously been demonstrated for active OCD or OCD in remission. Furthermore, few studies have focused on SPS in individuals diagnosed with OCD, the relationship between SPS and social adjustment difficulties and how SPS may influence OCD symptomatology (current or in remission). It has been reported individuals diagnosed with OCD, similar to individuals diagnosed with PTSD or Panic Disorder, exhibit significantly more negative problem solving patterns (*i.e.*, negative problem orientation, impulsivity/careless style and avoidance style) and

less positive patterns (*i.e.*, positive problem orientation and rational problem solving) compared with healthy controls (Abolghasemi & Narimani, 2008). Moreover, in a student sample, a negative orientation to problem solving has been linked to generalized anxiety and obsessive-compulsive symptoms but not to depressive symptoms (Fergus & Wu, 2010). However, additional research is necessary to further understand how these components interact in individuals diagnosed with OCD. In light of the preceding results, it is possible that the dimensions of SPS may have an impact on obsessive-compulsive symptoms and adjustment in affected individuals.

Objectives and hypotheses

This study focuses on SPS and its interactions with OCD symptoms and social adjustment. The general aim of this study is to develop a model that relates OCD symptoms, PC, SPS and social adjustment in individuals with active OCD. On an exploratory basis, the second aim is to develop a model that relates OCD symptoms, PC, SPS and social adjustment in individuals with OCD in remission.

More specifically, the first objective of the study is to compare social adjustment, PC and SPS across individuals with active OCD, individuals with OCD in remission and a control group. It is expected that the active OCD group will exhibit a more external PC and more negative SPS patterns than the control group. It is also expected that their social adjustment will be more altered. The OCD in-remission group should not be different from either group.

The second objective of the study is to examine, for both clinical groups, the relationships between social adjustment and the dimensions of active or residual symptoms. For the active OCD group, it is expected that the severity of symptoms will be negatively correlated with adjustment. On an exploratory basis, for the

OCD in-remission group, it is expected that the residual symptoms will not be associated with adjustment.

The third objective will examine, for both clinical groups, the relationships between PC and the dimensions of symptoms, as well as the links between SPS and these dimensions. It is expected that a more external PC and more negative SPS patterns will be associated with more severe symptoms.

Finally, the fourth objective of this study is to assess the mediational role of SPS in the relationship between symptoms and adjustment. It is expected that the effect of the independent variable will be eliminated or significantly reduced after controlling for SPS.

Methods

Participants

The first study group consisted of 128 participants (92 women, 36 men) diagnosed with active OCD. This group was recruited through a wide publicity of the project in the local media, hospital mental health clinics, various academic settings, and several community organizations that assist individuals with mental disorders. Patients had to be between 18- and 65-years-old and French Canadians. The participants in this group received a primary diagnosis of OCD with the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision; First, Spitzer, Gibbon & William, 1997)*.

The second group consisted of 36 participants with OCD in remission (28 women, eight men) and was recruited in the same manner as the participants with active OCD. The recruited participants are also French Canadians. The OCD in-remission group consisted of participants who received a primary diagnosis of

OCD in remission with the *SCID-I/P* (First et al., 1997). Therefore, at the time of the evaluation, the participants no longer met the diagnostic criteria for this disorder. In this group of 36 participants, 25 individuals were in partial remission (*i.e.*, the subject has met all criteria for OCD, but in the present moment, only certain symptoms persist), and 11 individuals were in complete remission (*i.e.*, the subject has met all criteria for OCD and has recovered). Information pertaining to psychological treatments was not assessed.

A control group (CTRL) of 235 participants was also recruited via classes at a Montreal University.

Instruments

Sociodemographic Measure

This questionnaire was developed by our team to collect sociodemographic information, such as gender, age, occupation, annual income, education and marital status. As a result of organizational constraints and restrictions, only gender and age are available for the control group.

Obsessive-Compulsive Disorder Diagnosis

The active OCD and OCD in-remission groups were evaluated with the *Anxiety Disorders Modules for Clinical Interviews of the SCID-I/P* (First et al., 1997). The interview was used to determine the presence of OCD and its severity (*i.e.*, mild, moderate, severe, partial and complete remission), as well as provide information regarding the presence of other anxiety disorder(s) in the previous month and psychotropic medication.

Obsessive-Compulsive symptoms

Dimensions of obsessive-compulsive symptoms were measured using the *Inventaire de Padoue*, a French version of the *Padua Inventory* (Sanavio, 1988). The original measure exhibits good psychometric properties (Sanavio, 1988). A French version was proposed by Freeston and his team (Freeston, Ladouceur, Letarte, Thibodeau & Gagnon, 1991) in an unpublished manuscript and exhibited equivalent properties. A study from Kaiser, Bouvard and Millierey (2010) also indicated a partial validation of the French version of this instrument. Our additional reliability analyses show that the four sub-scales generate a Cronbach's alpha of .899 for the impaired control of mental activities scale, .915 for the checking behaviors scale, and .944 for the becoming contaminated scale, which suggests good internal consistency for these scales. A Cronbach's alpha of .698 was identified for the urges and worries of losing control over motor behaviors scale, which may suggest lower sensitivity for this dimension. This instrument, which comprises 60 items, measures open and mental obsessions and compulsions.

Social Adjustment Measure

The French validated version (Waintraud, Guelfi, Lancrenon & Rouillon, 1995) of the *Social Adjustment Scale—Self-Report* (Weissman & Bothwell, 1976) was administered to the participants. The reliability and validity for the instrument have been supported in several scientific articles (see Weissman, 1999). The internal consistency measures, test-retest coefficients and sensitivity to treatment effects are all considered good (Weissman, 1999). The measure assesses global social adjustment, as well as adjustment in six areas of life: work (worker, homemaker or student), social and leisure activities, relationships with the extended family, role as a marital partner, parental role, and role within the family unit. For this measure, low scores are considered desirable and represent better adjustment.

Social Problem-Solving Measure

The French and validated version (Gosselin et al., 2002) of the *Social Problem-Solving Inventory—Revised* (SPSI-R; D’Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002) was administered to the participants. An evaluation of the psychometric properties of the original instrument supports strong internal consistency and temporal stability, as well as concurrent, predictive, convergent and discriminant validity (see D’Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002). This measure provides a total score and scores for five scales: positive and negative problem orientations, rational problem solving, impulsive/careless style towards problems and avoidant style towards problems. Scores are reversed for the dysfunctional scales, with lower scores representing greater difficulties in these dimensions.

Personal Control Measure

The French version of the *Belief in Personal Control Scale-Revised Short Form* (BPCS-RSF; Berrenberg, 1987) was administered to both groups. The original English measure exhibits good psychometric properties (Berrenberg, 1987). Our team translated the English version to French and performed reliability analyses; the Cronbach’s alpha is .848 for the general external control scale, which suggests good internal consistency. In this study, only one of the three dimensions of PC was measured by the instrument: general external control. This dimension measures the extent to which an individual believes life events result from internal or external factors (Berrenger, 1987), with higher scores representing a more ILC on an external/internal continuum.

Procedure

The ethics committees of all institutions involved with recruitment approved the research. The participants in the active and in-remission groups were evaluated

through interviews that assessed sociodemographic variables and the presence and severity of OCD. The interviews were conducted by research assistants trained in clinical psychology and the evaluation of OCD and who had received advanced training in the administration of the SCID-I/P. Questionnaires were completed by participants from the three groups, with the exception of the *Padua Inventory*, which was not administered to the control subjects.

Results

Sociodemographic and clinical data

An exploration of the data for the group of OCD-diagnosed participants obtained using the *SCID-I/P* indicates that the symptoms for this group are mild (17%), moderate (45%) or severe (38%). In this group, 38.3% presented another secondary anxiety disorder in the previous month. No association was identified between this variable and adaptation; therefore, it was not considered a confounding variable. The average age of the participants in the OCD group is 39.77 years (SD 12.48). The group is mainly composed of women (72%). Regarding the marital status, 52% of the participants in this group are living in a common-law relationship or are married, 11% are separated or divorced, 36% are single and 1% are widowed. In addition, 4% have completed a primary; 29%, a secondary; and 30.5%, a collegial school education, whereas 30.5% have an undergraduate degree and 6% of the participants have a graduate degree. For occupation, 45% report a full-time job, 23% report a part-time job, 32% report no job and 14% report being part-time or full-time students. Moreover, 36% of the individuals who reported no job assert it is related to their OCD.

For the remission OCD group, an exploration of the data indicates that there was no significant difference between them and the current OCD group with regards to age ($M = 39.31$ years, $SD = 11.07$, $t(162) = 0.20$, $p > .05$, *ns*). The group is also mainly composed of women (78%). Regarding the marital status, 56% of the

participants in this group are living in a common-law relationship or are married, 11% are separated or divorced and 33% are single. In addition, 17% have completed a secondary and 20% have completed a collegial school education, whereas 17% have a certificate, 37% have an undergraduate degree and 9% of the participants have a graduate degree. For occupation, 31% report a full-time job, 23% report a part-time job, 46% report no job, 6% report being full-time students and 27% report being part-time students. As a result of the modest sample size and loss of power, the results of the analysis must be interpreted with caution.

The control group was mainly composed of women (76%), which is similar to the two other groups. Their age varies between 18-59 years old. The control group is significantly younger ($M = 25.1$, $SD = 7.8$) than the current OCD group ($M = 39.77$, $SD = 12.48$, $t(298) = 12.49$, $p < .05$) and the OCD in-remission group ($M = 39.31$, $SD = 11.07$, $t(206) = 9.18$, $p < .05$). Nevertheless, univariate analyses indicate that gender and age are not significantly associated with global social adjustment (both $p > .05$, *ns*); thus, these sociodemographic variables were not considered potential confounding variables.

Intergroup differences in personal control, social problem-solving and social adjustment

The variables in the study were initially analyzed to verify the correspondence between the variable distributions and the assumptions of the performed analyses. The evaluation of the assumption for the univariate normality distributions is satisfactory for all variables.

The analyses of the Z-scores for each variable identified seven univariate outliers that were deleted, which reduced the total sample from 399 (128 active OCD, 36 OCD in remission and 235 CTRL) to 392 (125 active OCD, 36 OCD in remission and 231 CTRL) participants.

Given the varying sample sizes, the multicollinearity problems between several variables and the varying number of unanswered items on each variable (for example, on the *Social Adjustment Scale*, the participants only responded to items applicable to their situation), it was determined that the use of univariate analyses would be most appropriate to verify the inter group differences. A series of analyses of variance (ANOVAs) followed by post hoc tests for the social adjustment, personal control (PC), and social problem-solving (SPS) scales were conducted with the group (active OCD, OCD in remission and CTRL) as the grouping variable. The assumptions for the ANOVA are met. However, the results indicated that the homogeneity of variances assumption was violated for two variables (with $p < .05$); Welch's Robust F was subsequently used to interpret them.

The results indicate that main effects of group (active OCD, OCD in remission and CTRL) were identified for general external control, $F(2, 341) = 17.23$, $p < .001$. Bonferroni tests suggest that the participants from the active OCD group have significantly lower scores on general external control ($M = 65.31$, $SD = 9.09$) than the controls ($M = 71.39$, $SD = 7.68$), $p < .001$; however, they do not differ from the OCD in-remission group ($M = 66.84$, $SD = 9.43$) on this dimension, $p > .05$, *ns*. The OCD in-remission group also exhibits significantly lower general external control scores compared with the controls, $p < .01$ (Table 1). Lower scores on this scale indicate a more external than internal locus of control.

For the SPS dimensions, the results indicate that there were main effects of group for global SPS, $F(2, 330) = 18.04$, $p < .001$, as well as negative, Welch's $F(2, 74.35) = 29.95$, $p < .001$, and positive, $F(2, 350) = 11.06$, $p < .001$, problem orientations. Bonferroni tests suggest that the active OCD group exhibits significantly lower scores on global SPS ($M = 11.83$, $SD = 2.84$) than the controls ($M = 13.75$, $SD = 2.36$), $p < .001$; however, they are equal to the OCD in-

remission group ($M = 12.31$, $SD = 3.14$), $p > .05$, *ns*. The participants in the OCD in-remission group also exhibit significantly lower global SPS scores than the controls, $p < .05$ (Table 1). Regarding negative problem orientation, with lower scores representing a more negative orientation, Bonferroni tests indicate that the participants in the active OCD group exhibit significantly lower scores ($M = 19.38$, $SD = 9.37$) than the participants in the OCD in-remission group ($M = 23.65$, $SD = 9.90$) and CTRL group ($M = 27.55$, $SD = 7.12$), all $p < .05$. The participants in the OCD in-remission group also exhibit similar scores than the controls, $p > .05$, *ns* (Table 1). Finally, for positive problem orientation, the results suggest that the participants in the active OCD group present significantly lower scores ($M = 9.99$, $SD = 4.08$) than the controls ($M = 12.17$, $SD = 3.72$), $p < .001$; however, they are similar to the participants in the OCD in-remission group ($M = 10.84$, $SD = 4.55$), $p > .05$, *ns*. The participants in the OCD in-remission group do not differ from the controls for this dimension $p > .05$, *ns* (Table 1).

For the SPS subscales, main effects of group are present for rational problem-solving, Welch's $F(2, 78.61) = 7.89$, $p < .001$, and the avoidant, $F(2, 350) = 6.09$, $p < .01$, and impulsive/careless, $F(2, 346) = 3.26$, $p < .05$, styles. Bonferroni tests indicate intergroup differences, which are presented in Table 1.

Concerning global social adjustment and its specific dimensions, the results indicate a main effect of group on global social adjustment $F(2, 363) = 36.55$, $p < .001$. Bonferroni tests indicate that the participants in the active OCD group exhibit significantly higher social adjustment scores ($M = 2.08$, $SD = 0.40$) than the participants in the OCD in-remission group ($M = 1.91$, $SD = 0.35$) and controls ($M = 1.73$, $SD = 0.31$), all $p < .05$. The participants in the OCD in-remission group also exhibit significantly higher scores than the controls, $p < .01$, (Table 1). For this scale, lower scores are considered desirable because they are associated with better adjustment. The results for the specific social adjustment scales are presented in Table 1.

To determine whether non-significant results were the result of a lack of statistical power, post hoc analyses were conducted with GPower software (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996). The analyses conducted for the difference between means tests, two-tailed, with $\alpha = .05$, indicate that for the sample size observed for the three groups (active OCD, $n = 125$; OCD in remission, $n = 36$, and CTRL, $n = 231$), there is 99.99 to 100% to detect a large effect size, 75.79 to 99% to detect a medium effect size and 18.19 to 44% to detect a small effect size. In summary, there is sufficient statistical power to detect medium and large effect sizes. However, the non-significant results identified in the OCD in-remission group must be interpreted with caution as small and medium effect sizes may not have been detected.

Insert Table 1 here

Intergroup differences in obsessive-compulsive symptoms

To assess differences in the dimensions of symptoms between the active OCD and OCD in-remission groups, t-tests were conducted for the five scales of the *Padua Inventory*. The prerequisite assumptions for the comparison analyses are respected. Two additional outliers were deleted from these analyses. The results from the t-test and descriptive data are presented in Table 2. The results indicate that the groups significantly differ on the checking behaviors scale, $t(143) = 2.03$, $p < .05$, and the global scale, $t(131) = 2.12$, $p < .05$; however, they do not significantly differ on the impaired control of mental activities scale, $t(139) = 1.97$, $p = .05$, *ns*, the becoming contaminated scale, $t(145) = 1.57$, $p > .05$, *ns*, or the urges and worries of losing control over motor behaviors scale, $t(141) = 0.621$, $p > .05$, *ns*.

Post hoc analyses were conducted with GPower (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) for the non-significant results (*i.e.*, impaired control of mental activities ($n = 109$ and 32), urges and worries of losing control over motor behaviors ($n = 112$ and 31) and becoming contaminated ($n = 114$ and 33)). The analyses conducted for the difference between means tests, with a $\alpha = .05$, indicate that there is 16-17% to detect a small effect size, 69-71% to detect a medium effect size and 97-98% to detect a large effect size. In summary, there is sufficient statistical power to detect medium and large effect sizes. It is possible that small and medium effect sizes may not have been detected; thus, the results should be interpreted with caution.

Insert Table 2 here

Correlational analyses

Correlational analyses were subsequently performed, with the previously processed variables and for the two separate groups, to verify the presence of relationships between active or residual obsessive-compulsive symptoms and global social adjustment. The prerequisite assumptions for correlational analyses are respected. The sample sizes vary, depending on the correlational analyses conducted, from 91 to 101 for the active OCD group and 28 to 32 for the OCD in-remission group. The results of these correlational analyses are presented in Table 3.

The data indicate that for the active OCD group, several variables present moderate or large effect sizes ($r \geq .3$) when correlated with the global social adjustment scale, the impaired control of mental activities scale ($r[96] = .38$) and the global scale of the *Padua Inventory* ($r[91] = .36$). All other scales were also

significantly correlated with adjustment with lower effect sizes, all $p < .05$, with the exception of the becoming contaminated scale, where $p > .05$, *ns*. For the OCD in-remission group, no scale was correlated with social adjustment, all $p > .05$, *ns*.

However, the results of the correlational analyses for the OCD in-remission group are difficult to accurately interpret because of a lack of statistical power. Moreover, the post hoc analyses indicated that for a correlational analysis, two-tailed, with $\alpha = .05$ and a small sample size ($n = 28-32$), the chances to detect a small effect size was 8%, 36% for a medium effect size and 84% for a large effect size. It is possible that small and medium effect sizes, if present, may not have been detected for the remission group; thus, the results should be interpreted with caution. Post hoc analyses also indicated that for the OCD group ($n = 91-101$), the statistical power to detect medium (.84) and large (.99) effect sizes is adequate; however, it is not satisfactory for a small effect size (.16).

Insert Table 3 here

Other correlational analyses were subsequently performed to assess the presence of relationships between the variables related to symptoms, PC and SPS, for the two separate OCD groups. The prerequisite assumptions for correlational analyses were again verified and respected. The sample sizes vary, depending on the correlational analyses conducted, from 80 to 98 for the active OCD group and 23 to 32 for the OCD in-remission group. The results are presented in Tables 4 and 5.

The analysis of the results indicates that for the active OCD group, general external control is significantly associated with the *Padua* global scale ($r[84] \geq -.32$, $p < .01$), the impaired control of mental activities scale, ($r[88] \geq -.38$, $p < .001$) and the urges and worries of losing control over motor behaviors scale,

($r[91] \geq -.24, p < .05$). For the OCD in-remission group, none of the symptoms were significantly correlated with general external control, all $p > .05, ns$.

Post hoc analyses indicate that the results must be interpreted with caution for the remission group ($n = 27-31$) because only large effect sizes were detected with a power of .99. For the current OCD group ($n = 84$ to 93), it is possible that small effect sizes were not detected with a statistical power of .15.

Insert Table 4 here

The analyses also indicate moderate to large effect sizes for the relationships between SPS and the *Padua Inventory* scales. In both groups, SPS is correlated with the impaired control of mental activities scale (active OCD: ($r[83] = -.29, p < .01$; OCD in remission: $r[26] = -.46, p < .05$). For the active OCD group only, the SPS total score significantly correlates with the *Padua Inventory* total score ($r[80] = -.31, p < .01$) and the urges and worries of losing control over motor behaviors scale ($r[85] = -.23, p < .05$). For the OCD in-remission group, the SPS total score is significantly correlated with the becoming contaminated scale ($r[27] = -.48, p < .01$).

In the active OCD group, moderate to large effect sizes are present in the relationships between negative problem orientation and the five dimensions of obsessive-compulsive symptoms, the *Padua Inventory* total score ($r[87] = -.55, p < .001$), the impaired control of mental activities scale, ($r[91] = -.60, p < .001$), the becoming contaminated scale, ($r[96] = -.28, p < .01$), the checking behaviors scale ($r[94] = -.30, p < .01$) and the urges and worries of losing control over motor behaviors scale ($r[94] = -.34, p < .001$). It is also the case for the OCD in-remission group; negative problem orientation is significantly associated with the

Padua Inventory total score, ($r[26] = -.51, p < .01$), the impaired control of mental activities scale ($r[29] = -.61, p < .001$), the becoming contaminated scale ($r[30] = -.48, p < .01$), and the checking behaviors scale ($r[29] = -.50, p < .01$). In this group, negative orientation was not associated with the urges and worries of losing control over motor behaviors scale, $r[28] = -.23, p > .05, ns$. The results indicate that for both groups, no variable is associated with positive orientation, all $p > .05, ns$.

The SPS impulsive/careless and avoidant styles are partially associated with symptom dimensions. For the active OCD group, the impulsive/careless style is only significantly associated with the urges and worries of losing control over motor behaviors scale ($r[93] = -.24, p < .05$). For the OCD in-remission group, this style is associated with the impaired control of mental activities scale ($r[31] = -.40, p < .05$) and the becoming contaminated scale ($r[32] = -.50, p < .01$).

In both groups, the avoidant style is significantly associated with the *Padua Inventory* total score (active OCD: $r[89] = -.28, p < .01$; OCD in remission: $r[27] = -.39, p < .05$) and the impaired control of mental activities scale (active OCD: $r[93] = -.33, p < .001$; OCD in remission: $r[30] = -.52, p < .01$). For the OCD in-remission group, the avoidant style is also associated with the becoming contaminated scale ($r[31] = -.47, p < .01$).

Finally, a significant relationship is present in the active OCD group between the rational problem-solving scale and the impaired control of mental activities scale ($r[89] = .24, p < .05$). For the OCD in-remission group, this scale is not related to symptom dimensions, all $p > .05, ns$.

The results obtained with the OCD in-remission group ($n = 23$ to 32) must be interpreted with caution because of the small sample size. Post hoc analyses indicated a lack of statistical power for this group, and only large effect sizes were

detected with a power of .99. For the current OCD group ($n = 80$ à 98), it is also possible that small effect sizes were not detected with a statistical power of .14.

Insert Table 5 here

Mediation analysis

The study further aims to examine the mediational role of SPS in the relationship between the severity of obsessive-compulsive symptoms and global adjustment. The *Padua Inventory* scales are only associated with adjustment in the active OCD group; thus, mediation analyses were conducted only for this group. As previously presented, the *Padua Inventory* total score is significantly associated with global social adjustment and negative problem orientation, as well as the SPS total score, and both are significantly correlated with the *Padua Inventory* total score. Additional analyses also indicate that these two scales are significantly correlated with social adjustment, with ($r[96] = -.41, p < .001$) for negative problem orientation and ($r[86] = -.31, p < .01$) for the SPS total score. These two variables, negative problem orientation and the SPS total score, will therefore be included in the mediation analyses as potential mediators.

To assess a mediation, these three conditions must be met (see Baron & Kenny, 1986): (1) the independent variable must be related to the mediator in the first equation; (2) the independent variable must affect the dependent variable in the second equation and (3) the mediator must affect the independent variable in the third equation. The preceding correlational analyses ensure that these three conditions have been met for every mediation analysis. After these conditions have been met, the effect of the independent variable must be eliminated or

significantly reduced after controlling for the mediator. This condition was verified using hierarchical regression analyses.

Prior to conducting the analyses, the included variables were analyzed to determine whether the assumptions for the mediation analyses were met, which was confirmed. As previously discussed, the sample size of the active OCD group was reduced to 124 with the exclusion of participants with extreme scores. No multivariate outlier was identified in all regression analyses performed with $\chi^2(2) = 13.82, p < .001$. No control variable was included in the equations because the univariate analyses indicated that no variable (*i.e.*, gender, age, presence of an anxiety disorder during the previous month, or OCD severity) is significantly associated with global social adjustment (all $p > .05, ns$). The presence of a psychotropic medication is associated with social adjustment ($r[101] = -.211, p = .03$); however, it does not affect the mediation model and was excluded from subsequent analyses.

The first hierarchical regression involves the *Padua Inventory* total score (independent variable), negative problem orientation (potential mediator) and global social adjustment (dependent variable). The preceding results (Table 5) indicate that the *Padua Inventory* total score is correlated with a negative problem orientation ($r[87] = -.55, p < .001$). The regression analyses performed indicate that a negative problem orientation predicts global social adjustment ($\beta = -0.423, p < .001$) and explains 17.9% of the variance. The first model indicates that the *Padua Inventory* total score significantly predicts global social adjustment ($\beta = 0.387, p < .001$) and explains 15% of the variance. In the second model, negative problem orientation was included in the regression equation prior to the inclusion of the *Padua Inventory* total score. Following this approach, the *Padua Inventory* total score does not predict global social adjustment ($\beta = 0.221, p > .05, ns$). The percentage of explained variance was reduced to 3.4%. This finding indicates a complete mediation effect: the inclusion of negative problem orientation in the

regression equation cancels the direct effect of the *Padua Inventory* total score on global social adjustment. A z -test (Sobel, 1982) was performed and confirmed that effect ($z = 3.109, p < 0.01$). Figure 1 illustrates this first mediation model.

Insert Figure 1 here

The same mediation analyses were repeated with the SPS total score as a potential mediator. However, the results indicate that the inclusion of this score in the regression equation does not completely cancel the direct effect of symptoms on global social adjustment, which remains significant ($\beta = 0.233, p = .037$) and continues to explain 4.9% of the variance.

Discussion

The first aim of this study was to compare the level of social adjustment in individuals with an active OCD, healthy subjects and, on a more explanatory basis, OCD in-remission participants. Overall, the results have shown that individuals in the active OCD group exhibit more important social adjustment difficulties than individuals in the OCD in-remission group, and both groups present more important adjustment difficulties than controls. Thus, the individuals in the OCD in-remission group also present social adjustment difficulties; even if they are less severe than the difficulties presented by the active OCD group, they remain present and superior to the difficulties exhibited by the participants in the control group. This may be considered a vulnerability factor for individuals in remission from OCD.

The presence of more important social adjustment difficulties in individuals with an active OCD than controls has previously been supported by our team in

research to be published. These results provided further support to the scientific literature describing important functional alterations in this clinical group (*e.g.*, Didie et al., 2007; Khanna et al., 1988; Rosa et al., 2012). The presence of a vicious cycle is possible, in which adjustment difficulties may undermine individuals affected with the disorder by playing a role in the development and/or maintenance of OCD and the disorder's symptoms may alter social functioning.

The addition of a group of individuals with OCD in remission partially refined our understanding of these difficulties. The results indicate that these individuals present an overall and specific to certain areas of life level of adjustment, which is located between the two comparison groups. More specifically, there is no difference with respect to the adjustment between the group in remission and the active OCD group, which would imply a specific persistence of functional alterations in individuals with OCD following the remission of their symptoms. For the OCD in-remission group, the lack of statistical power prevents us from accurately interpreting the results. However, it is possible that the adjustment spheres with the largest residual alterations are family unity and primary relationships. Important difficulties in family functioning in individuals with OCD have also been identified by other authors (*e.g.*, Steketee, 1997). The present results are interesting because they suggest that these difficulties may continue following the remission of OCD symptoms. This observation is consistent with the results of Huppert and his colleagues (Huppert et al., 2009), who have asserted that individuals in remission from OCD present a level of social functioning that is between the levels of individuals with an active OCD and controls, as well as those of Bystritsky and his colleagues (Bystritsky et al., 1999), who have reported limited changes in the quality of life following an improvement in symptoms. Other researchers have also identified residual difficulties in the life quality of patients in remission (*e.g.*, Moritz, Rufer, Fricke, Karow, Morfeld, Jelinek & Jacobsen, 2005). The use of a measure that assessed global social adjustment, as well as social adjustment specific to certain areas of life enabled the clarification

of the specific altered areas of social adjustment in individuals with OCD in remission.

The study also aimed to compare the levels of personal control (PC) in the three investigated groups. It was shown that both clinical groups do not differ on this variable, and they exhibit more external control than the controls. These results are consistent with other studies regarding the prevalence of external control in individuals with an active OCD (*e.g.*, Gillian et al., 2014; Kennedy et al., 1998; Moulding et al., 2008). The addition of an OCD in-remission group of individuals enables the determination that the prevalence of external control is also observable after the remission of symptoms. It has been reported that external control is more prevalent in different clinical groups (*e.g.*, Kennedy et al., 1998; Holder & Levi, 1988) and generally associated with lower emotional or social adjustment (*e.g.*, Leung, 2001). Thus, it is possible that individuals in remission from OCD remain vulnerable to these difficulties.

A third objective was formulated according to social problem-solving (SPS). Overall, the results have demonstrated that both OCD groups do not differ from each other regarding overall social problem solving skills and exhibit more difficulties than the control group. The results also indicate that the active OCD group presents more negative problem orientation than the OCD in-remission and control groups. Thus, individuals in remission and controls exhibit equivalent levels of negative problem orientation. The results also indicate that both OCD groups present equivalent levels of positive problem orientation. This is also the case for the OCD in-remission group and the control group; both groups do not differ on this dimension. Nevertheless, individuals in the active OCD group exhibit less positive orientation than controls. The non-significant results in the OCD remission may be a result of a lack of statistical power, which makes it difficult to make inferences. Nevertheless, these preliminary results suggest that individuals in remission appear to be in a fairly median position regarding their

attitude towards problems. Their problem-solving skills may improve while their OCD symptoms decrease or when they exhibit better social problem solving skills prior to their recovery compared with individuals with current OCD. However, they continue to exhibit difficulties in dealing with SPS even if they appear to exhibit less difficulties than the current OCD sample.

For the different SPS styles, the results indicate that for rational problem-solving, the active OCD group does not differ from the OCD in-remission group; however, it presents more difficulties than the controls. Individuals in remission are also equivalent to the controls for this style. For the avoidant style, the results suggest that the active OCD group does not differ from the OCD in-remission group; however, it presents more avoidance than the controls. The OCD in-remission group does not differ from the controls for this style. Finally, for the impulsive/careless style, the results indicate that the active OCD group does not differ from the OCD in-remission group or the control group. Nevertheless, the individuals in the OCD in-remission group exhibit more impulsivity/carelessness than the controls. However, it is possible that this group presented more impulsivity even before their remission.

Regarding SPS abilities, the overall results support the findings of several other authors for different clinical groups of a general negative pattern of response when confronted with a problem (*e.g.*, Ladouceur & Freeston, 1998; Nezu & Carnevale, 1987). They also support the results of previous studies that have indicated that individuals who suffer from OCD exhibit more negative and less positive patterns of SPS than controls (Abolghasemi et al. Narimani, 2008), and a negative problem orientation in healthy individuals is associated with the presence of obsessive-compulsive symptoms (Fergus et al. Wu, 2010). The current findings provide an additional contribution to the field by showing that these difficulties, in addition to being important and widespread for individuals with an active OCD, continue to be present for individuals in remission from this disorder, who are

generally located between the active group and the control group regarding their SPS skills.

Furthermore, this study assessed, for both clinical groups, the links between symptom dimensions and global adjustment. Overall, the results are consistent with the hypothesis and the scientific literature that links OCD symptoms to adjustment (*e.g.*, Didie et al., 2007; Huppert et al., 2009; Khanna et al., 1998; Lochner et al., 2003; Rosa et al., 2012), in which an increase in symptoms, for the active OCD group, is associated with a decrease in global adjustment. Nevertheless, for the OCD in-remission group, no dimension of the residual symptoms was significantly associated with social adjustment even though this adjustment ability was altered. The lack of statistical power may explain the absence of a relationship between social adjustment and OCD symptomatology. It is also possible that other unaccounted for variables may explain the observed deficits.

The results indicate that symptoms are associated with PC. For the active OCD group, external control is associated with an increase in overall OCD symptoms, as well as the impaired control of mental activities and the urges and worries of losing control over motor behaviors scales. For the OCD in-remission group, more external control is only associated with an increase in the urges and worries of losing control over motor behaviors scale score. However, it is possible that the coefficients of moderate/small effect sizes were not detected in this group.

The scientific literature has supported a relationship between several psychopathologies and more external control (*e.g.*, Ganellen & Blaney, 1984; Holder & Levi, 1988; Layton, 1985). These results indicate the link between an external locus of control and OCD symptomatology, as well as support the persistent and deleterious role, although not as important, of external control in the OCD in-remission group.

The results also indicate that the symptom dimensions are related to SPS. In the active OCD group, the SPS total score is associated with symptoms as measured by the *Padua Inventory* total scale and the impaired control of mental activities scale. In the OCD in-remission group, the SPS total score is associated with the impaired control of mental activities and the becoming contaminated scales.

More importantly, the results suggest that for both clinical groups, a negative problem orientation is associated with all symptom dimensions with the exception of the urges and worries of losing control over motor behaviors scale in individuals with OCD in remission. A positive problem orientation, for both OCD groups, is not associated with symptoms.

These results provide additional support for the scientific literature that suggests problem-solving deficits are associated with different variables that reflect psychological distress or adjustment difficulties (for reviews, see Heppner et al., 2004, Nezu, 2004). The interest of the present results lies in their demonstration that a negative problem orientation is a variable of interest in the understanding of adjustment difficulties not only in individuals with an active OCD but also individuals with OCD in remission. Moreover, this orientation style is as much associated with social adjustment as with symptoms. These results may be enrolled in the research movement that has indicated, in different clinical and control groups, that negative orientation is a solid predictor of several adjustment and well-being variables (*e.g.*, Chang et al., 2009; Dugas et al., 1995; Gosselin et al., 2002; Kant et al., 1997). It is interesting that this prediction does not hold only for individuals with an active OCD but also individuals with symptoms in remission.

As discussed, SPS styles are also associated with symptoms in a more restricted manner. It is noteworthy to mention that the non-significant results for the OCD

in-remission group may be a result of a lack of statistical power. Nevertheless, these results indicate different trends to be further explored. For both OCD groups, more avoidance is associated with an increase in scores on the global obsessive-compulsive symptoms scale and the impaired control of mental activities scale. For the in-remission group, more avoidance towards problems is also associated with more fear of becoming contaminated. Similarly, more impulsivity/carelessness is associated with higher scores on the urges and worries of losing control over motor behaviors scale in individuals with active OCD. For individuals with OCD in remission, more impulsivity is associated with more impaired control of mental activities and more fear of becoming contaminated.

Overall, it is interesting that the observations in this sample of patients with OCD are consistent with research on nonclinical populations in which SPS subdimensions significantly but minimally contribute to well-being compared with a negative problem orientation (*e.g.*, Chang et al., 2009). However, we note that SPS styles appear to contribute slightly more to residual symptoms in the remission group. Problem orientation operates in the first step of SPS and is less negative in this group; thus, it is possible that the deleterious effect of maladjusted SPS styles and strategies are more salient for them. This pattern was also identified by our research team for the control subjects; SPS styles have a more salient impact on social adjustment compared with individuals with active OCD and present a more predominant negative problem orientation. It would appear that when negative orientation is dominant, the negative impact on specific abilities is diluted.

Finally, rational problem-solving is only significantly associated with the impaired control of mental activities scale in individuals in the active OCD group. The positive correlation between these two scales indicates that an increase in the abilities of this constructive SPS scale is associated with an increase in the scores for this dimension of symptoms. To formulate hypotheses that may explain this

counter-intuitive result, a closer examination of the scale data was performed. The validation data for this measure, compiled by Weissman (1999), highlight that although the rational style presents negative relationships with several measures of distress, in some cases, it presents positive relationships with different symptoms and anxiety measures. This style is characterized by the application of adaptive techniques and principles that are generally rational, deliberate, systematic and clever (D’Zurilla et al., 2002). When confronted with a problem, an individual who presents this style will search for facts and information, evaluate the potential consequences, and generate a set of alternative solutions (D’Zurilla et al., 2002). It is also possible that this style may be, when applied in a rigid or inadequate manner, associated with anxious tendencies. It is possible that intermediate variables may explain the relationship between the rational style and concerns over the control of mental activities, such as specific cognitive traits or tendencies. Furthermore, items that form the rational style may represent some forms of obsessions/compulsions; for example, the items “*When I try to find a solution to a problem, I approach this problem from as many angles as possible* » and « *When I make decisions, I consider both immediate and long-term consequences of each possible action plan*” may express obsessive thoughts.

Finally, the mediation hypotheses that were raised were partially supported. The study verified the mediational role of SPS on the relationship between obsessive-compulsive symptoms and the level of global adjustment. As expected, the results indicate that for the active OCD group, a negative problem orientation is a mediator of the relationship between obsessive-compulsive symptoms and social adjustment. However, the total SPS score is not a complete mediator of the relationship between obsessive-compulsive symptoms and adjustment. These results converge with the findings of other studies that identified a negative orientation as an important variable in the understanding of psychological adjustment in different groups (*e.g.*, Dugas et al., 1995; Kant et al., 1997; Gosselin et al., 2002; Bell & D’Zurilla, 2009). This study demonstrates that this pattern is also present in individuals with OCD.

Primarily, the current findings indicate that in individuals in remission from OCD, both social adjustment and PC difficulties remain present. For this group, residual symptoms are not associated with the remaining altered adjustment. For individuals in the OCD in-remission group, which is composed of individuals in partial and complete remission, it is possible that the remission time plays a role in the results, and the more it lengthens, the more these individuals will resemble controls with respect to adjustment. The present study also showed that PC and SPS play a role in the adjustment difficulties identified in this group despite a remission of OCD symptoms. Moreover, the results suggest that external control and negative SPS patterns exert a negative impact on the residual symptoms of this group, which consequently remains vulnerable.

For the active group, the importance of social adjustment difficulties, the presence of external control and undermined problem-solving abilities have been identified by this team to be deleterious in research to be published. The present results clarify, for this group, the interactions between social adjustment, PC and SPS, as well as obsessive-compulsive symptoms. External control and negative SPS patterns are associated with more severe symptoms. Dimensions of obsessive-compulsive symptoms also affect social adjustment in the active group in a moderate manner. Finally, the findings indicate that the impact of symptoms on adjustment is indirect by going through a negative problem orientation. This orientation is a cognitive and affective dysfunctional pattern that involves various general trends, such as the disposition to view a problem as a threat, low sense of self-efficacy and low frustration tolerance (D'Zurilla et al., 2002). One may suggest that the manifest impact of symptoms on social functioning is modulated by this orientation.

Thus, there appears to be a strong relationship between SPS, particularly negative problem orientation, and social adjustment both in individuals with OCD and

individuals in remission from this disorder. This difficulty may be a vulnerability factor for recidivism; thus, the integration of problem-solving training in treatment for OCD may have a protective effect on the maintenance of therapeutic gains. Several authors have argued that the integration of rehabilitation strategies is effective in the improvement of social functioning for other problems, such as schizophrenia (*e.g.*, Liberman, Eckman & Marder, 1999).

However, this study presents several limitations. The first limitation concerns the measures used. The codification of the scales from the *Social Adjustment Scale* does not consider participants without a primary occupation. In consequence, individuals with important alterations in functioning and without a primary occupation exhibit a score that may make them appear to be more adjusted than they really are. One may suggest the adjustment difficulties may be greater than reported.

A second limitation concerns the sampling and its evaluation. In this regard, the non-significant results identified in the OCD in-remission group should be interpreted with caution. The sample size for the OCD in-remission group is small, which may result in an inability to detect intergroup differences and correlations with small/moderate effect sizes. Moreover, the control group was not evaluated in a standardized approach with a structured interview, such as the *SCID-IP*, and no participant from this group was excluded on the basis of this information. It is not possible to exclude the fact that some individuals in the control group may have been affected by a psychological disorder that could impact their social adjustment and thus their results.

Finally, because of methodological constraints, comorbidities other than anxiety disorders were not measured. It would have been desirable to evaluate their presence, particularly for depression, which has been associated with adjustment difficulties (*e.g.*, Masellis, Rector & Richter, 2003). The history of treatment was

not measured, which makes it impossible to discuss the results based on this variable. Similarly, the level of social adjustment prior to the recovery of OCD for the in-remission group is unknown. Thus, it is impossible to determine whether a better adjustment prior to recovery contributed to remission or if adjustment has improved following it.

Despite these limitations, the current study supports the importance of functional alterations in individuals with an active OCD and their generalization to all areas of their social functioning. It also indicated the presence of residual adjustment difficulties in the OCD in-remission group. The study identified the presence of a more external control in the active and in-remission OCD groups. The results also showed that individuals with an active OCD present significant difficulties in all dimensions of their social problem solving skills, and individuals in remission continue to present moderate difficulties that do not distinguish them from the active or control groups.

The study also demonstrated that the symptom dimensions are associated with adjustment only in the active OCD group. Similarly, more external control and more negative SPS patterns, particularly a negative problem orientation, are associated with more problems in different symptom dimensions. Finally, the study confirmed that a negative problem orientation acts as a mediator in the relationship between symptoms and social adjustment.

The importance of these results in the understanding of OCD highlights the need to continue research efforts to clarify how variables, such as PC and SPS, interact and contribute to the development and maintenance of OCD and adjustment difficulties. The differential impact of obsessions and compulsions on adjustment should be evaluated and results should be replicated using longitudinal studies. The elaboration of clinical studies that involve SPS training would also be desirable.

References

- Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2008). A Comparison of Social Problem Solving in Patients with OCD, PTSD, PD and Non-Patient Controls: To Control of the Intolerance of Uncertainty. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(7), 683-689. doi: rjbsci.2008.683.689
- Altin, M., & Karanci, A. N. (2008). How does locus of control and inflated sense of responsibility relate to obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1303-1315. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.010
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*: Washington, DC : Author.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 439-448. doi: 10.1007/s10608-009-9256-8
- Berrenberg, J. L. (1987). The Belief in Personal Control Scale: A measure of God-mediated and exaggerated control. *Journal of Personality Assessment*, 51(2), 194-206. doi: 10.1207/s15327752jpa5102_4
- Bolton, D., Luckie, M., & Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1441-1450. doi: 10.1097/00004583-199511000-00010
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maidment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. doi: 10.1002/da.1069
- Bystritsky, A., Saxena, S., Maidment, K., Vapnik, T., Tarlow, G., & Rosen, R. (1999). Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services*, 50(3), 412-414. doi: 10.1176/ps.50.3.412

- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services, 49*(3), 379-381. doi: 10.1176/ps.49.3.379
- Chang, E. C. (2002). Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research, 26*(5), 581-595. doi: 10.1023/a:1020329625158
- Chang, E. C., & D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour Research and Therapy, 34*(2), 185-194. doi: 10.1016/0005-7967(95)00046-1
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Sanna, L. J. (2009). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 33*(1), 33-49. doi: 10.1007/s10608-007-9155-9
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Didie, E. R., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Walters, M. M., Menard, W., et Eisen, J. L. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 19*(3), 181-186. doi: 10.1080/10401230701468685
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*(1), 109-120. doi: 10.1007/bf02229679
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Macnair, R. R., & Harkins, S. W. (1994). Personality Correlates of Self-Appraised Problem Solving Ability: Problem Orientation and Trait Affectivity. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 489-505. doi: 10.1207/s15327752jpa6303_7
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. [journal article]. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*(1), 1-11. doi: 10.3758/bf03203630
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Do Symptoms of Generalized Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder Share Cognitive Processes? [journal article]. *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), 168-176. doi: 10.1007/s10608-009-9239-9

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. 722 West 168th Street, New York, NY 10032: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., & Goldstein, A. J. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy, 9*(5), 821-829. doi: 10.1016/s0005-7894(78)80013-6
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy, 15*(5), 450-472. doi: 10.1016/s0005-7894(84)80049-0
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Letarte, H., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). *Traduction de l'Inventaire de Padova*. Document inédit. École de psychologie, Université Laval.
- Ganellen, R. J., & Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality, 52*(4), 326-337. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00355.x
- Gillan, C. M., Morein-Zamir, S., Durieux, A. M. S., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2014). Obsessive-compulsive disorder patients have a reduced sense of control on the illusion of control task. *Frontiers in Psychology, 5*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00204
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. [Worry and problem solving: The role of negative problem orientation.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12*(2), 49-58. doi: JTCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2
- Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., & O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 858-865. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Heppner, P. P., Witty, T. E., & Dixon, W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment: A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory. *The Counseling Psychologist, 32*(3), 344-428. doi: 10.1177/0011000003262793

- Holder, E. E., & Levi, D. J. (1988). Mental health and locus of control: SCL-90—R and Levenson's IPC scales. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 753-755. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<753::aid-jclp2270440514>3.0.co;2-a
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., & Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*(Suppl 8), 3-6.
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety, 26*(1), 39-45. doi: 10.1002/da.20506
- Kaiser, B., Bouvard, M., & Millierey, M. (2010). Laveurs, vérificateurs, ruminateurs: spécificité des croyances dysfonctionnelles, des obsessions et des compulsions?. *L'Encéphale, 36*, 54-61.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research, 21*(1), 73-96. doi: 10.1023/a:1021820326754
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*(12), 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Kennedy, B. L., Lynch, G. V., & Schwab, J. J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 509-515. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199806)54:4<509::aid-jclp12>3.0.co;2-j
- Khanna, S., Rajendra, P. N., & Channabasavanna, S. M. (1988). Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 34*(2), 118-122. doi: 10.1177/002076408803400205
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 153*(6), 783-788.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(2), 139-152. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00002-4

- Layton, C. (1985). The relationship between externality and general nonpsychotic psychiatric morbidity in normal males. *Perceptual and Motor Skills*, 61(1), 746. doi: 10.2466/pms.1985.61.3.746
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl 27), 19-22.
- Leung, C. (2001). The psychological adaptation of overseas and migrant students in Australia. *International Journal of Psychology*, 36(4), 251-259. doi: 10.1080/00207590143000018
- Liberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(1), 31-33.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology*, 36(5), 255-262. doi: 10.1159/000073451
- Marks, I. M., Hodgson, R., & Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: A two-year follow-up and issues in treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 127, 349-364. doi: 10.1192/bjp.127.4.349
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25. doi: 10.1192/bjp.136.1.1
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 48(2), 72-77.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 115-133. doi: 10.1007/bf02228030
- McLaren, S., & Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(4), 389-403. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00224-4

- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(6), 453-459. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.04.002
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1472-1479. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.001
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, *26*(5), 573-583. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.009
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, *31*(6), 759-772. doi: 10.1007/s10608-006-9086-x
- Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Counseling Psychology*, *32*(1), 135-138. doi: 10.1037/0022-0167.32.1.135
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, *35*(1), 1-33. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80002-9
- Nezu, A. M., & Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*(2), 155-157. doi: 10.1037/0021-843x.96.2.155
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., & Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety*, *25*(3), 248-259. doi: 10.1002/da.20298
- Palomar-Lever, J., & Victorio-Estrada, A. (2012). Factors that influence emotional disturbance in adults living in extreme poverty. *Scandinavian Journal of Psychology*, *53*(2), 158-164. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00921.x
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., et Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*(1), 35-47. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x

- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., da Conceição Rosário, M., Maguel E. C., et Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(10), 1286-1292. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.019
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *26*(2), 169-177. doi: 10.1016/0005-7967(88)90116-7
- Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, *51*(12), 1213-1230. doi: 10.1037/0003-066x.51.12.1213
- Stein, D. J., Bruun, R. D., Josephson, S. C., & Hollander, E. (1991). Obsessional severity in Tourette's syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(9), 388.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *42*(9), 919-928.
- Waintraub, L., Guelfi, J. D., Lancrenon, S., & Rouillon, F. (1995). Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Annales Médico-Psychologiques*, *153*(4), 274-278.
- Weissman, M. M. (1999). *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR): User's Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, *33*(9), 1111-1115. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social Adjustment by Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*(5), 317-326.

Author's notes

Corresponding author: Claude Bélanger, Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, C.P. 8888 Centre-ville, Montreal (Quebec) H3C 3P8.

Email: belanger.claude@uqam.ca

This study was conducted with financial support from Genizon Biosciences, which provided a research grant to the third author of this publication. Various organizations have also contributed by awarding scholarships to the first author: a Master's Scholarship from the Quebec Research Fund – Health (FRSQ) and a Doctoral Fellowship from the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC).

Table 1
Social adjustment, Personal Control and Problem-Solving in Individuals with Active OCD (AOCD), OCD In Remission (OCDR) and Controls (CTRL)

Measure	AOCD (1)		OCDR (2)		CTRL (3)		Post Hoc
	M	SD	M	SD	M	SD	
General external control ^a	65.31 ^a	9.09	66.84 ^a	9.43	71.39 ^a	7.68	1 = 2, 1 < 3, 2 < 3
Total problem solving score	11.83	2.84	12.31	3.14	13.75	2.36	1 = 2, 1 < 3, 2 < 3
Negative problem orientation ^b	19.38 ^b	9.37	23.65 ^b	9.90	27.55 ^b	7.12	1 < 2, 1 < 3, 2 = 3
Positive problem orientation	9.99	4.08	10.84	4.55	12.17	3.72	1 = 2, 1 < 3, 2 = 3
Rational Problem Solving	39.44	15.77	40.06	13.09	45.88	12.31	1 = 2, 1 < 3, 2 = 3
Impulsive/careless style ^b	30.99 ^b	6.88	28.45 ^b	7.74	31.87 ^b	6.02	1 = 2, 1 = 3, 2 < 3
Avoidant style ^b	19.23 ^b	6.04	20.50 ^b	5.23	21.75 ^b	4.31	1 = 2, 1 < 3, 2 = 3
Social adjustment overall ^c	2.08 ^c	0.40	1.91 ^c	0.35	1.73 ^c	0.31	1 > 2, 1 > 3, 2 > 3
Work role ^c	1.72 ^c	0.51	1.57 ^c	0.47	1.42 ^c	0.36	1 = 2, 1 > 3, 2 = 3
Work for pay ^c	2.37 ^c	1.52	1.91 ^c	1.52	1.70 ^c	1.08	1 = 2, 1 > 3, 2 = 3
Homemaker ^c	2.10 ^c	0.75	1.62 ^c	0.47	1.83 ^c	0.64	1 > 2, 1 = 3, 2 = 3
Student ^c	1.86 ^c	0.99	1.77 ^c	0.77	1.41 ^c	0.35	1 = 2, 1 > 3, 2 = 3
Social and leisure ^c	2.30 ^c	0.62	2.00 ^c	0.46	1.93 ^c	0.45	1 > 2, 1 > 3, 2 = 3
Extended family ^c	1.86 ^c	0.85	1.76 ^c	0.46	1.74 ^c	0.51	1 = 2, 1 = 3, 2 = 3
Family unit ^c	1.76 ^c	0.83	1.94 ^c	0.96	1.58 ^c	0.91	1 = 2, 1 > 3, 2 > 3
Primary relationship ^c	2.33 ^c	0.62	2.14 ^c	0.61	1.66 ^c	0.50	1 = 2, 1 > 3, 2 > 3
Parental ^c	1.98 ^c	0.65	1.71 ^c	0.66	1.57 ^c	0.45	1 = 2, 1 > 3, 2 = 3

Notes. The numbers in parentheses in the column heads refer to the numbers used to illustrate significant differences in the « Post Hoc » column. AOCD = the active obsessive-compulsive disorder group; OCDR = the obsessive-compulsive disorder in-remission group; CTRL = the control group. ^aHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum. ^bLower scores represent more important difficulties in these dimensions. ^cLower scores represent better social adjustment.

Table 2
Group Differences in the *Padua Inventory* Subscales Between the Active OCD and OCD In-Remission Groups

Variable	AOCD		OCDR		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	M	SD	M	SD				
Padua total score	86.75	36.04	70.76	35.16	131	2.12	.036	0.37
Impaired control of mental activities	31.99	13.83	26.56	13.31	139	1.968	.050	0.33
Becoming contaminated	16.55	12.45	12.82	10.31	145	1.57	.118	0.26
Checking behaviors	15.55	8.81	12.06	7.60	143	2.03	.044	0.34
Urges and worries of losing control over motor behaviors	4.73	4.50	4.19	3.27	141	0.621	.536	0.10

Notes. AOCD = the Active obsessive-compulsive disorder group; OCDR = the obsessive-compulsive disorder in-remission group.

Table 3
Intercorrelations for Measures of Obsessive-Compulsive Symptoms with Social Adjustment

Measure	AOCD Social Adjustment ^a	OCDR Social Adjustment ^a
Padua total score	.360**	.239
Impaired control of mental activities	.383**	.235
Becoming contaminated	.166	.278
Checking behaviors	.237*	.032
Urges and worries of losing control over motor behaviors	.204*	.309

Notes. AOCD = the active obsessive-compulsive disorder group; OCDR = the obsessive-compulsive disorder in-remission group. ^aLower scores represent better social adjustment.

* $p < .05$. ** $p < .001$

Table 4
Intercorrelations for Personal Control and Obsessive-Compulsive Symptomatology by Group

Measure	AOCD GEC ^a	OCDR GEC ^a
Padua total score	-.316**	-.226
Impaired control of mental activities	-.377***	-.318
Becoming contaminated	-.166	-.158
Checking behaviors	-.167	-.015
Urges and worries of losing control over motor behaviors	-.243*	-.364

Notes. AOCD = the active obsessive-compulsive disorder group; OCDR = the obsessive-compulsive disorder in-remission group; *GEC* = general external control. ^aHigher scores represent more internal control on an external/internal continuum.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Table 5
Correlations Coefficients for Relations Between Problem-Solving Scales and Obsessive-Compulsive Symptoms for the Active OCD and OCD In-Remission Groups

	Measure	TSPS	NPO ^a	PPO	ICS ^a	AS ^a	RPS
AOCD	Padua total score	-.31**	-.55***	-.06	-.15	-.28**	.17
	Impaired control of mental activities	-.29**	-.60***	-.02	-.19	-	.24*
	Becoming contaminated	-.13	-.28**	-.03	.05	-.06	.05
	Checking behaviors	-.10	-.30**	.09	.02	-.09	.16
	Urges and worries of losing control over motor behaviors	-.23*	-.34***	-.11	-.24*	-.18	.03
OCDR	Padua total score	-.28	-.51**	.14	-.35	-.39*	.29
	Impaired control of mental activities	-.46*	-.61***	-.07	-.40*	-.52**	.13
	Becoming contaminated	-.48*	-.48**	-.07	-.50**	-.47**	.10
	Checking behaviors	-.27	-.50**	.13	-.33	-.24	.13
	Urges and worries of losing control over motor behaviors	-.15	-.23	-.09	-.08	-.06	.15

Notes. TSPS= total social problem solving; NPO^a = negative problem orientation; PPO = positive problem orientation; ICS^a = impulsive/careless style; AS^a = avoidant style; RPS = rational problem solving. ^aLower scores represent more important difficulties in these dimensions.

* $p < .05$ ** $p < .01$. *** $p < .001$.

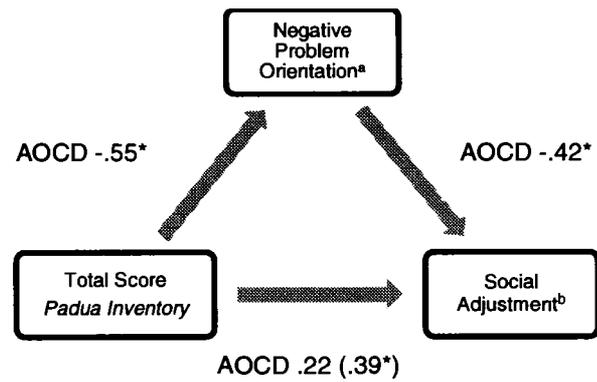


Figure 1. Mediating role of Negative Problem Orientation in the relationship between Obsessive-Compulsive Symptoms and Social Adjustment

Notes. ^aLower scores represent more important difficulties in this dimension.

^bLower scores represent better social adjustment.

* $p < .001$

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette section intègre les résultats des différents volets de cette recherche. Le second objectif de cette discussion est de discuter les différentes implications cliniques qui découlent des résultats obtenus. Différents éléments méthodologiques seront ensuite discutés et les limites de la présente recherche seront abordées. Finalement, différentes pistes de recherches futures seront proposées.

1 Intégration des résultats

La présente recherche doctorale avait pour objectif global de clarifier le modèle de l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ou en rémission de ce trouble. Il a pu être vu que des altérations fonctionnelles importantes accompagnent souvent le trouble, et que même si celles-ci ne sont pas toujours associées à la symptomatologie active du trouble, elles semblent persister bien après la rémission des symptômes cliniquement mesurables. Des difficultés d'adaptation sociale pouvant jouer un rôle dans le développement et le maintien de difficultés psychologiques comme le TOC, de même que dans les récurrences de ce trouble, il semble pertinent, d'un point de vue clinique et théorique, de clarifier leur étendue, de même que les variables pouvant les influencer. Cette thèse avait donc pour objectifs de quantifier et qualifier les difficultés d'adaptation sociale pour un groupe ayant un TOC actif et en rémission, en comparaison à des sujets contrôle, et d'identifier différentes variables intermédiaires pouvant avoir un impact sur les capacités d'adaptation de ces personnes.

Une recension des écrits scientifiques a dans un premier temps permis de voir que des altérations fonctionnelles importantes accompagnent le trouble (p. ex., Rosa et al., 2012; Steketee, 1997), que le niveau de fonctionnement social chez ces

patients est plus altéré sinon similaire à celui de patients souffrant d'autres psychopathologies (p. ex., Bystritsky, Liberman, Hwang, Wallace, Vapnik, Maidment et Saxena, 2001; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDouglas et Price, 1998; Didie et al., 2007; Grenier, Prévile, Boyer et O'Connor, 2009; Lochner, Mogotsi, du Toit, Kaminer, Niehaus et Stein, 2003), et que ces altérations restent observables et importantes même en rémission du trouble (Bolton, Luckie et Steinberg, 1995; Bystritsky et al., 2001; Foa et Goldstein, 1978; Foa, Steketee, Grayson, Turner et Latimer, 1984; Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz et Foa, 2009). L'importance des difficultés de fonctionnement observées chez ces personnes, de même que le nombre limité de recherches ayant étudié de façon plus fine l'adaptation sociale globale et spécifique à différents domaines de vie, justifiait l'élaboration d'études supplémentaires à cet effet.

Parallèlement, il a été discuté que ces difficultés d'adaptation ne sont pas systématiquement associés à la sévérité des symptômes (p. ex., Bystritsky, Saxena, Maidment, Vapnik, Tarlow et Rosen, 1999; Hollander, Kwon, Stein et Broatch, 1996; Koran, Thienemann et Davenport, 1996; Norberg, Calamari, Cohen et Riemann, 2008), et que la réduction de ces symptômes n'est pas toujours associée à une amélioration du fonctionnement social (p. ex., Bystritsky et al., 1999; Hollander et al., 1996; Koran et al., 1996). Malgré une certaine unanimité quant à l'observation de difficultés fonctionnelles importantes chez les personnes présentant un TOC, la relation entre la symptomatologie et ces altérations n'est donc pas toujours confirmée. Le portrait d'ensemble découlant de ces résultats, amène à penser qu'il est possible que ces deux dimensions soient indépendantes et que des variables intermédiaires puissent être impliquées. Le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux, sur lesquels s'est porté notre intérêt, sont des variables ayant été identifiées comme influençant l'adaptation chez différents groupes cliniques.

Le contrôle personnel a été identifié comme pouvant influencer la capacité à s'adapter des personnes. Globalement, les écrits scientifiques suggèrent qu'un faible contrôle personnel, assimilable à un locus de contrôle externe, est prévalent chez plusieurs groupes cliniques (p. ex., Holder et Levi, 1988; Kennedy, Lynch et Schwab, 1998; Layton, 1985), et qu'il est associé à une adaptation émotionnelle faible et à des difficultés d'adaptation sociale (pour une revue, voir Shapiro, Schwartz et Astin, 1996; Leung, 2001). Les résultats spécifiques pour le TOC vont dans le même sens; les personnes ayant un TOC montrent un locus de contrôle externe plus prévalent que les contrôles (p. ex., Gillian, Morein-Zamir, Durieux, Fineberg, Sahakian et Robbins, 2014; Moulding, Doron, Kyrios et Nedeljkovic, 2008), mais équivalent à celui d'autres groupes cliniques (p. ex., Kennedy et al., 1998). Il a également été prouvé qu'un faible contrôle sur les événements de vie adverses est associé chez la personne à une symptomatologie obsessionnelle-compulsive plus sévère (McLaren et Crowe, 2003).

La résolution de problèmes sociaux a aussi été identifiée comme une variable pouvant impacter sur l'adaptation. Une résolution de problèmes faible a été associée à différentes variables reflétant des difficultés d'adaptation, et à des symptomatologies dépressive et anxieuse (pour des revues, voir Heppner, Witty et Dixon, 2004 et Nezu, 2004). Des patrons efficaces de résolution de problèmes ont également été associés à une diminution de la dépression, de l'anxiété et de la détresse face aux problèmes (Nezu, 1985), de même qu'au bien-être psychologique (p. ex., Chang et D'Zurilla, 1996; Elliott, Herrick, Macnair et Harkins, 1994). De façon plus spécifique à la résolution de problèmes sociaux, il a été supporté par différents chercheurs que l'orientation négative face aux problèmes est associée à l'inquiétude présente dans le trouble d'anxiété généralisée (p. ex., Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston et Ladouceur, 1995; Gosselin, Dugas et Ladouceur, 2002), et que les orientations et les styles de la résolution de problèmes sociaux sont liés à l'anxiété et à la dépression (p. ex., Chang, 2002; Kant, D'Zurilla et Maydeu-Olivares, 1997). Les dimensions adaptatives de la résolution de problèmes sociaux ont été associées positivement

au bien-être psychologique, alors que les trois échelles dysfonctionnelles le sont négativement (Chang, D’Zurilla et Sanna, 2009). La résolution de problèmes sociaux a également été identifiée comme un médiateur partiel de la relation entre le stress et le bien-être psychologique (Chang et al., 2009), alors que les orientations négative et positive face aux problèmes et que les styles impulsif/négligent et évitant ont été identifiés comme des variables médiatrices ou modératrices de la relation entre le stress et des symptômes internalisés et externalisés (Bell et D’Zurilla, 2009). Ces résultats supportent une association entre la résolution de problèmes sociaux et diverses difficultés d’adaptation. Néanmoins, à notre connaissance, cette association n’a pas encore été mise en perspective pour le TOC actif et en rémission. En effet, une seule étude s’est intéressée à la résolution de problèmes sociaux chez les personnes ayant un TOC diagnostiqué. Il a été mis en lumière que ces individus présentent plus de patrons négatifs de résolution de problèmes sociaux (*i.e.*, orientation négative face aux problèmes, style impulsif/insouciant et style évitant) et moins de patrons positifs (*i.e.*, orientation positive face aux problèmes, style rationnel de résolution de problèmes) que des contrôles (Abolghasemi & Narimani, 2008). À la lumière de l’ensemble de ces résultats, il est possible que les dimensions de la résolution de problèmes sociaux puissent avoir un impact tant sur la symptomatologie obsessionnelle-compulsive que sur l’adaptation des personnes atteintes.

Parallèlement, les écrits scientifiques recensés soutiennent la présence de relations entre la localisation du contrôle et l’orientation de la résolution de problèmes (p. ex., Nezu, 1985), et des interactions entre ces concepts et différentes variables d’adaptation psychologique ou sociale sont observées (p. ex., Dijkstra, Beersma et Evers, 2011). De façon générale, un faible contrôle personnel est associé à une résolution de problèmes plus faible (p. ex., Baumgardner, Heppner et Arkin, 1986; Collins, Luszcz, Lawson et Keeves, 1997; Nezu, 1985; Reese, Kliewer et Suarez, 1997). Il serait donc concevable que le sentiment de contrôle puisse influencer les orientations et les styles de la résolution de problèmes mis en place et qu’à leur tour, ces stratégies puissent avoir un impact sur les capacités des personnes à

s'adapter. Cependant, à notre connaissance, ce patron n'a pas été étudié chez les sujets présentant un TOC.

Différentes questions et hypothèses de recherche découlent de cette discussion et ont été formulées dans le cadre de cette recherche doctorale.

L'étude présentée au chapitre II avait pour premier objectif de comparer le niveau d'adaptation sociale globale et dans des domaines de vie spécifiques d'un groupe de personnes ayant un TOC actif et d'un groupe contrôle. Il était attendu que, comparativement au groupe contrôle, des altérations significatives dans plusieurs domaines de vie seraient observées chez les participants du groupe TOC. L'étude avait également pour objectif de comparer le niveau d'adaptation des personnes présentant un TOC en fonction de la sévérité ou de la nature de leurs symptômes. Il était attendu que des difficultés d'adaptation plus importantes seraient observées chez les personnes les plus atteintes.

Le chapitre III avait comme objectif général de clarifier les interactions entre le contrôle personnel, les orientations et styles de la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC. Cette information a permis de déterminer à quel point le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux sont associés au développement et au maintien des difficultés d'adaptation sociale pour les personnes avec un TOC.

L'étude avait pour premier objectif de comparer, pour un groupe TOC et un groupe contrôle, le contrôle personnel et les dimensions de la résolution de problèmes sociaux. Il était attendu que le groupe TOC montrerait un locus de contrôle plus externe et des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux, que le groupe contrôle.

Elle avait pour deuxième objectif de vérifier les relations entre le contrôle personnel et l'adaptation sociale globale. Pour les deux groupes, il était attendu qu'un locus de contrôle externe serait associé à des difficultés d'adaptation plus importantes.

Cette recherche désirait également vérifier les liens entre la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale. Il était attendu que des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux seraient associés à des difficultés d'adaptation plus importantes.

L'étude devait aussi permettre de vérifier le lien entre le contrôle personnel et les orientations et styles de la résolution de problèmes sociaux. Il était postulé que, pour les deux groupes, un locus externe serait corrélé à des orientations et styles de résolution de problèmes sociaux dysfonctionnels.

Finalement, l'étude évaluait le rôle de médiation de la résolution de problèmes sociaux sur le lien entre le contrôle personnel et le niveau d'adaptation globale; il était attendu que l'effet de la variable indépendante serait éliminé ou significativement réduit après avoir contrôlé le médiateur.

Le chapitre IV s'intéressait plus particulièrement à la résolution de problèmes sociaux et aux interactions entre cette variable, la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation sociale. L'objectif général était de développer un modèle mettant en relation les dimensions de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, le contrôle personnel, la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC actif et chez des personnes en rémission de ce trouble, en comparaison à des sujets contrôle.

L'étude avait pour premier objectif spécifique de comparer l'adaptation sociale, le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux, pour un groupe TOC actif, un groupe TOC en rémission et un groupe contrôle. Il était attendu que le groupe TOC actif montrerait un contrôle personnel plus externe et des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux que le groupe contrôle. Il était également attendu que leur adaptation sociale serait plus altérée. Le groupe TOC en rémission ne devait pas se différencier de l'un ou de l'autre groupe.

L'étude avait pour deuxième objectif spécifique de vérifier, pour les deux groupes cliniques, les relations entre les dimensions de la symptomatologie active ou résiduelle, et l'adaptation sociale. Pour le groupe TOC actif, il était attendu que la sévérité des symptômes serait négativement corrélée à l'adaptation. Pour le groupe en rémission, il était attendu que les symptômes résiduels ne seraient pas associés à l'adaptation.

Un troisième objectif spécifique voulait vérifier, pour les deux groupes cliniques, les relations entre le contrôle personnel et les dimensions de la symptomatologie, de même que les liens entre la résolution de problèmes sociaux et ces dimensions. Il était attendu qu'un contrôle personnel plus externe et que des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux seraient associés à des symptômes obsessionnels-compulsifs plus sévères.

Finalement, un quatrième objectif spécifique de l'étude était d'évaluer le rôle de médiation de la résolution de problèmes sociaux sur le lien entre la symptomatologie et l'adaptation. Il était attendu que l'effet de la variable indépendante serait éliminé ou significativement réduit après avoir contrôlé la variable.

En résumé, les résultats vont donc dans le sens des hypothèses formulées. Globalement, les résultats de cette recherche doctorale montrent que les personnes

souffrant d'un TOC actif présentent une adaptation globale et dans tous les domaines de vie significativement plus faible que les contrôles, et que leurs difficultés d'adaptation sont équivalentes, peu importe la sévérité de leur trouble ou les caractéristiques principales de leur symptômes (chapitre II), un contrôle qui est plus externe et des difficultés plus importantes dans l'ensemble des dimensions de la résolution de problèmes sociaux pour les personnes souffrant d'un TOC actif que pour les contrôles (chapitre III), que l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation (chapitre III), que les personnes présentant un TOC en rémission présentent un contrôle plus externe que les contrôles, mais équivalent au groupe actif, et des difficultés d'adaptation et de résolution de problèmes sociaux similaires à celles des personnes ayant un TOC actif et aux contrôles, se situant globalement entre les deux groupes de comparaisons (chapitre IV), et, finalement, que l'orientation négative est un médiateur de la relation entre la symptomatologie et l'adaptation (chapitre IV).

Ces études permettent de confirmer l'importance des difficultés d'adaptation présentes chez les personnes souffrant d'un TOC. Il est possible que ces difficultés les vulnérabilisent et qu'elles jouent un rôle dans le développement et le maintien de leur symptomatologie, qui pourrait à son tour impacter négativement sur l'adaptation. Ces résultats supportent également l'importance du contrôle personnel et de la résolution de problèmes sociaux, particulièrement de l'orientation négatives face aux problèmes, dans la compréhension des altérations fonctionnelles chez les personnes souffrant d'un TOC.

De façon plus spécifique, une première série d'hypothèses voulant que le groupe TOC actif montre une adaptation plus altérée que le groupe contrôle, alors que le groupe TOC en rémission ne se différencie pas de l'un ou de l'autre groupe, a été appuyée. Les personnes du groupe TOC actif présentent de plus des difficultés d'adaptation sociale similaires à celles du groupe en rémission et plus importantes

que les contrôles. Les personnes en rémission montrent par ailleurs des difficultés équivalentes aux contrôles. Le groupe TOC en rémission semble donc occuper une position médiane entre les patients présentant un TOC actif et les contrôles. Malgré que leurs difficultés soient moindres que celles présentes chez les TOCs actifs, elles n'en demeurent pas moins présentes et supérieures à celles manifestées par les participants du groupe contrôle. Il pourrait s'agir là d'un facteur de vulnérabilité par rapport à la récurrence chez les personnes en rémission d'un TOC.

Ces résultats apportent un appui empirique aux écrits scientifiques ayant observé des altérations fonctionnelles importantes pour ce groupe clinique (p. ex., Didie et al., 2007; Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1988; Rosa et al., 2012). Il est possible que les personnes souffrant d'un TOC soient prises dans un cercle vicieux où les difficultés d'adaptation opèrent comme facteurs de développement et/ou de maintien du TOC, et où la symptomatologie vient affecter le fonctionnement social en retour. Les résultats obtenus pour le groupe en rémission permettent également de voir que ces difficultés d'adaptation continuent d'être présentes même après le rétablissement. Cela s'inscrit dans la direction des résultats de différents auteurs ayant également observé une persistance des difficultés sociales suite à une amélioration des symptômes (p. ex., Bystritsky et al., 1999; Moritz et al., 2005). La présente recherche doctorale a permis de raffiner ces données probantes en utilisant une mesure spécifique de l'adaptation sociale et permettant de délimiter les altérations dans plusieurs domaines de vie.

L'adaptation des personnes en rémission étant altérée malgré la rémission de leurs symptômes actifs, il était donc concevable que la relation entre l'adaptation sociale et les symptômes obsessionnels-compulsifs soit influencée par d'autres variables. Il a été avancé dans ce programme de recherche que le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux pourraient intervenir dans cette relation. Il a été mis en lumière que, en effet, le contrôle personnel est associé au

développement et au maintien de différentes psychologiques, telles que l'anxiété et la dépression (p. ex., Burger, 1984; Ganellen et Blaney, 1984; Holder et Levi, 1988; Joe, 1971; Pirot, 1986), et qu'il influence donc la capacité d'une personne à s'adapter. La résolution de problèmes sociaux semble elle aussi influencer tant la symptomatologie que l'adaptation pour différents groupes cliniques (pour une revue, voir Nezu 2004). Il est possible que ces variables soient également associées à l'adaptation sociale chez les personnes présentant un TOC. Il existe un vide théorique à cet effet.

Une deuxième série d'hypothèses quant aux différences intergroupes dans le contrôle personnel, s'est également vue partiellement confirmée. Les hypothèses voulant que le groupe TOC actif montre un contrôle personnel plus externe qu'interne comparativement aux contrôles, alors que groupe TOC en rémission se situe entre ces deux groupes, ont été partiellement confirmée. Il a plus précisément été soutenu que les deux groupes TOC ne se distinguent pas, et qu'ils montrent un contrôle plus externe que ne le démontrent les contrôles. Cette conclusion va dans le même sens que celles formulées par d'autres auteurs ayant également observé un contrôle externe plus prévalent pour différents groupes cliniques (p. ex., Kennedy et al., 1998; Holder et Levi, 1988) et chez les personnes atteintes d'un TOC actif (p. ex., Gillian et al., 2014; Kennedy et al., 1998; Moulding et al., 2008). Elle apporte un éclairage supplémentaire en précisant que cela reste vrai pour les personnes en rémission de ce trouble, qui restent donc vulnérables à ce niveau.

La troisième série d'hypothèses quant aux différences intergroupes dans la résolution de problèmes sociaux et voulant que le groupe TOC actif montre des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux que le groupe contrôle, alors que le groupe TOC en rémission ne se différencie pas de l'un ou de l'autre groupe, a elle aussi été vérifiée et est généralement confirmée. Les deux groupes TOC montrent une résolution de problèmes sociaux globale plus faible en

comparaison aux contrôles, mais ils ne se distinguent pas l'un de l'autre. Il a également été montré que le groupe TOC actif présente une orientation plus négative face aux problèmes que le groupe TOC en rémission et que les contrôles, alors que les personnes en rémission et les contrôles montrent des niveaux équivalents de cette orientation. Les deux groupes TOC montrent des niveaux équivalents d'orientation positive face aux problèmes. Cela est aussi vrai pour le groupe en rémission et le groupe contrôle qui ne se distinguent pas sur cette dimension. Les personnes du groupe TOC actif montrent toutefois une orientation moins positive que celle observée pour les sujets contrôles.

Ces résultats font ressortir le fait que les personnes en rémission d'un TOC présentent une orientation moins négative que le groupe TOC actif et équivalente à celle des contrôles. En contrepartie, les personnes en rémission ne présentent pas plus d'orientation positive que ne le font les personnes du groupe actif, et pas moins que les contrôles, et leur résolution globale de problèmes sociaux est aussi faible que celle des personnes du groupe actif. Encore une fois, le groupe en rémission semble se placer dans une position médiane quant à leurs habiletés de résolution de problèmes sociaux. Face à cette orientation négative moins importante chez les personnes en rémission que pour le groupe actif, une amélioration dans l'attitude face aux problèmes a pu s'opérer parallèlement à la rémission de leurs symptômes ou suite à certaines interventions thérapeutiques. Il est également possible que ce groupe en rémission ait présenté une meilleure attitude face aux problèmes avant leur rétablissement, ce qui aurait pu contribuer favorablement à leur rémission. En démontrant des habiletés affaiblies au niveau de leur résolution de problèmes sociaux, ce groupe en rémission semble néanmoins vulnérable à cet égard.

De façon plus spécifique aux échelles de styles de la résolution de problèmes sociaux, il a été montré que le groupe actif ne diffère pas, pour la résolution rationnelle des problèmes, du groupe en rémission, et qu'il présente plus de

difficultés sur cette échelle comparativement aux sujets contrôles. Les personnes en rémission ne se distinguent également pas des contrôles pour ce style. Il a également été vu que les personnes du groupe actif ne sont pas plus évitantes que celles en rémission, mais qu'elles montrent plus d'évitement que ne le font les contrôles, alors que les personnes en rémission ne se distinguent pas non plus des contrôles pour ce style. Néanmoins, les personnes en rémission montrent plus d'impulsivité/négligence que les contrôles. Le groupe actif ne se distingue ni du groupe en rémission ni des contrôles pour ce style.

Ces conclusions vont dans le sens de celles formulées par différents auteurs qui ont également observé, pour différents groupes cliniques, des patrons négatifs de réponse face aux problèmes (p. ex., Ladouceur et Freeston, 1998; Nezu et Carnevale, 1987). Les présentes données apportent une contribution originale en démontrant que ces difficultés, en plus d'être importantes et généralisées pour les personnes atteintes d'un TOC actif, sont persistantes chez les personnes en rémission de ce trouble. Il est fort probable que ces faiblesses dans la résolution de problèmes sociaux vulnérabilisent les personnes atteintes d'un TOC, actif ou en rémission, tant dans le développement, dans le maintien que dans la récurrence du trouble.

Un quatrième ensemble d'hypothèses voulant que, pour les groupes TOC et contrôle, un locus de contrôle externe serait associé à des difficultés d'adaptation plus importantes, a été confirmé. En effet, pour les deux groupes, l'adaptation sociale s'améliore parallèlement à une augmentation du contrôle interne. Cette conclusion va dans le sens des écrits scientifiques qui ont tendance à soutenir qu'un contrôle plus externe est associé à différentes psychopathologies (p. ex., Burger, 1984; Ganellen et Blaney, 1984; Holder et Levi, 1988; Layton, 1985), et qu'un contrôle plus interne est bénéfique à l'adaptation psychologique (p. ex., Caldwell et al., 1987; Leung, 2001). S'il avait été soutenu qu'un sentiment de contrôle faible est associé à une symptomatologie obsessionnelle-compulsive plus

sévère (p. ex., Altin et Karanci, 2008; McLaren et Crowe, 2003; Moulding et Kyrios, 2007), la présente étude permet de préciser que cette localisation externe du contrôle a également un impact négatif sur l'ensemble du fonctionnement social des personnes souffrant d'un TOC.

Cinquièmement, il a aussi été possible de valider l'hypothèse supposant que des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux seraient associés à des difficultés d'adaptation plus importantes. En effet, pour les groupes TOC actif et contrôle, une meilleure résolution de problèmes sociaux globale est associée à une meilleure adaptation sociale. Cette conclusion va dans le même sens que les écrits recensés qui soutiennent qu'une résolution de problèmes déficitaire est associée à différentes variables reflétant de la détresse psychologique ou des difficultés d'adaptation (pour des revues, voir Heppner et al., 2004 et Nezu, 2004). Cette recherche a un apport particulier en permettant de soutenir que la résolution de problèmes sociaux est également associée à l'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC.

Cette recherche met aussi en parallèle des relations plus fines entre les différentes dimensions de la résolution de problèmes sociaux et l'adaptation sociale. En effet, pour le groupe TOC actif et pour le groupe contrôle, il a été montré qu'une augmentation des attitudes négatives face aux problèmes s'opère parallèlement à une diminution de l'adaptation sociale. Pour les deux groupes, le patron inverse est également observé pour l'orientation positive face aux problèmes; plus l'orientation positive est élevée, plus l'adaptation sociale est bonne. Ces conclusions vont dans la même direction que les auteurs ayant suggéré que les orientations face aux problèmes, particulièrement l'orientation négative, sont des prédicteurs solides de différentes variables d'adaptation et de bien-être (p. ex., Chang et al., 2009; Dugas et al., 1995; Gosselin et al., 2002; Kant et al., 1997). L'originalité de cette recherche est de démontrer que cette relation est particulièrement observable chez les personnes atteintes d'un TOC. L'orientation

négative est prédominante pour ce groupe, et elle affecte grandement leurs capacités d'adaptation.

Cette recherche a finalement permis de soutenir que l'adaptation sociale est également associée, pour les groupes TOC et contrôle, au style impulsif/négligent, avec une tendance à l'impulsivité qui est associée à une moins bonne adaptation. Le même patron se répète, mais pour le groupe contrôle uniquement, entre l'évitement et l'adaptation. Quelques sous-échelles du style de résolution rationnelle de problèmes sont également associées positivement à l'adaptation globale pour le groupe contrôle. Ces conclusions font écho aux conclusions d'autres auteurs ayant observé que les autres sous-échelles de résolution de problèmes sociaux contribuent significativement, mais de façon minimale au bien-être comparativement à l'orientation négative face aux problèmes (Chang et al., 2009). Nos résultats montrent que cela est également le cas pour les personnes atteintes d'un TOC. Toutefois, il avait été jugé probable par notre équipe que des relations seraient observées entre les habiletés spécifiques et concrètes à résoudre les problèmes et l'adaptation. Or les présents résultats ne supportent que partiellement cette hypothèse. Les styles de résolution de problèmes sociaux sont bel et bien associés à l'adaptation pour les deux groupes, mais les sous échelles de résolution rationnelle de problèmes n'ont un impact sur l'adaptation que pour le groupe contrôle, et cela, bien que ces habiletés soient plus altérées chez le groupe TOC. Il est probable que, l'orientation négative face aux problèmes étant plus prédominante chez le groupe TOC et opérant dans la première étape de la résolution de problèmes en influençant à la fois la réaction émotionnelle face aux problèmes et la motivation/confiance de les résoudre (D'Zurilla, Nezu, Maydeu-Olivares, 2002), l'impact négatif des habiletés spécifiques s'en trouve moindre.

Une sixième hypothèse a été confirmée; il était postulé que pour les personnes atteintes d'un TOC de même que pour les contrôles, un locus externe soit corrélé à des orientations et styles de résolution de problèmes sociaux dysfonctionnels.

Pour les deux groupes, une augmentation du contrôle interne se fait parallèlement à celle des habiletés de résolution de problèmes sociaux globales. L'augmentation du contrôle interne est également associée à une diminution de l'orientation négative face au problème et à une augmentation de l'orientation positive face aux problèmes pour les deux groupes. Le patron inverse est vrai pour le contrôle externe. Globalement, un contrôle plus interne s'accompagne de patrons de résolution de problèmes sociaux plus positifs et constructifs. Ces conclusions s'associent à celles d'auteurs ayant décrit une relation entre un contrôle interne et des activités de résolution de problèmes augmentées dans la population générale (p. ex., Collins et al., 1997; Dijkstra et al., 2011; Nezu, 1985). L'originalité de cette recherche est de montrer que pour les personnes atteintes d'un TOC, il y a prédominance d'un contrôle externe, que ce contrôle influence négativement leurs habiletés de résolution de problèmes sociaux, et que conséquemment il a un impact délétère sur leurs capacités d'adaptation.

Cela se confirme aussi pour les styles et sous-échelles de la résolution de problèmes sociaux. En effet, pour le groupe TOC et le groupe contrôle, un locus plus interne est associé à une diminution de l'évitement et de l'impulsivité face aux problèmes, et à une amélioration des performances de résolution rationnelle de problèmes. Le contrôle interne a également un impact positif, pour les deux groupes, sur les sous-échelles de résolution rationnelle des problèmes. Ces conclusions permettent de préciser que la localisation du contrôle n'a pas qu'un effet sur la réaction émotionnelle devant les problèmes, mais qu'elle a aussi un impact concret sur les stratégies de résolution de problèmes utilisées.

Septièmement, l'hypothèse proposant que la sévérité des symptômes du groupe TOC actif soit négativement corrélée à l'adaptation, alors que les deux variables ne seraient pas associées pour le groupe en rémission, a été confirmée. En effet, une augmentation des symptômes, pour le groupe TOC actif, est associée à une diminution de l'adaptation globale. Cette conclusion supporte les écrits ayant

associé la symptomatologie obsessionnelle-compulsive à l'adaptation (p. ex., Didie et al., 2007; Huppert et al., 2009; Khanna et al., 1998; Lochner et al., 2003; Rosa et al., 2012). Cela n'est toutefois pas le cas pour le groupe en rémission. Chez ces derniers, les symptômes résiduels ne sont pas associés à l'adaptation sociale, malgré que cette capacité d'adaptation soit altérée. D'autres variables pouvant expliquer leurs difficultés d'adaptation semblent donc impliquées pour ce groupe.

Huitièmement, l'hypothèse suggérant qu'un contrôle personnel plus externe serait associé à des symptômes plus sévères a également été supportée. En effet, pour le groupe TOC actif, une augmentation du contrôle externe est associée à une augmentation parallèle des scores sur l'échelle totale de mesure des dimensions de la symptomatologie obsessionnelle-compulsive, de même qu'à celle des scores sur les échelles de trouble du contrôle des activités mentales et de peur de perdre le contrôle du comportement moteur. Cela est aussi vrai pour le groupe TOC en rémission, mais avec une étendue moindre, et chez qui un contrôle plus externe est associé à une augmentation des scores sur l'échelle de peur de perdre le contrôle du comportement moteur. Ces conclusions appuient les auteurs ayant observé une association entre différentes psychopathologies et la présence d'un contrôle plus externe (p. ex., Ganellen et Blaney, 1984; Holder et Levi, 1988; Layton, 1985). Les présents résultats mettent en lumière le rôle délétère du contrôle externe sur la symptomatologie, et soulignent son influence négative persistante, bien que moindre, pour le groupe en rémission.

Neuvièmement, cette recherche a aussi permis de vérifier l'hypothèse suggérant que des patrons plus négatifs de résolution de problèmes sociaux seraient associés à des symptômes plus sévères. Pour les personnes du groupe TOC actif, le score total de résolution de problèmes sociaux est effectivement associé aux symptômes obsessionnels-compulsifs globaux, et plus spécifiquement au trouble du contrôle des activités mentales. Pour les personnes en rémission, le score total de

résolution de problèmes sociaux est également associé aux symptômes résiduels de trouble du contrôle des activités mentales et de peur de la contamination.

L'orientation négative face aux problèmes semble également avoir un rôle saillant à ce niveau. En effet, pour les deux groupes cliniques, l'orientation négative est associée à toutes les dimensions de la symptomatologie, à l'exception de la peur de perdre le contrôle du comportement moteur chez les personnes atteintes d'un TOC en rémission. L'orientation positive face aux problèmes, pour les deux groupes TOC, n'est pas associée à la symptomatologie.

Les présents résultats vont donc dans le même sens que les recherches issues de différents laboratoires qui soutiennent qu'une résolution de problèmes faible est associée à de la détresse ou à des difficultés d'adaptation (Heppner et al., 2004; Nezu, 2004), ou qui ont rapporté que, pour différents groupes cliniques ou contrôle, l'orientation négative est un prédicteur solide de différentes variables d'adaptation et de bien-être (p. ex., Chang et al., 2009; Dugas et al., 1995; Gosselin et al., 2002; Kant et al., 1997). L'originalité et l'intérêt de ces résultats est de mettre en lumière l'importance de l'orientation négative face aux problèmes dans la compréhension des difficultés d'ajustement des personnes atteintes d'un TOC actif ou en rémission; cette orientation est associée autant à leur symptomatologie active ou résiduelle qu'à leur adaptation.

Également, cette étude a permis de voir que les styles de résolution de problèmes sociaux sont aussi associés à la symptomatologie, mais de façon plus limitée. En effet, une tendance à l'évitement des problèmes est associée, pour les deux groupes TOC, à des difficultés plus importantes pour les dimensions de symptômes globaux et de trouble du contrôle des activités mentales. La tendance à l'évitement est également associée à davantage de peur de la contamination pour le groupe en rémission. Parallèlement, des attitudes et comportements plus impulsifs ou négligés de résolution de problèmes sociaux sont associés à

davantage de peur de perdre le contrôle du comportement moteur chez les personnes atteinte d'un TOC actif, et à plus de peur de contamination et de difficultés de trouble du contrôle des activités mentales pour le groupe en rémission.

Tel que discuté précédemment, ces conclusions s'inscrivent dans la lignée des recherches portant sur des populations non cliniques qui ont observé que les sous-dimensions de la résolution de problèmes sociaux contribuent significativement, mais de façon minimale, au bien-être comparativement à l'orientation négative face aux problèmes (p. ex., Chang et al., 2009). Notons également que les styles de la résolution de problèmes sociaux contribuent de façon un peu plus importante à la symptomatologie résiduelle des personnes en rémission. Ce patron a également été trouvé pour le groupe contrôle pour lequel les sous-dimensions de la résolution de problèmes sociaux contribuent davantage à l'adaptation que pour le groupe TOC actif. Il a été discuté que, puisque leur orientation face aux problèmes est moins négative, il est possible que l'effet délétère des styles et stratégies inadaptés de la résolution de problèmes sociaux ressorte de façon plus saillante. Il semble que lorsque l'orientation négative est dominante, l'impact délétère des habiletés spécifiques soit dilué. Le groupe en rémission présente également un peu plus d'impulsivité/négligence que les contrôles, bien qu'égal aux personnes ayant un trouble actif. Cela peut avoir mis en lumière les liens entre ce style et leur symptomatologie résiduelle.

Finalement, il a été soutenu qu'une amélioration du style de résolution rationnelle de problèmes opère parallèlement à une augmentation des scores sur l'échelle de contrôle affaibli sur les activités mentales pour les personnes du groupe actif. Différentes recherches ont permis d'élaborer certaines hypothèses pouvant expliquer ce résultat. En effet, malgré que le style rationnel soit associé à plusieurs mesures de détresse, il présente parfois des relations positives avec différentes mesures de symptomatologie et d'anxiété (voir Weissman, 1999). Il a

été discuté que ce style pourrait être associé à des tendances anxieuses, en outre lorsqu'appliqué de façon inadéquate ou rigide, et que des variables intermédiaires pourraient potentiellement expliquer la relation entre le style rationnel et les préoccupations liées au contrôle des activités mentales, entre autres certains traits ou tendances cognitives. Une analyse plus microscopique faite à partir d'une observation plus fine des items composant cette échelle pourrait exprimer un volet plus adapté d'une structure de pensées obsessionnelle avec anxiété sous-jacente; par exemple les items « *lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'aborde ce problème sous autant d'angles possibles* » et « *lorsque je prends des décisions, je tiens compte à la fois des conséquences immédiates et à long terme de chaque plan d'action possible* ».

Dernièrement, différentes hypothèses de médiation avaient été formulées et ont été vérifiées. La première hypothèse de médiation formulée avançait que la résolution de problèmes sociaux serait un médiateur de la relation entre le contrôle personnel et l'adaptation globale. Cette hypothèse a été partiellement soutenue. En effet, pour le groupe TOC actif et pour le groupe contrôle, l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre le contrôle personnel et l'adaptation sociale. La résolution de problèmes sociaux a également ce rôle de médiation, mais celui-ci est toutefois annulé lorsque l'orientation négative face aux problèmes est incluse dans le modèle. Rappelons que le score de résolution de problèmes sociaux globale a été identifié, pour différents groupes, comme un médiateur ou un modérateur des relations entre différentes variables pouvant impacter sur l'adaptation (p. ex., événements de vie adverses, problèmes personnels, stress, perfectionnisme) et différentes variables d'adaptation ou de bien-être psychologique (p. ex., Chang, 2002; Chang et al., 2009; Kant et al., 1997). L'originalité de nos conclusions est de préciser que ce patron est également confirmé pour la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation sociale. Nos résultats mettent également en lumière que c'est l'orientation négative face aux problèmes qui influence de façon plus importante ce lien, et qui en est le médiateur principal. Tel que déjà discuté par Bandura en 1977, il n'est pas

suffisant de considérer uniquement la localisation du contrôle chez une personne; il est aussi essentiel de considérer les perceptions de la personne quant à ses capacités de contrôler ses actions. Nos résultats semblent confirmer cette idée selon laquelle la confiance en ses capacités de résolution de problèmes est centrale dans les processus sous étude.

Finalement, la deuxième hypothèse de médiation suggérait que la résolution de problèmes sociaux soit un médiateur de la relation entre la symptomatologie et l'adaptation sociale. Cette hypothèse est partiellement fondée. En effet, l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation sociale les personnes atteintes d'un TOC actif. Néanmoins, les habiletés globales de résolution de problèmes n'ont pas cet effet. La symptomatologie résiduelle n'étant pas associé à l'adaptation pour les personnes en rémission, condition nécessaire pour conclure en une médiation, ce modèle n'a pas été testé pour ce groupe.

Tel que discuté, certains ont déjà identifié l'orientation négative comme une variable ayant un poids important quant à l'adaptation psychologique de différents groupes (p. ex., Dugas et al., 1995; Kant et al., 1997; Gosselin et al., 2002; Bell et D'Zurilla, 2009). L'intérêt des présentes données est de montrer que ce patron est également observé chez les personnes atteintes d'un TOC. L'impact des symptômes sur l'adaptation est indirect et il passe par l'orientation négative face aux problèmes, qui est un patron cognitif et affectif dysfonctionnel impliquant différentes tendances générales, telles que la disposition à voir un problème comme une menace, un faible sentiment d'efficacité personnelle et une faible tolérance à la frustration (D'Zurilla et al., 2002). L'impact manifeste des symptômes sur le fonctionnement social est modulé par cette orientation.

2 Implications cliniques

Le TOC est un trouble présentant des conséquences socio-économiques importantes. Il se situe, dans les enquêtes américaines, au quatrième rang de fréquence des troubles psychiatriques, après les phobies, les troubles de l'humeur et les troubles liés à une substance (Hollander, 1997). Bien que différentes interventions aient montré des gains positifs dans le traitement du TOC (p. ex., Stein, 2002), rares sont les rémissions complètes chez les personnes atteintes de ce trouble (p. ex., Mataix-Cols et al., 2002).

La présente recherche doctorale jette un éclairage intéressant sur les difficultés vécues par les personnes atteintes d'un TOC. Elle a plus précisément permis d'identifier que les personnes souffrant d'un TOC actuel 1) présentent des difficultés d'adaptation sociale généralisée (voir chapitres II et IV), 2) ne peuvent pas être distinguées dans leur adaptation sociale sur la base de la sévérité de leur trouble ou du type principal d'obsessions/compulsions qu'elles présentent (voir chapitre II), 3) présentent un contrôle plus externe qu'interne, et 4) vivent des difficultés importantes et généralisées à l'ensemble des dimensions de la résolution de problèmes sociaux (voir chapitre III et IV). Il a également été possible de mettre en lumière que 1) la résolution de problèmes sociaux et particulièrement l'orientation négative face aux problèmes, sont des médiateurs de la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation sociale (voir chapitre III), et que 2) l'orientation négative face aux problèmes est un médiateur de la relation entre la symptomatologie obsessionnelle-compulsive et l'adaptation (voir chapitre IV). Pour les personnes en rémission d'un TOC, il a également été vu que ces dernières présentent une localisation du contrôle et des difficultés d'adaptation sociale et de résolution de problèmes sociaux similaires à celles des patients ayant un TOC actif. Ces personnes en rémission se situent globalement entre les deux groupes de comparaison pour ces dimensions (voir chapitre IV).

Considérant ces conclusions, la première implication clinique de ces résultats découle de la mise en lumière des difficultés d'adaptation généralisées pour les personnes atteintes d'un TOC, difficultés qui restent observables chez les personnes en rémission. Cela soulève d'abord la nécessité de mettre en place des stratégies visant l'amélioration des capacités d'adaptation dans le traitement de ces personnes avec un TOC. Cette persistance des difficultés suite à une rémission des symptômes traduit en effet l'indépendance partielle des deux dimensions, les symptômes et l'adaptation, et la nécessité de les adresser de façon indépendante dans les interventions mises en place.

Les résultats de cette recherche mettent également en lumière l'importance du contrôle personnel et de la résolution de problèmes sociaux dans la compréhension des difficultés d'adaptation rencontrées par les personnes souffrant d'un TOC. En effet, il a été mis en évidence qu'une localisation externe du contrôle et que des difficultés importantes dans l'ensemble des dimensions de la résolution de problèmes sont observées chez les personnes souffrant d'un TOC et chez celles en rémission, et que l'orientation négative face aux problèmes, est un médiateur de la relation entre la localisation du contrôle et l'adaptation, et entre la symptomatologie et l'adaptation. Ces conclusions suggèrent donc que 1) le contrôle personnel et la résolution de problèmes devraient être traités parce qu'ils sont déficitaires, mais aussi que 2) ces dimensions devraient être adressées afin d'améliorer l'adaptation sociale globale de ce groupe. De même, la résolution de problèmes sociaux étant associée aux symptômes obsessionnels-compulsifs, des améliorations des performances de résolution de problèmes seraient souhaitables et potentiellement associées à une diminution des symptômes. L'intégration d'un entraînement à la résolution de problèmes en situations sociales dans le traitement du TOC serait importante. La thérapie par la résolution de problèmes s'est montrée efficace pour différents troubles, particulièrement lorsque l'orientation négative face aux problèmes est adressée (*e.g.*, Nezu, 2004; Malouff, Thorsteinsson et Schutte, 2007). Différents auteurs ont supporté l'idée que l'intégration de stratégies de réhabilitation au traitement est efficace quant à

l'amélioration du fonctionnement social, en outre pour la schizophrénie (p. ex., Liberman, Eckman et Marder, 2001). Il semble donc en définitive que ce soit aussi le cas chez les personnes avec un TOC. L'élaboration de telles stratégies de traitement pour le TOC, de même que leur validation restent à faire pour ce groupe.

3 Considérations méthodologiques

La méthodologie de cette recherche doctorale a permis de répondre à différentes questions de recherche autour desquelles il y avait un vide théorique. Ces dernières semblaient importantes dans la compréhension des difficultés d'adaptation sociale chez les personnes atteintes d'un TOC actif ou en rémission. La contribution de cette thèse a été, entre autres, de clarifier les interactions entre le contrôle personnel, la résolution de problèmes sociaux, l'adaptation sociale et la symptomatologie obsessionnelle-compulsive.

Mentionnons d'abord que la recherche s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques, en outre : les participants ont été informés du but de l'étude, ils se sont joints à la recherche par libre consentement, ils ont signé un formulaire de consentement en ce sens, ils ont été informés qu'ils pouvaient se retirer de la recherche en tout temps, les données ont été traitées anonymement, et les services offerts n'ont pas été affectés par la participation ou le retrait des participants. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas ainsi que par celui de l'Université du Québec à Montréal.

3.1 Validité interne

D'abord, face aux biais liés aux attentes des chercheurs et des sujets, différentes caractéristiques de la procédure mise en place ont permis de les limiter. D'abord, l'étude actuelle s'intègre à un projet vaste et qui avait pour but d'identifier les

gènes associés au TOC. La gestion des évaluations et des données par un intermédiaire externe à la présente recherche a permis d'assurer une expérimentation non influencée par les biais des chercheurs. Les assistants de recherche ayant évalué les participants sont des étudiants aux études supérieures en psychologie, ayant plusieurs années d'expérience clinique et ayant été formés de façon extensive à l'administration du SCID-IP. Comme ils évaluaient différents troubles pour différentes recherches, ils n'ont pas subi de pression face à la nécessité de donner certains diagnostics. De même, les assistants n'ont pas été mis au courant des hypothèses de recherche pour l'ensemble des études intégrées au projet. Suite à l'entrevue diagnostique, les participants ont été évalués à l'aide d'un ensemble de questionnaires qui devaient être retournés par la poste. La complétion des questionnaires a été réalisée de façon dénominalisée. Cela peut avoir contribué à limiter l'impact de comportements de désirabilité sociale chez les sujets. De même, l'entrée des données pour les groupes cliniques a été réalisée par une ressource externe et non intégrée à l'équipe de recherche; les possibles biais dans l'entrée des données sont donc également limités.

De la même façon, un biais dans la sélection des sujets a été évité. En effet, le diagnostic a été opéré de façon autonome par les assistants de recherche et les données ont été traitées et saisies par du personnel externe à notre équipe de recherche.

Une autre force de cette recherche est d'avoir évalué les participants à l'aide du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ième} édition (DSM-IV)* (APA, 2000). Cela a permis une évaluation précise du TOC et un diagnostic basé sur les critères du DSM. L'utilisation de mesures variées et validées est également une force de cette recherche.

De même, face à des biais possibles liés aux fluctuations des instruments de mesure (p. ex., fluctuation dans les capacités d'évaluation des assistants de recherche) et à

l'administration de plus d'une mesure, des mesures ont été prises afin de limiter ces problèmes. En outre, l'ordre de passation des questionnaires a été alterné afin de limiter les biais de réponse possibles. Également, les assistants ne faisaient qu'une entrevue d'évaluation occasionnellement ce qui diminue les chances d'observer des biais liés à la fatigue. Ces mêmes assistants avaient un niveau élevé de formation et une bonne expérience en évaluation permettant une constance dans les évaluations.

Différentes faiblesses ont cependant été soulevées et seront discutées ici. Mentionnons que le groupe contrôle n'a pas été évalué de façon standardisée à l'aide d'une entrevue structurée telle que le *SCID-IP* et aucun participant de ce groupe n'a été exclu sur la base de leurs symptômes tels qu'évalués à l'aide de cette entrevue. Il n'est pas possible d'exclure que certaines personnes du groupe contrôle puissent avoir été atteintes d'un trouble psychologique pouvant impacter sur leur adaptation sociale et donc, sur leurs résultats. Également, certaines données sociodémographiques pour le groupe contrôle n'ont pu être traitées suite à un problème logistique. Cela limite la portée de l'étude en empêchant les comparaisons des groupes sur la base de ces données, en outre quant au statut marital ou quant aux revenus. Néanmoins, des analyses de comparaisons de moyennes supplémentaires ont été réalisées pour le groupe contrôle afin de vérifier à quel point l'échantillon peut être considéré comme représentatif de la population au niveau de son adaptation sociale. Lorsqu'on les compare aux données normatives de Weissman et son équipe (1978), les résultats montrent qu'au niveau de leur adaptation, les personnes du groupe contrôle présentent des scores moyens supérieurs (et donc une moins bonne adaptation) à ceux de l'échantillon provenant de la communauté $t(683) = 3,77, p < 0,001$, mais équivalents lorsqu'on les compare aux scores des femmes uniquement (l'échantillon contrôle est ici composé de 76% de femmes), $t(478) = 1,71, p = 0,09, ns$. Leurs scores sont également comparables à ceux d'autres échantillons contrôles formés d'étudiants et d'employés universitaires, $t(233) = 1,73, p = 0,09, ns$ (Khanna, Rajendra et Channabasavanna, 1988). Il semble donc que le groupe

contrôle utilisé soit représentatif de la population générale quant à son adaptation sociale.

Il a été discuté qu'une limite de cette étude se trouve au niveau de certains aspects des instruments de mesure. En effet, bien que le QAS soit un outil dont les qualités psychométriques sont reconnues, la codification des échelles ne considère pas les participants qui sont sans occupation principale. Conséquemment, ceux qui présentaient un fonctionnement très altéré et qui n'avaient pour cette raison pas d'occupation principale présentaient un score qui pourrait les faire paraître plus adaptées qu'ils ne le sont en réalité. Cela est également vrai si la personne est célibataire comme conséquence de son trouble. Il faut toutefois noter que dans le cadre de cette recherche, seul trois participants ne se sont identifiés dans aucun rôle principal. Il est donc possible d'avancer que cette limite de l'outil, quoique réelle, ne semble pas avoir affecté les résultats de façon significative.

Dans le même ordre d'idées, cette recherche faisant partie d'une plus vaste étude, la quantité de questionnaires sélectionnés a été limitée. Certains questionnaires ont dû être supprimés, en outre un inventaire de mesure de la dépression. Il aurait été souhaitable d'évaluer de façon plus large la présence de dépression qui a été associée à des difficultés d'adaptation (p. ex., Masellis, Rector et Richter, 2003). Il est possible que des difficultés d'adaptation sociale plus importantes puissent être observées chez les personnes ayant une dépression secondaire, ou, même, que la présence de dépression puisse expliquer davantage des altérations fonctionnelles observées que le TOC lui-même. Il n'est pas possible ici d'isoler ces effets potentiels. L'historique des traitements n'a pas non plus été documenté, ce qui rend impossible de discuter les résultats en fonction de cette variable. Également, les niveaux d'adaptation sociale pré-rétablissement du groupe TOC en rémission ne sont pas connus. Ainsi, il n'est pas possible de déterminer si une meilleure adaptation avant leur rétablissement a pu contribuer à la rémission ou si l'adaptation s'est améliorée suite à celle-ci.

3.2 Validité externe

La validité interne ayant été jugée suffisante, il est pertinent d'estimer la validité externe de cette recherche doctorale, entre autres les validités échantillonnale et écologique. Tel que mentionné précédemment, le recrutement pour cette étude a été opéré par le biais de la Clinique des troubles anxieux de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, de la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital Sacré-Cœur et du Centre de Services Psychologiques de l'Université du Québec à Montréal. Le recrutement provincial s'est également effectué par l'intermédiaire de l'organisme *Phobie Zéro* qui vient en aide aux personnes souffrant de divers troubles anxieux. Les sujets ont également été recrutés à l'aide d'une vaste publicité du projet; des affiches et des dépliants invitant les personnes souffrant d'un TOC à participer à l'étude ont été installés périodiquement dans les divers pavillons de l'UQAM, dans plusieurs cliniques affiliées à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (p. ex., Lachine, Lasalle, Saint-Henri, Programme des Troubles alimentaires, Clinique de gériatrie), et dans différentes cliniques privées de psychologie. Plusieurs équipes de travail de ces milieux ont été rencontrées par les assistants de recherche afin de les informer de l'étude, et ainsi permettre le recrutement direct de leurs clients. Du matériel publicitaire a aussi été installé dans les différents CLSC de la région de Montréal (c.-à-d., Verdun/Côte St-Paul, St-Henri, Lasalle, des Faubourgs) et, dans la région de l'Outaouais, à la clinique externe du Centre hospitalier Pierre-Janet. Finalement, l'étude a été publicisée dans le journal étudiant de l'UQAM à différentes occasions durant l'année scolaire. Ces modes extensifs et variés de recrutement semblent avoir garanti l'atteinte d'une taille échantillonnale suffisante pour réaliser les analyses statistiques projetées pour cette recherche, et une bonne représentativité de la population cible.

L'échantillonnage représente donc des personnes atteintes d'un TOC présentant des niveaux de sévérités variés, issus de milieux multiples et utilisant différents types de ressources. Cela semble donc représenter un bon échantillon de personnes atteintes d'un TOC. Cela est également vrai pour les personnes en rémission qui ont été recrutées de la même façon. Notons que la répartition des niveaux de sévérité du trouble dans l'échantillon recrutée est comparable à celle trouvée dans d'autres études, en outre dans l'étude épidémiologique américaine de Kessler et de ses collègues (Kessler et al., 2005), avec une répartition combinée modéré/sévère de 83% pour notre recherche et de 85% pour l'étude épidémiologique de Kessler. En contrepartie, l'échantillonnage est général, et il n'est pas possible d'affirmer que les conclusions tirées seraient exactement les mêmes dans un contexte spécifique autre. De même, il est à mentionner que, le recrutement ayant eu lieu entre 2002 à 2010, les participants des groupes TOC ont été évalués selon les critères diagnostics du DSM-IV-TR (APA, 2000). De ce fait, il est possible que des participants inclus présentent un trouble de l'accumulation compulsive. Ce trouble était maintenant considéré, dans le DSM-5, comme un trouble à part entière (APA, 2013). Le groupe contrôle est un composé d'étudiants universitaires qui ont été recrutés dans différentes classes d'étudiants de l'Université du Québec à Montréal.

Notons finalement un biais statistique possible requérant que les résultats impliquant le groupe en rémission soient à interpréter avec prudence. En effet, bien que les tailles échantillonales pour les groupes TOC actif et contrôle soient bonnes, ce qui est une force de cette recherche, celle pour le groupe en rémission est petite, ce qui peut résulter en une incapacité de détecter certaines différences intergroupes et certaines corrélations ayant des tailles d'effets petites/moyennes. Il est donc possible que des différences intergroupes ou que des relations entre différentes dimensions n'aient pas été détectées chez ce groupe. La puissance statistique reste néanmoins satisfaisante et permet de détecter des effets qui sont statistiquement et cliniquement significatives.

L'ensemble de ces informations laisse croire que cette recherche doctorale possède un bon niveau de validité externe, et qu'il est possible de généraliser les conclusions à l'ensemble des personnes souffrant d'un TOC.

4 Directions futures

La présente thèse a permis de confirmer la présence de difficultés de fonctionnement social importantes et généralisées à l'ensemble des aires de vie, de même que la persistance de ces difficultés suite à la rémission partielle ou complète des symptômes obsessionnels-compulsifs. Pourtant, l'ensemble des écrits scientifiques actuels associe ces difficultés d'adaptation sociale à la symptomatologie et néglige de considérer différentes variables intermédiaires qui pourraient mieux les expliquer. Les résultats de cette recherche ont permis de faire ressortir que le contrôle personnel et la résolution de problèmes sociaux, particulièrement l'orientation négative face aux problèmes, sont des variables importantes à considérer dans la compréhension de ce trouble et des difficultés sociales qui l'accompagnent. Ces résultats permettent de dégager différentes pistes de recherches futures qui pourraient permettre de clarifier comment les variables de contrôle et de résolution de problèmes sociaux interagissent et contribuent au développement et au maintien de la problématique.

Dans une perspective large, il serait souhaitable de mettre en place des projets de recherches longitudinales qui permettraient de tirer des conclusions sur la direction des relations et d'avancer des interprétations causales en ce qui a trait aux variables sous étude. En effet, cette recherche étant transversale, elle ne permet pas de se prononcer clairement sur la place de chaque variable à l'étude. Ainsi, il pourrait s'avérer que les difficultés d'adaptation sociale observées précèdent le développement du trouble obsessionnel-compulsif plutôt que d'en être la conséquence, puis qu'ensuite elles jouent un rôle de maintien de la problématique. La présente recherche ne permet pas de répondre à cette question.

Également, les résultats de cette recherche doctorale ont permis de mettre en évidence la place centrale de la résolution de problèmes sociaux, et particulièrement de l'orientation négative face aux problèmes, et ce, tant au niveau de la compréhension des difficultés d'adaptation qu'au niveau de la symptomatologie. De ce fait, l'élaboration de recherches cliniques impliquant un entraînement à la résolution de problèmes sociaux serait souhaitable.

De façon plus spécifique, les résultats obtenus et les limites associées à notre recherche soulèvent différentes questions de recherche additionnelles. D'abord, il serait souhaitable de reprendre la recherche en utilisant un échantillon plus large de personnes en rémission afin d'avoir plus de puissance statistique. En effet, tel que discuté, la taille échantillonnale pour ce groupe ne permettait de détecter que les relations ayant des tailles d'effet assez larges. Un plus large échantillonnage de TOC en rémission permettrait également de distinguer les personnes ayant un trouble en rémission partielle, des personnes en rémission complète ou ayant un antécédent de trouble obsessionnel-compulsif. Il serait ainsi possible de se prononcer plus nettement sur l'évolution de l'adaptation sociale selon la durée de la rémission et en fonction des symptômes résiduels. Reprendre cette recherche en intégrant une mesure plus large des variables sociodémographiques pour tous les groupes, de l'historique des traitements, et d'un étendu de comorbidité plus exhaustif serait souhaitable.

En résumé, les trois études présentées dans le cadre de cette recherche doctorale permettent de confirmer l'importance des difficultés d'adaptation présentes chez les personnes souffrant d'un TOC. Il est possible que ces difficultés les vulnérabilisent et qu'elles jouent un rôle dans le développement et le maintien de la symptomatologie, qui pourrait à son tour impacter négativement sur l'adaptation. Ces résultats supportent également l'importance du contrôle personnel et de la résolution de problèmes sociaux, particulièrement de

l'orientation négatives face aux problèmes, dans la compréhension des altérations fonctionnelles chez les personnes souffrant d'un TOC. Ces dimensions devraient être adressées lorsque des interventions thérapeutiques sont mises en place pour des patients souffrant d'un TOC.

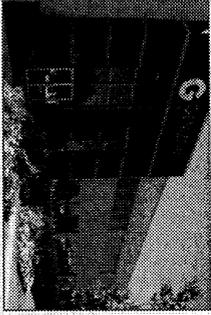
APPENDICE A
DÉPLIANT DE PROMOTION DU PROJET

Découvrez Genizon

Genizon est une compagnie montréalaise qui compte plus de 100 employés spécialisés dans le domaine de la recherche génétique. La mission de Genizon est la découverte de gènes impliqués dans plusieurs maladies et traits communs affectant une importante proportion de la population générale. Ces découvertes permettront de développer de nouveaux traitements plus efficaces contre ces maladies.

Les recherches menées par Genizon s'appuient sur la population fondatrice québécoise de souche française. Elle est une des meilleures au monde pour mener à bien des recherches sur l'identification de gènes responsables de maladies.

Genizon travaille conjointement avec plus de 800 médecins et collaborateurs cliniques, et 200 infirmières) dans toute la province. De plus, Genizon a développé un important réseau d'experts consultants issus de la communauté médicale et scientifique du Québec jouant un rôle prépondérant dans le processus de recherche.



POUR INFORMATION

Mariko Chartier-Otis

ou

Andréa G. Leduc

assistantes de recherche
du professeur Claude Bélangier
au (514) 761-6131 poste 4575



GENIZON
BioSciences

Genizon BioSciences
890, rue McCaffrey
St-Laurent, Québec, H4T 2C7
Tél: 514-270-3991
Sans frais: 1-888-244-0388
www.genizon.com



GENIZON
BioSciences

Projet de Recherche sur l'identification des facteurs
généétiques et environnementaux impliqués dans le

Trouble obsessionnel- compulsif



A la découverte de notre patrimoine
généétique pour un avenir en santé

Une équipe de chercheurs de Genizon BioSciences conduit présentement une étude sur le trouble obsessionnel-compulsif pour laquelle elle sollicite la participation de personnes souffrant ou ayant déjà souffert de ce trouble à travers l'ensemble du Québec. Cette étude s'effectue en collaboration avec le Dr Charles Bélanger, reconnu pour son expertise dans le domaine des troubles anxieux, et Mme Marie-Anne Lapierre, présidente-fondatrice de l'association Probes-Zéro qui offre du soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux.

Qui est Genizon BioSciences?

Genizon BioSciences est une compagnie montréalaise de recherche en génétique qui entreprend des études sur l'identification des gènes impliqués dans les maladies ou conditions dont l'origine génétique est complexe, tel que le trouble obsessionnel-compulsif.

Qu'est-ce que le trouble obsessionnel-compulsif ?

- Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions, c'est-à-dire de pensées indésirables, récurrentes et persistantes (peur d'être contaminé, de perdre le contrôle, de blesser quelqu'un, de se tromper, etc.) qui entraînent de la détresse, de l'anxiété ou du dégoût.
- La présence d'obsessions chez un individu conduit fréquemment au développement de compulsions, c'est-à-dire d'un besoin intense de faire quelque chose pour soulager l'anxiété engendrée par les pensées obsessionnelles (rituel de vérification, de lavage, de rangement, etc.).
- Au Canada, environ 2,5% de la population est affectée par le trouble obsessionnel-compulsif. Ce trouble apparaît généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte et il est aussi fréquent chez les femmes que chez les hommes.

- Les connaissances scientifiques acquises à ce jour indiquent que le trouble obsessionnel-compulsif est de nature héréditaire et qu'un certain nombre de gènes sont impliqués dans le développement et l'expression de ce trouble. Par conséquent, les membres de la famille immédiate d'un individu souffrant du trouble obsessionnel-compulsif sont de 5 à 10 fois plus à risque de présenter ce trouble que les proches d'un individu non-atteint de ce trouble.

Que sont les gènes ?

Les gènes constituent le bagage héréditaire de chaque personne. Ils sont situés sur les 23 paires de chromosomes qui se retrouvent dans les cellules du corps humain.

Critères de participation

Les personnes que nous recherchons pour participer à cette étude rencontrent les critères suivants :

- Homme ou femme âgé(e) de 18 ans et plus;
- D'origine canadienne-française;
- Souffrant ou ont déjà souffert du trouble obsessionnel-compulsif;
- Acceptent de répondre à des questions portant sur leur condition;
- Consentent, s'il y a lieu, à se soumettre à une prise de sang;
- Acceptent, s'il y a lieu, de solliciter la collaboration de deux membres de leur famille pour une prise de sang (par exemple : parents, frère ou sœur, conjoint et un enfant d'âge majeur).



Bénéfices reliés à votre participation

Votre participation à cette étude permettra d'acquérir de nouvelles connaissances sur les facteurs génétiques impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif. Une telle découverte pourrait conduire au développement de tests diagnostiques et traitements plus efficaces et améliorer ainsi la qualité de vie des personnes qui présentent ce trouble dans le futur.

Confidentialité

Toute information recueillie dans le cadre du programme de recherche est strictement confidentielle. Un numéro de code vous sera attribué afin d'assurer votre anonymat. Ce code servira à identifier le matériel biologique ainsi que tous les documents de recherche vous concernant. En aucun cas votre nom, ou autre information pouvant vous identifier, ne sera divulgué ou utilisé dans les publications des résultats de cette recherche.

Vous avez des questions?

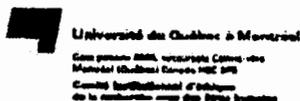
Si vous désirez recevoir plus d'informations concernant ce projet de recherche, vous pouvez contacter :

Lise Vaillancourt ou Mélanie Gosselin
assistantes de recherche du professeur
Claude Bélanger, au (514) 761-6131 poste 4675

Dans le cas où nous ne pourrions répondre à votre appel, nous vous prions de laisser vos coordonnées sur la boîte vocale et de nous mentionner le meilleur moment pour vous joindre.

APPENDICE B

LETTRES D'ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



Montréal, le 23 avril 2003

Monsieur Claude Bélanger
 Professeur
 Département de psychologie

Objet : **Projet de recherche intitulé : « identification des gènes impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif », financé par Galileo Génomique.**

Cher monsieur,

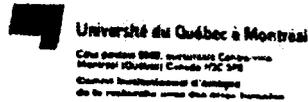
Suite au complément d'information reçu et aux recommandations émises par le Comité, il m'est agréable de vous confirmer l'acceptation de votre protocole de recherche au plan éthique. Vous trouverez ci-joint, le certificat émis par le Comité pour la durée totale du projet.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité d'informer le Comité des modifications qui pourraient être apportées à votre projet, en cours de réalisation, et qui ont trait à la participation de sujets.

Le Comité vous remercie d'avoir porté votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite de plus grand succès dans la poursuite de vos travaux.

Joseph Josy Lévy, Ph.D.
 Professeur
 Président

UQAM



Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant.

Responsable du projet : Claude Bélanger
 Département ou centre de recherche : Psychologie
 Titre du projet : *Identification des gènes impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif*

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet :

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «*Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*».

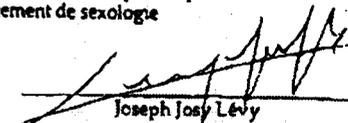
Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Professeur, Département de kinanthropologie
 Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines
 René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité
 Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité
 Suzanne Lemerise, Professeure retraitée, Représentante de la Faculté des arts
 Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société
 Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques
 Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie
 Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

23 avril 2003

Date


 Joseph Josy Lévy
 Président du Comité

UQAM



Université du Québec à Montréal

Casa postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8
Comité institutionnel d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Montréal, le 3 décembre 2003

Monsieur Claude Bélanger
Professeur
Département de psychologie

Objet : Projets de recherche intitulés 1) Identification des gènes impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif; 2) Identification des gènes impliqués dans le trouble panique et l'agoraphobie, financés par Galiléo. Demande de modifications transmises en juillet 2003.

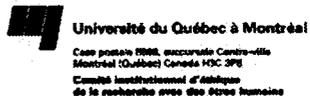
Cher monsieur,

La présente confirme l'acceptation au plan éthique des modifications apportées aux deux protocoles de recherche susmentionnés.

Je vous remercie d'avoir porté ces renseignements à l'attention du Comité et vous prie de recevoir, cher monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Joseph Josy Lévy
Professeur
Président du Comité

UQÀM



Montréal, le 18 mai 2004

Monsieur Claude Bélanger
Professeur
Département de psychologie

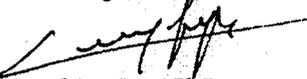
Objet : Procédure de recrutement additionnelle
Identification des gènes impliqués dans le trouble
panique/agoraphobie
Identification des gènes impliqués dans le trouble
obsessif/compulsif

Cher monsieur,

Nous avons reçu, en date du 13 mai dernier, votre acceptation de la modification demandée par le Comité à l'égard de la procédure de recrutement qui sera employée par les psychologues sollicités dans le cadre des deux projets de recherche susmentionnés.

Par la présente, il m'est agréable de vous confirmer l'approbation finale du Comité institutionnel d'éthique de l'UQAM.

Veuillez agréer, cher monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Joseph Josy Lévy, Ph.D.
Professeur
Président

c.c.: Madame Micheline Lapalme, Directrice de projets cliniques, Galiléo
Génomique

UQAM

APPENDICE C
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (majeur et apte)



CONFIDENTIEL

**Titre du projet : Identification des gènes impliqués dans le trouble obsessionnel compulsif**

Chercheurs principaux : Majid Belouchi, Ph.D. (Genizon), John Raelson, Ph.D. (Genizon), Claude Bélanger, Ph.D. (Clinique des troubles anxieux et centre de recherche de l'hôpital Douglas ; UQAM)

Collaborateurs : Camillo Zocchia, Ph.D. (Douglas)
Marie-Andrée Laplante, D.G. (Phobies Zéro)

Financement du projet : Genizon BioSciences Inc.
880 McCaffrey
Saint-Laurent (Québec) H4T 2C7

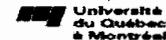
**Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire.
N'hésitez pas à poser toutes vos questions.**

DESCRIPTION GÉNÉRALE DU PROJET

Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par des obsessions c'est-à-dire, par la présence de pensées indésirables, récurrentes et persistantes qui entraînent de la détresse, de l'anxiété ou du dégoût. La peur d'être contaminé, de perdre le contrôle, de blesser quelqu'un, de se tromper, et de faire les choses incorrectement sont des obsessions fréquentes. Les obsessions sont généralement accompagnées de compulsions c'est-à-dire, d'un besoin intense et pressant de faire quelque chose pour soulager l'anxiété engendrée par les pensées obsédantes. Ces compulsions se manifesteront par exemple sous la forme de rituels de vérification, de lavage, de rangement ou autres. Dans les cas plus sévères, la répétition constante de ces rituels peut occuper la majeure partie de la journée et empêcher la personne de vaquer normalement à ses activités quotidiennes. Le trouble obsessionnel-compulsif est un problème relativement fréquent qui atteint environ 3% des canadiens au cours de leur vie. Ce trouble apparaît généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte mais il s'écoule souvent plusieurs années avant que la personne aille chercher de l'aide.

Le présent projet de recherche porte sur la découverte des facteurs génétiques impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif. Nous savons, en effet, que cette condition est attribuable en partie, à des changements intervenus sur un ou plusieurs gènes. Les gènes constituent, en quelque sorte, le bagage héréditaire de chaque personne et sont situés sur les chromosomes. Le présent projet vise à préciser les régions chromosomiques susceptibles d'abriter les gènes impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif. Une telle découverte pourrait éventuellement mener au développement de traitements plus efficaces.

320, Ste-Catherine Est, Montréal, 4^e étage, local DS-4202, Téléphone: (514) 967-0253
Adresse postale: C. P. 5888, succ. Centre-Ville, Montréal (Qc) H3C 3P8



No. de doc. OC025-CLIN01-CL-ICF-003.00
Ecran Cons_S

Version du 24 février 2003
Modifiée le 29 janvier 2005

Page 1 de 8

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (majeur et apte)



CONFIDENTIEL

0095-170134-DATA-CONS_S

Le projet de recherche vise à recruter environ 700 personnes souffrant ou ayant déjà souffert du trouble obsessionnel-compulsif ainsi que certains membres de leur famille. Il n'est pas nécessaire que les membres de la famille souffrent de la maladie. Au total, environ 2100 personnes participeront à l'étude et ce, à la grandeur du Québec. Le recrutement des sujets se déroulera sur un an et le projet s'étalera sur une période pouvant aller jusqu'à huit ans.

NATURE DE LA PARTICIPATION

Tous les sujets devront se soumettre à une prise de sang (30 ml, 2 c. à table) afin d'en extraire l'ADN. Les sujets-patients devront de plus compléter une entrevue d'environ 60 minutes visant à confirmer le diagnostic et répondre à quelques brefs questionnaires portant sur leur condition, leur histoire médicale et familiale (généalogique). Les personnes apparentées aux sujets-patients pourraient être appelées à compléter les informations généalogiques. La durée totale de la participation ne devrait pas dépasser 2 heures pour les sujets-patients et 30 minutes pour les apparentés.

Les personnes qui accepteront de participer au projet pourront également consentir à faire partie de la Biobanque de Genizon pour laquelle il existe une formule d'adhésion séparée du présent projet. L'adhésion à la Biobanque implique uniquement de répondre à quelques questions sur votre santé générale et entraînera une participation additionnelle d'une trentaine de minutes environ. La participation à la Biobanque ne nécessite pas de prélèvement sanguin supplémentaire car une partie de l'échantillon sanguin fourni dans le cadre du présent projet serait transférée à la Biobanque. Ce volet est facultatif et il n'est pas obligatoire pour prendre part au projet sur le trouble obsessionnel-compulsif.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

L'information génétique est particulière dans la mesure où elle renseigne non seulement sur une personne mais aussi sur ses ascendants et descendants. Pour cette raison, les risques associés aux recherches génétiques touchent également les personnes apparentées.

Les risques rattachés à ce type de projet sont liés principalement à la connaissance de la maladie par la personne ou à la divulgation d'une prédisposition à cette maladie. Ainsi, la présence d'une maladie de nature possiblement génétique dans une famille peut entraîner de l'anxiété ou de la souffrance psychologique et morale. Elle pourrait avoir aussi des conséquences possibles au chapitre de l'assurance ou de l'emploi. À la lumière des travaux projetés toutefois, nous croyons que votre participation n'augmentera pas ces conséquences de façon significative. D'une part, vous ou vos proches êtes déjà confrontés à la présence du trouble dans la famille. D'autre part, la découverte d'un gène associé au trouble obsessionnel-compulsif est peu susceptible d'entraîner ce type de conséquences dans l'état actuel des choses. De plus, nos travaux de recherche sont encore au stade expérimental et ne visent pas à diagnostiquer cette condition à l'aide de tests génétiques ou autres. Tant qu'il s'agit de résultats non validés, c'est-à-dire encore au stade expérimental, nous ne croyons pas que votre participation puisse engendrer des conséquences négatives. Cependant, comme dans tout projet de recherche, il existe une part d'inconnu et il pourrait en découler des préjudices imprévisibles.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (majeur et apte)



CONFIDENTIEL



Il est possible que certaines questions qui vous seront posées vous fassent ressentir de la gêne ou de l'inconfort. De même, les membres de votre famille pourraient trouver dérangeant que des informations d'ordre généalogique aient été divulguées à leur sujet. Notre projet ne comporte pas, selon nous, d'autres risques si ce n'est ceux qui sont reliés à la prise de sang, soit l'inconfort de la piqûre, le risque d'apparition d'un bleu au site de la ponction, une réaction inattendue et, très rarement, une infection. Les inconvénients sont rattachés au temps que vous devrez consacrer à la participation à ce projet.

AVANTAGES

Il est peu probable que vous retiriez un avantage du fait de votre participation. Nous avons cependant de bonnes raisons d'espérer que les résultats escomptés contribueront à améliorer dans le futur la qualité de vie des patients souffrant du trouble obsessionnel-compulsif.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Puisque le projet ne vise pas à établir un lien entre le patron génétique et les symptômes d'un individu donné, nous ne vous communiquerons aucun résultat personnel de nature génétique. Il en sera de même pour toute personne ou organisme qui pourrait se montrer intéressé à connaître ces résultats, à moins que la loi ne nous y oblige. En effet, les informations colligées dans les dossiers de recherche ne pourraient être d'aucune utilité pour les sujets, les tiers apparentés ou non, dans la mesure où il s'agit de données brutes et non vérifiées, sur la base desquelles aucun diagnostic de nature génétique ne pourrait être posé de façon scientifiquement valide.

Genizon s'engage, en cours de recherche, à communiquer l'état de l'avancement des travaux ou les résultats généraux de la recherche par le biais de son site Web (www.genizon.com) ou directement par courriel ou par lettre, à votre convenance. Cependant, vous serez informé de toute information pouvant affecter votre désir de participer à ce projet.

CONFIDENTIALITÉ

Toute information personnelle recueillie dans le cadre de ce projet sera gardée confidentielle. Nous vous attribuerons un numéro de code, ce qui fait que vous ne serez pas identifié(e) par votre nom. La clé reliant les noms des participants à leur code est conservée chez Genizon et chez les centres collaborateurs. En aucun cas, votre nom ou autre information pouvant vous identifier ne sera utilisé dans les publications des résultats de cette recherche ou pour des activités commerciales. L'information et les échantillons biologiques vous concernant seront utilisés uniquement dans le cadre du présent projet, à moins que vous ne consentiez à participer à la Biobanque.

En acceptant de participer au présent projet de recherche, vous consentez à ce que le clinicien (médecin ou psychologue), son personnel de recherche et les personnes de Genizon BioSciences pour qui cela est indispensable à leur travail puissent avoir accès à vos dossiers médical et de recherche. Vous consentez également, à des fins de vérification ou de gestion, à en donner l'accès aux autorités compétentes (par exemple, agences gouvernementales, représentants de Genizon BioSciences ou du comité d'éthique ayant approuvé ce projet). De plus, un consentement à ce projet signifie que vous nous permettez de transférer de façon dénominalisée (codée), votre matériel biologique au laboratoire de Genizon afin que l'ADN en soit extrait et que le matériel biologique y soit conservé.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (majeur et apte)

CONFIDENTIEL

0095-170134-DATA-CONS_S*

Vous nous autorisez également, si besoin est, à transférer dans la base de données du Projet BALSAC (Université du Québec à Chicoutimi) les renseignements familiaux recueillis dans cette étude pour la reconstruction de votre généalogie.

Cette dernière, une fois complétée, nous sera transférée sous forme codée (nous n'aurons aucun nom). Les généalogies nous permettront d'identifier un ancêtre commun aux sujets de recherche et ainsi de déduire l'origine du ou des gènes en cause. Les activités du Projet BALSAC sont en conformité avec les règles de confidentialité. Aucun autre transfert de renseignements ou de matériel biologique à une tierce partie ne sera permis à moins que vous n'y ayez préalablement consenti ou que la loi nous y oblige.

La garde légale et la conservation des renseignements codés et du matériel biologique seront assumées par Genizon. Ils seront conservés dans un lieu sécuritaire, sous clef et ce, pour une période n'excédant pas 10 ans après la fin du projet. Passé ce délai, les informations et le matériel biologique rattachés au projet seront détruits.

COMPENSATION ET CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

Vous ne recevrez aucune rémunération pour votre participation. Cependant, vos frais de déplacement, de stationnement et de gardienne pourront vous être remboursés. Aucune indemnité n'est prévue pour les repas ou la perte de temps de travail.

Dans l'éventualité où vous seriez victime d'une complication reliée au projet de recherche, Genizon s'engage à défrayer les coûts des soins et des services de santé que vous pourriez requérir et qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance hospitalisation, d'assurance maladie et d'assurance médicaments du Québec. Aucune autre compensation n'est prévue. Toutefois, en signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits. De plus, vous ne libérez ni les chercheurs ni le promoteur de leurs responsabilités légales et professionnelles dans l'éventualité où une situation vous causerait préjudice.

RETRAIT PRÉMATURÉ DU PROJET

Votre participation à ce projet pourrait être interrompue par le chercheur ou la compagnie pour des raisons internes à la conduite du projet. Un retrait d'un membre de votre famille pourrait également entraîner votre retrait involontaire de l'étude.

FINANCEMENT DU PROJET ET RETOMBÉES ÉCONOMIQUES

Le financement du projet est assumé par Genizon BioSciences. Certains des chercheurs principaux sont actionnaires de la compagnie. Celle-ci compte obtenir des retombées économiques des découvertes faites dans le cadre du présent projet et celles découlant de brevets et de la commercialisation des résultats, notamment. Vous ne retirerez aucun avantage financier qui pourrait être relié aux découvertes faites dans le présent projet.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (majeur et apte)

CONFIDENTIEL

0095-170134-DATA-CONS_S

PERSONNES RESSOURCES

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet du déroulement de ce projet ou si vous souhaitez vous retirer du projet en cours de route, vous pouvez communiquer avec Mariko Chartier-Otis ou Andréa G. Leduc, assistantes de recherche du professeur Claude Bélanger, au 514-761-6131 poste 4675. Vous pouvez également communiquer directement avec Mme Micheline Lapalme, directrice de projets cliniques, au (514) 270-3991, poste 252 ou sans frais au 1.888.244.0388 ou par écrit à l'adresse suivante : Genizon BioSciences, 880 McCaffrey, Ville St-Laurent (H4T 2C7).

Toute question sur vos droits en tant que sujet de recherche ou en tant que patient peut être adressée au professeur Claude Bélanger. Pour toute question sur les responsabilités des chercheurs ou encore pour formuler une plainte, vous pouvez vous adresser au secrétariat du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (Service de la recherche et de la création, case postale 8888, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8 – téléphone : (514) 987-3000 poste 7753.)

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre de participer à ce projet ou de vous en retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice. Un retrait en cours de route entraîne la destruction des renseignements et matériel biologique recueillis non seulement de la personne ayant fait la demande mais possiblement des personnes qui lui sont apparentées. Enfin, vous serez informé(e) de toute information pouvant affecter votre désir de continuer à participer à ce projet.

APPENDICE D

FORMULAIRES D'ENTREVUE ET QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

- 1) Questionnaires de pré-sélection;
- 2) Identification du participant;
- 3) Questionnaire de renseignements généraux;
- 4) Modules d'entrevue clinique structurée pour Troubles anxieux;
- 5) Inventaire de Padoue;
- 6) Questionnaire d'adaptation sociale;
- 7) Inventaire de résolution de problèmes sociaux – Révisé
- 8) Échelle de croyance dans le contrôle personnel.

PRÉSÉLECTION D'UN PARTICIPANT POTENTIEL (F0)



CONFIDENTIEL

Compléter le formulaire en lettres moulées

Numéro de présélection :  "S0002768"
 Projet de recherche : Identification des gènes impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif
 Site de recrutement : _____
 Collaborateur : _____

Lorsque complété, ce formulaire doit être faxé au 514-270-4991

Identification du participant potentiel																															
Nom à la naissance	Prénom																														
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																														
No de téléphone	<input type="checkbox"/> Cocher si le participant est mineur																														
Maison : () - _____	Cell : () - _____																														
Bureau : () - _____																															
À compléter par l'assistant ou le collaborateur																															
Premier contact établi par	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> En personne																														
J'ai expliqué brièvement l'étude au participant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																														
Le participant a démontré un intérêt à participer à l'étude	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																														
Le participant a l'âge requis pour participer à l'étude	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																														
J'ai vérifié que les deux parents biologiques du participant sont d'origine canadienne-française	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																														
Le participant croit que des membres de sa famille accepteraient de participer à l'étude	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/Ap*																														
J'ai vérifié auprès du participant si les membres de sa famille sont aptes à consentir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/Ap*																														
Le participant accepte qu'un membre de l'équipe de Genzon BioSciences le contacte au sujet de l'étude	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/Ap*																														
J'ai reçu l'assentiment du participant pour transmettre à l'équipe de Genzon BioSciences des renseignements personnels le concernant à des fins de sélection. J'ai expliqué au participant que ces renseignements ne pourront pas être utilisés à d'autres fins sans l'obtention de son consentement écrit.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																														
* <input type="checkbox"/> Participe en solo	Si applicable, inscrire son numéro de recherche (ID inscrit sur la F1) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																														
Est-ce que tous les critères cliniques prévus au protocole sont rencontrés?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non****																														
	****Dans la négative, le sujet ne peut être enrôlé.																														
Nom de la personne qui a procédé à la vérification des critères																															
Signature	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																														

Si participe en solo, la deuxième page ne doit pas être complétée ni acheminée à Genzon

1-866-922-0002

F R G L

Questionnaire : _____

PRÉ-SÉLECTION TÉLÉPHONIQUE

Interviewer : _____ Date _____

ÉTUDE SUR LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

Entrevue : _____ h _____

Galiléo _____

Infirmière : _____ No dossier _____

Référent : _____ (Intervenant, web, ect.) :	Région : _____
Nom/Prénom du participant: _____	
Nom mariage : _____	
Adresse : _____	Apt : _____
Ville : _____	C.P. _____
Tél. maison : _____	Travail : _____
Date de naiss : _____	Lieu Naiss : _____

Éligibilité

	ÉTUDE	OUI	NON
1)	Êtes-vous âgé(e) de 18 ans et plus?	OUI	NON
2)	Est-ce que vos parents et grands-parents sont d'origine canadienne-française? (non acadienne)	OUI	NON
3)	Est-ce que vous avez déjà consulté un professionnel de la santé à cause d'obsessions ou compulsions? Qui avez-vous consulté ? : _____	OUI	NON
4)	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif par un professionnel de la santé? Par qui? : _____ Depuis quand avez-vous ce problème? Âge de survenue : _____ Ou nombre d'années depuis la survenue : _____	OUI	NON
5)	Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments ou reçu d'autres traitements pour ce problème? Décrire : _____	OUI	NON
6)	Pouvez-vous me décrire un peu en quoi consiste ou consistait vos obsessions et/ou compulsions? _____ _____ _____		

SELON LA RÉPONSE À LA QUESTION 6 DÉTERMINER S'IL Y A :

PRÉSENCE D'OBSESSIONS :

OUI

NON

EXEMPLES D'OBSESSIONS :

- Obsessions de contamination
(Préoccupation excessive à propos des microbes, maladies, saletés, etc.)
- Obsessions à thèmes agressifs
(ex. peur de se faire mal, de faire mal aux autres, peur de se mettre à insulter les gens ou dire des obscénités, peur de voler)
- Obsessions sexuelles
(images, impulsions ou pensées perverses : inceste, homosexualité, agressions sexuelles)
- Obsessions religieuses
(préoccupation excessive avec le blasphème, la morale, scrupulosité)
- Obsessions de symétrie, d'exactitude, d'ordre
(ex. idée que les choses doivent être placées dans un certain ordre selon couleur, grandeur, forme, etc. L'idée peut être accompagnée par la peur que quelque chose de malheureux (ex. accident) peut arriver si les choses ne sont pas bien placées).
- Autres Obsessions
(peur de ne pas avoir fait, d'oublier ou de perdre quelque chose, peur de dire certaines choses, peurs superstitieuses)

PRÉSENCE DE COMPULSIONS :

OUI

NON

EXEMPLES DE COMPULSIONS :

- Compulsions de lavage/nettoyage (gestes rituels, répétitifs ou excessifs)
- Compulsions de vérification (porte fermée, four éteint, etc.)
- Rituels de répétition (ex. relire ou réécrite, répéter des mots ou gestes)
- Compulsions liées au fait de compter (ex. compter le nombre de lettres dans chaque mot)
- Compulsions d'ordre, de rangement (par couleurs, grandeur, de façon symétrique)
- Compulsions de collection (collectionne les journaux, bouteilles vides)
- Autres compulsions (jeûnes excessives, rituels mentaux, toute mesure ou comportement visant à contrer une obsession)

- 7) Dans quelle mesure vos obsessions ou compulsions nuisent-elles, ou ont-elles déjà nuit, à vos activités quotidiennes ou vous empêchent-elles, ou vous ont-elles déjà empêché, de vivre une vie normale?

LES OBSESSIONS OU COMPULSIONS ENTRAÎNENT L'UNE OU L'AUTRE DES CONSÉQUENCES SUIVANTES :

OUI

NON

- causent une forte détresse psychologique chez la personne
- prennent plus d'une heure de temps par jour
- nuisent au fonctionnement normal de la personne

- 8) Le participant consent à compléter une entrevue et à répondre à des questionnaires portant sur sa condition (environ 2 heures) OUI NON
- 9) Le participant consent à se soumettre à une prise de sang de 30ml OUI NON
- 10) Le participant accepte de solliciter la participation de ses deux apparentés pour une prise de sang OUI NON

Apparenté 1

Nom/Prénom à la naiss :		Nom mariage	
Lien avec le participant :		Date de naiss :	Ville de naiss :
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Tél. maison :		Tél. bureau :	
Confirmation obtenue de l'apparenté :		OUI	NON

Apparenté 2

Nom/Prénom à la naiss :		Nom mariage	
Lien avec le participant :		Date de naiss :	Ville de naiss :
Adresse :			
Ville :		Code postal :	
Tél. maison :		Tél. bureau :	
Confirmation obtenue de l'apparenté :		OUI	NON

Est-ce que vous m'autorisez à communiquer avec les 2 membres de votre famille pour confirmer l'acceptation d'un prélèvement sanguin? OUI non

Commentaires : _____

S.V.P. COMMUNIQUEZ AVEC MOI DÈS QUE VOUS AUREZ REÇU L'ENVELOPPE DE QUESTIONNAIRES AFIN QUE JE VOUS GUIDE POUR LES REMPLIR. CELA VA SIMPLIFIER VOTRE PARTICIPATION.

DATE : ___/___/2003

**Objet: Identification des gènes impliqués dans le trouble
Obsessif-compulsif**

Madame, Monsieur,

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de participer au projet de recherche portant sur l'étude des facteurs génétiques associés au trouble obsessionnel-compulsif conduit par Genizon BioSciences en collaboration avec le Dr Claude Bélanger (Douglas et Université du Québec à Montréal), l'association Phobies-Zéro ainsi que Benoît Poisson, Psychologue.

Questionnaires à compléter

Vous trouverez ci-inclus les questionnaires à compléter dans le cadre de cette étude. Certains éléments abordés dans les questionnaires seront également couverts lors de l'entrevue clinique. Toutefois, cette entrevue ne dure qu'une heure et sans l'aide des questionnaires il nous serait impossible d'obtenir et d'approfondir avec vous toute l'information dont nous avons besoin pour nos analyses. Par conséquent, nous vous demandons de **lire attentivement les consignes** de chaque questionnaire et de fournir le maximum d'information. Si vous ne comprenez pas certains items laissez les cases vides ou communiquez avec l'assistant(e) de recherche pour obtenir des clarifications.



Assurez-vous de compléter les questionnaires à temps pour votre rendez-vous afin de les remettre à l'interviewer.

Préparation pour l'entrevue

Vous recevrez sous peu un téléphone de la personne chargée d'effectuer les entrevues, afin de fixer un rendez-vous avec vous. Lors de cette rencontre on vous demandera de signer un formulaire de consentement de participation à notre étude. Nous avons joint une copie du formulaire de consentement pour que vous puissiez en prendre connaissance avant votre rencontre avec l'interviewer.



Notez toutes les questions ou commentaires que vous avez à propos du formulaire de consentement afin de pouvoir en discuter avec l'interviewer lors de votre rencontre.

Entre temps, n'hésitez pas à communiquer avec l'assistant(e) de recherche pour de plus amples informations:

Mariko Charlier-Olts ou Andréa Leduc au (514)761-6131 poste 4675

Dr Claude Bélanger

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT (F1)



CONFIDENTIEL

Compléter le formulaire en lettres moulées

Identification du participant		*0000-000000-F1-F1%OF* *0000-000000-F1-F1_F*									
_____ Nom à la naissance	_____ Prénoms	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin C_SEX									
_____ Nom de mariage (s'il y a lieu)	_____ Date de naissance :	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Jour</td><td>Mois</td><td colspan="2">Année</td> </tr> </table>						Jour	Mois	Année	
Jour	Mois	Année									
_____ Ville de naissance	_____ Région de naissance	(Usage interne)	C_BYEAR								
Coordonnées		No de téléphone									
_____ Adresse :	_____ App.	Maison : () -									
_____ Ville :	_____ Code Postal	Bureau : () -									
_____ Courriel :	_____ Province	Cellulaire : () -									

Participant enrôlé à titre de :

Sujet-Patient Sujet-Témoin Sujet-Apparenté

Indiquer le lien avec le sujet :

Père Conjoint Grand-parent
 Mère Fils-Fille Petit-enfant
 Frère-Sœur

Prénoms et nom de sujet

ID du sujet

Retranscrire ici le numéro de présélection inscrit sur le formulaire F0 – Présélection d'un participant potentiel

Est-ce que le participant est enrôlé dans une autre étude menée par Genizon BioSciences? Oui Non

Si oui, inscrire le (les) code(s) barre(s) correspondant : _____

Identification de l'investigateur ou du collaborateur (Usage interne)

Noms de la personne qui a complété la F1 (Usage interne)

Signature

C_CSIGDAY / C_CSIGMONT / C_CSIGYEAR

Date : 2 | 0 | _____
Jour Mois Année

F2 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (TOC)

CODE BARRES

QROMAIN_QRGDAY / QRGMONTH / QRGYEAR

Date : 20

Jour
Mois
Année

SEXE: 1. Féminin 2. Masculin

DATE DE NAISSANCE: _____

ÂGE: _____
QROMAIN_AGEORG

STATUT CIVIL 1. Célibataire 3. Marié-e 5. Veuf-ve
QROMAIN_CIVSTAT 2. Union de fait 4. Séparé-e ou divorcé-e

VIE DE COUPLE

1) Nombre d'années de vie commune: _____ QROMAIN_COUPLE

2) Les obsessions et/ou compulsions entraînent-elles, ou ont-elles déjà entraîné, des problèmes dans votre couple? QROMAIN_TOCCOUP

1. jamais 2. parfois 3. souvent 4. toujours

NOMBRE D'ENFANTS: _____
QROMAIN_CHILDÀ CHARGE: _____
QROMAIN_CHILDCHI

SCOLARITÉ QROMAIN_SCOYEAR

a) Niveau complété 1. Primaire 3. Collégial (CEGEP) 5. Baccalauréat
2. Secondaire 4. Certificat 6. Maîtrise ou doctorat

b) Pendant combien d'années avez-vous fréquenté une institution d'enseignement? _____

TRAVAIL RÉMUNÉRÉ

1) Avez-vous un emploi rémunéré? QROMAIN_WORK

1. Temps complet 2. Temps partiel 3. Pas d'emploi rémunéré

2) Si oui, depuis combien de temps? _____ QROMAIN_WORKYEAR

3) Quelle est la nature de votre emploi? _____
QROMAIN_WORKTYPE

4) Les obsessions et/ou compulsions entraînent-elles, ou ont-elles déjà entraîné, des difficultés au travail? QROMAIN_WORKPRIEL

1. Oui 2. Non

5) Si vous ne travaillez pas à l'extérieur, est-ce relié à vos obsessions et/ou compulsions?

QRGMAIN_WORKEXT
 1. Oui 2. Non

- 6) Quel était votre dernier emploi? _____
 QRGMAIN_WORKLAST
- 7) Date de cessation: _____
 QRGMAIN_WKDAY / WKMONTH / WKYEAR

ÉTUDES

- 1) Poursuivez-vous des études?
 QRGMAIN_STUDIES
 1. Temps complet 2. Temps partiel 3. Pas aux études
- 2) Si oui, dans quel programme? _____
 QRGMAIN_PROGRST

REVENUS

- 1) Quelles sont vos sources de revenus? (Vous pouvez encercler plusieurs chiffres).
1. Travail QRGMAIN_INCWORK
 2. Prestations d'assurance-chômage QRGMAIN_INCOUNEM
 3. Invalidité ou accident de travail QRGMAIN_INCODISA
 4. Prestations d'aide sociale QRGMAIN_INCOSOCI
 5. Pension alimentaire QRGMAIN_INCOPENS
 6. Autres (ex.: prêt, bourses, aide d'un proche, etc.) QRGMAIN_INCOOTH
- 2) Sur une base annuelle, à combien estimez-vous vos revenus personnels?
 QRGMAIN_PERSONC
- | | | |
|---------------------|------------------|---------------------|
| 1. Moins de 4,999\$ | 4. 20 à 29,999\$ | 7. 50 à 59,999\$ |
| 2. 5 à 9,999\$ | 5. 30 à 39,999\$ | 8. 60,000\$ et plus |
| 3. 10 à 19,999\$ | 6. 40 à 49,999\$ | |
- 3) Sur une base annuelle, à combien estimez-vous l'ensemble des revenus de votre ménage (vos revenus personnels et ceux de votre conjoint-e ou ceux de vos parents si vous êtes encore à leur charge)?
 QRGMAIN_HOUSEHLD
- | | | |
|---------------------|------------------|---------------------|
| 1. Moins de 4,999\$ | 4. 20 à 29,999\$ | 7. 50 à 59,999\$ |
| 2. 5 à 9,999\$ | 5. 30 à 39,999\$ | 8. 60,000\$ et plus |
| 3. 10 à 19,999\$ | 6. 40 à 49,999\$ | |

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

1) **Quels sont les symptômes qui vous ont amené à consulter pour ce problème?**

QRGMAIN_TOCSYMPT

2) **Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous souffriez d'un trouble obsessionnel-compulsif?**

QRGMAIN_TOCDISE

1. Oui 2. Non

3) **À quel moment avez-vous consulté la première fois pour ce problème?**

QRGMAIN_CONSULT

4) **Qui vous en a parlé la première fois?** _____ QRGMAIN_FIRSTWHO

5) **Quand vous en a-t-on parlé la première fois?** _____
 QRGMAIN_FSDAY / FSMONTH / FSYEAR

6) **Depuis combien de temps avez-vous ce problème ou combien de temps avez-vous eu ce problème?** Années: _____ Mois: _____

QRGMAIN_YEAR1PA

QRGMAIN_MONTH1PA

7) **Qui avez-vous consulté jusqu'ici?**

1. **Quel type de professionnel?**

- 1) ___ **omnipraticien** QRGMAIN_OMNPRA
 2) ___ **psychologue** QRGMAIN_PSYCHO
 3) ___ **psychiatre** QRGMAIN_PSYCHI
 4) ___ **infirmière** QRGMAIN_NURSE
 5) ___ **travailleur social** QRGMAIN_SOCIALWK
 6) ___ **autre (spécifiez _____)** QRGMAIN_OTHPRIDET
 QRGMAIN_OTHPROF

2. **Dans quelles Ressources?**

- 1) ___ **Info-santé** QRGMAIN_INFO
 2) ___ **CLSC** QRGMAIN_CLSC
 3) ___ **Clinique médicale** QRGMAIN_CLINIC
 4) ___ **Groupes d'entraide** QRGMAIN_GROUPEID

Hôpital général:

- 1) ___ **Urgence** QRGMAIN_GENEMER
 2) ___ **Services externes** QRGMAIN_GENSER
 3) ___ **Hospitalisation** QRGMAIN_GENROSP

Hôpital psychiatrique:

- 1) ___ **Urgence** QRGMAIN_PSYEMER
 2) ___ **Services externes** QRGMAIN_PSYSER
 3) ___ **Hospitalisation** QRGMAIN_PSYHOSP

- 8) **Prenez-vous des médicaments pour ce problème ou pour une autre condition?**

QRGMAIN_DRUG

1. Oui 2. Non

- 9) **Si oui, spécifier le type de médicaments et la condition :** QRGMAIN_DRUGTYPE

- 10) **Si oui, spécifier la posologie de chaque médicament :** QRGMAIN_DRUGDOSE

TRAITEMENT

- 1) **Avez-vous déjà suivi une thérapie pour ce problème ou pour une autre difficulté?**

QRGMAIN_TRAITMT

1. Oui 2. Non

- 2) **Si oui, spécifier le type de problème et le type de thérapie :** QRGMAIN_TRAITDTN

- 3) **Si oui, quand?** _____
 QRGMAIN_TRDAY / TRMONTH / TRYEAR

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- 1) **À votre connaissance, est-ce qu'un membre de votre famille souffre ou a déjà souffert d'un problème psychologique (dépression, trouble d'anxiété, etc.)?**

QRGMAIN_FAMPSY

1. Oui 2. Non

- 2) **Si oui, spécifier le trouble, le lien de parenté, et le traitement reçu si connu (hospitalisation, médicaments, thérapie, etc.)** QRGMAIN_FAMDET

CODE BARRES

**F2 - MODULES D'ENTREVUE CLINIQUE SCID-I POUR
L'ÉVALUATION DES TROUBLES ANXIEUX,
SOMATIFORMES ET ALIMENTAIRES**

**EXTRAITS DU: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders, Patient Edition
Version 2.0, (4/97): Michael B. First, M.D.; Robert L. Spitzer, M.D.; Miriam
Gibbon, M.S.W.; and Janet B.W. Williams, D.S.W.**

**ADAPTÉS POUR LES FINS DE LA PRÉSENTE ÉTUDE SUR L'IDENTIFICATION DES
GÈNES IMPLIQUÉS DANS LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF**

Date de l'entrevue :

 Jour Mois Année

- Centres :
- Charlesbourg
 - CSP-UQAM
 - Douglas
 - Phobies-Zéro
 - C.H. Lanaudière
 - C.H. du Suroit
 - CIRCÉE
 - Hors Réseau

Interviewer : _____

Signature : _____

- | | |
|--|--|
| Sources d'information
<i>(Cochez tous ceux qui s'appliquent)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sujet <input type="checkbox"/> Famille / amis / collègues <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé / dossier / notes de référence |
|--|--|

SCID - I Version 2.0 (for DSM-IV)

Feuille de cotation i

DX Code	Diagnostic	Prévalence à vie				Mois dernier	
		Info Inadéquate	Absent	Sous-seuil	Seuil	Absent	Présent
TROUBLES ANXIEUX							
1	Trouble Panique (page F. 6) MAINSCID_ANXVII	?	1	2	3	1	3
	MAINSCID_TYPETPA1						
	1 Sans Agoraphobie						
	2 Avec Agoraphobie						
2	Agoraphobie sans histoire de trouble panique (page F. 11) MAINSCID_ANXVII2	?	1	2	3	1	3
3	Phobie sociale (page F. 16) MAINSCID_ANXVII3	?	1	2	3	1	3
4	Phobie spécifique (page F. 20) MAINSCID_ANXVII4	?	1	2	3	1	3
5	Trouble Obsessif compulsif (page F. 25) MAINSCID_ANXVII5	?	1	2	3	1	3
6	Stress post-traumatique (page F. 33) MAINSCID_ANXVII6	?	1	2	3	1	3
7	Anxiété généralisée (actuel seulement) (page F. 37/F. 38) MAINSCID_ANXVII7	?	1	2	3		
TROUBLES SOMATIFORMES (Actuel Seulement)							
8	Trouble de somatization (page G. 6) MAINSCID_SOMAVI8	?	1	2	3		
9	Trouble somatoforme douloureux (page G. 7) MAINSCID_SOMAVI9	?	1	2	3		
10	Trouble somatoforme indifférencié (page G. 9) MAINSCID_SOMAVI10	?	1	2	3		
11	Hypochondrie (page G. 11) MAINSCID_SOMAVI11	?	1	2	3		
12	Dysmorphobie (page G. 12) MAINSCID_SOMAVI12	?	1	2	3		

SCID – I Version 2.0 (for DSM-IV)

Feuille de cotation ii

DX Code	Diagnostic	Info inadéquate	Prévalence à vie		Seuil	Mois dernier	
			Absent	Sous-seuil		Absent	Présent
TROUBLES ALIMENTAIRES							
13	Anorexie (page H. 2) MAINSCID_ALIM013	?	1	2	3	1	3
14	Boulimie (page H. 5) MAINSCID_ALIM014	?	1	2	3	1	3
15	Hyperphagie incontrôlée (page H. 8) MAINSCID_ALIM015	?	1	2	3	1	3
16	Autre trouble de l'axe I MAINSCID_ALIM016	?	1	2	3	1	3

Spécifier : MAINSCID_ALI01HDiagnostic Principal : MAINSCID_PRINC01ADiagnostic de l'interviewer si différent du SCID : MAINSCID_INTV01A

INSTRUCTIONS :

S.V.P. Coter le tableau synthèse sur les 5 axes diagnostiques dans le tableau qui suit (*feuille de cotation iii et iv*)

- Pour la cotation de la sévérité et/ou rémission des troubles de l'axe I, vous référer à la page correspondante du SCID s'il y a lieu ou à l'échelle ci-dessous.
- Pour l'axe V, le fonctionnement global, vous référer à la feuille de cotation v présentée à la page 6

Echelle de sévérité ou rémission :

1. **Léger :** Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic, les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. **Moyen :** Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère :** Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.
4. **En rémission partielle :** Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale :** Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de trouble panique :** Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

COTATION DES 5 AXES DIAGNOSTIQUES

AXE I Troubles de l'Axe-I (SCID, impressions cliniques, dossier)	AXE I SEVER Sévérité ou rémission	AXE I AGE Âge de survenue	AXE I DIAGNOSI Niveau de certitude diagnostique (0-100)
Trouble obsessionnel-compulsif (page F.25)			

SCID - 1 Version 2.0 (for DSM-IV)

Feuille de cotation iv

COTATION DES 5 AXES DIAGNOSTIQUES (SUITE)

Axe II Traits de personnalité (SCID, impressions cliniques, DX au dossier)			Niveau de certitude diagnostique (0-100)
AXE2_TBAXE2	X	X	AXE2_DIAGNIV2
	X	X	

Axe III Conditions médicales générales

AXE3_TBAXE3

Axe IV Problèmes psychosociaux et environnementaux

	Aigu	Persistant
Problèmes interpersonnels (relations conjoint, parent-enfant, famille) <i>Spécifier :</i> AXE4_PRINTER	AXE4_INTER	
Problèmes reliés à l'environnement social <i>Spécifier :</i> AXE4_PRENVSOC	AXE4_ENVSOC	
Problèmes éducationnels <i>Spécifier :</i> AXE4_PREDUCA	AXE4_EDUCA	
Problèmes occupationnels <i>Spécifier :</i> AXE4_PROOUP	AXE4_OOUP	
Problèmes reliés à la maison ou au logement <i>Spécifier :</i> AXE4_PHOUSE	AXE4_HOUSE	
Problèmes économiques <i>Spécifier :</i> AXE4_PRECONO	AXE4_ECONO	
Problèmes d'accès aux soins de santé <i>Spécifier :</i> AXE4_PRHEALTH	AXE4_HEALTH	
Problèmes légaux et/ou judiciaires <i>Spécifier :</i> AXE4_PRJURIDI	AXE4_JURIDI	
Autres problèmes psychosociaux <i>Spécifier :</i> AXE4_PRPSYCHO	AXE4_PSYCHO	

Axe V Fonctionnement global (GAF : 0 à 100)

Dernier mois : AXE5_DMONTH

Dernière année : AXE5_DYEAR

Avez-vous déjà été hospitalisé en
psychiatrie?

AXES__HOSPIT

1 OUI* 2 NON

***SI OUI** Nombre d'hospitalisations
(Ne pas inclure les transferts)

AXES__NBHOSPIT

1
2
3
4
5 (ou plus)

Axe V – DSM-IV : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)
(Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning State)

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une incapacité fonctionnelle due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental.

Indiquer le code de LA PLUS FAIBLE capacité fonctionnelle durant LA PIÈRE semaine des trente derniers jours. (Utiliser des codes intermédiaires, p.ex., 45,68,72, lorsque cela est justifié.)

Remarque : Attribuer le code 0 lorsque l'information est inappropriée.

- 100 Aucun symptôme. Capacité fonctionnelle supérieure dans un vaste champs d'activités; les difficultés de la vie ne semblent jamais prendre des proportions démesurées; être recherché par ses semblables en raison de nombreuses belles qualités.
- 91 Symptômes absents ou minimes (p.ex., anxiété légère avant un examen), capacité fonctionnelle satisfaisante dans un vaste champ d'activités; s'intéresse et participe à des activités très variées; actif sur le plan social; en général satisfait de la vie; les difficultés ou les préoccupations auxquels le sujet doit faire face sont celles de la vie de tous les jours, sans plus (p.ex., conflit occasionnel avec des membres de sa famille).
- 81 Si le sujet éprouve des symptômes, ceux-ci sont transitoires et ne représentent que des réactions prévisibles à des facteurs de stress d'ordre psychosocial (p.ex., difficulté de concentration après une dispute familiale), légère incapacité fonctionnelle sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., fléchissement temporaire du travail scolaire).
- 80 Quelques symptômes d'intensité légère (p.ex., humeur dépressive et insomnie légère), OU une certaine incapacité fonctionnelle sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., école buissonnière épisodique ou absentéisme au travail), mais, de façon générale, fonctionne plutôt bien et jouit de relations interpersonnelles satisfaisantes.
- 71 Symptômes d'intensité moyenne (p.ex., épuisement affectif, discours circonstanciel, attaques de panique épisodique), OU incapacité fonctionnelle d'intensité moyenne sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).
- 70 Symptômes importants (p.ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vol à l'étalage fréquent), OU toute incapacité fonctionnelle grave sur le plan social, professionnel ou scolaire (p.ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
- 61 Une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p.ex., discours par moments illogique, obscur ou hors de propos), OU handicap important dans plusieurs domaines, comme le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (à titre d'exemple, homme déprimé qui évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler, enfant qui bat fréquemment des plus jeunes, défie l'autorité à la maison et échoue à l'école).
- 60 Comportement très influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU grave handicap dans les communications ou le jugement (p.ex., incohérence occasionnelle, comportement visiblement inapproprié, préoccupation suicidaire), OU incapacité fonctionnelle dans presque tous les domaines (p.ex., reste au lit toute la journée, est sans emploi, n'a ni foyer ni amis).
- 51 Le sujet présente un certain risque pour lui-même ou pour son entourage (p.ex., tentative de suicide sans intention nette de mourir, violence fréquente, excitation manique), OU, à l'occasion, néglige les soins d'hygiène les plus élémentaires (p.ex., se barbouille d'excréments) OU présente un handicap flagrant en matière de communications (p.ex., grande incohérence ou mutisme).
- 50 Risque persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p.ex., accès répétés de violence OU incapacité permanente à accomplir les soins d'hygiène les plus élémentaires) OU geste suicidaire sérieux dans le but évident de mourir.
- 41
31
21
11
10
1

Pour débiter l'entrevue

Maintenant je vais vous poser des questions en rapport avec des problèmes ou des difficultés que vous auriez pu rencontrer au cours de votre vie. Tout au long de l'entrevue, j'aurai à prendre quelques notes. Je veux vous rappeler que toutes les informations que vous me donnez seront tenues confidentielles.

Avez-vous des questions à me poser?

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

SEXE : 1 M
2 F

Quel âge avez-vous?

ÂGE :

Êtes-vous marié(e) ?
Si non : L'avez-vous déjà été ?

STATUT MARITAL :
(le plus récent)
1 marié(e) ou conjoint(e) de fait > 1 an
2 séparé(e)
3 divorcé(e) ou mariage annulé
4 veuf(ve)
5 célibataire

Avez-vous des enfants?

ENFANTS
1 OUI
Combien : _____
2 NON

SCOLARITÉ ET ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

ÉDUCATION
1 étude primaire (6^e année et oins)
2 étude secondaire (7^e à 12^e année)
3 études professionnelles
4 études collégiales
5 Baccalauréat
6 Maîtrise
7 Doctorat

**SI N'A PAS COMPLÉTÉ UN DIPLÔME
POUR LEQUEL LE SUJET S'ÉTAIT
INSCRIT(e):**

Pourquoi n'avez-vous pas terminé?

SCID - I Version 2.0 (for DSM-IV)

Overview iii

PROBLÈMES ACTUELS (dans les 6 derniers mois)Avez-vous eu des problèmes au cours
des 6 derniers mois?

Comment était votre humeur (moral)?

Comment était votre santé physique?

Avez-vous pris des médicaments ou des
vitamines?

(Avez-vous eu un problème médical?)

**UTILISER CETTE INFORMATION
POUR COTER L'AXE III**

Comment était votre consommation
d'alcool dans les 6 derniers mois ?

Avez-vous pris des drogues ? (Cannabis,
cocaïne ou autres drogues semblables ?)

Comment avez-vous passé votre temps
libre?

**IMPRESSION DIAGNOSTIQUE
LA PLUS PROBABLE (À DATE) :**

DIAGNOSTICS À ÉLIMINER :

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisie(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes? (*Crise de panique: être subitement envahi(e) d'une peur extrême, ressentir des sensations physiques inconfortables et des pensées désagréables*)

SI OUI: Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise? (*Imprévisibles: pouvant se déclencher dans des situations sans danger ou menace réelle*)

DANS LE DOUTE: Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues? (Au moins deux?)

Après ce genre d'attaque...

Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait avec vous? Par exemple:

- que vous aviez une crise cardiaque?
- ou que vous étiez en train de devenir fou (folle)?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON: Avez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque?

Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e)?
Au moins un mois?

SI NON: Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques? Par exemple:

- Avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits? Besoin d'être accompagné?
- Avez-vous fait certaines activités, comme l'exercice?
- Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie?
- Avez-vous besoin d'objets sécurisants? (p.ex., gomme, médicaments, bouteille d'eau, cellulaire)

A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes ? 1 2 3

PASSER A LA
PAGE F 8
(ASATP)

(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants:

(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p.ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, « devenir fou »);

(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque

PASSER A LA
PAGE F 8
(ASATP)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave?
(plus de 4 symptômes)
Qu'avez-vous remarqué en premier?
Que s'est-il passé ensuite?

QUESTION À POSER AU BESOIN :

Les symptômes sont-ils apparus tout à coup?
(i.e., que les sensations physiques inconfortables surviennent brusquement, soudainement)

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début des symptômes et le moment où l'attaque est devenue vraiment très grave? (i.e. la crise est devenue intolérable, atteignant un sommet beaucoup plus intense). (Moins de 10 minutes?)

B. Les symptômes sont survenus brusquement et ont atteint leur paroxysme en moins de 10 minutes

PASSER À LA
PAGE F 8
(ASATP)

Lors de la dernière attaque grave :
(avec symptômes intenses)

Votre cœur battait-il très vite, très fort ou de façon irrégulière?

(1) Palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie); ? 1 2 3

Avez-vous transpiré?

(2) Transpiration; ? 1 2 3

Vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous été pris(e) de brusques secousses?

(3) Tremblements ou secousses musculaires; ? 1 2 3

Étiez-vous essoufflé(e)? (aviez-vous de la difficulté à reprendre votre souffle?) (souffle court)

(4) Dyspnée ou sensation d'essoufflement; ? 1 2 3

Avez-vous eu l'impression que vous alliez étouffer ou suffoquer? (sensation d'étranglement)

(5) Sensation d'étouffement ou de suffocation; ? 1 2 3

Avez-vous ressenti des douleurs ou une certaine gêne (inconfort) dans la poitrine?

(6) Douleur ou gêne thoracique; ? 1 2 3

Avez-vous eu des nausées, mal au cœur, mal au ventre ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée?

(7) Nausée ou gêne abdominale; ? 1 2 3

Vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou étiez-vous sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir? (vertiges, peur de perdre connaissance ou de tomber)

(8) Étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir; ? 1 2 3

? = Information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

SUIVANTE

SCID-I (DSM-IV)

Trouble panique

Troubles anxieux - Page F. 5

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

SI L'EXAMEN GÉNÉRAL NE FAIT PAS RESSORTIR LA PRÉSENCE D'AGORAPHOBIE : Y'a-t-il certaines situations (ou endroits) qui vous rendent nerveux(se) parce que vous avez peur d'avoir une attaque de panique?

Descrives ce genre de situations :

SI LE SUJET NE PEUT FOURNIR D'EXEMPLE : Par exemple, est-ce que ça vous rend nerveux(se) (vous sentez-vous inconfortable) :

- d'être à plus d'une certaine distance de votre domicile?
- de vous trouver dans des endroits pleins de monde? (magasin bondé, cinéma, théâtre, restaurant, etc.)
- d'être dans une file d'attente ?
- d'être sur un pont ?
- d'utiliser les transports en commun? (autobus, train ou métro)
- ou de conduire ?

Évitez-vous ce genre de situations?

SI NON : Dans ce genre de situations, vous sentez-vous mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique (détresse ou peur marquée)?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situations ?)

B. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de panique inattendue ou provoquée par la situation.

TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE
PASSER A LA PAGE F7 (CHRONOLOGIE)

Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

? 1 2 3

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p. ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'avoir une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

TROUBLE PANIQUE SANS

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SCID-I (DSM-IV) - Version révisée par Kenneth B. Nelson et le TS (auteur principal), modifiée et imprimée en 2005
 Copyright © 1997-2005, 2008 par Mc Clinchey, NRE, Inc. Tous droits réservés. SCID-I (DSM-IV) est un produit de Mc Clinchey, NRE, Inc.

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique :

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination),
- l'état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- l'anxiété de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

TR Trouble Panique Sans Agoraphobie
 Passer à la Page F 7 (Chronologie)

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT COTÉS '3'

TR Trouble Panique Avec Agoraphobie

TR Trouble Panique Sans Agoraphobie

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours du dernier mois?

Le sujet a répondu aux critères du trouble panique au cours du dernier mois, c'est-à-dire qu'il a eu des attaques de panique soudaines et répétées.

? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. **Léger :** Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. **Moyen :** Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère :** Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE PANIQUE DANS LE DERNIER MOIS :

4. **En rémission partielle :** Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale :** Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de trouble panique :** Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli

Quand avez-vous éprouvé... (SYMPTÔMES DU TROUBLE PANIQUE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble panique : _____

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE PANIQUE

? = Information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

**AGORAPHOBIE SANS
ANTÉCÉDENT DE
TROUBLE PANIQUE (ASATP)**

**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

	A. Présence d'agoraphobie :	?	1	2	3
Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur :	(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.	?	1	2	3
- De sortir seul(e),		?	1	2	3
- d'être dans une foule ou une file d'attente,		?	1	2	3
- de prendre l'autobus ou le train?		?	1	2	3
Que craigniez-vous?		?	1	2	3

PASSER À LA
PAGE F 13
(PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

Une crise de panique (avec moins de 4 symptômes): _____

Étourdissement ou chute : _____

Dépersonnalisation ou déréalisation : _____

Perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale _____

Vomissement : _____

Peur d'avoir une crise cardiaque : _____

Autre (préciser) : _____

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Évitez-vous ces situations?

SI NON: Dans ces situations, vous sentez-vous très mal à l'aise ou avez-vous l'impression que vous allez avoir une attaque de panique?

(Devez-vous être accompagné(e) d'une personne que vous connaissez pour affronter ce genre de situation?)

REMARQUE :
ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES

(2) Le sujet évite les situations agoraphobiques (p.ex. limite ses déplacements) ou bien les subit avec un sentiment de détresse marquée ou avec la peur d'éprouver des symptômes évoquant une attaque de panique ou encore, il a besoin d'être accompagné.

?

1	2	3
---	---	---

PASSER À LA PAGE F 13 (PHOBIE SOCIALE)

(3) On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique:

- phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise),
- phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur),
- trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de contamination),
- état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress)
- angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches)

?

1	2	3
---	---	---

PASSER À LA PAGE F 13 (PHOBIE SOCIALE)

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3) SONT COTÉS '3'

?

1	2	3
---	---	---

PASSER À LA PAGE F 13 (PHOBIE SOCIALE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

© 1997 by DSM-IV. Tous droits réservés par Cambridge University Press. Publié en 2000, modifié le 20 janvier 2002. Cambridge University Press, 477 Williamstown Road, Port Melbourne, Victoria 3207, Australie. 300 300 300. Tous droits réservés.

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

2 = Information
inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SCORING: Please indicate the correct responses to the items in the table to the right.
Ceci est un questionnaire à choix multiples. Veuillez indiquer les réponses correctes à la table à droite.

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours du dernier mois avez-vous évité...? (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES).

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique ? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1. **Léger** : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2. **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3. **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic; ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :

- 4. **En rémission partielle** : Le sujet a déjà répondu à tous les critères d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5. **En rémission totale** : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais prenant des antidépresseurs et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6. **Antécédents d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique** : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé... (SYMPTÔMES ASATP) pour la dernière fois? _____

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans antécédent de trouble panique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à...? (symptômes ASATP) _____

Âge de survenue de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique: _____ (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER À LA PAGE

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SUIVANTE

?	Information inadequate	1 = Absent ou faux	2 = Sous seuil	3 = Présent ou vrai
---	---------------------------	--------------------	----------------	---------------------

SI 09-102018-V - Niveau de risque: Élevé (non conforme) 30/07/2018 (240) - Société de gestion de la
Région de Québec, 880 rue de la Capitale, Québec, QC, G1R 5K4 - Téléphone: 514 354-2700

PHOBIE SOCIALE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire comme parler, manger ou écrire?

Pourriez-vous me décrire ce genre de situations?

Qu'est-ce qui vous faisait peur quand ...?

SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC: Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation?

A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).

**SITUATIONS PHOBOGÈNES:
(Cocher)**

Parler en public : _____
Manger en présence d'autrui : _____
Écrire en présence d'autrui : _____
Général (la plupart des situations sociales) : _____
Autres (préciser) : _____

Remarque: Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches: l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.

PASSER A LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez ...? (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE)

B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.

Remarque: Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.

PASSER A LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. ? 1 2 3

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE :

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter ... ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété. ? 1 2 3

SI NON: Quelle difficulté cela représentait-il pour vous de ...? (PHOBIE SOCIALE)

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI L'IMPORTANCE DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE: À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs. ? 1 2 3

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE: À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs?

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS: Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

F. Sujets de moins de 18 ans: les peurs existent depuis au moins 6 mois. ? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Quelque temps avant l'apparition de ce genre de peurs, preniez-vous :

- des médicaments?
- de la caféine?
- des pilules pour maigrir?
- ou de la drogue?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommiez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

C. Les peurs ou la conduite d'évitement ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie,
- hypoglycémie,
- hyperparathyroïdie,
- phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive,
- pneumonie, hyperventilation,
- carence en vitamine B12,
- porphyrie, tumeurs du S.N.C.,
- troubles vestibulaires
- encéphalite.

De plus, on peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des peurs éprouvées :

- trouble panique sans antécédent d'agoraphobie,
- angoisse de séparation,
- peur de dysmorphie corporelle,
- troubles envahissant du développement
- personnalité schizoïde

?	1	3
:	:	:
:	:	:
:	:	:
:	:	:

ATTRIBU-
ABLE A UNE
MAL. PHYS.
OU A UNE
INTOX.

PASSER À
LA PAGE F18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

CONTINUER

?	1	3
:	:	:
:	:	:
:	:	:
:	:	:

PASSER A LA
PAGE F 18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex. il ne s'agit pas de: | ? | 1 | 2 | 3 |
| - la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson) | : | : | : | : |
| - la peur de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie) | : | : | : | : |

PASSER À LA PAGE F 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA PHOBIE SOCIALE SONT COTÉS «3».

1 3

PHOBIE SOCIALE

PASSER À LA PAGE F. 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE: Au cours du dernier mois est-ce que cela vous a dérangé de devoir...? (SITUATIONS PHOBOGÈNES)

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours du dernier mois.

? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. **Léger:** Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur la plan social ou professionnel.
2. **Moyen:** Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère:** Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

4. **En rémission partielle:** Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale:** Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de phobie sociale:** Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois? Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de la phobie sociale :

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE)

Âge de survenue de la phobie sociale: (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
À LA PAGE F.18
(PHOBIE
SPÉCIFIQUE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

PHOBIE SPÉCIFIQUE**CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES**

Y'a-t-il des choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme :

- les voyages en avion?
- la vue du sang?
- les piqûres?
- les hauteurs?
- les espaces clos?
- ou certains animaux ou insectes?

Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.

Que craignez-vous qu'il se produise quand vous ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Avez-vous toujours ressenti de la peur quand ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

Pensez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée?

A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p.ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue de sang)

? 1 2 3

PASSER A LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

B. L'exposition aux stimuli phobogènes provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation dans laquelle se trouve le sujet.

? 1 2 3

PASSER A LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur.

? 1 2 3

Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

PASSER A LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Faites-vous des efforts particuliers pour éviter ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

(Y'a-t-il des choses que vous évitez de faire mais que vous auriez faites, n'eut été de cette peur?)

SI NON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point ... (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché de vivre une vie normale?

(Y'a-t-il des choses que vous avez évitées parce que vous aviez peur de ... ?) (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de ...? (SITUATION PHOBOGÈNE)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs?

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier, soit :

- le trouble obsessif-compulsif,
- l'état de stress post-traumatique
- l'angoisse de séparation
- la phobie sociale
- le trouble panique avec agoraphobie
- ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER A LA PAGE F 22 (TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS 3.

1 3

PHOBIE SPÉCIFIQUE

PASSER A LA PAGE F 22 (TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF)

CONTINUER

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris les insectes) _____

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____

Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____

Autres types de phobie (p.ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____

Préciser : _____

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

DANS LE DOUTE : Au cours du dernier mois, la peur de ... (PHOBIE) vous a-t-elle dérangé(e) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie spécifique au cours du dernier mois.

? 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. **Léger** : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE :

4. **En rémission partielle** : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie spécifique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale** : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie spécifique dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de phobie spécifique** : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie spécifique : _____

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (PHOBIE)

Âge de survenue de la phobie spécifique : _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER A
LA PAGE F. 22
(TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF)

? = Information
insuffisante

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions.

Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser? (p.ex. images, scénarios, verbalisations internes qui sont envahissantes, ne font pas de sens et qui sont difficiles à contrôler)

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple :

- avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un sans le vouloir vraiment
- être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous essayiez-vous de les chasser de votre esprit? (Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés réelles.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

? 1 2 3

OBSESSIONS

PAS D'OBSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

COMPULSIONS

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé de vous sentir obligé(e) d'accomplir sans cesse les mêmes gestes, et/ou exercices mentaux comme :

- vous laver les mains à plusieurs reprises?
- compter jusqu'à un certain nombre?
- ou vérifier la même chose encore et encore pour vous assurer que vous l'avez bien faite?
- autres?

Vous sentez-vous obligé(e) de le faire?

DANS LE DOUTE : pourquoi vous sentiez-vous obligé(e) de ...? (GESTE COMPULSIF)

Quelles auraient été les conséquences si vous n'aviez pas pu le faire?

DANS LE DOUTE : Combien de fois faites-vous ou faisiez-vous ...? (COMPULSION)

Combien de temps par jour y consacriez-vous?

Compulsions, définies par les critères (1) et (2) :

(1) Des gestes (p.ex., se laver les mains, remettre en place certains objets, vérifier quelque chose) ou des exercices mentaux répétitifs (p.ex., prier, compter, répéter certains mots mentalement) que le sujet se sent obligé de faire en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être observées à la lettre.

(2) Les gestes ou les exercices mentaux en question visent à prévenir ou réduire un sentiment de détresse ou à prévenir un événement ou une situation redoutés, pourtant ils ne sont pas liés de façon réaliste à ce qu'ils sont présumés neutraliser ou prévenir ou bien ils sont manifestement excessifs.

? 1 2 3

? 1 2 3

COMPULSIONS

PASSER A LA PAGE F.24

DÉCRIRE LA OU LES COMPULSIONS :

? = Information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CONFIRMATION DES OBSESSIONS OU DES COMPULSIONS

SI LE SUJET NE SOUFFRE NI D'OBSESSIONS, NI DE COMPULSIONS, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE).

SI LE SUJET SOUFFRE D'OBSESSIONS, DE COMPULSIONS OU DES DEUX À LA FOIS, CONTINUER CI-DESSOUS.

Avez-vous pensé à (L'IDÉE OBSÉDANTE) et/ou fait ... (L'ACTIVITÉ COMPULSIVE) plus que vous ne l'auriez dû ou plus qu'il ne vous paraissait raisonnable?

SI NON: Au début, quand vous avez commencé à avoir ce genre de comportement, est-ce que ça vous a paru excessif ou absurde? (i.e. insensé et/ou répété de façon exagérée)

B. À un moment ou à un autre pendant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que son comportement était excessif ou absurde.

Cocher ici _____ si le sujet fait preuve de peu de discernement, c'est-à-dire si, la plupart du temps, pendant le présent épisode, il ne reconnaît pas que ses obsessions ou que ses compulsions sont excessives ou absurdes.

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

Quelles ont été les répercussions de ... (OBSESSION OU COMPULSION) dans votre vie?

Est-ce que ça vous a beaucoup importuné(e) de ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

Combien de temps passez-vous à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)

C. Les obsessions ou compulsions :

- causent des sentiments marqués de détresse,
- occasionnent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour)
- ou interfèrent de façon significative avec les activités quotidiennes du sujet (fonctionnement professionnel, activités ou relations sociales habituelles).

? 1 2 3

PASSER À LA
PAGE F 28
(ÉTAT DE
STRESS POST-
TRAUMATIQUE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| D. | En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble, par exemple | ? | 1 | 2 | 3 |
| | <ul style="list-style-type: none"> - obsession de la nourriture en cas de trouble de l'alimentation; - obsession de la drogue en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes; - obsessions concernant l'apparence en cas de dysmorphophobie; - peur obsédante d'avoir une maladie grave en cas d'hypochondrie; - sentiment de culpabilité obsédant en cas d'épisode dépressif majeur; - compulsion à s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie. | : | : | : | : |

PASSER À LA PAGE F. 28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, prenez-vous des médicaments ou de la drogue ?

- | | | | | |
|----|---|---|---|---|
| E. | L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique | ? | 1 | 3 |
| | | : | : | : |

ATTRIBU-
ABLE À UNE
MAL. PHYS.
OU À UNE
INTOX.

PASSER À LA
PAGE F. 28
(ESPT)

Lorsque votre ... (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit le médecin ?

Exemples de maladies physiques :
certaines tumeurs du S.N.C

Par intoxication, on entend :
l'intoxication par un psychotrope
(cocaïne, amphétamines).

TROUBLE
ANXIEUX
PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D et E DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF SONT COTÉS 3.

TROUBLE
OBSESSIF-
COMPULSIF

PASSER À
LA PAGE
F. 28 (ESPT)

? = Information inadéquate	1 = Absent ou faux	2 = Sous seuil	3 = Présent ou vrai
----------------------------	--------------------	----------------	---------------------

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

SCID-I (DSM-IV)

Trouble obsessionnel-compulsif

Troubles anxieux -- Pages F. 26/F. 27

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

DANS LE DOUTE : Durant le dernier mois, le fait de ... (OBSESSION OU COMPULSION) a-t-il eu des répercussions dans votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?

Les symptômes éprouvés par le sujet au cours du dernier mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel-compulsif.	?	1	3
		:	:
		:	:
		:	:
		:	:

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. **Léger** : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. **Moyen** : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. **Sévère** : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF :

4. **En rémission partielle** : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. **En rémission totale** : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble - par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
6. **Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif** : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF) pour la dernière fois?	Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du trouble obsessionnel-compulsif : _____
--	--

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à ...? (OBSESSION OU COMPULSION)	Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif : _____ (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)
---	---

? = Information inadéquate	1 = Absent ou faux	2 = Sous seuil	3 = Présent ou vrai
----------------------------	--------------------	----------------	---------------------

CONTINUER A
LA PAGE F.28
(ESPT)

2 = Information
inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

© 2004 Pearson Education, Inc. All rights reserved. This material is intended for use only in the context of the Pearson Education, Inc. publishing program. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from Pearson Education, Inc.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Il peut arriver qu'une personne vive des événements extrêmement bouleversants – par exemple :

- se trouver dans une situation où sa vie est en danger (cataclysme, accident grave ou incendie),
- être victime d'une agression physique ou d'un viol,
- être témoin de la mort ou de l'assassinat de quelqu'un
- voir quelqu'un se faire blesser grièvement
- apprendre que quelque chose d'horrible est arrivé à un être cher.

Avez-vous déjà vécu de tels événements à un moment ou à un autre au cours de votre vie ?

SI LE SUJET N'A PAS VÉCU D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE).

Liste des événements traumatisants vécus par le sujet

Description brève :	Date (Mois / Année)	Âge
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____

SI LE SUJET A MENTIONNÉ DES ÉVÈNEMENTS TRAUMATISANTS :

Parfois, ces événements reviennent ou nous hanter sous forme de cauchemars, de phénomènes de récurrences (ou « flash-backs ») ou de pensées obsédantes dont on ne peut se défaire. Cela vous est-il déjà arrivé ?

SI NON : Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) en vous trouvant dans une situation qui vous rappelait les événements pénibles que vous aviez vécus ?

SI LE SUJET A RÉPONDU NON AU DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F. 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT, METTRE L'ACCENT SUR LES ÉVÉNEMENTS MENTIONNÉS PRÉCÉDEMMENT.

SI LE SUJET A MENTIONNÉ PLUS D'UN TRAUMATISME : Lequel de ces événements vous a le plus affecté(e) ?

DANS LE DOUTE : Qu'avez-vous éprouvé quand ...? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

(Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti de l'horreur ou de l'impuissance ?)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions concernant les effets précis que ce ou ces événements ont pu avoir sur vous.

Par exemple, avez-vous pensé malgré vous à ... ? (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)

Le souvenir de cet événement vous est-il revenu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité ?

Y avez-vous rêvé ?
(avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?)

A. Le sujet a été exposé à un ou plusieurs événements traumatisants répondant aux critères suivants :

(1) Événement traumatisant que le sujet a vécu ou dont il a été témoin et au cours duquel il y a eu mort ou menace de mort ou de blessures sérieuses ou au cours duquel la santé du sujet ou celle d'autres personnes a été menacée.	?	1	2	3
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:

PASSER A
LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

(2) Événement au cours duquel le sujet a éprouvé une très grande peur ou un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance.	?	1	2	3
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:

PASSER
A PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

B. L'événement traumatisant est constamment revécu comme en témoigne la présence d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris des visions, des pensées ou des sensations, provoquant un sentiment de détresse chez le sujet;	?	1	2	3
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:

(2) rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse;	?	1	2	3
	:	:	:	:
	:	:	:	:
	:	:	:	:

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?

(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p.ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);

? 1 2 3

Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?

(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;

? 1 2 3

Vous est-il arrivé(e) d'éprouver des symptômes physiques lors d'une exposition à des signes qui évoquent ou rappellent l'événement? Par exemple :

- vous mettre à transpirer abondamment ?
- respirer de façon laborieuse ou irrégulière?
- sentir votre cœur battre très fort ?

(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci

? 1 2 3

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « B » EST COTÉE « 3 ».

? 1 3

PASSER À LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

	C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :			
Depuis ... (ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)				
Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ? <i>(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)</i>	(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;	?	1 2 3	
Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?	(2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;	?	1 2 3	
Avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?	(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;	?	1 2 3	
Avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? (ou avez-vous réduit votre participation à ses activités)	(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;	?	1 2 3	
Vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?	(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;	?	1 2 3	
Vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ? (vous sentiez-vous incapable d'éprouver des sentiments tendres?)	(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);	?	1 2 3	
Avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? (avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement?)	(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.	?	1 2 3	
	AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « C » SONT COTÉES « 3 ».	?	1 2 3	

PASSER A LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

	D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neuro-végétative (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :			
Depuis... (ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT)				
Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)	(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;	?	1 2 3	
Vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?	(2) irritabilité ou accès de colère;	?	1 2 3	
Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?	(3) difficultés de concentration;	?	1 2 3	
Avez-vous eu tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?	(4) hypervigilance;	?	1 2 3	
Avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, suite à un bruit soudain ?	(5) réaction de sursaut exagérée.	?	1 2 3	
	AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN « D » SONT COTÉES « 3 ».	?	1 3	
		:	:	
		:	:	
		:	:	
		:	:	

PASSER À LA
PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information inadéquate 1 = Absent ou faux 2 = Sous seuil 3 = Présent ou vrai

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé les difficultés dont nous venons de parler?

(NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET)

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois ? 1 2 3

PASSER A LA PAGE F 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

Pensez-vous que ... (l'événement traumatisant) a changé votre qualité de vie?

Pensez-vous que vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? (p.ex. relations amoureuses, amis, travail, loisirs, sorties, activités quotidiennes)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap important sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ? 1 2 3

PASSER A LA PAGE F 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS « 3 ».

PASSER A LA PAGE F 35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = Information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours du dernier mois, avez-vous ... (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois. ? 1 3

INDIQUER LE DÉGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

1. Léger: Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
2. Moyen: Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
3. Sévère: Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE:

4. En rémission partielle: Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
5. En rémission totale: Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.
6. Antécédents d'état de stress post-traumatique: Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé ... (SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique: _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à avoir ...? (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)

Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique: _____
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

CONTINUER
A LA PAGE F 35
(ANXIÉTÉ
GÉNÉRALISÉE)

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
 (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES
DIAGNOSTIQUES

Au cours des derniers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?

Vous inquiétez-vous beaucoup au sujet d'événements fâcheux qui pourraient survenir ?

SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous ? (À quel point ?)

Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?

Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?

Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ?

A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire)

B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.

F. (2) Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? 1 2 3

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de vos ... (SYMPTOMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie?

(Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3

PASSER AU MODULE SUIVANT

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, prenez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LE MODULE SUIVANT

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

Exemples de maladies physiques :

- hyperthyroïdie, hypothyroïdie
- hyperparathyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome,
- insuffisance cardiaque, arythmies,
- embolie pulmonaire,
- bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie,
- hyperventilation,
- carence en vitamine B-12,
- porphyrie, tumeur du S.N.C.,
- troubles vestibulaires, encéphalite.

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E et F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS 3.

1 3

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

? = Information inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

PASSER AU
MODULE
SUIVANT

CONTINUER
À LA PAGE
SUIVANTE

SCID-I (DSM-IV)

Anxiété généralisée

Troubles anxieux – Page F. 39

DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE :

- 1 Léger : Peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS)

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Quel âge aviez-vous quand vous avez
commencé à ...? (SYMPTÔMES ÉPROUVÉS
PAR LE SUJET)

Âge de survenue de
l'anxiété généralisée ;
(SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER
AU MODULE
SUIVANT

? = Information
inadéquate

1 = Absent ou faux

2 = Sous seuil

3 = Présent ou vrai

F2 - INVENTAIRE DE PADOVA

CODE
BARRÉS

Date : 20
Jour Mois Année

Les énoncés suivants réfèrent à des pensées et des comportements qui peuvent survenir à tous les jours dans la vie de chacun.

Consignes:

- Pour chacun des énoncés, choisir la réponse qui semble le mieux vous décrire en tenant compte du degré de perturbation que ces pensées ou comportements peuvent vous causer ou vous ont déjà causé.

Cotez vos réponses comme suit :

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Je sens que mes mains sont sales quand je touche de l'argent.				
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Je pense qu'un contact, même léger, avec des sécrétions corporelles (transpiration, salive, urine, etc.) peut contaminer mes vêtements ou me nuire de quelque façon.				
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais que des étrangers ou d'autres personnes lui ont touché.				
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	J'éprouve de la difficulté à toucher aux déchets ou aux choses sales.				
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	J'évite d'utiliser les toilettes publiques parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).				
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	J'évite d'utiliser les téléphone publics parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).				
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.				
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Parfois, je dois me laver ou me nettoyer simplement car je crois possiblement être sale ou contaminé(e).				
9.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Si je touche à quelque chose que je crois contaminée, je dois immédiatement me laver ou me nettoyer.				
10.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Si un animal me touche, je me sens sale et je dois immédiatement me laver ou changer mes vêtements.				
11.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Quand des doutes et des inquiétudes me viennent à l'esprit, je ne peux pas me reposer avant d'en avoir discuté avec une personne rassurante.				
12.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Quand je parle, j'ai tendance à répéter les mêmes choses et les mêmes phrases plusieurs fois.				
13.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	J'ai tendance à demander aux gens de répéter les mêmes choses plusieurs fois de suite même si j'ai bien compris ce qu'ils disaient la première fois.				

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
14.	_____	Je me sens obligé(e) de suivre la même séquence lorsque je m'habille, me déshabille et me lave.			
15.	_____	Avant d'aller me coucher, je dois faire certaines choses dans une certaine séquence.			
16.	_____	Avant d'aller au lit, je dois suspendre ou plier mes vêtements d'une façon spéciale.			
17.	_____	Je sens que je dois répéter certains chiffres sans aucune raison.			
18.	_____	Je dois faire les choses plusieurs fois avant de penser qu'elles sont faites correctement.			
19.	_____	J'ai tendance à vérifier les choses plus souvent que nécessaire.			
20.	_____	Je vérifie et révérifie les robinets, le four, les ronds du poêle et les interrupteurs de lumière même après les avoir fermés.			
21.	_____	Je retourne à la maison vérifier les portes, fenêtres, tiroirs, etc. pour m'assurer qu'ils sont correctement fermés.			
22.	_____	Je vérifie continuellement en détail les formulaires, documents, chèques, etc. pour être certain(e) de les avoir remplis correctement.			
23.	_____	Je reviens continuellement en arrière pour voir si les allumettes, les cigarettes, etc. sont bel et bien éteintes.			
24.	_____	Quand je manipule de l'argent, je le compte et le recompte plusieurs fois.			
25.	_____	Avant de mettre une lettre à la poste, je la vérifie avec soin à plusieurs reprises.			
26.	_____	J'éprouve de la difficulté à prendre des décisions, même pour des choses sans importance.			
27.	_____	Parfois, je doute d'avoir fait des choses même si je sais les avoir faites.			
28.	_____	J'ai l'impression que je ne serai jamais capable d'expliquer clairement mes pensées, surtout quand je parle de choses importantes qui me touchent.			
29.	_____	Après avoir fait quelque chose avec soin, j'ai l'impression de l'avoir mal faite ou de ne pas l'avoir finie.			
30.	_____	Je suis quelquefois en retard parce que je m'attarde à faire certaines choses plus souvent que nécessaire.			
31.	_____	Je me crée des problèmes et des doutes, au sujet de la plupart des choses que je fais.			
32.	_____	Quand je commence à penser à certaines choses, je deviens obsédé(e) par celles-ci.			

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
33.	Des pensées déplaisantes me viennent à l'esprit, contre ma volonté, et je ne peux pas m'en débarrasser.				
34.	Des blasphèmes ou des mots obscènes et grossiers me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.				
35.	Mes pensées prennent leurs propres directions et j'éprouve de la difficulté à être attentif(ve) à ce qui se passe autour de moi.				
36.	J'imagine des conséquences catastrophiques comme le résultat de mon inattention ou d'erreurs mineures que j'ai faites.				
37.	Je pense ou me soucie longtemps par rapport au mal que j'aurais pu faire à quelqu'un sans m'en apercevoir.				
38.	Quand j'entends parler d'un désastre, je pense que d'une manière ou d'une autre, c'est de ma faute.				
39.	Sans raison, il m'arrive de m'inquiéter longuement à propos d'avoir une blessure ou une maladie.				
40.	Parfois je commence à compter des objets sans raison.				
41.	J'ai l'impression que je dois me souvenir de numéros sans aucune importance.				
42.	Quand je lis, j'ai l'impression d'avoir manqué des passages importants et de devoir les relire au moins deux à trois fois.				
43.	Je me préoccupe de me souvenir de choses sans importance et je fais des efforts pour ne pas les oublier.				
44.	Quand une pensée ou un doute me vient à l'esprit, je dois examiner tous les aspects et je ne peux m'arrêter tant que je ne l'ai pas fait.				
45.	Dans certaines situations, j'ai peur de perdre le contrôle et de poser des gestes embarrassants.				
46.	Quand je regarde en bas d'un pont ou d'une fenêtre très élevée, je ressens l'impulsion de me lancer dans le vide.				
47.	Quand je vois un train s'approcher, je pense parfois que je pourrais me jeter sous ses roues.				
48.	À certains moments, je suis tenté(e) d'enlever vivement mes vêtements en public.				
49.	Quand je conduis un véhicule, je me sens parfois poussé(e) à frapper quelqu'un ou quelque chose.				

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
50.	_____	_____	_____	_____	_____
	Voir des armes m'excite et m'amène à avoir des pensées violentes.				
51.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je deviens contrarié(e) et inquiet(ète) à la vue de couteaux, poignards et autres objets pointus.				
52.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je ressens parfois quelque chose en moi qui me pousse à poser des gestes vraiment insensés et contre ma volonté.				
53.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je ressens parfois le besoin de briser ou d'endommager des choses sans aucune raison.				
54.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je me sens parfois poussé(e) à voler quelque chose appartenant à quelqu'un d'autre, même s'il m'est complètement inutile.				
55.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je ressens parfois une irrésistible tentation de voler quelque chose à l'épicerie.				
56.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je me sens parfois poussé(e) à blesser des enfants ou des animaux sans défense.				
57.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je crois que je dois effectuer des gestes particuliers ou marcher d'une certaine manière.				
58.	_____	_____	_____	_____	_____
	Dans certaines situations, je me sens parfois poussé(e) à trop manger même si j'en deviens malade.				
59.	_____	_____	_____	_____	_____
	Quand j'apprends qu'il y a eu un suicide ou un crime, je me sens longtemps bouleversé(e) et j'éprouve de la difficulté à arrêter d'y penser.				
60.	_____	_____	_____	_____	_____
	Je me crée des soucis inutiles à propos des microbes et des maladies.				

> SVP, indiquez quelle période de votre vie reflète le mieux vos réponses.

- Actuellement (*dernier mois*)
- Dans le passé
- Dans le dernier mois et dans le passé

Sanavio E. (1988). Obsessions and compulsions : The Padua Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 26, 169-177. © Traduit et adapté par M.H. Freeston, R. Ladouceur, H. Letarte, N. Thibodeau & F. Gagnon. Tous droits réservés, Université Laval, Québec 1991.

CODE
BARRÉS

F2 – ÉCHELLE D'AJUSTEMENT SOCIAL (SAS-SR)

Date : 28

Jour Mois Année

Nous souhaiterions vous poser quelques questions sur votre travail, votre temps libre et votre vie de famille. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses. Vérifiez que les réponses décrivent comment vous avez été ces deux (2) dernières semaines.

➤ *Cochez s'il vous plaît la situation qui vous décrit le mieux :*

Q.0

1. J'ai un emploi rémunéré 3. Je suis étudiant(e) 5. Je suis sans emploi
2. Je suis au foyer 4. Je suis retraité(e)

SECTION A - TEMPS LIBRE

➤ *Cochez la réponse qui vous décrit le mieux ces deux dernières semaines.*

1. **Combien d'ami(e)s avez-vous vu ou en au téléphone ces deux dernières semaines?**
1. Neuf ou plus 3. Deux à quatre. 5. Aucun(e).
2. Cinq à huit. 4. Un(e).

2. **Avez-vous pu parler de vos sentiments et de vos problèmes avec au moins un(e) ami(e) ces deux dernières semaines?**

1. Je peux toujours parler de mes sentiments les plus intimes.
2. Dans l'ensemble, je peux parler de mes sentiments.
3. Environ une fois sur deux je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments.
4. En général, je n'ai pas pu parler de mes sentiments.
5. Je n'ai jamais pu parler de mes sentiments.
6. Ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.

3. **Combien de fois ces deux dernières semaines avez-vous eu une activité sociale avec d'autres personnes, par exemple rendre visite à des amis, aller au cinéma, au bowling, à la messe, au restaurant, recevoir des amis chez-vous?**

1. Plus de trois fois. 2. 3 fois. 3. 2 fois.
4. 1 fois. 5. Aucune.

4. **Combien de temps avez-vous consacré à vos loisirs ou à vos passe-temps ces deux dernières semaines, par exemple bowling, jardinage, couture, sport, lecture...?**
1. Tous les jours j'ai consacré la plupart de mon temps libre à des loisirs.
 2. Certains jours j'ai consacré du temps libre à des loisirs.
 3. J'ai consacré peu de temps libre aux loisirs.
 4. Je n'ai pratiquement pas consacré de temps libre aux loisirs, mais j'ai regardé la télévision.
 5. Je n'ai pas consacré de temps libre à des loisirs ni à regarder la télévision.
5. **Avez-vous eu des disputes avec vos amis ces deux dernières semaines? (conflits ouverts)**
1. Je n'ai pas eu de dispute.
 2. En général, j'ai eu de bons rapports, mais quelques disputes sans gravité.
 3. J'ai eu plus d'une dispute.
 4. J'ai eu de nombreuses disputes.
 5. J'étais constamment en conflit.
 6. Ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.
6. **Si vous avez été blessé(e) ou offensé(e) par un(e) ami(e) au cours de ces deux dernières semaines, dans quelle mesure en avez-vous été affecté(e)?**
1. Cela ne m'a pas affecté(e) ou cela ne m'est pas arrivé.
 2. Je l'ai oublié en quelques heures.
 3. Je l'ai oublié en quelques jours.
 4. Je l'ai oublié en une semaine.
 5. Il me faudra longtemps pour m'en remettre.
 6. Ne s'applique pas: je n'ai pas d'amis.
7. **Vous êtes-vous senti(e) timide ou mal à l'aise avec les gens ces deux dernières semaines?**
1. J'étais toujours à l'aise.
 2. Parfois j'étais mal à l'aise mais je pouvais me détendre après un moment.
 3. À peu près la moitié du temps j'étais mal à l'aise.
 4. J'étais généralement mal à l'aise.
 5. J'étais toujours mal à l'aise.
 6. Ne s'applique pas: je n'ai jamais été avec des gens.
8. **Vous êtes-vous senti(e) seul(e) et avez-vous souhaité plus d'amis ces deux dernières semaines?**
1. Je ne me suis pas senti(e) seul(e).
 2. Je me suis senti(e) seul(e) quelquefois.
 3. La moitié du temps je me suis senti(e) seul(e).
 4. En général, je me suis senti(e) seul(e).
 5. Je me suis toujours senti(e) seul(e) et j'ai souhaité plus d'amis.

9. Vous êtes-vous ennuyé(e) pendant votre temps libre durant ces deux dernières semaines?

1. Je ne me suis jamais ennuyé(e).
2. En général je ne me suis pas ennuyé(e).
3. À peu près la moitié du temps je me suis ennuyé(e).
4. Je me suis ennuyé(e) la plupart du temps.
5. Je m'ennuyais en permanence.

SECTION B – FAMILLE

➤ Répondez aux questions 10 à 17 sur vos parents, frères et sœurs, belle-famille et enfants ne vivant pas à la maison si vous avez été en contact avec l'un d'eux ces deux dernières semaines. Sinon, rendez-vous à la question no.16

10. Avez-vous eu des conflits ouverts avec vos proches et parents ces deux dernières semaines?

1. Nous avons toujours eu de bons rapports/nous nous sommes toujours très bien entendus.
2. Nous avons eu dans l'ensemble de bons rapports mais quelques conflits sans gravité.
3. J'ai eu plus d'un conflit avec au moins un parent.
4. J'ai eu plusieurs conflits.
5. J'étais constamment en conflit.

11. Avez-vous pu parler de vos sentiments et de vos problèmes avec au moins l'un de vos parents ces deux dernières semaines?

1. J'arrive toujours à parler de mes sentiments avec au moins une personne de ma famille.
2. En général, j'arrive à parler de mes sentiments.
3. La moitié du temps je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments.
4. Dans l'ensemble, je n'ai pas pu parler de mes sentiments.
5. Je n'ai pas du tout parlé de mes sentiments

12. Avez-vous évité les contacts avec les membres de votre famille ces deux dernières semaines?

1. J'ai contacté régulièrement les membres de ma famille.
2. J'ai contacté au moins une fois un membre de ma famille.
3. J'ai attendu que les membres de ma famille me contactent.
4. J'ai évité les membres de ma famille mais ils m'ont contacté(e).
5. Je n'ai eu aucun contact avec les membres de ma famille.

13. Dépendiez-vous des membres de votre famille qu'il s'agisse de conseil, d'argent ou d'amitié ces deux dernières semaines?

1. Je n'ai jamais à dépendre d'eux.
2. Dans l'ensemble je n'ai pas eu à dépendre d'eux.
3. Environ la moitié du temps j'ai eu besoin d'eux (dépendu d'eux).
4. La plupart du temps j'ai dépendu d'eux.
5. Je suis complètement dépendant(e) d'eux.

14. Avez-vous eu envie de faire l'inverse de ce que votre famille demandait par esprit de contradiction/dans le but de les contrarier/irriter, ces deux dernières semaines?
1. Je n'ai jamais eu envie de m'opposer à eux.
 2. Une fois ou deux j'ai voulu m'opposer à eux.
 3. Près de la moitié du temps j'ai voulu m'opposer à eux.
 4. La plupart du temps j'ai voulu m'opposer à eux.
 5. Je me suis constamment opposé(e) à eux.
15. Vous êtes-vous fait du souci sans raison valable à propos d'événements concernant votre famille ces deux dernières semaines?
1. Je ne me suis pas fait du souci sans raison.
 2. Une fois ou deux je me suis fait du souci.
 3. Je me suis fait du souci environ la moitié du temps.
 4. La plupart du temps je me suis fait du souci.
 5. Je me suis fait du souci en permanence.
 6. Ne s'applique pas: les membres de ma famille ne sont plus en vie.

➤ Répondez aux questions 16 et 17, même si les membres de votre famille ne sont plus en vie.

16. Ces deux dernières semaines, avez-vous pensé que vous aviez négligé un de vos parents, ou que vous n'aviez pas été correct(e) envers eux? (avez-vous été injuste)
1. Je n'ai pas eu du tout le sentiment de les avoir négligés.
 2. Je n'ai pas eu dans l'ensemble le sentiment de les avoir négligés.
 3. À peu près la moitié du temps j'ai eu le sentiment de les avoir négligés.
 4. La plupart du temps j'ai eu le sentiment de les avoir négligés.
 5. J'ai toujours eu le sentiment de les avoir négligés.
17. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous pensé que l'un des membres de votre famille vous avait négligé(e), ou n'avait pas été correct envers vous à un moment ou un autre?
1. Je n'ai jamais eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 2. J'ai eu le sentiment que dans l'ensemble ils ne me négligeaient pas.
 3. À peu près la moitié du temps j'ai eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 4. Dans l'ensemble j'ai eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 5. Je ressens amèrement le fait qu'ils m'aient négligé(e).

SECTION C – FINANCES

18. Avez-vous eu assez d'argent pour subvenir à vos propres besoins et à ceux de votre famille au cours de ces deux dernières semaines?
1. J'ai eu assez d'argent pour subvenir à nos besoins.
 2. Dans l'ensemble, j'ai eu assez d'argent mis à part quelques petits problèmes.
 3. Près de la moitié du temps je n'avais pas assez d'argent mais je n'ai pas eu à emprunter.
 4. En général, je n'avais pas assez d'argent et j'ai dû emprunter.
 5. J'ai eu de grosses difficultés financières.

SECTION D

- Répondez à cette section, si vous avez un travail rémunéré à l'extérieur de la maison.
Sinon, passez à la section suivante – SECTION-E

Exercez-vous un emploi rémunéré plus de 15 heures par semaine?

1. Oui 2. Non

Avez-vous travaillé au moins quelques heures rémunérées ces deux dernières semaines?

1. Oui 2. Non

- Répondez en fonction des deux dernières semaines et cochez la réponse qui vous décrit le mieux.

19. Combien de jours avez-vous été absent(e) de votre travail ces deux dernières semaines?

1. Aucun.
2. Un jour.
3. J'ai manqué environ la moitié du temps
4. J'ai manqué plus de la moitié du temps, mais j'ai travaillé au moins un jour
5. Je n'ai pas travaillé du tout.
6. J'étais en congé pendant ces deux semaines.

- Si vous n'avez travaillé aucun jour ces deux dernières semaines, allez à la section suivante SECTION-E

20. Avez-vous été capable de faire votre travail ces deux dernières semaines?

1. J'ai très bien fait mon travail.
2. J'ai bien fait mon travail, mis à part quelques problèmes sans importance
3. On a dû m'aider dans mon travail et près de la moitié du temps je ne l'ai pas bien fait.
4. J'ai fait un travail médiocre la plupart du temps.
5. J'ai fait un travail médiocre tout le temps.

21. Avez-vous été honteux(se) de votre travail ces deux dernières semaines?

1. Jamais.
2. Une ou deux fois, j'en ai eu un peu honte.
3. A peu près la moitié du temps j'en ai eu honte.
4. J'en ai eu honte la plus part du temps.
5. J'ai eu honte tout le temps.

22. Avez-vous eu des conflits avec des personnes au travail ces deux dernières semaines? (*disputes*)

1. Jamais et je me suis bien entendu(e) avec elles.
2. En général, je me suis bien entendu(e) avec elles, a part quelques conflits sans importance.
3. J'ai eu plus d'un conflit.
4. J'ai eu de nombreux conflits.
5. J'étais constamment en conflit.

23. Vous êtes-vous senti(e) désemparé(e), préoccupé(e) ou mal à l'aise dans votre travail ces deux dernières semaines?
1. Je n'ai jamais été désemparé(e).
 2. Une ou deux fois je me suis senti(e) désemparé(e).
 3. La moitié du temps je me suis senti(e) désemparé(e).
 4. La plupart du temps je me suis senti(e) désemparé(e).
 5. Je me suis tout le temps senti(e) désemparé(e).
24. Avez-vous éprouvé de l'intérêt pour votre travail ces deux dernières semaines?
1. Mon travail était presque toujours intéressant.
 2. Une ou deux fois mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 3. La moitié du temps mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 4. La plupart du temps mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 5. Mon travail était toujours sans intérêt (inintéressant).

SECTION E

➤ Répondez à cette section, si vous êtes au foyer
Sinon, passez à la section suivante – SECTION-F

25. Combien de jours avez-vous accompli vos tâches ménagères ces deux dernières semaines ?
1. Tous les jours.
 2. J'ai accompli les tâches ménagères presque tous les jours.
 3. J'ai accompli les tâches ménagères à peu près un jour sur deux.
 4. En général, je ne faisais pas les tâches ménagères.
 5. J'étais tout à fait incapable de faire les tâches ménagères.
 6. J'étais absente de chez-moi ces deux dernières semaines.
26. Au cours de ces deux dernières semaines, comment vous êtes-vous sortie de vos tâches ménagères? (Comptez faire la cuisine, le ménage, la lessive, les courses)
1. J'ai très bien fait mon travail.
 2. J'ai bien fait mon travail à part quelques difficultés sans importance.
 3. On a dû m'aider dans mon travail et près de la moitié du temps je ne l'ai pas bien fait.
 4. J'ai fait un travail médiocre la plupart du temps.
 5. J'ai fait un travail médiocre tout le temps.
27. Avez-vous été honteux(se) de votre façon d'accomplir les tâches ménagères ces deux dernières semaines ?
1. Jamais.
 2. Une ou deux fois, j'en ai eu un peu honte.
 3. A peu près la moitié du temps j'en ai eu honte.
 4. J'en ai eu honte la plupart du temps.
 5. J'ai eu honte tout le temps.

28. **Avez-vous eu des disputes avec des vendeurs, des commerçants, ou des voisins ces deux dernières semaines (conflits)?**
1. Je n'ai pas eu de disputes et j'ai eu d'excellents rapports avec eux.
 2. En général, j'ai eu de bons rapports mis à part quelques disputes sans importance.
 3. J'ai eu plus d'une dispute.
 4. J'ai eu de nombreuses disputes.
 5. J'étais constamment en conflit.
29. **Vous êtes-vous senti(e) désemparé(e) en faisant vos tâches ménagères ces deux dernières semaines?**
1. Je n'ai jamais été désemparé(e).
 2. Une ou deux fois je me suis senti(e) désemparé(e).
 3. La moitié du temps je me suis senti(e) désemparé(e).
 4. La plupart du temps je me suis senti(e) désemparé(e).
 5. Je me suis tout le temps senti(e) désemparé(e).
30. **Avez-vous éprouvé de l'intérêt pour vos tâches ménagères ces deux dernières semaines?**
1. Mon travail était presque toujours intéressant.
 2. Une ou deux fois mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 3. La moitié du temps mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 4. La plupart du temps mon travail a été sans intérêt (inintéressant).
 5. Mon travail était toujours sans intérêt (inintéressant).

SECTION F

- **Répondez à cette section, si vous êtes étudiants à mi-temps ou plus.
Sinon, passez à la section suivante -- SECTION-G**

Qu'est-ce qui décrit le mieux votre programme de cours? (choisissez une seule réponse)

1. Plein temps 2. 3/4 temps 3. Mi-temps

- **Cochez la réponse qui décrit le mieux ce que vous avez fait ces deux dernières semaines.**

31. Combien de jours avez-vous manqué ces deux dernières semaines?

1. Aucun jour.
2. Quelques jours.
3. J'ai manqué près de la moitié du temps.
4. J'ai manqué plus de la moitié du temps.
5. Je ne suis pas allé(e) en cours du tout.
6. J'étais en vacances ces deux dernières semaines.

SECTION G

➤ Répondez à cette section, si vous êtes célibataire, séparé(e) ou divorcé(e).
Sinon, passez à la section suivante - **SECTION-H**

37. Combien de fois êtes-vous sorti(e) en couple ces deux dernières semaines? (Avez-vous eu un « rendez-vous galant »?)
1. Plus de 3 fois. 2. 3 fois. 3. 2 fois.
4. 1 fois. 5. Jamais.
38. Cela vous a-t-il intéressé(e) de sortir en couple au cours de ces deux dernières semaines. Si cela ne s'est pas produit, auriez-vous aimé?
1. J'étais toujours intéressé(e) pour sortir en couple.
2. La plupart du temps j'étais intéressé(e).
3. Environ la moitié du temps j'étais intéressé(e).
4. La plupart du temps je n'étais pas intéressé(e).
5. Cela ne m'intéressait pas du tout.

SECTION H

➤ Répondez à cette section, si vous habitez de façon permanente avec un partenaire de sexe opposé.
Sinon, passez à la section suivante - **SECTION-I**

39. Avez-vous été ouvertement en conflit avec votre partenaire ces deux dernières semaines?
1. Nous n'avons pas eu de conflit et nous nous sommes très bien entendus.
2. Nous avons eu dans l'ensemble de bons rapports mais quelques conflits sans gravité.
3. Nous avons eu plus d'un conflit (d'une dispute).
4. Nous avons eu plusieurs conflits (disputes).
5. Nous avons été constamment en conflit.
40. Avez-vous pu parler de vos sentiments et de vos problèmes avec votre partenaire ces deux dernières semaines?
1. J'ai toujours pu parler librement de mes sentiments.
2. En général, j'ai pu parler de mes sentiments.
3. La moitié du temps je me suis senti(e) capable de parler de mes sentiments.
4. Dans l'ensemble, je n'ai pas pu parler de mes sentiments.
5. Je n'ai pas du tout pu parler de mes sentiments.
41. Avez-vous exigé d'agir selon vos désirs à la maison ces deux dernières semaines?
1. Je n'ai jamais insisté pour agir selon mes désirs.
2. En général, je n'ai pas insisté pour agir selon mes désirs.
3. La moitié du temps j'ai insisté pour agir selon mes désirs.
4. En général, j'insistais pour agir selon mes désirs.
5. J'insistais toujours pour agir selon mes désirs.

42. **Votre partenaire vous a-t-il dicté votre conduite ces deux dernières semaines?**
1. Presque jamais
 2. De temps en temps.
 3. Près de la moitié du temps.
 4. La plupart du temps.
 5. Tout le temps.
43. **Avez-vous eu besoin de vous reposer sur votre partenaire ces deux dernières semaines?**
1. J'étais indépendant(e).
 2. En général j'étais indépendant(e).
 3. J'étais plutôt indépendant(e).
 4. En général, je dépendais de mon partenaire
 5. Je dépendais de mon partenaire pour tout.
44. **Quels sentiments avez-vous éprouvés pour votre partenaire ces deux dernières semaines?**
1. J'ai toujours éprouvé de l'affection.
 2. En général, j'ai éprouvé de l'affection.
 3. La moitié du temps je n'ai pas eu envie de le(la) voir, l'autre moitié j'éprouvais de l'affection
 4. En général, je n'avais pas envie de le(la) voir.
 5. Je n'avais jamais envie de le(la) voir.
45. **Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec votre partenaire?**
1. Plus de deux fois par semaine.
 2. Une ou deux fois par semaine.
 3. Une fois tous les 15 jours.
 4. Moins d'une fois tous les 15 jours mais cependant une fois dans le mois au moins.
 5. Pas du tout depuis au moins un mois.
46. **Avez-vous eu des problèmes au cours de vos rapports sexuels, de douleur par exemple, ces deux dernières semaines?**
1. Aucun.
 2. Une ou deux fois.
 3. À peu près une fois sur deux.
 4. La plupart du temps.
 5. Toujours.
 6. Ne s'applique pas: pas de rapport sexuel ces deux dernières semaines.
47. **Quelle satisfaction avez-vous eue dans vos rapports sexuels?**
1. Cela m'a plu à chaque fois.
 2. En général cela m'a plu.
 3. Près de la moitié du temps cela m'a plu, l'autre moitié non.
 4. En général cela ne m'a pas plu.
 5. Cela ne m'a plu à aucun moment.

SECTION I

➤ Répondez à cette section, si vous avez des enfants à la maison, dans les deux dernières semaines. Sinon, passez à la section suivante - SECTION-J

**(Compter les enfants non mariés, quelque soit leur âge: Nourrissons, enfants, adolescents, jeunes adultes non mariés.)*

48. Vous êtes-vous intéressé(e) aux activités de vos enfants (école, jeu, passe-temps favoris) ces deux dernières semaines?
1. Je m'y suis toujours intéressé(e) et j'y ai participé activement.
 2. En général je m'y suis intéressé(e) et j'y ai participé.
 3. Je m'y suis intéressé(e) la moitié du temps, l'autre moitié pas.
 4. En général, je m'en suis désintéressé(e).
 5. Je m'en suis toujours désintéressé(e).
49. Avez-vous pu discuter avec vos enfants et les écouter ces deux dernières semaines (ne tenir compte que des enfants âgés de plus de deux ans)?
1. Je pouvais toujours communiquer avec eux.
 2. En général je pouvais communiquer avec eux.
 3. Environ la moitié du temps j'ai pu communiquer.
 4. Je n'ai généralement pas pu communiquer.
 5. J'ai été tout à fait incapable de communiquer.
 6. Ne s'applique pas: pas d'enfants de plus de deux ans.
50. Comment vous êtes-vous entendu(e) avec vos enfants ces deux dernières semaines?
1. Je n'ai pas eu de conflit et nous avons eu de bons rapports.
 2. En général, j'ai eu de bons rapports sauf quelques conflits sans gravité.
 3. J'ai eu plus d'un conflit.
 4. J'ai eu de nombreux conflits.
 5. J'étais sans arrêt en conflit.
51. Qu'avez-vous éprouvé à l'égard de vos enfants ces deux dernières semaines?
1. J'ai toujours éprouvé de l'affection (tendresse, attachement).
 2. J'ai éprouvé principalement de l'affection.
 3. J'ai éprouvé de l'affection la moitié du temps.
 4. La plupart du temps, je n'ai pas éprouvé d'affection.
 5. Je n'ai jamais éprouvé de l'affection à leur égard.

SECTION J

> Répondez à cette section, si vous avez déjà été marié(e), déjà vécu avec un partenaire du sexe opposé ou déjà eu des enfants.

52. Vous êtes-vous fait du souci sans raison pour votre partenaire ou l'un de vos enfants ces deux dernières semaines, même si vous ne vivez plus ensemble actuellement?
1. Je ne me suis jamais fait du souci.
 2. Une fois ou deux je me suis fait du souci.
 3. La moitié du temps, je me suis fait du souci.
 4. La plupart du temps je me suis fait du souci.
 5. Je me suis fait du souci en permanence.
 6. Ne s'applique pas: partenaire et enfants plus en vie.
53. Durant ces deux dernières semaines, avez-vous pensé que vous aviez négligé votre partenaire ou l'un de vos enfants?
1. Je n'ai pas eu du tout le sentiment de les avoir négligés.
 2. Je n'ai pas eu dans l'ensemble le sentiment de les avoir négligés.
 3. À peu près la moitié du temps j'ai eu le sentiment de les avoir négligés.
 4. La plupart du temps j'ai eu le sentiment de les avoir négligés.
 5. Je les ai complètement négligés.
54. Ces deux dernières semaines, avez-vous pensé que votre partenaire ou l'un de vos enfants vous avait négligé(e) à un moment ou un autre?
1. Je n'ai jamais eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 2. J'ai eu le sentiment que dans l'ensemble ils ne me négligeaient pas.
 3. À peu près la moitié du temps j'ai eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 4. Dans l'ensemble j'ai eu le sentiment qu'ils me négligeaient.
 5. Je ressens amèrement le fait qu'ils m'aient négligé(e).

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Modérément vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
12.	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens très frustré(e).	1	2	3	4	5
13.	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je doute que je serai capable de le résoudre par moi-même peu importe à quel point j'essaie.	1	2	3	4	5
14.	Lorsqu'un problème survient dans ma vie, je retarde aussi longtemps que possible mes efforts pour le résoudre.	1	2	3	4	5
15.	Après avoir appliqué une solution à un problème, je ne prends pas le temps d'évaluer soigneusement tous les résultats.	1	2	3	4	5
16.	Je fais un effort particulier pour éviter d'avoir à composer avec mes problèmes.	1	2	3	4	5
17.	Les problèmes difficiles me contrarient beaucoup.	1	2	3	4	5
18.	Lorsque j'ai à prendre une décision, j'essaie de prédire les conséquences positives et négatives de chaque option.	1	2	3	4	5
19.	Lorsque des problèmes surviennent dans ma vie, j'aime m'occuper de ceux-ci aussitôt que possible.	1	2	3	4	5
20.	Lorsque je tente de résoudre un problème, j'essaie d'être créatif(ve) et de penser à des solutions originales ou peu conventionnelles.	1	2	3	4	5
21.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je suis la première bonne idée qui me vient à l'esprit.	1	2	3	4	5
22.	Lorsque je tente de penser à des solutions possibles à un problème, je n'arrive pas à générer plusieurs alternatives.	1	2	3	4	5
23.	Je préfère éviter de penser à mes problèmes au lieu d'essayer de les résoudre.	1	2	3	4	5
24.	Lorsque je prends des décisions, je tiens compte à la fois des conséquences immédiates et à long terme de chaque plan d'action possible.	1	2	3	4	5
25.	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'analyse ce qui a bien été et ce qui a mal été.	1	2	3	4	5
26.	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'examine mes sentiments et j'évalue à quel point ils ont changé en mieux.	1	2	3	4	5
27.	Avant d'appliquer une solution à un problème, je pratique la solution afin d'augmenter mes chances de succès.	1	2	3	4	5
28.	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je crois que je serai capable de le résoudre par moi-même si j'essaie suffisamment.	1	2	3	4	5
29.	Lorsque j'ai un problème à résoudre, une des premières choses que je fais est d'aller chercher autant d'information que possible au sujet de ce problème.	1	2	3	4	5
30.	Je retarde à résoudre les problèmes jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour y faire quoi que ce soit.	1	2	3	4	5
31.	Je passe plus de temps à éviter mes problèmes qu'à les résoudre.	1	2	3	4	5
32.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je deviens si contrarié(e) que je ne peux pas penser clairement.	1	2	3	4	5

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Moderément vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
33.	Avant d'essayer de résoudre un problème, je me fixe un objectif spécifique qui précise exactement ce que je veux accomplir.	1	2	3	4	5
34.	Lorsque j'ai une décision à prendre, je ne prends pas le temps de considérer le pour et le contre de chaque solution.	1	2	3	4	5
35.	Lorsque le résultat de ma solution à un problème n'est pas satisfaisant, j'essaie d'établir ce qui a fait défaut pour ensuite essayer de le résoudre à nouveau.	1	2	3	4	5
36.	Je déteste avoir à résoudre les problèmes qui surviennent dans ma vie.	1	2	3	4	5
37.	Après avoir appliqué une solution à un problème, j'essaie d'évaluer aussi soigneusement que possible à quel point la situation s'est améliorée.	1	2	3	4	5
38.	Lorsque j'ai un problème, j'essaie de le voir comme un défi ou une occasion de tirer profit du fait d'avoir un problème.	1	2	3	4	5
39.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je pense à autant de solutions que possible jusqu'à ce que je ne puisse plus générer d'autres idées.	1	2	3	4	5
40.	Lorsque j'ai une décision à prendre, j'évalue les conséquences de chaque solution afin de les comparer les unes aux autres.	1	2	3	4	5
41.	Je deviens déprimé(e) et figé(e) lorsque j'ai un problème important à résoudre.	1	2	3	4	5
42.	Lorsque je suis en face d'un problème difficile, je vais vers une autre personne afin qu'elle m'aide à le résoudre.	1	2	3	4	5
43.	Lorsque j'ai une décision à prendre, je tiens compte des effets probables de chaque possibilité d'action sur mes sentiments personnels.	1	2	3	4	5
44.	Lorsque j'ai un problème à résoudre, j'examine quelles circonstances externes dans mon environnement contribuent possiblement au problème.	1	2	3	4	5
45.	Lorsque je prends des décisions, j'ai tendance à suivre mon intuition sans trop penser aux conséquences de chaque alternative.	1	2	3	4	5
46.	Lorsque je prends des décisions, j'utilise une méthode systématique pour juger et comparer les alternatives.	1	2	3	4	5
47.	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, je garde toujours en tête quel est mon objectif.	1	2	3	4	5
48.	Lorsque je tente de trouver une solution à un problème, j'aborde ce problème sous autant d'angles que possible.	1	2	3	4	5
49.	Lorsque j'ai de la difficulté à comprendre un problème, j'essaie d'obtenir de l'information plus spécifique et concrète à son sujet afin de m'aider à le clarifier.	1	2	3	4	5
50.	Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème échouent, je deviens découragé(e) et déprimé(e).	1	2	3	4	5
51.	Lorsque la solution que j'ai appliquée ne résout pas mon problème de façon satisfaisante, je ne prends pas le temps d'examiner soigneusement pourquoi elle n'a pas fonctionné.	1	2	3	4	5
52.	Je suis trop impuisif(ve) lorsque vient le temps de prendre des décisions.	1	2	3	4	5

Reference:
 Problem-Solving Inventory-Revised. Maydeu-Olivares, A. & DZurilla, T.J. (1996). *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133. Traduction: Gosselin, P., Dugas, M.J. et Ladouceur, R. (1999). Université Laval, Québec. © Tous droits réservés.

© Inventaire de résolution de problèmes en français (I-RP) à la vie - Version révisée du 25 août 2008, modifiée le 29 février 2009
 Québec (Québec), 850 rue Montcalm, Ville de Québec (Québec) H1C 1X7, L'ISBN 2-9613988-7-8 (1-14) (20-09)

Cette série de questions porte sur les perceptions possibles que vous pouvez avoir de vous-même, des autres, et de la vie en générale. Veuillez répondre à chacun des énoncés ci-dessous en indiquant dans quelle mesure chaque énoncé décrit vos croyances.

Consignes :

Pour chaque énoncé, encercliez le numéro qui décrit le mieux vos sentiments.

		Toujours vrai	Souvent vrai	Parfois vrai	Rarement vrai	Jamais vrai
1.	Je peux faire en sorte que les choses arrivent facilement.	1	2	3	4	5
2.	Pour avoir ce que vous voulez, il s'agit de connaître les bonnes personnes.	1	2	3	4	5
3.	Mon comportement est dicté par les demandes de la société.	1	2	3	4	5
4.	Si je continue à persister, je peux surmonter n'importe quel obstacle.	1	2	3	4	5
5.	Je trouve que la chance joue un plus grand rôle dans ma vie que mon habileté.	1	2	3	4	5
6.	Si rien ne se produit, je passe à l'action et provoques les événements.	1	2	3	4	5
7.	Je suis le seul responsable des résultats dans ma vie.	1	2	3	4	5
8.	Peu importe les obstacles, je refuse d'arrêter d'essayer.	1	2	3	4	5
9.	Mon succès est une question de chance.	1	2	3	4	5
10.	Avoir ce que vous voulez est une question d'être au bon endroit au bon moment.	1	2	3	4	5
11.	Je suis capable de contrôler de façon efficace le comportement des autres.	1	2	3	4	5
12.	Je sens que les autres personnes ont plus de contrôle sur ma vie que j'en ai.	1	2	3	4	5
13.	Il y a peu de choses que je peux faire pour changer ma destinée.	1	2	3	4	5
14.	Je sens que je contrôle ma vie autant qu'il est humainement possible.	1	2	3	4	5
15.	Je ne suis pas le maître de mon propre destin.	1	2	3	4	5
16.	Je continue à poursuivre un but longtemps après que les autres auraient abandonné.	1	2	3	4	5
17.	La plupart des choses dans ma vie, je ne peux simplement pas les contrôler.	1	2	3	4	5
18.	J'ai plus de contrôle sur ma vie que les autres en ont sur la leur.	1	2	3	4	5
19.	Je m'efforce activement de faire en sorte que les choses se réalisent pour moi.	1	2	3	4	5
20.	Les autres personnes gênent mon habileté à diriger ma vie.	1	2	3	4	5
21.	Ce qui m'arrive est une question de bonne ou de mauvaise chance.	1	2	3	4	5
22.	Lorsque quelque chose se dresse dans mon chemin, je le contourne.	1	2	3	4	5
23.	Je peux être tout ce que je veux être.	1	2	3	4	5
24.	Je sais comment obtenir ce que je veux des autres.	1	2	3	4	5

		Toujours vrai	Souvent vrai	Parfois vrai	Rarement vrai	Jamais vrai
25.	Le destin peut être blâmé pour mes échecs.	1	2	3	4	5
26.	Je suis victime des circonstances au-delà de mon contrôle.	1	2	3	4	5
27.	Je peux contrôler mes propres pensées.	1	2	3	4	5
28.	Il n'y a rien qui m'arrive que je ne contrôle pas.	1	2	3	4	5
29.	Lorsque je me butte à un obstacle quelconque, je m'efforce encore plus de le surmonter et d'atteindre mon but.	1	2	3	4	5
30.	Je suis à la merci de mes impulsions physiques.	1	2	3	4	5
31.	Dans cette vie, ce qui m'arrive est déterminé par mon destin.	1	2	3	4	5
32.	Je suis la victime des forces sociales.	1	2	3	4	5
33.	Le contrôle de ma vie implique la suprématie de l'esprit sur la matière.	1	2	3	4	5
34.	Quand je veux quelque chose, je m'affirme afin de l'obtenir.	1	2	3	4	5
35.	L'esprit inconscient sur lequel je n'ai aucun contrôle dirige ma vie.	1	2	3	4	5
36.	Je ne suis pas réellement en contrôle des résultats dans ma vie.	1	2	3	4	5

Références :

Rotter in Personal Control Scale, Rotterberg, J.L. (1967). *Journal of Personality Assessment*, 51, 194-206. Traduction: Gosselin, M., Bélanger, C., et Vaillancourt, L. (2003). Université du Québec à Montréal, Québec. © Tous droits réservés.

APPENDICE E

PREUVES DE SOUMISSION DES ARTICLES ET LETTRES DES ÉDITEURS

PREUVE DE SOUMISSION DE L'ARTICLE 1

Le chargement des images distantes a été bloqué dans ce courriel.

Objet: Confirmation : Soumission article (RQP)
À: aubut.melanie@courrier.uqam.ca

Date: 10/03/17 21:05
De: UQTR-Avis-Automatique@uqtr.ca

fiche_1131940.html (110Ko)

Le 10 mars 2017

Mélanie Aubut

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «ADAPTATION SOCIALE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre Revue, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Lévesque,
directrice

Vous pouvez y avoir accès en cliquant ici.

PREUVE DE SOUMISSION DE L'ARTICLE 2

Objet: FW: Article submission
À: Mélanie Aubut <aubut.melanie@courrier.uqam.ca>

Date: 05/04/17 06:48
De: Bélanger <>, Claude <belanger.claude@uqam.ca>

—
Claude Bélanger Ph.D.
Professeur titulaire
Département de psychologie, UQAM

Professeur associé
Département de psychiatrie, McGill

Directeur
Services de réadaptation Matrix

De : J of Psychological Abnormalities <abnormalities@neurologyinsights.org>
Date : mercredi 5 avril 2017 04:22
À : Claude Bélanger <belanger.claude@uqam.ca>
Objet : Article submission

Dear **Dr. Claude Bélanger**,

We are pleased to inform you that we have received your article via our **Editorial manager** system now and it is undergoing further pre-publication processing.

We noticed that you tried sending an Email with the article attached but we did not receive any perhaps due to a technical issue, sorry for the trouble caused. I will keep you updated with the next move. Have a great day.

Thanks and regards,

Lydia Tudor.

PREUVE D'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 2

----- Message d'origine -----

De : Medical Sciences <em@editorialmanager.com>

Date : 17-04-22 03:16 (GMT-05:00)

À : "Bélanger, Claude" belanger.claude@uqam.ca

Objet : Your Submission

Ref.: Ms. No. MedicalScience-17-417

**PERSONAL CONTROL, SOCIAL PROBLEM-SOLVING, AND SOCIAL
ADJUSTMENT IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER**

Medical Sciences

Dear Dr Bélanger,

Reviewers have now commented on your paper. You will see that they are advising that you revise your manuscript.

For your guidance, reviewers' comments are appended below.

Please submit a list of changes or a rebuttal against each point which is being raised when you submit the revised manuscript.

Your revision is due by Apr 26, 2017.

To submit a revision, go to <http://medicalsciences.edmgr.com/> and log in as an Author. You will see a menu item call Submission needing Revision. You will find your submission record there.

Best Regards,

Editor

Medical Sciences

PREUVE DE SOUMISSION DE L'ARTICLE 3

Objet: [EJOP] Submission Acknowledgement
À: Mme Mélanie Aubut <aubut.melanie@courrier.ugam.ca>
Date: 21/03/17 21:52
De: Vlad Gîlveanu (EJOP) <psy.journal@gmail.com>
Répondre à: " " <>, <> <>

You are receiving this email on behalf of EJOP. If you are asked to respond to this message, you may reply directly to this email.

=====

Mme Mélanie Aubut:

Thank you for submitting the manuscript, "Predictive Power of Social Problem-Solving on Dimensions of Symptoms in Individuals with Active or In-Remission Obsessive-Compulsive Disorder" to Europe's Journal of Psychology. With the online journal management system that we are using, you will be able to track its progress through the editorial process by logging in to the journal web site:

Manuscript URL: <http://ejop.psychopen.eu/author/submission/1423>
Username: maubut

If you have any questions, please contact me. Thank you for considering this journal as a venue for your work.

Vlad Gîlveanu (EJOP)
Europe's Journal of Psychology

Europe's Journal of Psychology
ejop.psychopen.eu

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

- Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2008). A Comparison of Social Problem Solving in Patients with OCD, PTSD, PD and Non-Patient Controls: To Control of the Intolerance of Uncertainty. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(7), 683-689. doi: rjbsci.2008.683.689
- Altin, M., et Karanci, A. N. (2008). How does locus of control and inflated sense of responsibility relate to obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents? *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1303-1315. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.01.010
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4th ed. rev.)*: Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.)*: Washington, DC : Author.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., et Sanderman, R. (1986). Marital quality and general life adjustment in relation to treatment outcome in agoraphobia. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 8(3), 139-185. doi: 10.1016/0146-6402(86)90002-0
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, and academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 569-591. doi: 10.1016/s0191-8869(02)00220-9
- Balslev-Olesen, T., et Geert-Jørgensen, E. (1959). The prognosis of obsessive-compulsive neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 34, 232-241. doi: 10.1111/j.1600-0447.1959.tb07803.x
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological monographs*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.

- Baumgardner, A. H., Heppner, P. P., et Arkin, R. M. (1986). Role of causal attribution in personal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(3), 636-643. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.636
- Beach, S. R., Sandeen, E., et O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*: Guilford Press.
- Bell, A. C., et D'Zurilla, T. J. (2009). The influence of social problem-solving ability on the relationship between daily stress and adjustment. *Cognitive Therapy and Research, 33*(5), 439-448. doi: 10.1007/s10608-009-9256-8
- Bellodi, L., Sciuto, G., Diaferia, G., Ronchi, P., et Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 42*(2), 111-120. doi: 10.1016/0165-1781(92)90075-e
- Berrenberg, J. L. (1987). The Belief in Personal Control Scale: A measure of God-mediated and exaggerated control. *Journal of Personality Assessment, 51*(2), 194-206. doi: 10.1207/s15327752jpa5102_4
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F., et Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: A multicentric study. *Journal of Affective Disorders, 79*(1-3), 97-103. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00347-6
- Bolton, D., Luckie, M., et Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive-compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(11), 1441-1450. doi: 10.1097/00004583-199511000-00010
- Burdick, K. E., Robinson, D. G., Malhotra, A. K., et Szeszko, P. R. (2008). Neurocognitive profile analysis in obsessive-compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society, 14*(4), 640-645. doi: 10.1017/s1355617708080727
- Burger, J. M. (1984). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality, 52*(1), 71-89. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00551.x
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., et Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety, 14*(4), 214-218. doi: 10.1002/da.1069

- Bystritsky, A., Saxena, S., Maidment, K., Vapnik, T., Tarlow, G., et Rosen, R. (1999). Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatric Services, 50*(3), 412-414. doi: 10.1176/ps.50.3.412
- Caldwell, R. A., Pearson, J. L., et Chin, R. J. (1987). Stress-moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin, 13*(1), 5-17. doi: 10.1177/0146167287131001
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., et Price, L. H. (1998). Global functioning of inpatients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, and major depression. *Psychiatric Services, 49*(3), 379-381. doi: 10.1176/ps.49.3.379
- Calvocoressi, L., McDougle, C. I., Wasylink, S., Goodman, W. K., Trufan, S. J., et Price, L. H. (1993). Inpatient treatment of patients with severe obsessive-compulsive disorder. *Hospital & Community Psychiatry, 44*(12), 1150-1154. doi: 10.1176/ps.44.12.1150
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., et Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*(4), 172-177. doi: 10.1007/bf00797319
- Chambless, D. L., Gillis, M. M., Tran, G. Q., et Steketee, G. S. (1996). Parental bonding reports of clients with obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(2), 77-85.
- Chang, E. C. (2002). Examining the link between perfectionism and psychological maladjustment: Social problem solving as a buffer. *Cognitive Therapy and Research, 26*(5), 581-595. doi: 10.1023/a:1020329625158
- Chang, E. C., et D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour Research and Therapy, 34*(2), 185-194. doi: 10.1016/0005-7967(95)00046-1
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., et Sanna, L. J. (2009). Social problem solving as a mediator of the link between stress and psychological well-being in middle-adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 33*(1), 33-49. doi: 10.1007/s10608-007-9155-9
- Chaudhury, P. K., Deka, K., et Chetia, D. (2006). Disability associated with mental disorders. *Indian Journal of Psychiatry, 48*(2), 95. doi: 10.4103/0019-5545.31597

- Ciarrochi, J., Leeson, P., et Heaven, P. C. L. (2009). A longitudinal study into the interplay between problem orientation and adolescent well-being. *Journal of Counseling Psychology, 56*(3), 441-449. doi: 10.1037/a0015765
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Cobb, J., McDonald, R., Marks, I., et Stern, R. (1980). Marital versus exposure therapy-psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural Analysis and Modification, 4*(1), 3-16.
- Collins, K., Luszcz, M., Lawson, M., et Keeves, J. (1997). Everyday problem solving in elderly women: Contributions of residence, perceived control, and age. *The Gerontologist, 37*(3), 293-302. doi: 10.1093/geront/37.3.293
- Corryel, W. (1981). Obsessive-compulsive Disorder and Primary Unipolar Depression: Comparisons of Background, Family History, Course, and Mortality. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 169*(4), 220-224.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., et Marks, I. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: One-year followup. *Psychiatry Research, 49*(1), 63-75. doi: 10.1016/0165-1781(93)90030-k
- D'Zurilla, T. J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4*(4), 327-354.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., et Maydeu Olivares, A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Didie, E. R., Pinto, A., Mancebo, M., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Walters, M. M., Menard, W., et Eisen, J. L. (2007). A comparison of quality of life and psychosocial functioning in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 19*(3), 181-186. doi: 10.1080/10401230701468685
- Dijkstra, M. T. M., Beersma, B., et Evers, A. (2011). Reducing conflict-related employee strain: The benefits of an internal locus of control and a problem-solving conflict management strategy. *Work et Stress, 25*(2), 167-184. doi: 10.1080/02678373.2011.593344
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*(2), 215-226. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00070-3

- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., et Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*(1), 109-120. doi: 10.1007/bf02229679
- Elliott, T. R., Herrick, S. M., Macnair, R. R., et Harkins, S. W. (1994). Personality Correlates of Self-Appraised Problem Solving Ability: Problem Orientation and Trait Affectivity. *Journal of Personality Assessment, 63*(3), 489-505. doi: 10.1207/s15327752jpa6303_7
- Elliott, T. R., Shewchuk, R. M., et Richards, J. S. (2001). Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology, 48*(2), 223-232. doi: 10.1037/0022-0167.48.2.223
- Emmelkamp, P. M., de Haan, E., et Hoogduin, C. A. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry, 156*, 55-60. doi: 10.1192/bjp.156.1.55
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. [journal article]. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 28*(1), 1-11. doi: 10.3758/bf03203630
- Estrada, L., Dupoux, E., et Wolman, C. (2006). The relationship between locus of control and personal-emotional adjustment and social adjustment to college life in students with and without learning disabilities. *College Student Journal, 40*(1), 43-54.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Do Symptoms of Generalized Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder Share Cognitive Processes? [journal article]. *Cognitive Therapy and Research, 34*(2), 168-176. doi: 10.1007/s10608-009-9239-9
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0, 4/97 revision)*. 722 West 168th Street, New York, NY 10032: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., et Goldstein, A. J. (1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy, 9*(5), 821-829. doi: 10.1016/s0005-7894(78)80013-6

- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., et Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, *15*(5), 450-472. doi: 10.1016/s0005-7894(84)80049-0
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paño-Piñeiro, M., Villazón-García, U., et Muñiz, J. (2010). Schizotypal traits, obsessive-compulsive symptoms, and social functioning in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(1), 71-77. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.02.003
- Fontenelle, L. F., et Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *32*(1), 1-15. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.024
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Letarte, H., Thibodeau, N., et Gagnon, F. (1991). *Traduction de l'Inventaire de Padova. Document inédit*. École de psychologie, Université Laval.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Letarte, H., Gagnon, F., et Thibodeau, N. (1994). Self-report of obsessions and worry. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(1), 29-36. doi: 10.1016/0005-7967(94)90081-7
- Freund, B., et Steketee, G. (1989). Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *15*(1), 31-41. doi: 10.1080/00926238908412845
- Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J. R., Moffitt, T. E., et Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: Prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(3), 329-336. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08071006
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lépine, J. P., Matschinger, H., et Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, *124*(3), 291-299. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.020
- Ganellen, R. J., et Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality*, *52*(4), 326-337. doi: 10.1111/j.1467-6494.1984.tb00355.x

- Gillan, C. M., Morein-Zamir, S., Durieux, A. M. S., Fineberg, N. A., Sahakian, B. J., et Robbins, T. W. (2014). Obsessive–compulsive disorder patients have a reduced sense of control on the illusion of control task. *Frontiers in Psychology, 5*. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00204
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., et Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1006-1011. doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Gosselin, P., Dugas, M. J., et Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. [Worry and problem solving: The role of negative problem orientation.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12*(2), 49-58. doi: JTCC-06-2002-12-2-1155-1704-101019-ART2
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., et John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250*(5), 262-268. doi: 10.1007/s004060070017
- Grenier, S., Prévile, M., Boyer, R., et O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive–compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 858-865. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.005
- Hafner, R. J. (1988). *Anxiety disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Henderson, J. G., et Pollard, C. A. (1988). Three types of obsessive compulsive disorder in a community sample. *Journal of Clinical Psychology, 44*(5), 747-752. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<747::aid-jclp2270440513>3.0.co;2-2
- Heppner, P. P. (1988). *The Problem Solving Inventory: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Heppner, P. P., et Anderson, W. P. (1985). The relationship between problem-solving self-appraisal and psychological adjustment. *Cognitive Therapy and Research, 9*(4), 415-427. doi: 10.1007/bf01173090

- Heppner, P. P., Witty, T. E., et Dixon, W. A. (2004). Problem-Solving Appraisal and Human Adjustment: A Review of 20 Years of Research Using the Problem Solving Inventory. *The Counseling Psychologist*, 32(3), 344-428. doi: 10.1177/0011000003262793
- Herrick, S. M., et Elliot, T. R. (2001). Social problem-solving abilities and personality disorder characteristics among dual-diagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 75-92. doi: 10.1002/1097-4679(200101)57:1<75::aid-jclp9>3.0.co;2-6
- Holder, E. E., et Levi, D. J. (1988). Mental health and locus of control: SCL-90—R and Levenson's IPC scales. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 753-755. doi: 10.1002/1097-4679(198809)44:5<753::aid-jclp2270440514>3.0.co;2-a
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive disorder: The hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl 12), 3-6.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., et Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 3-6.
- Horesh, N., Dolberg, O. T., Kirschenbaum-Aviner, N., et Kotler, M. (1997). Personality differences between obsessive-compulsive disorder subtypes: Washers versus checkers. *Psychiatry Research*, 71(3), 197-200. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00054-1
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenon, K. J., Liebowitz, M. R., et Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45. doi: 10.1002/da.20506
- Inozu, M., Yorulmaz, O., et Terzi, S. (2012). Locus of control in obsessive-compulsive (OC) and depressive symptoms: The moderating effect of externality on obsessive-related control beliefs in OC symptoms. *Behaviour Change*, 29(3), 148-163. doi: 10.1017/bec.2012.14
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., et Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113-121. doi: 10.1016/j.cpr.2010.08.003
- Joe, V. C. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports*, 28(2), 619-640.

- Kaiser, B., Bouvard, M., et Millierey, M. (2010). Laveurs, vérificateurs, ruminateurs : spécificité des croyances dysfonctionnelles, des obsessions et des compulsions? . *L'Encéphale*, 36, 54-61.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., et Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 73-96. doi: 10.1023/a:1021820326754
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., et Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- Kennedy, B. L., Lynch, G. V., et Schwab, J. J. (1998). Assessment of locus of control in patients with anxiety and depressive disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 509-515. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199806)54:4<509::aid-jclp12>3.0.co;2-j
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Khanna, S., Rajendra, P. N., et Channabasavanna, S. M. (1986). Sociodemographic variables in obsessive compulsive neurosis in India. *International Journal of Social Psychiatry*, 32(3), 47-54. doi: 10.1177/002076408603200307
- Khanna, S., Rajendra, P. N., et Channabasavanna, S. M. (1988). Social adjustment in obsessive compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 34(2), 118-122. doi: 10.1177/002076408803400205
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., et Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153(6), 783-788.
- Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics. A long-term follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 111(477), 709-722. doi: 10.1192/bjp.111.477.709
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00002-4
- Lakey, B. (1988). Self-esteem, control beliefs, and cognitive problem-solving skill as risk factors in the development of subsequent dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 12(4), 409-420. doi: 10.1007/bf01173307

- Larson, L. M., Piersel, W. C., Imao, R. A. K., et Allen, S. J. (1990). Significant predictors of problem-solving appraisal. *Journal of Counseling Psychology, 37*(4), 482-490. doi: 10.1037/0022-0167.37.4.482
- Layton, C. (1985). The relationship between externality and general nonpsychotic psychiatric morbidity in normal males. *Perceptual and Motor Skills, 61*(1), 746. doi: 10.2466/pms.1985.61.3.746
- Ledley, D. R., et Pasupuleti, R. V. (2007). School issues in children with obsessive-compulsive disorder. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Leon, A. C., Portera, L., et Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry, 166*(Suppl 27), 19-22.
- Leung, C. (2001). The psychological adaptation of overseas and migrant students in Australia. *International Journal of Psychology, 36*(4), 251-259. doi: 10.1080/00207590143000018
- Liberman, R. P., Eckman, T. A., et Marder, S. R. (2001). Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*(1), 31-33.
- Liu, X., Kurita, H., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, L., et Ma, D. (2000). Life events, locus of control, and behavioral problems among Chinese adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 56*(12), 1565-1577.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., et Stein, D. J. (2003). Quality of Life in Anxiety Disorders: A Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic Disorder. *Psychopathology, 36*(5), 255-262. doi: 10.1159/000073451
- Londahl, E. A., Tverskoy, A., et D'Zurilla, T. J. (2005). The Relations of Internalizing Symptoms to Conflict and Interpersonal Problem Solving in Close Relationships. *Cognitive Therapy and Research, 29*(4), 445-462. doi: 10.1007/s10608-005-4442-9
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(1), 46-57.
- Marks, I. M., Hodgson, R., et Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: A two-year follow-up and issues in treatment. *The British Journal of Psychiatry, 127*, 349-364. doi: 10.1192/bjp.127.4.349

- Marks, I. M., Lelliott, P. T., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., et Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *The British Journal of Psychiatry*, *152*, 522-534. doi: 10.1192/bjp.152.4.522
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., et McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, *136*, 1-25. doi: 10.1192/bjp.136.1.1
- Masellis, M., Rector, N. A., et Richter, M. A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *48*(2), 72-77.
- Mataix-Cols, D. (2003). Declarative and Procedural Learning in Individuals With Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*(6), 830-841. doi: 10.1076/jcen.25.6.830.16477
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., et Jenike, M. A. (2002). Symptom Stability in Adult Obsessive-Compulsive Disorder: Data From a Naturalistic Two-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, *159*(2), 263-268. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.263
- Maydeu-Olivares, A., et D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, *20*(2), 115-133. doi: 10.1007/bf02228030
- McLaren, S., et Crowe, S. F. (2003). The contribution of perceived control of stressful life events and thought suppression to the symptoms of obsessive-compulsive disorder in both non-clinical and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*(4), 389-403. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00224-4
- Mendlowicz, M. V., et Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(5), 669-682. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.669
- Miller, P. C., Lefcourt, H. M., Holmes, J. G., Ware, E. E., et Saleh, W. E. (1986). Marital locus of control and marital problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(1), 161-169. doi: 10.1037/0022-3514.51.1.161

- Miller, W. R., et Seligman, M. E. (1973). Depression and the perception of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 62-73. doi: 10.1037/h0034954
- Miller, W. R., et Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238. doi: 10.1037/h0076720
- Moritz, S., Fricke, S., Wagner, M., et Hand, I. (2001). Further evidence for delayed alternation deficits in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 562-564. doi: 10.1097/00005053-200108000-00012
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., et Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46(6), 453-459. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.04.002
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., et Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1472-1479. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.001
- Moulding, R., et Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26(5), 573-583. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.009
- Moulding, R., et Kyrios, M. (2007). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 759-772. doi: 10.1007/s10608-006-9086-x
- Moulding, R., Kyrios, M., et Doron, G. (2007). Obsessive-compulsive behaviours in specific situations: The relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1693-1702. doi: 10.1016/j.brat.2006.08.020
- Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 135-138. doi: 10.1037/0022-0167.32.1.135
- Nezu, A. M. (1986). Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psychological Reports*, 58(1), 279-283. doi: 10.2466/pr0.1986.58.1.279
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1-33. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80002-9

- Nezu, A. M., et Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(2), 155-157. doi: 10.1037/0021-843x.96.2.155
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Saraydarian, L., Kalmar, K., et Ronan, G. F. (1986). Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 10*(5), 489-498. doi: 10.1007/bf01177813
- Nezu, A. M., et Ronan, G. F. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(5), 693-697. doi: 10.1037/0022-006x.53.5.693
- Nezu, A. M., et Ronan, G. F. (1988). Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 134-138. doi: 10.1037/0022-0167.35.2.134
- Njus, D. M., et Brockway, J. H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: Predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individual Differences, 26*(3), 531-548. doi: 10.1016/s0191-8869(98)00169-x
- Norberg, M. M., Calamari, J. E., Cohen, R. J., et Riemann, B. C. (2008). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: An evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment. *Depression and Anxiety, 25*(3), 248-259. doi: 10.1002/da.20298
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*(5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Ornstein, T. J., Arnold, P., Manassis, K., Mendlowitz, S., et Schachar, R. (2010). Neuropsychological performance in childhood OCD: A preliminary study. *Depression and Anxiety, 27*(4), 372-380. doi: 10.1002/da.20638
- Palomar-Lever, J., et Victorio-Estrada, A. (2012). Factors that influence emotional disturbance in adults living in extreme poverty. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(2), 158-164. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00921.x

- Park, H. S., Shin, Y.-W., Ha, T. H., Shin, M. S., Kim, Y. Y., Lee, Y. H., et Kwon, J. S. (2006). Effect of cognitive training focusing on organizational strategies in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(6), 718-726. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01587.x
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., et Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(4), 254-260. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Pinkney, C. J., Murray, C. J., et Lind, J. R. (2012). Individual skill predictors of the school- and career-related adjustment of adolescents with disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, *35*(1), 39-49.
- Pirot, M. (1986). The pathological thought and dynamics of the perfectionist. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research & Practice*, *42*(1), 51-58.
- Priester, M., et Clum, G. (1993). The problem-solving diathesis in depression, hopelessness, and suicide ideation: A longitudinal analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *15*(3), 239-254. doi: 10.1007/bf01371381
- Purdon, C., et Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts [doi:10.1016/B978-008043410-0/50004-0]. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.
- Reese, F. L., Kliewer, W., et Suarez, T. (1997). Control appraisals as moderators of the relationship between intrusive thoughts and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, *27*(13), 1131-1145. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01798.x
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Goerge, L. K., Karno, M., et Locke, B. Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *88*(1), 35-47. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03411.x
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility and its role in OCD. Validation of a theoretical definition of responsibility. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 159-169.

- Riggs, D. S., Hiss, H., et Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23(4), 585-597. doi: 10.1016/s0005-7894(05)80223-0
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J. G., et Rossotto, E. (1999). Social support, social adjustment, and recovery status in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 1-12. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<1::aid-eat1>3.0.co;2-i
- Rosa, A. C., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., De Mathis, A. S., da Conceição Rosário, M., Eurípedes Constantino, M. et Shavitt, R. G. (2012). Clinical correlates of social adjustment in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1286-1292. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.019
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., et Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169-177. doi: 10.1016/0005-7967(88)90116-7
- Savage, C. R. (1998). Neuropsychology of OCD: Research findings and treatment implications. In M. A. Jenike, L. Baer et W. E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Practical management* (3rd ed.) (pp. 254-275). St. Louis, MO: Mosby.
- Savage, C. R., Baer, L., Keuthen, N. J., Brown, H. D., Rauch, S. L., et Jenike, M. A. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 45(7), 905-916. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00278-9
- Savage, C. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T., et Jenike, M. A. (2000). Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 14(1), 141-151. doi: 10.1037/0894-4105.14.1.141

- Shapiro Jr, D. H., Schwartz, C. E., et Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, *51*(12), 1213-1230. doi: 10.1037/0003-066x.51.12.1213
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71*(3), 549-570. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.549
- Staebler, C. R., Pollard, C. A., et Merkel, W. T. (1993). Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: A comparison with two other psychiatric samples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *19*(2), 147-153. doi: 10.1080/00926239308404898
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., & Hannan, A. (2011). The nature and correlates of avoidance in obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(10), 871-879. doi: 10.3109/00048674.2011.607632
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-Compulsive Disorder. *The Lancet*, *360*(9330), 397-405.
- Stein, D. J., Bruun, R. D., Josephson, S. C., et Hollander, E. (1991). Obsessional severity in Tourette's syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52*(9), 388.
- Steketee, G. (1988). Intra- and Interpersonal Characteristics Predictive of Long-Term Outcome Following Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders. In I. Hand & H.-U. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias 2* (pp. 221-232): Springer Berlin Heidelberg.
- Steketee, G. (1990). Personality traits and disorders in obsessive-compulsives. *Journal of Anxiety Disorders*, *4*(4), 351-364. doi: 10.1016/0887-6185(90)90032-5
- Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural Psychotherapy*, *21*(2), 81-95. doi: 10.1017/s014134730001805x
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *42*(9), 919-928.
- Steketee, G., Grayson, J. B., et Foa, E. B. (1987). A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *1*(4), 325-335. doi: 10.1016/0887-6185(87)90012-0

- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., et Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology*, *40*(5), 282-289. doi: 10.1159/000104744
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., et Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity survey of 2000. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1978-1985. doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1978
- Vinokur, A., et Caplan, R. D. (1986). Cognitive and affective components of life events: Their relations and effects on well-being. *American Journal of Community Psychology*, *14*(4), 351-370. doi: 10.1007/bf00922623
- Waintraub, L., Guelfi, J. D., Lancrenon, S., et Rouillon, F. (1995). Validation du questionnaire d'adaptation sociale de M. Weissman dans sa version française. *Annales Médico-Psychologiques*, *153*(4), 274-278.
- Wang, L.-f., Heppner, P. P., et Berry, T. R. (1997). Role of gender-related personality traits, problem-solving appraisal, and perceived social support in developing a mediational model of psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, *44*(2), 245-255. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.245
- Weissman, M. M. (1999). *Social Adjustment Scale-self Report (SAS-SR): User's Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., et Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(3, Suppl), 5-10.
- Weissman, M. M., et Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, *33*(9), 1111-1115. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770090101010
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Thompson, W. D., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social Adjustment by Self-Report in a Community Sample and in Psychiatric Outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*(5), 317-326.
- World Health Organization. (2010). Projection from the global burden disease. En ligne à http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/

- Wortman , C. B. (1976). Causal attribution and personal control. In J. H. Harvey, W. J. Ickes & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research*. Hinsdale, N.J: Erlbaum.
- Zebb, B. J., et Moore, M. C. (2003). Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(1), 115-130. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00176-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00176-7)