

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES DANS LE TRAITEMENT DES
TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE POUR L'OBTENTION

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Psy.D.)

PAR

AUDREY BERTRAND

JANVIER 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.07-2011). 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

J'aimerais tout d'abord remercier mes deux directeurs de thèse, les professeurs Claude Bélanger et Kieron O'Connor. Merci de m'avoir laissé la chance de travailler au sein de vos équipes de recherche. Merci d'avoir cru en moi et en mes possibilités comme chercheuse et comme clinicienne. Je me suis toujours sentie privilégiée d'être dirigée par des professeurs aussi passionnés par leur travail et qui ont vraiment à cœur la réussite de leurs étudiants.

Je souhaite également remercier ma famille. Merci à mon père Gilbert pour son support, son amour et pour s'être montré fier de voir sa fille entreprendre des études doctorales. Merci à ma mère Claire pour son amour inébranlable et de m'avoir transmis, sans pression, sa valorisation de l'éducation ainsi que l'importance de poursuivre ses rêves et ses ambitions. Merci à mon beau-père Yvon de toujours m'avoir considérée comme sa fille, même dans les moments difficiles. Je veux remercier chaleureusement ma petite sœur Myriam pour sa présence, son empathie, son écoute et sa complicité. Sans elle, je ne serais pas où je suis dans ma vie. Merci aussi de m'avoir amenée un petit rayon de soleil durant mes études au doctorat : mon petit filleul Noah! Merci à ma grand-mère Espérance qui nous regarde d'en haut. Merci mamie de m'avoir aimée inconditionnellement et de m'avoir toujours encouragée. Merci d'avoir été comme une amie pour moi et de m'avoir transmis ne serait-ce qu'une parcelle de ta bonté, de ton empathie, de ta sagesse et de ta résilience. Tu es et as toujours été un ange...

Je tiens à remercier mes amies proches, Cynthia, Magalie et Sandra, sans qui je n'aurais sans doute pas pu entreprendre d'études universitaires... Merci également à plusieurs autres ami(e)s ou membres de ma famille importants pour moi : Caroline, Dominique E., Dominique L., Maurice, Mélanie, Michèle, Odile. Et merci à tous ceux et celles que je n'ai pas mentionnés ici. Ces personnes ont, chacune à leur façon, embelli mes dix ans d'université, que ce soit par des discussions, une activité, un souper, une fête ou de simples éclats de rire qui font toujours du bien.

Merci également à plusieurs personnes du Centre de recherche Fernand-Seguin, particulièrement à Anick Laverdure, Dominic Julien, Geneviève Goulet, Isabelle Bernier, Julie Bellavance, Karine Bergeron, Magali Purcell-Lalonde et Natalia Koszegi avec qui j'ai pu échanger à propos de mon projet de recherche et de nos vies personnelles.

Un énorme merci finalement à Caroline Berthiaume (superviseuse clinique lors de mon dernier internat) qui représente beaucoup pour moi. Merci Caroline d'avoir cru en moi beaucoup plus que je n'ai su le faire moi-même.

En terminant, je souhaite remercier plusieurs fondations pour des bourses obtenues durant mes études universitaires qui ont rendu ma vie plus facile et agréable: *Centre d'Étude sur les Troubles Obsessionnels-Compulsifs et les Tics* (fonds de recherche de Kieron O'Connor, octroyés par les Instituts de Recherche en Santé du Canada), *Fondation Desjardins*; *Fondation Francis et Geneviève Melançon*, *Fondation de l'Université du Québec à Montréal* (Bourse du Syndicat des professeurs) et *Fonds à l'accessibilité et à la réussite des études de l'UQAM*.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VI
SOMMAIRE.....	VII
RÉSUMÉ.....	IX
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
Troubles des conduites alimentaires.....	2
Trouble obsessionnel-compulsif.....	3
Le TCA, une forme de TOC.....	4
L'évolution des modalités d'intervention dans le traitement du TOC.....	5
L'approche basée sur les inférences.....	6
Objectifs de la recherche.....	9
CHAPITRE II	
TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET TROUBLE	
OBSESSIONNEL-COMPULSIF : FACTEURS COMMUNS.....	
Concomitance TOC-TCA.....	11
Le TOC chez des patientes TCA.....	16
Le TCA chez des patients TOC.....	18
Symptômes du TOC chez les personnes avec un TCA.....	18
Symptômes reliés aux TCA chez des personnes avec TOC.....	19
Nature des obsessions dans les TCA.....	20
Cognitions et biais cognitifs dans le traitement de l'information.....	22
Comportements ritualisés de vérification du poids dans les TCA.....	24
Liens entre la sous-alimentation et les obsessions.....	25
Troubles concomitant avec le TOC et les TCA.....	27
Troubles cliniques.....	27
Troubles de la personnalité.....	27
Traitements psychologiques du TOC et du TCA.....	28
Conclusion.....	32
Références.....	34
Abstract en anglais.....	44
Tableaux.....	45
CHAPITRE III	
ÉVALUATION DE L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES DANS LE	
TRAITEMENT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES: UNE	
ÉTUDE DE CAS.....	
Introduction.....	51
Présentation des cas.....	52
Objectifs de la recherche.....	55
Mesures.....	57

Traitements et inventions	60
Résultats	62
Participant #1.....	62
Participant #2	66
Discussion	70
Références	74
Annexes (tableaux).....	78
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	88
Implications cliniques.....	89
Considérations méthodologiques.....	92
Validité externe.....	92
Validité interne.....	93
Directions futures.....	93
RÉFÉRENCES GÉNÉRALES.....	96
APPENDICES.....	110
1-Manuel de traitement des troubles de l'alimentation par l'approche basée sur les inférences : manuel du participant.....	111
2- Formulaire de consentement à l'évaluation psychologique.....	162
3- Formulaire de consentement au traitement.....	164
4- Questionnaires et entrevues	
Inventaire d'anxiété de Beck	167
Inventaire de dépression de Beck.....	168
Eating Disorders Examination.....	171
Eating Disorder Inventory-2.....	184
Échelles cliniques et calepins d'auto-observations.....	189
Échelle des idées surévaluées.....	195
Questionnaire de l'entrevue téléphonique.....	200
Questionnaire de motivation et les stades de changements.....	212
Questionnaire de personnalité.....	214
Questionnaire sur les processus inférentiels.....	217
Questionnaire sociodémographique.....	220
Questionnaire sur les croyances obsessionnelles.....	221
Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version.....	224
Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale.....	229
5- Tableaux synthèse des résultats (changements cliniques) chez les deux participantes ayant reçu la thérapie ABI pour les TCA.....	241

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABI	Approche Basée sur les Inférences
ACT	Acceptance and Commitment Therapy (Thérapie d'acceptation et d'engagement)
ANBP	Anorexia Nervosa – Binge Purge (Anorexie mentale – type avec crises de boulimie)
ANR	Anorexia Nervosa – Restrictive (Anorexie mentale – type restrictif)
APA	American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie)
BAI	Beck Anxiety Inventory (Inventaire d'anxiété de Beck)
BDI	Beck Depression Inventory (Inventaire de dépression de Beck)
BNNP	Bulimia Nervosa - Non Purgatif (Boulimie – non- type purgatif)
BNP	Bulimia Nervosa – Purgatif (Boulimie – type purgatif)
CRFS	Centre de Recherche Fernand-Seguin
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDE	Eating Disorder Examination (Eating Disorder Examination – version française)
EDI	Eating Disorder Inventory (Inventaire des troubles alimentaires)
OBQ-44	Obsessive Beliefs Questionnaire (Questionnaire sur les croyances obsessionnelles)
OVIS	Overvalued Ideas Scale (Échelle des idées surévaluées)
PDQ-4	Personality Diagnostic Questionnaire (Questionnaire diagnostique de personnalité)
QPI	Questionnaire sur les Processus Inférentiels
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires : anorexie mentale et boulimie
TANS	Troubles des Conduites Alimentaires Non-Spécifiques
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TOC	Trouble Obsessionnel-Compulsif
TP	Trouble de Personnalité
TPL	Trouble de Personnalité Limite
TPOC	Trouble de Personnalité Obsessionnelle-Compulsive
TSOC	Troubles du Spectre Obsessionnel-compulsif
YBC-EDS	Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale

L'approche basée sur les inférences dans le traitement
des troubles des conduites alimentaires : une étude exploratoire

SOMMAIRE

Cet essai doctoral comprend quatre chapitres qui se répartissent comme suit :

Le chapitre 1 comprend une introduction générale qui positionne le problème et les définitions à la fois du trouble des conduites alimentaires (TCA : anorexie mentale et boulimie) et du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). L'approche basée sur les inférences (ABI), comme méthode de traitement du TOC est ensuite présentée dans ce chapitre. Les applications possibles de l'ABI pour le traitement des TCA sont ensuite examinées. Les différentes étapes de l'ABI sont dans ce contexte décrites à partir d'exemples de cas de TCA. Les objectifs ainsi que les questions de recherche de ce projet de recherche doctorale sont également définis dans cette section.

Le chapitre II comprend le premier article de nature théorique issu de ce programme de recherche doctorale. Cet article, qui a été publié dans la revue *Santé mentale au Québec*, présente les similarités au niveau de la phénoménologie du trouble obsessionnel compulsif et des troubles alimentaires quant à 1) la nature des obsessions, 2) les biais cognitifs dans le traitement de l'information, 3) les comportements ritualisés dans le TCA, 4) les liens entre la sous-alimentation et les pensées obsessionnelles ainsi que 5) les différentes études ayant trait à la concomitance fréquente du TOC et des TCA. Les similarités et divergences au niveau des troubles associés sont discutées. Les traitements psychologiques offerts aux patients souffrant de TOC ou de TCA sont ensuite brièvement décrits. Globalement, cet article défend la thèse selon laquelle les TCA présentent suffisamment de ressemblances avec le TOC pour poser l'hypothèse que les traitements efficaces pour le TOC puissent être adaptés aux TCA.

Le chapitre III comprend le deuxième article de l'essai, qui présente les résultats d'une étude de cas portant sur deux participantes. Cette étude de cas a été acceptée pour publication à la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*. Les deux patientes, âgées respectivement de 35 ans et 21 ans, souffraient de boulimie de type non-purgatif et d'un TCA non-spécifié de type anorexie-boulimie. Elles ont reçu un traitement cognitif adapté de la thérapie basée sur les inférences (ABI) (O'Connor et al., 2005) développée dans le contexte du traitement du TOC. Après 24 semaines de traitement, l'examen des résultats post-traitement aux différentes échelles utilisées (*Eating Disorder Examination; Eating Disorder Inventory-2; Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale; Échelles des idées surévaluées*) démontrent que les deux patientes ne rencontraient plus les critères d'un TCA. Elles avaient diminué leur niveau de croyances envers la probabilité des doutes obsessionnels ainsi que

leur besoin d'exécuter les comportements alimentaires compulsifs ou ritualisés (ex. : restriction alimentaire, exercice physique). À la lumière des résultats obtenus, l'approche basée sur les inférences (ABI) semble une approche prometteuse dans le traitement de la boulimie. D'autres études avec devis quasi-expérimentaux, et s'appliquant à différents types de TCA (ex. : boulimie de type purgatif, anorexie mentale type restrictif ou type boulimie avec vomissements) pourraient être envisagées afin de vérifier la généralisation de ces résultats préliminaires.

Finalement, le chapitre IV consiste en une discussion générale à propos des implications cliniques associées aux applications de l'approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles alimentaires. Certaines considérations méthodologiques et les limites de la présente étude sont discutées, ainsi qu'une présentation des pistes de recherche futures.

Mots-clés : troubles des conduites alimentaires, anorexie mentale, boulimie, doute obsessionnel, thérapie cognitive, approche basée sur les inférences (ABI)

RÉSUMÉ

Depuis quelques décennies, certains chercheurs d'orientation cognitive comportementale ont tenté de décrire et de comprendre les troubles des conduites alimentaires (TCA). D'un point de vue phénoménologique, les TCA (anorexie mentale et boulimie) peuvent présenter des similarités avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC); en effet ces deux problématiques présentent des préoccupations obsessionnelles menant à des comportements compulsifs et ritualisés visant à baisser le niveau de la détresse. Cette proximité conceptuelle et clinique a amené certains chercheurs à s'intéresser aux similarités et aux différences entre ces deux familles de troubles où sont présentes les obsessions et les compulsions.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semble démontrer de façon générale une efficacité pour traiter les patients aux prises avec ce type de trouble. Toutefois, certains patients démontrent une certaine résistance face à l'approche TCC standard, notamment en raison du volet comportemental du traitement qui implique la prévention de la réponse (la compulsion) lors des expositions répétées aux situations craintes (Steketee, 1993; Fisher & Wells, 2005). Cette difficulté et les problèmes d'adhérence au traitement qui y sont associées ont amené certains chercheurs à développer des approches qui accordent plus de place aux composantes cognitives du trouble, soit les obsessions (Salkovski; Clark; Rachman, etc.). L'une de ces approches a démontré des résultats encourageants dans le traitement du TOC, soit l'approche basée sur les inférences (ABI). Cette approche suggère que des doutes obsessionnels sont à la base du trouble. L'objectif central de l'ABI amène le client à prendre conscience de toutes les erreurs de raisonnement qui lui font paraître l'objet de certains doutes invalides comme étant réelles. Cette conscientisation amène le client à diminuer son besoin de répondre à ses obsessions. L'approche basée sur les inférences est donc en substance une thérapie cognitive qui tente d'invalider le doute obsessionnel (O'Connor et al., 2005).

En raison des similarités conceptuelles et cliniques entre le TOC et les TCA tel que discuté, il est intéressant de voir si l'ABI tel qu'utilisé dans le traitement des TOC résistants pourrait également être utilisée dans le traitement des obsessions présentes dans les troubles alimentaires. L'étude pilote menée dans le cadre de la présente recherche s'inscrit dans cette optique, puisqu'elle évalue l'efficacité de l'approche basée sur les inférences (ABI) dans le traitement des TCA. Deux participantes ont reçu le traitement, et un devis à cas unique a été utilisé pour vérifier si des changements cliniquement significatifs sont possibles en utilisant l'ABI pour les TCA.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis quelques décennies, un nombre croissant de gens sont préoccupés par leur apparence, suivent une diète ou font attention à ce qu'elles mangent, souvent en raison des pressions sociales favorisant la minceur. Plusieurs ressentent de la culpabilité ou sentent un besoin de se justifier s'ils mangent des aliments caloriques, et ce, peu importe leur poids. Le désir de minceur semble omniprésent dans nos sociétés actuelles. Chez certaines personnes, un régime alimentaire peut tourner à l'obsession, c'est le cas pour les personnes qui développent un trouble des conduites alimentaires (TCA : anorexie mentale ou de boulimie). L'aspect socioculturel est donc un facteur à considérer dans l'augmentation des cas de TCA dans le monde (en particulier pour la boulimie et l'hyperphagie boulimique). Il s'agit d'un facteur qui a du poids mais il ne constituerait pas un facteur obligatoire pour le développement d'un TCA. Ce n'est qu'à partir du milieu du 20^{ième} que l'on a commencé à considérer l'anorexie comme ayant une origine psychologique.

Troubles des conduites alimentaires

L'anorexie existe dans toutes les cultures et la prévalence de ce trouble n'augmente pas significativement même en tenant compte des pressions sociales qui poussent les gens à se préoccuper de leur poids et à vouloir être mince (Keel & Klump, 2003). Cette attitude est surtout prônée dans les pays occidentaux industrialisés. Outre l'aspect socioculturel qui semble avoir un certain rôle à jouer dans le développement et le maintien d'un TCA, des facteurs individuels et souvent familiaux (environnement et génétique) seraient davantage impliqués dans la prédisposition d'une personne à être obsédée face à la perte de poids. Le présent essai vise à évaluer une thérapie cognitive en conceptualisant le TCA comme un trouble de nature obsessionnelle-compulsive. Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, de la boulimie ainsi que du trouble obsessionnel-compulsif seront donc définis. Le rationnel de la recherche, ses objectifs et hypothèses seront expliqués également.

Le DSM-IV-TR (APA, 2003) définit l'anorexie mentale par une perte de poids importante, un refus de maintenir un poids normal et une phobie de prendre du poids. Les

personnes souffrant d'anorexie présentent souvent une distorsion de leur image corporelle et/ou un déni de la gravité de leur perte pondérale. Chez ces personnes, l'estime de soi est indûment influencée par le poids et/ou la silhouette. Plus la personne atteinte d'anorexie perd du poids, plus elle aura tendance à se valoriser. Le gain pondéral ou simplement l'idée de prendre du poids entraînent un sentiment de détresse marqué.

L'anorexie peut être de type restrictif ou avec crises de boulimie suivies de comportements compensatoires (les vomissements provoqués, l'emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif) afin d'éviter un gain pondéral. Les crises de boulimie se caractérisent par l'absorption d'une quantité importante de nourriture en peu de temps accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle. Selon l'APA (2003), l'anorexie apparaît vers l'âge de 14 ans à 18 ans et affecte 0,5 à 1 % de la population féminine. Les hommes peuvent également souffrir de TCA, mais beaucoup moins fréquemment que les femmes (ratio de dix femmes pour un homme). L'anorexie se présente habituellement sous la forme restrictive et un nombre significatif (54%) des patientes anorexiques commencent à faire des crises de boulimie suivies de comportements compensatoires à l'intérieur des cinq ans suivant le début du trouble (Bulik, Sullivan, Fear, & Pickering, 1997).

Pour ce qui est du diagnostic de boulimie, il est caractérisé par la survenue récurrente de crises de boulimie (ou orgies alimentaires). Celles-ci sont également suivies de comportements compensatoires inappropriés visant à prévenir la prise de poids. Ces comportements sont soit de type purgatif (vomissements, laxatifs, diurétiques), ou de type non-purgatif (jeûnes, activité physique intense). L'estime de soi des personnes souffrant de boulimie est également influencée de manière excessive par le poids et la forme du corps. La prévalence à vie de la boulimie se situe entre 1 et 3 % (APA, 2003).

Trouble obsessionnel-compulsif

Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions (pensées, impulsions ou représentations mentales récurrentes et persistantes) ressenties comme intrusives et inappropriées, qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Généralement, les personnes atteintes d'un TOC présentent également des compulsions, c'est-à-dire des comportements ou des actes mentaux (ex : lavage des mains, ordonner, vérifier, prier, compter,

répéter des mots, etc.) qui visent à neutraliser les pensées obsédantes et à diminuer la détresse associée (APA, 2003). Il existe différents thèmes ou sous-types de TOC. Selon l'American Psychiatric Association (APA) (2003) la prévalence à vie du TOC est estimée à 2,5 %, et ce, dans toutes les cultures. Le trouble apparaît habituellement à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Le TCA, une forme de TOC?

Les troubles des conduites alimentaires font conceptuellement partie du spectre obsessionnel-compulsif, en raison du portrait clinique très similaire au TOC qu'ils présentent en termes de phénoménologie, de facteurs prédisposants et de concomitance (Bertrand, Bélanger & O'Connor, 2011; Hollander et Benzaquen, 1997). Les personnes souffrant d'un TCA présentent effectivement des idées obsédantes; elles pensent constamment à la nourriture et aux façons de se restreindre et de cacher leurs restrictions ou leurs excès alimentaires. Elles peuvent avoir des rituels de vérification du poids et de la silhouette tels que le fait de se peser plusieurs fois par jour ou encore de s'observer dans le miroir pour confirmer des signes de gain ou de perte pondérale. Cependant, même si le poids diminue, les personnes souffrant d'un TCA ne sont habituellement pas satisfaites (Shafran, Fairburn, Robinson et Lask, 2004). Elles développent des comportements dysfonctionnels autour de la nourriture; les repas deviennent ritualisés; la personne peut compter les calories de ce qu'elle mange et celles qu'elle brûle par l'exercice physique. Elle s'interdit également toute une gamme d'aliments qu'elle qualifie « d'engraissants ». Celle-ci peut manger les mêmes aliments ou la même quantité de nourriture chaque jour afin de contrôler son poids. Cependant la privation de nourriture (qu'elle soit physiologique ou psychologique) crée le désir; elle va ainsi à l'encontre du but recherché par la personne qui y a recours. La privation augmente donc les risques d'avoir des épisodes d'excès alimentaires. C'est d'ailleurs habituellement vers les aliments « interdits » (ex : pain, pâtes, pâtisseries, sucreries, restauration rapide) que les personnes souffrant d'un TCA se tournent lors des orgies alimentaires (Fairburn, 2008).

Comme c'est le cas avec le TOC, les personnes aux prises avec un TCA se sentent obligées de suivre certaines règles rigides qu'elles s'imposent pour diminuer l'anxiété associée aux obsessions. Cela occasionne généralement des conflits, de l'incompréhension et de l'impuissance de la part de l'entourage. Les pensées et les comportements des TCA interfèrent dans plusieurs aspects de la vie (travail, école, relations sociales) tout comme les obsessions et

les compulsions d'un TOC. La restriction et les excès alimentaires dominent en effet la vie des personnes souffrant d'un TCA, qui se voient enfermées dans un cercle vicieux dont il leur est difficile de sortir. Ainsi le temps et l'énergie consacrés au contrôle de l'alimentation et l'ostracisme qui y est associé mènent à l'isolement social, ce qui finit par diminuer l'estime de soi qui, à son tour, renforce et maintient le problème.

L'évolution des modalités d'intervention dans le traitement du TOC

L'approche cognitive et comportementale utilise les symptômes (pensées et comportements) comme mesure des changements. Cette intervention pose dès le départ pour le patient des objectifs à atteindre sur le plan cognitif et comportemental. Une analyse fonctionnelle du comportement visant à mesurer précisément le ou les comportement(s) cible est effectuée avant d'entreprendre l'intervention. Cette évaluation inclut la mesure des facteurs prédisposants, précipitants et les facteurs de maintien des différents comportements problématiques ciblés. La relation entre les pensées et leurs interprétations, les comportements et les émotions est mise de l'avant afin que ces aspects soient travaillés en thérapie. En ce qui a trait à la boulimie, la supériorité du traitement cognitivo-comportemental (TCC) a été clairement démontrée (Fairburn, 2002; Mitchell, Agras et Wonderlich, 2007; Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr et Bulik, 2007; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh et Kraemer, 2002). Toutefois, certains patients sont résistants à cette forme de traitement cognitivo-comportemental standard. Des approches plus cognitives que comportementales et qui mettent l'accent sur les cognitions, les émotions et le travail expérientiel plutôt que de viser un changement comportemental se sont en conséquence développées au cours des dernières années. Un autre alternative dans le traitement se retrouve sur le plan des thérapies cognitivo-comportementales de la troisième vague visent l'acceptation sans jugement des pensées et des émotions négatives par la pleine conscience chez le patient plutôt que la modification directe de ses pensées. Plutôt que de vouloir changer la façon de penser comme le fait la restructuration cognitive classique, la TCC de 3^{ième} vague propose au patient de modifier son rapport à ses pensées (Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry & Cousineau, 2010). L'approche basée sur les inférences (ABI) qui a été développée par K. O'Connor et son équipe (Centre d'Études sur le TOC et les Tics) propose dans cet esprit d'observer la venue des doutes obsessionnels, de questionner leur pertinence dans « l'ici et maintenant » avec l'objectif de les invalider et à ne

plus ressentir en conséquence le besoin d'exécuter des comportements compulsifs ou ritualisés (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005).

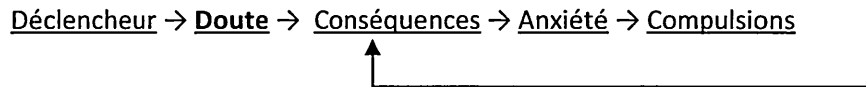
L'approche basée sur les inférences

L'ABI est une thérapie cognitive qui a été élaborée par O'Connor, Aardema et Pélissier (2005) pour traiter les personnes souffrant du TOC. Cette approche a permis la réduction des symptômes du TOC dans une mesure comparable à celle de la TCC traditionnelle (O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005). Par contre, l'ABI semble particulièrement bénéfique aux patients ayant une forte conviction obsessionnelle, c'est-à-dire qu'ils sont fortement convaincus de la véracité de leurs doutes obsessionnels (O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005). Ces derniers peuvent être résistants à la TCC traditionnelle proposant l'exposition et la prévention de la réponse. L'ABI considère que les obsessions proviennent de monologues intérieurs, basés sur des arguments invalides propres à chaque client. Ce dernier doit reconnaître cette dérive par rapport à la réalité; il doit réaliser qu'il ne se fie pas à ses sens (ex.: je vois mes mains, et elles ne sont pas sales). Contrairement à la TCC traditionnelle, l'ABI propose d'aborder les inférences primaires qui sont à la base de l'obsession plutôt que d'investiguer les inférences secondaires (les conséquences anticipées). L'inférence primaire est donc un énoncé qui prend la forme d'un doute (peut-être que la porte n'est pas bien verrouillée) et qui peut parfois devenir une conviction pour la personne et entraîner d'autres inférences. Les inférences secondaires sont quant à elles des conséquences anticipées des croyances primaires (quelqu'un va cambrioler ma maison). Toutes ces croyances mènent, chez la personne atteinte du TOC, à l'exécution des compulsions. La force de croyances pour les doutes initiaux, ou inférences primaires varie d'un individu à l'autre, en se répartissant selon une distribution normale (Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2009).

Durant le traitement ABI, le client arrive à faire diminuer la force de ses croyances concernant le degré de probabilité des doutes obsessionnels (inférences primaires), du réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires) et du degré de conviction quant au besoin d'exécuter les compulsions. O'Connor, Aardema, Bouthillier et al. (2005) ont démontré qu'il y a une corrélation positive entre la probabilité des inférences primaires et des inférences secondaires et que cette corrélation est d'autant plus élevée si la croyance envers la probabilité que le doute obsessionnel soit vrai est forte.

Il est à noter que les inférences des personnes aux prises avec des obsessions ne sont pas totalement dépourvues de sens, et que ce sont plutôt les monologues qui ne sont pas soutenus par des preuves pouvant les confirmer dans le «ici et maintenant». Ces monologues contribuent à maintenir le doute obsessionnel (inférence primaire) et les compulsions puisque la personne agit comme si son doute était réel. L'ABI propose de modifier ces monologues pour que le client puisse adhérer à un scénario plus réaliste, qui l'aidera ensuite à changer ses comportements. Le doute s'installe après qu'un déclencheur interne ou externe soit apparu dans l'environnement de l'individu. En fait, le modèle du développement et du maintien du TOC selon l'ABI est présenté à la figure 1 ci-bas. Ce sont les doutes qui maintiennent la boucle du TOC, en générant les conséquences négatives, l'anxiété et les compulsions.

Figure 1 - Modèle du maintien du TOC selon l'ABI



***Déclencheur** : ce qui attire l'attention sur le doute. Il peut être interne (pensée, émotion, sensation physique) ou externe (il peut être la vue ou le toucher d'un objet, une situation ou un environnement).*

***Doute** : commencer à douter que quelque chose soit correct. Le doute est une possibilité et le doute initial est valable (ex : est-ce que mes mains sont réellement propres, est-ce que j'ai bien verrouillé la porte, est-ce que j'ai fait mon exercice scolaire de la «bonne» façon, etc).*

***Conséquences** (anticipées) : augmentation du niveau d'anxiété ou d'inconfort puisque si le doute se maintient, il y aura (logiquement) des conséquences négatives (ex : Si mes mains sont sales, alors je salirai les objets que je toucherai).*

***Anxiété** : le niveau d'anxiété augmente car la personne donne de l'importance à ses doutes et aux inférences secondaires associées.*

***Compulsion** : comportement ou action mentale accomplie pour «réparer» ce qui est imaginé (ex : se laver les mains afin de réduire le doute qu'elles sont sales par exemple).*

L'efficacité de l'ABI a également été étudiée avec des troubles présentant une problématique et une dynamique similaires au TOC (ex. : dysmorphie corporelle, trouble délirant) par notre équipe de recherche du Centre d'Études sur le TOC et les Tics (Taillon, O'Connor, Dupuis & Lavoie, 2011; Koszegi, O'Connor, Trunalis & Stip, 2010). Puisque les TCA sont associés aux troubles du spectre obsessionnel-compulsif, l'investigation des inférences primaires et secondaires associées aux comportements caractéristiques des TCA est conceptuellement et cliniquement défendable. Puisque l'ABI vise une investigation des inférences primaires et secondaires qui maintiennent les obsessions, la personne arrive progressivement à résister à ses compulsions, ce qu'elle ne ferait pas avec la même intensité avec une approche plus comportementale basée sur l'exposition avec prévention de la réponse. Le fait de viser d'abord des changements sur le plan cognitif plutôt qu'au niveau

comportemental peut améliorer l'adhérence au traitement, puisqu'en diminuant la probabilité perçue des inférences primaires, les clients en arrivent à ne plus générer de conséquences négatives anticipées (inférences secondaires) et donc, ressentent un moins fort besoin d'exécuter de comportements ritualisés. L'ABI a donc l'avantage d'investiguer directement les inférences primaires, qui sont à la base des inférences secondaires et du besoin d'exécuter les rituels.

Ce projet de recherche visait donc à évaluer si l'ABI allait amener une diminution de la conviction des doutes obsessionnels (inférences primaires), une réduction du réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires) de ces doutes ainsi qu'une diminution du besoin d'exécuter les comportements compulsifs chez des personnes présentant un trouble alimentaire.

Objectifs de la recherche

- 1) Le premier objectif consiste à documenter les similarités entre les TCA et le TOC par une revue des écrits.
- 2) Le deuxième objectif de cette recherche doctorale est de vérifier si les pensées obsessionnelles qui maintiennent le TCA proviennent d'inférences qui prennent la forme d'un doute – ou inférence primaire- (ex. : «peut-être que...»), comme c'est le cas dans le TOC. On émet l'hypothèse qu'effectivement, les pensées obsessionnelles à la base du TCA proviendront d'un doute initial; d'une inférence.
- 3) Le troisième objectif vise à évaluer si l'ABI comme modalité de traitement du TCA permet une réduction de la force des doutes obsessionnels (probabilité des inférences primaires) et du réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires) ainsi qu'une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (se sentir capable de ne pas exécuter les comportements du TCA). On s'attend à ce que la probabilité des inférences primaires et du réalisme des inférences secondaires diminuent alors que le sentiment d'efficacité personnelle augmente en cours de suivi.
- 4) Le quatrième objectif est d'évaluer si certaines dimensions psychologiques ou si des symptômes reliés au TCA (restriction alimentaire, crises de boulimie; comportements compensatoires tels que l'exercice physique excessif, vomissements provoqués;

préoccupations à propos du poids, de la silhouette, de la nourriture; croyances obsessionnelles telles que le perfectionnisme; les idées surévaluées par rapport à l'importance accordées au contrôle du poids dans son évaluation personnelle; l'insatisfaction de son image corporelle) diminuent de façon cliniquement significative entre le début et la fin du traitement.

CHAPITRE II

TROUBLES DE L'ALIMENTATION ET TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF : FACTEURS COMMUNS

ARTICLE PUBLIÉ:

Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif: facteurs communs. Santé mentale au Québec. Vol. 36 (1), 149-179.

Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs

Audrey Bertrand *

Claude Bélanger **

Kieron O'Connor ***

Il existe plusieurs similarités phénoménologiques entre le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les troubles des conduites alimentaires (TCA : anorexie mentale et boulimie). Pour ces deux problématiques, il y a présence de pensées obsessionnelles et de comportements compulsifs ou ritualisés. Les troubles comorbides avec les TCA ou le TOC sont en outre sensiblement les mêmes. L'hypothèse analysée ici présente les TCA comme ayant suffisamment de ressemblances avec le TOC pour qu'ils puissent être considérés comme des troubles de nature obsessionnelle-compulsive. Ce constat soulève la possibilité que les traitements efficaces pour le TOC puissent être adaptés aux TCA. Les auteurs discutent d'une mise en comparaison des traitements utilisés pour les deux problématiques.

* B.A., Université du Québec à Montréal (UQAM).

** Ph.D., UQAM et Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

*** Ph.D., Centre de Recherche Fernand-Seguin, Université de Montréal et Université du Québec en Outaouais.

Plusieurs troubles mentaux partagent certains facteurs communs avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC); ils sont regroupés sous le terme «trouble du spectre obsessionnel-compulsif» (TSOC). Parmi les TSOC se retrouvent l'hypocondrie, la peur d'une dysmorphie corporelle, les troubles des conduites alimentaires (TCA), la kleptomanie, le jeu pathologique, etc. Toutes ces psychopathologies se présentent souvent en concomitance avec un TOC (Hollander et Benzaquen, 1997). Il y a toutefois une controverse autour de l'idée de considérer tous ces troubles comme des TSOC. McKay et al. (2007) estiment que l'hypocondrie et la peur d'une dysmorphie corporelle seraient les seuls troubles assez similaires au TOC pour être des TSOC.

Selon le DSM-IV (APA, 2003), le TOC se caractérise par la présence d'obsessions, qui se définissent comme des pensées, des impulsions ou des images mentales, ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Généralement, les patients qui ont un TOC présentent aussi des compulsions qui visent à chasser les pensées obsessionnelles et à diminuer la détresse associée. Les compulsions peuvent être des comportements visibles (par exemple, se laver les mains, ordonner, vérifier) ou des actes mentaux (par exemple, prier, compter, répéter mentalement des mots). Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse marqués, d'une perte de temps considérable consacré aux obsessions ou aux rituels (plus d'une heure par jour). Elles interfèrent en outre significativement dans les relations interpersonnelles ou les activités sociales de l'individu, ainsi que dans son fonctionnement professionnel ou scolaire. Le TOC affecterait environ 3 % de la population et il se retrouverait autant chez les hommes que chez les femmes. Les obsessions et les compulsions varient de façon idiosyncratique, c'est-à-dire qu'elles sont propres à chaque individu. Toutefois, les obsessions/compulsions peuvent en

général être regroupées en catégories générales. Les obsessions peuvent par exemple référer à la peur de la contamination ou de la saleté (par exemple, les vêtements que je porte ont touché le plancher, je suis donc contaminé), la peur de faire du tort à autrui (par exemple, peut-être que j'ai frappé quelqu'un en voiture sans m'en rendre compte), le doute pathologique (par exemple, est-ce que j'ai bien éteint la cuisinière?), la préoccupation pour la symétrie et l'exactitude (par exemple, si j'utilise le côté droit de mon corps, je dois compenser et utiliser le côté gauche également; je ne comprends pas exactement ce que je viens de lire), les pensées sexuelles inacceptables (par exemple, suis-je sexuellement attiré par les enfants?), les obsessions religieuses (par exemple, j'ai probablement déplu à Dieu aujourd'hui) ainsi que l'accumulation compulsive (par exemple, conserver des journaux depuis plusieurs années, garder des vêtements usés et inutilisés, mais être incapable de s'en débarrasser). Les techniques utilisées pour chasser les pensées obsessionnelles de l'esprit peuvent être des comportements compulsifs (par exemple, les rituels de vérification, le nettoyage excessif, le rangement, compter, etc.), la recherche de réassurance auprès d'autrui, l'évitement des stimuli associés aux obsessions ainsi que la neutralisation (par exemple, avoir une pensée positive contraire à une pensée intrusive indésirable dans le but de neutraliser la «mauvaise» pensée). À noter qu'il n'est pas rare qu'un même individu ait des obsessions et des compulsions reliées à plusieurs sous-types de TOC simultanément ou successivement (Clark, 2007).

Les troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale et boulimie) présentent des caractéristiques similaires au TOC. L'anorexie se caractérise par une perte de poids importante et un refus de maintenir un poids normal. Les personnes qui souffrent d'anorexie ont une véritable phobie de prendre du poids même si elles ont un poids insuffisant. Elles présentent

Le sexe féminin sera utilisé lors de références aux patients TCA; il désignera des patients des deux sexes.

souvent une distorsion de leur image corporelle et un déni de la gravité de leur perte de poids. L'estime de soi est indûment influencée par le poids et/ou la silhouette. L'anorexie peut être de type restrictif (ANR : *anorexia nervosa - restrictive*) ou de type avec crises de boulimie (ANBP : *anorexia nervosa - binge-purge*) suivies de comportements compensatoires (vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements, jeûne, exercice excessif) afin d'éviter un gain de poids. Les crises de boulimie se caractérisent par l'absorption d'une quantité importante de nourriture en peu de temps avec un sentiment de perte de contrôle. La prévalence actuelle de l'anorexie est évaluée à 1 % de la population (APA, 2003).

La boulimie est caractérisée par la survenue récurrente de crises de boulimie, suivies de comportements compensatoires qui peuvent être purgatifs (BNP : vomissements, laxatifs, diurétiques...) ou non purgatifs (BNNP : jeûnes, exercice excessif). L'estime de soi des personnes qui souffrent de boulimie est également influencée par le poids et la forme corporelle. Selon l'APA (2003), la prévalence à vie de la boulimie se situe entre 1 et 3 % et elle apparaît souvent en continuité avec l'anorexie. L'APA (2003) inclut dans les TCA non spécifiques (TCANS), les troubles qui ne remplissent pas tous les critères d'un TCA spécifique (boulimie sans comportements compensatoires; anorexie sans aménorrhée, etc.). Les TCANS constituent les TCA les plus prévalents, qui représentent plus de la moitié des cas de TCA (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2008). Des hommes peuvent également souffrir d'un TCA, toutefois, ils ne représentent que 10% des cas. L'orthorexie (présence de préoccupations obsessionnelles concernant l'alimentation saine sans qu'il n'y ait de restriction alimentaire quantitative) constitue un autre trouble affectant l'alimentation qui ne figure pas dans le DSM.

Concomitance TOC-TCA

La concomitance TOC-TCA est considérablement élevée (tableau 1 pour plus de détails sur les études). En ce qui concerne la chronologie d'apparition de ces problématiques, le TOC précède le TCA dans des pourcentages de 21 à 86 % chez des patients qui présentent ces troubles (Thornton et Russell, 1997; Godart et al., 2000; Speranza et al., 2001). Plus rarement, le TCA peut se présenter en premier. Tamburrino et al. (1994) ont noté la présence d'un TCA (actuel ou passé) chez 42 % des femmes aux prises avec un TOC. Fahy et al. (1993) et Zribi et al. (1989) ont constaté que 11 à 13 % des femmes qui souffrent du TOC présentaient un antécédent d'anorexie.

Insérer le tableau I ici

Le TOC chez des patientes TCA

La prévalence à vie du TOC chez les patientes TCA est environ six fois plus élevée (19% versus 3%) que dans la population générale (Speranza et al., 2001; Iwasaki et al., 2000). L'anorexie et la boulimie ne présentent par ailleurs aucune différence significative en ce qui a trait à leur concomitance avec le TOC. Toutefois, l'ANBP (*anorexia nervosa – binge-purge*) est le sous-type de trouble alimentaire où l'on retrouve le plus souvent un TOC avant et/ou pendant le TCA. En fait, la prévalence à vie du TOC chez cette sous-population de TCA serait autour de 30-40 % (Speranza et al., 2001; Iwasaki et al., 2000). Kaye et al. (2004) ont aussi démontré que le TOC est le trouble anxieux le plus commun chez les TCA; près de la moitié des patientes avec un TCA rencontrent les critères diagnostiques d'un TOC au cours de leur vie. Des résultats similaires ont été obtenus par Thiel et al. (1995) qui ont observé que 37 % des femmes avec un TCA étaient également aux prises avec un TOC. Les études de Godart et

al. (2003) ont finalement montré que la prévalence à vie du TOC était de 20-25 % chez des personnes anorexiques, ce qui est significatif en comparaison avec la population générale.

Cette présence de symptômes du TOC chez les patientes TCA auraient des répercussions négatives sur le pronostic du TCA. Par exemple, les patientes TCA qui présentent à la fois des symptômes du TCA et du TOC voient leur TCA se chroniciser et durer plus longtemps que chez les patientes TCA sans TOC (Milos et al., 2002), un plus grand nombre d'hospitalisations (Zubieta et al., 1995) ainsi qu'une sévérité du trouble plus importante (Thiel et al., 1995). Albert et al. (2001) ont également constaté que la présence d'obsessions-compulsions TOC a un effet négatif sur l'évolution de la boulimie. Les patientes boulimiques avec un TOC ont plus de symptômes de boulimie et une envie plus forte d'être minces comparativement à des patientes boulimiques sans TOC. Thiel et al. (1995) ont démontré que les patientes avec un TCA et un TOC ont un plus grand désir de minceur, sont plus insatisfaites de leur image corporelle, se sentent moins efficaces et sont plus susceptibles d'avoir peur de la maturité que les patientes TCA sans TOC. Sallet et al. (2009) ont également démontré que la concomitance TOC-TCA augmente la sévérité du tableau clinique général. Les patients TOC-TCA présentent ainsi un plus haut niveau d'anxiété et de dépression, une plus grande fréquence de tentatives de suicide et plus de troubles concomitants (prévalence à vie) que les TOC sans TCA.

Le TOC est plus fréquent chez des personnes avec un TCA comme diagnostic principal que l'inverse. Par contre, selon Godart et al. (2005a; 2005b), il se pourrait que la prévalence du TOC chez une personne TCA ait pu être surestimée dans les études qui datent d'avant l'apparition du DSM-III-R (APA, 1987). En fait, la distinction entre le TOC et les

TCA n'était pas claire avant cette édition du DSM ce qui implique que des patientes avec un TCA ont peut-être reçu à tort un diagnostic additionnel de TOC.

Le TCA chez des patients TOC

Pour ce qui est de la présence des TCA chez les patients avec un TOC, Kipman et al. (2001) ont constaté que la prévalence de l'anorexie est plus grande dans la population TOC que dans la population en général (également confirmé par du Toit et al., 2001.). Jiménez-Murcia et al. (2007) ont également observé une prévalence actuelle d'un TCA chez des patients avec un TOC plus élevée (16,7%) que dans la population en général. Rubenstein et al. (1992) et Sallet et al. (2009) se sont penchés sur la prévalence à vie des TCA chez des patients TOC, en contrôlant le genre. Leurs études révèlent respectivement que 12,9 % - 0,3 % des hommes et 6,5 % - 4,2 % des femmes avec un TOC ont rencontré les critères diagnostiques de l'anorexie mentale au cours de leur vie. Pour la boulimie, ces mêmes études révèlent que les prévalences à vie sont respectivement 3,2 % - 0,9 % plus élevées chez les hommes et de 6,5 % - 3,6 % chez les femmes avec un TOC.

Symptômes du TOC chez les personnes avec un TCA

Plusieurs chercheurs ont comparé la nature des obsessions et/ou des compulsions dans une population avec un TCA avec une population TOC (Bastiani et al., 1996; Hasler et al., 2005; Kaye et al., 1992; Matsunaga, Miyata et al., 1999; Halmi et al., 2003) (voir tableau 2). Selon ces études, les obsessions de symétrie/ordre/exactitude sont les plus fréquentes dans les différents types de TCA. Les compulsions d'ordre/rangement sont les plus fréquentes dans le groupe TCA, suivies des comportements ritualisés de nettoyage et la vérification. Les femmes TOC présentaient plus souvent des obsessions d'autres types comme celles reliées à l'agressivité, à la contamination, à la sexualité et à la religion et des compulsions de répétition

et de comptage que les femmes anorexiques. Il est possible que les obsessions de symétrie/ordre/exactitude et compulsions d'ordre/rangement soient plus fréquemment associées au TCA que les autres sous-types TOC en raison de certaines caractéristiques associées au TCA, telles que les traits de personnalité obsessionnelle-compulsive (par exemple, la rigidité, les préoccupations pour les détails, le besoin d'ordre et de routine, etc.). Les études permettent de conclure que même si ces deux types de patients présentent des obsessions et des compulsions, les patients avec un TOC ont une plus grande variété de ces symptômes en comparaison avec les personnes avec un TCA.

Insérer le tableau II ici

Symptômes reliés aux TCA chez des personnes avec TOC

Plusieurs auteurs ont voulu vérifier si les patients TOC présentaient certaines caractéristiques psychologiques similaires aux personnes avec un TCA. Des scores élevés sur l'inventaire *Eating Disorder Inventory* (EDI) ne sous-tendent pas le fait que les patients TOC puissent avoir un TCA, mais qu'ils partagent plusieurs caractéristiques psychologiques (perfectionnisme, sentiment d'incompétence, etc.). Pigott et al. (1991) et Grabe et al. (2000) ont démontré qu'en comparaison avec un groupe témoin, des patients TOC obtiennent des scores significativement plus élevés pour chacune des sous-échelles du EDI. Chez les femmes, certaines dimensions distinctes du TOC semblent associées à des caractéristiques spécifiques des TCA (Grabe et al., 2000). Par exemple, les obsessions et les compulsions de comptage, du besoin de toucher et de parler sont reliées aux symptômes boulimiques tandis que les obsessions de mots, d'images ou de chaînes de pensées sont associées à un plus fort désir de

minceur. Toutefois, nous ne pouvons pas déterminer actuellement si les symptômes reliés au TCA sont plus associés au TOC qu'aux autres troubles cliniques.

Nature des obsessions dans les TCA

Les problématiques des TCA et du TOC se ressemblent sur le plan du caractère obsessionnel que prennent les pensées. La nourriture, le poids et la silhouette constituent l'objet des obsessions dans le cas des TCA et ces préoccupations engendrent des comportements répétitifs et ritualisés qui s'apparentent aux compulsions du TOC. Le *Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale* (Mazure et al., 1994) démontre bien l'ensemble des préoccupations et des comportements ritualisés des TCA (voir tableau 3). Cependant, à la différence des obsessions du TOC qui sont égodystones, c'est-à-dire que les pensées sont considérées absurdes et contraires aux valeurs de la personne, les préoccupations reliées aux TCA sont égositytones. Les symptômes du TCA sont dirigés vers un même but, celui de satisfaire le désir de minceur et de contrôle. Sunday et al. (1995) ont découvert que les préoccupations du TCA étaient souvent plus sévères (plus de temps/jour) et plus fortement égositytones (surtout pour celles souffrant d'ANR) que les compulsions. Dans le même sens, Kaye et al. (1993) ont révélé que la plupart des personnes qui souffrent d'anorexie ne considèrent pas leurs symptômes comme étant absurdes et ne tentent pas d'ignorer ou de supprimer leurs pensées obsessionnelles. De plus, selon ces auteurs, les comportements observés dans les TCA ne seraient pas présents pour neutraliser les obsessions ou pour prévenir l'inconfort comme c'est le cas pour les compulsions du TOC. Shafran et al. (2004) soutiennent aussi cette hypothèse. Cette analyse ne serait cependant pas partagée par tous les chercheurs. Fairburn et al. (1986) et Salkovskis (1985) proposent que les comportements compulsifs des TCA pourraient servir à neutraliser les pensées obsessionnelles comme dans le TOC.

Insérer le tableau III ici

Les préoccupations liées aux TCA interfèrent dans le quotidien des personnes qui en souffrent et semblent être toutes aussi incommodantes que les obsessions du TOC (Holden, 1990; Rothenberg, 1986). Ces auteurs révèlent que les ruminations présentes chez les personnes avec un TCA peuvent à priori paraître volontaires et égosytones, mais il semble que les pensées à propos des calories et de la nourriture pourraient être plutôt de nature égodystone. Même si aucune recherche empirique n'a clairement établi cet aspect égodystone des préoccupations TCA, plusieurs observations cliniques suggèrent que cette hypothèse pourrait expliquer le fait que ces pensées (à propos de la nourriture) paraissent souvent étrangères à la personne, sans lien avec ses autres préoccupations et priorités. Garfinkel et Garner (1982) nuancent ce constat en spécifiant que, dans le cas de l'anorexie, seules les préoccupations à propos du poids et de l'image corporelle seraient égosytones, alors que les autres types de pensée seraient plutôt égodystones. Bulik et al. (1992) démontrent par ailleurs qu'il existe plusieurs stimuli qui sont perçus négativement et qui peuvent engendrer de l'anxiété chez les personnes avec un TCA (par exemple, avoir l'estomac plein, être serré dans ses vêtements, diminuer l'activité physique, voir des gens minces ou obèses, voir ou sentir de la nourriture à risque, se voir dans un miroir). Plusieurs cliniciens s'accordent donc sur le fait que l'égodystonie, qui caractérise la majorité des obsessions du TOC, pourrait également s'appliquer à certaines préoccupations des TCA. Il semble donc en définitive que tant les patients TOC que ceux avec un TCA ne manifestent pas des pensées complètement sytones ou dystones, et que des variations existent dans les deux problématiques. Par exemple, dans le TOC, les accumulateurs peuvent percevoir le fait de ne rien jeter comme une façon de faire qui est valable (écologique), et ils peuvent en

corollaire se sentir attachés aux objets accumulés. Il y aurait donc en théorie un degré d'égodystonie qui serait variable, et ceci serait vrai pour chaque obsession, chaque individu et pour diverses situations (Aardema et O'Connor, 2007). Ce constat n'a cependant pas été validé empiriquement. Il serait de ce fait intéressant de mesurer le degré d'égosyntonie-dystonie et ses fluctuations par rapport aux préoccupations TCA. Purcell-Lalonde et O'Connor travaillent actuellement à notre laboratoire afin de valider cette théorie de la plasticité du degré d'égodystonie et de sa modification en fonction du traitement reçu. Leurs études permettront de vérifier les fluctuations des niveaux de syntonie/dystonie avant et après un traitement. Il sera alors possible de vérifier si les pensées égosyntonées par rapport à la minceur ont tendance à perdre de leur importance lorsqu'il y a une amélioration de la condition clinique de la personne.

Cognitions et biais cognitifs dans le traitement de l'information

Comme dans le TOC, les patientes TCA ont plusieurs biais cognitifs reliés à l'objet de leurs obsessions (biais d'attention, de mémoire et d'interprétation sélective). Ces biais jouent un rôle important dans le déclenchement et le maintien du trouble (Williamson et al., 1999; Williamson et al., 2004; Cooper, 2005). Par exemple, chez les patientes TCA, l'attention est biaisée envers les stimuli reliés au surplus de poids ou aux aliments gras ou sucrés puisque ces stimuli sont menaçants. La personne TCA scrute l'environnement pour voir l'évaluation des autres face à son corps, ou à propos de l'importance qu'ils accordent à l'apparence corporelle en général. Les biais de mémoire réfèrent au fait que les informations associées à l'objet des préoccupations (poids, alimentation, image corporelle) sont plus facilement remémorées chez ces patientes. Par exemple, Tekcan et al. (2008) démontrent que lors d'une tâche de rappel libre d'une liste de mots variés (mots TCA et non-TCA), les mots

associés au TCA sont encodés dans la mémoire et remémorés même lorsque les consignes de l'étude leur indiquent de ne pas prêter attention à ces mots. Chez les personnes qui souffrent d'un TCA, les informations reliées à leur trouble semblent donc être encodées automatiquement, en raison de leur charge émotionnelle. Il est possible que cet encodage différentiel selon la charge émotionnelle des mots puisse sous-tendre une hypervigilance par rapport à ces mots chargés émotionnellement. Ainsi Vitousek (1996) rapporte-t-elle que l'impact de stimuli qui déclenche les obsessions nuit à l'exécution de certaines tâches. Les études (Vitousek, 1996) démontrent que lorsque des sujets TCA sont confrontés à une tâche d'attention sélective, le test de reconnaissance de Stroop, et qu'ils doivent faire abstraction des mots pour ne nommer que la couleur de l'encre où ils sont écrits, ils démontrent un niveau d'interférence plus grand lorsque ces mots sont reliés au TCA (poids, silhouette, nourriture) en comparaison avec des mots neutres. Chez ces patientes TCA les mots chargés émotionnellement sont donc traités selon un processus de vigilance accrue qui biaise leur perception.

Shafran (2002) a démontré que des cognitions que l'on retrouve chez les personnes avec un TOC ou d'autres troubles anxieux sont également présentes dans la population TCA : 1) la fusion pensée-action ou pensée-silhouette, 2) le perfectionnisme, 3) l'intolérance à l'incertitude, et 4) la surestimation de la menace. Lorsqu'ils manifestent la présence d'une distorsion cognitive associée à la fusion pensée-action, les patients TOC peuvent croire que de penser à un événement (par exemple, s'imaginer en train de tuer une personne) augmente les probabilités que cet événement ne se produise, ou encore que la pensée est aussi immorale que l'action en elle-même. Les patientes avec un TCA ont aussi une prédisposition à fusionner les pensées et les comportements. Par exemple, le simple fait de penser à manger un aliment

qu'elles s'interdisent est presque aussi culpabilisant pour elles que de le manger réellement, ou encore que seule la pensée d'avoir ingéré un aliment calorique récemment amène la sensation d'avoir pris du poids. Lorsque le perfectionnisme est central, tant chez les personnes qui souffrent d'un TCA que d'un TOC, les attitudes perfectionnistes et le besoin de contrôle et de certitude peuvent se répercuter dans tous les aspects de leur vie (par exemple, les standards de réussite personnelle et professionnelle qui sont trop élevés et ne peuvent être rencontrés, la peur incapacitante de faire des erreurs, etc.) (Sassaroli et al., 2008). Ces attitudes perfectionnistes peuvent contribuer au développement et au maintien des TCA ou du TOC. L'état de perfection recherché est irréaliste, puisque la perfection est une cible mouvante qui se déplace lorsqu'on la vise. L'intolérance à l'incertitude présente chez ces patients se manifeste quant à elle par un besoin d'ordre et de routine. Ces personnes peuvent par exemple manger la même chose à tous les jours parce qu'elles sont incapables de tolérer l'incertitude face à ce qui pourrait arriver si elles variaient leur menu, ou si elles mangeaient un aliment dont elles ne connaissent pas le contenu calorique. Cette intolérance à l'incertitude sous-tend une anxiété importante lorsque tout n'est pas sous contrôle, et elle provoque dans ces circonstances des compulsions autour des préoccupations associées au poids. La surestimation de la menace se retrouve finalement chez des patientes TCA, lorsque sont considérés les thèmes liés à la nourriture, au poids et à la silhouette. Par exemple, une personne anorexique peut croire que manger un biscuit peut faire gagner du poids. La surévaluation de l'importance du poids ou de la silhouette peut aussi constituer une forme de menace chez les patientes TCA. Ces croyances liées à la surestimation de la menace semblent donc maintenir les symptômes du TCA.

Comportements ritualisés de vérification du poids dans les TCA

Une étude de Shafran et al. (2004) démontre que la majorité (92 %) des personnes avec un TCA présentent des rituels de vérification du poids et de la silhouette. La majorité des patientes (92 %) regardent leur corps pour vérifier des signes de gain de poids ou pour évaluer leur silhouette. À la suite de cette inspection, plus de 75% des patientes diminuent leur apport alimentaire, peu importe la valence de leur auto-évaluation. Certaines (61 %) révèlent qu'elles évitent parfois de vérifier leur poids, habituellement lorsqu'elles ont eu un gain pondéral. Le fait d'avoir des rituels de vérification contribue à maintenir les symptômes. En fait, la fréquence des vérifications est corrélée de façon positive avec la tendance à la surévaluation du poids chez les patientes et avec l'augmentation des comportements alimentaires inadaptés. Comme dans le TOC, une boucle d'auto-renforcement se crée entre les compulsions et les obsessions.

Liens entre la sous-alimentation et les obsessions

Dans une étude effectuée il y a plus de 60 ans, Keys et al. (1950) ont démontré que la sous-alimentation pouvait contribuer au développement de préoccupations à propos de la nourriture, du poids et de l'image corporelle. Dans leur étude, 36 hommes considérés en bonne santé ont été soumis à une diète les privant de la moitié de l'apport calorique qu'ils avaient l'habitude de manger quotidiennement, pendant une période de six mois. Les participants ont perdu environ 25 % de leur poids initial et sont devenus obsédés par la nourriture et leur silhouette. Plusieurs comportements ritualisés concernant l'alimentation aussi présents dans les TCA sont apparus chez ces sujets, comme le fait de manger lentement, de couper la nourriture en petits morceaux, de collectionner des recettes, de cacher de la nourriture, etc. Cette étude permet de voir que la restriction alimentaire à elle seule peut contribuer à développer, à maintenir ou à augmenter les symptômes obsessionnels et compulsifs associés à la nourriture

chez les personnes avec un TCA. D'autres études indiquent que la sous-alimentation pourrait même avoir un effet sur les obsessions et compulsions qui ne seraient pas reliées à l'alimentation. Pollice et al. (1997) ont en effet démontré que la dénutrition contribuerait à intensifier les obsessions de nature TOC chez les patientes TCA. Après un gain pondéral suffisant pour atteindre un poids santé, les symptômes du TOC ont diminué chez des femmes anorexiques, même si leur ampleur était toujours plus importante que chez un groupe témoin. Cette tendance à voir les symptômes TOC se modifier en fonction de leurs problèmes alimentaires a aussi été constatée chez les patientes avec boulimie. Rubenstein et al. (1995) ont par exemple constaté une diminution significative des obsessions et des compulsions chez des patientes boulimiques, après six semaines d'abstinence d'orgies alimentaires et de vomissements. Thiel et al. (1998) ont révélé que plus la symptomatologie TCA diminue après une thérapie, moins les obsessions-compulsions non-TCA sont sévères. Les études semblent donc démontrer que le fait de maintenir de bonnes habitudes alimentaires semble donc diminuer grandement les préoccupations obsessionnelles (TOC et TCA) chez les personnes qui souffrent d'un TCA. Toutefois, von Ranson et al. (1999) et Morgan et al. (2007) ont affirmé que des patientes boulimiques, qu'elles soient rétablies ou non, auraient tout de même davantage d'obsessions-compulsions TOC qu'un groupe témoin. Ces études démontrent donc que les personnes qui se sont remises de la boulimie ont autant de symptômes TOC que celles qui présentent toujours le trouble, ce qui laisse supposer que les symptômes du TOC ne sont pas uniquement associés à la présence du TCA. L'hypothèse selon laquelle la sous-alimentation augmente les préoccupations obsessionnelles demeure controversée étant donné que le retour à une alimentation saine n'élimine pas systématiquement les obsessions/compulsions du TCA ou du TOC. De plus, même si nous savons depuis longtemps

que les privations alimentaires peuvent entraîner des préoccupations TCA (Keys, 1950), il reste à savoir si les patients TOC qui ont des obsessions reliées à l'alimentation (par exemple, la peur d'être contaminé par la nourriture ou encore la peur de s'étouffer en mangeant) auraient davantage de risque de développer un TCA concomitant que les patients TOC dont les compulsions ne sont pas reliées à l'alimentation. La prévalence des symptômes TOC chez les patientes TCA ainsi que les thèmes d'obsessions-compulsions TOC les plus souvent observés dans cette population sont discutés dans les prochaines sections.

Troubles concomitants avec le TOC et les TCA

Troubles cliniques

Le TOC et les TCA se présentent souvent en concomitance avec d'autres troubles psychiatriques. À l'axe I - troubles cliniques - du DSM-IV-TR (APA, 2003), les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et l'abus de substances sont les plus souvent diagnostiqués chez les patientes avec un TCA (Blinder et al., 2006; Godart et al., 2006). Pour ce qui est du TOC, les troubles cliniques les plus fréquemment associés sont également la dépression majeure, les troubles anxieux, l'abus d'alcool et les TCA mais également les tics et le syndrome Gilles de la Tourette (Denys et al., 2004; Ladouceur et al., 1999).

Troubles de la personnalité

À l'axe II du DSM-IV-TR (APA, 2003) – troubles de personnalité (TP), les TCA coexistent souvent avec la présence d'un TP. Maranon et al. (2004) ont observé que plus de la moitié des patientes TCA souffraient d'au moins un TP. Les TP du groupe C incluant la personnalité dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive (APA, 2003), semblent être plus souvent associés au TCA que ne le sont les autres TP. Ces auteurs ont ajouté que le TP limite était également fréquent dans la population avec un TCA, si l'on considère tous les sous-

types. Rastam (1992) a révélé une forte association entre l'anorexie et le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (TPOC). Pour les deux types d'anorexie mentale, les TP les plus fréquents sont ceux du groupe C. Sansone et al. (2005) ont ajouté que le TP limite était plus associé aux TCA avec symptômes boulimiques (ANBP et BN) qu'à l'ANR. Thornton et Russell (1997) ont démontré que 35 % des patientes anorexiques présentaient un TPOC prémorbide. Matsunaga et al. (1999) ont suggéré que le TPOC n'a pas de lien avec le TOC et il est moins fréquemment associé au TOC qu'aux TCA. Certains chercheurs postulent que le TOC n'est relié à aucun type de personnalité spécifique (O'Connor et Robillard, 1996), alors que d'autres auteurs révèlent que les TP du groupe C seraient plus fréquents chez les patients avec un TOC que les autres TP (Denys et al., 2004; Ladouceur et al., 1999). Les TP concomitants avec les TCA et le TOC semblent être généralement assez similaires.

Traitements psychologiques du TOC et du TCA

Le modèle explicatif des TCA et du TOC est sensiblement le même en ce qui a trait aux liens entre les pensées et les comportements. Les compulsions visent dans les deux cas à diminuer l'anxiété provoquée par les pensées obsessionnelles. Pour traiter les personnes boulimiques ainsi que celles qui souffrent du TOC, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) se révèle être l'approche de choix (Butler et al., 2006). Pour ce qui est de l'anorexie, la TCC démontre une certaine efficacité, mais aucune approche de traitement ne ressort vraiment comme étant supérieure (Fairburn et al., 2008).

Plusieurs patients qui souffrent du TOC ou d'un TCA peuvent se montrer très réfractaires au traitement, surtout en raison des variations notées dans leurs niveaux de tolérance à l'anxiété et de motivation au changement. Plus précisément, jusqu'à 40% des

patients avec un TOC (Steketee, 1993) et près de 50% des personnes avec un TCA (Eivors et al., 2003; Vandereycken et Pierloot, 1983; Waller, 1997) refusent ou abandonnent une TCC.

La TCC traditionnelle a fait l'objet de certaines critiques et d'autres stratégies thérapeutiques ont été examinées plus récemment, notamment la TCC dite de «troisième vague». Ces interventions impliquent souvent une importance accrue et un focus plus important sur les enjeux relationnels et les émotions en jeu dans le maintien de la problématique du TCA, particulièrement dans le cas de la boulimie (Mitchell et al., 2007). Par exemple, la thérapie dialectique-comportementale (Linehan, 1995a; 1995b) permet aux patientes d'obtenir des outils pour gérer leurs émotions difficiles, mieux réguler leurs affects et réduire leur impulsivité en lien avec les comportements boulimiques où la personne perd le contrôle. Ce type de thérapie, efficace pour des patients avec un TPL, est utile pour des patientes qui souffrent de boulimie (Safer et al., 2009). La thérapie cognitive basée sur les schémas de Young démontre également une efficacité auprès des patientes TCA (Waller et al., 2007). Cette thérapie permet d'aborder les difficultés des clients à leur source, en modifiant les croyances centrales (schémas) que les patients démontrent à propos d'eux-mêmes et des autres. Ce type de thérapie cognitive peut être utilisé dans les cas de troubles de personnalité, ou pour traiter des gens qui ont des troubles à l'axe I réfractaires à la TCC habituelle en raison de problèmes caractériels qui demeurent présents après la diminution ou la suppression des symptômes du trouble à l'Axe I (Young, 2005). Certaines recherches ont tenté de valider cette approche auprès de patientes boulimiques, et certains résultats encourageants suggèrent le développement de d'autres recherches afin de valider cette intervention auprès de cette population. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT : *acceptance and commitment therapy*) est une autre approche qui découle de la troisième vague en TCC. Elle est utilisée

pour le traitement de plusieurs troubles de santé mentale, dont les troubles des conduites alimentaires (Kater, 2010; Kristeller, Baer et Quillian-Wolever, 2006; Nef, 2009; Sandoz, Wilson et DuFrene, 2011). L'ACT semble être une approche particulièrement prometteuse pour traiter l'anorexie mentale (Berman, Boutelle et Crow, 2009 ; Heffner et al., 2002). Dans l'ACT, l'accent n'est pas mis sur la réduction des symptômes d'un trouble mais plutôt sur l'augmentation de la flexibilité psychologique, ce qui mène, de façon indirecte, à la diminution des symptômes. Cette flexibilité se compose de la pleine conscience du moment présent, de la défusion cognitive*, de l'acceptation de son vécu émotionnel tout en favorisant l'engagement à poser des actions pour changer afin de s'approcher de ses buts et de ses valeurs profondes (Hayes, 2006). La thérapie interpersonnelle, initialement proposée dans le traitement des patients dépressifs démontre une efficacité similaire à celle de la TCC traditionnelle lorsqu'elle est appliquée auprès des patients avec un TCA (Birchall, 1999; Agras et al., 2000; Wilson et al., 2007).

Bien que moins souvent mise à l'étude, l'efficacité de la psychothérapie dynamique serait aussi soutenue empiriquement dans le traitement des TCA (Thompson-Brenner et al., 2009). En dépit de ceci, il semble cependant que les thérapies TCC permettent davantage de changements dans un plus court laps de temps que ne le permettent la psychothérapie dynamique ou la psychanalyse. Cet écart dans l'efficacité thérapeutique s'explique surtout en raison des objectifs concrets pour réduire les symptômes présents dans la TCC, et qui sont proposés dès les premières sessions de thérapie. Concernant le TOC, les thérapies psychodynamiques n'ont par contre pas su démontrer leur efficacité. Ce constat peut être en partie explicable par le fait que ce type de thérapie tente d'amener les patients à connaître le

* Défusion cognitive : Processus permettant au patient de changer sa relation par rapport à ses pensées dysfonctionnelles en se détachant de leur contenu littéral plutôt que de tenter de modifier ces pensées comme on le ferait avec la restructuration cognitive.

pourquoi des symptômes et des pensées intrusives, plutôt que de s'attarder au *comment* les symptômes se manifestent et peuvent être contrôlés ou diminués. Cette stratégie analytique est peut-être difficilement compatible avec le TOC puisque les patients sont déjà portés à croire, à tort, que le fait d'avoir des pensées intrusives a un sens et peut être interprété en fonction de leur moi. Même si le potentiel de changement thérapeutique est plus limité sur le plan de la diminution des symptômes, certains cliniciens suggèrent néanmoins que la psychothérapie dynamique puisse être utilisée de façon séquentielle chez certains patients TOC, surtout si ceux-ci souhaitent mieux comprendre pourquoi ils ont développé ce trouble, une fois les symptômes atténués par un traitement comportemental (Jenike, 1993).

Bien qu'un traitement comportemental basé sur l'exposition et la prévention de la réponse s'avère efficace pour réduire les symptômes du TOC, certains patients résistent à ce type de traitement, surtout chez la sous-population de patients qui a des idées surévaluées (haut niveau de conviction face aux obsessions). L'aspect comportemental de la thérapie semble ici souvent générer trop d'anxiété, ces patients ne réussissant pas toujours à vivre une habitude suffisante pour voir leurs symptômes diminuer. La TCC n'est donc pas toujours efficace chez ces personnes, et elle n'amène en conséquence pas des résultats concluants pour tous. Pour ces patients avec faible insight, une approche qui vise des changements substantiels sur le plan cognitif avant d'arriver aux exercices comportementaux peut s'avérer utile. En se servant de ce raisonnement, l'équipe de recherche du Centre d'Études sur le TOC et les Tics (O'Connor et al., 2005) propose une nouvelle forme d'intervention cognitive basée sur les erreurs de raisonnement présentes dans le TOC (approche basée sur les inférences, ABI). L'ABI considère que les obsessions proviennent de monologues intérieurs qui sont basés sur des faits imaginaires. Le patient doit arriver à modifier son scénario obsessionnel afin d'invalider ses

doutes obsessionnels (par exemple, peut-être que j'ai les mains contaminées), ce qui diminue le besoin d'exécuter ses compulsions. Durant cette thérapie, les patients réalisent entre autres tout l'apport de l'imaginaire, qui est non fondé, mais qui maintient leurs croyances obsessionnelles. Cette approche basée sur le raisonnement permet également de travailler sur la présence des biais cognitifs dans le traitement de l'information, ainsi que sur les schémas de soi négatifs qui rendent la personne vulnérable à des scénarios obsessionnels. De plus, ce traitement cible les convictions égocentriques ainsi que l'ambivalence du soi et les problèmes d'identité associés à ce trouble. Ce type d'intervention basé sur les inférences s'est avéré efficace chez une clientèle avec un TOC (O'Connor et al. 2005; O'Connor et al., 2009). Comme les patients qui souffrent de TOC ou de TCA partagent plusieurs distorsions et erreurs cognitives dans leur appréhension de la réalité, et puisque la thérapie basée sur les inférences s'est montrée efficace pour le TOC, il serait intéressant d'appliquer cette stratégie thérapeutique basée sur les doutes obsessionnels sur une population TCA qui souffrent d'obsessions associées à la nourriture et au poids. Certaines recherches d'efficacité dans le traitement des TCA pourraient plus spécifiquement tester cet ajout de composantes axées sur les erreurs de raisonnement avec l'objectif de diminuer les biais cognitifs dans le traitement de l'information, en combinaison avec des approches TCC plus traditionnelles.

Conclusion

Les troubles des conduites alimentaires, l'anorexie et la boulimie, sont des maladies psychiatriques qui s'apparentent au TOC. Il semble exister davantage de similarités entre les TCA et le TOC que de dissemblances. Pour démystifier les liens entre ces problématiques, d'autres études sur les prévalences de concomitance TCA-TOC, sur le caractère égocentrique/égodystone des symptômes ainsi que sur les différents aspects psychologiques

communs de ces patients devraient continuer d'être menées. On peut se demander si l'égosyntonie-dystonie face aux symptômes TCA changent en fonction de la sévérité ou de l'évolution du TCA. De plus, la concomitance TOC-TCA semble fréquente et associée à une plus grande sévérité du TCA, mais est-ce qu'un autre trouble anxieux aurait le même effet? Le TOC a-t-il réellement un effet plus néfaste sur la symptomatologie TCA qu'un autre trouble anxieux ou de façon plus générale, qu'un autre problème clinique? Les caractéristiques psychologiques du TCA (perfectionnisme, sentiment d'incompétence, désir de minceur, etc.) sont-elles plus souvent observées chez des patients qui souffrent du TOC comparativement à un autre trouble anxieux? Il serait également intéressant d'explorer la concomitance des TCANS ou de l'orthorexie avec le TOC.

Les recherches futures pourraient également évaluer si les traitements pour le TOC peuvent s'appliquer aux TCA. En raison de la nature obsessionnelle et compulsive du TOC et des TCA, il serait en définitive possible qu'une seule approche qui cible un ou des facteurs communs du TOC et des TCA (par exemple, la façon dont la personne en vient à donner de la crédibilité à ses obsessions), puisse être utilisée pour traiter ces deux troubles.

RÉFÉRENCES

Références

- AARDEMA, F., O'CONNOR, K., 2007, The menace within: Obsessions and self, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 3, 182-197.
- AGRAS, W. S., WALSH, B. T., FAIRBURN, C. G., WILSON, G. T., KRAEMER, H. C., 2000, A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- ALBERT, U., VENTURELLO, S., MAINA, G., RAVIZZA, L., BOGETTO, F., 2001, Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 6, 456-460.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R* (3rd rev ed.), Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.), Masson, Paris.
- BASTIANI, A. M., ALTEMUS, M., PIGOTT, T. A., RUBENSTEIN, C., WELTZIN, T. E., KAYE, W. H., 1996, Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Biological Psychiatry*, 39, 966-969.
- BECK, A., WARD, C., MELDENSOHN, M., MOCK, J., ERBAUGH, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERMAN, M. I., BOUTELLE, K. N., CROW, S. J., 2009, A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 17, 426-434.
- BIRCHALL, H., 1999, Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders, *European Eating Disorders Review*, 7, 315-320.
- BLINDER, B., CUMELLA, E., SANATHARA, V. A., 2006, Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders, *Psychosomatic Medicine*, 68, 3, 454-462.
- BULIK, C. M., BEIDEL, D. C., DUCHMANN, E., WELTZIN, T. E., KAYE, W. H., 1992, Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 33, 4, 262-268.
- BUTLER, A. C., CHAPMAN, J. E., FORMAN, E. M., BECK, A. T., 2006, The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses, *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.

- CLARK, D. A., 2007, *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*, Guilford Press, New York.
- COOPER, M. J., 2005, Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions, *Clinical Psychology Review*, 25, 511-531.
- COOPER, M. J., FAIRBURN, C. G., 1992, Selective processing of eating, weight and shape related words in patients with eating disorders and dieters, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 363-365.
- DENYS, D., TENNEY, N., VAN MEGEN, H. J. G. M., DE GEUS, F., WESTENBERG, H. G. M., 2004, Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 80, 155-162.
- DEROGATIS, L., 1983, SCL-90-R Administration, scoring and procedures manual, *Clinical Psychometric Research*, Baltimore, MD.
- DU TOIT, P. L., VAN KRADENBURG, J., NIEHAUS, D., STEIN, D. J., 2001, Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview, *Comprehensive Psychiatry*, 42, 4, 291-300.
- EIVORS, A., BUTTON, E., WARNER, S., TURNER, K., 2003, Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa, *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107.
- FAHY, T. A., OSACAR, A., MARKS, I., 1993, History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder, *International Journal of Eating Disorders*, 14, 4, 439-443.
- FAIRBURN, C. G., 2008, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, Guilford Press, New York.
- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., COOPER, P. J., 1986, The clinical features and maintenance of bulimia nervosa, in Brownell, K. D., Foreyt, J. P., eds., *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia*, Basic Books, New York, 389-404.
- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., SHAFRAN, R., WILSON, G. T., 2008, Eating disorders. A transdiagnostic protocol, in Barlow, D. H., ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step Treatment Manual*, Guilford Press, New York, 578-614.
- FICHTER, M. M., HERPETZ, S., QUADFLIEG, N., HERPETZ-DAHLMANN, B., 1998, Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (3rd rev. ed.), *International Journal of Eating Disorders*, 24, 277-257.

- GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M., 1982, *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Brunner Mazel, New York.
- GARNER, D. M., OLSMTEDE, M. P., POLIVY, J., 1983, Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 2, 2, 15-34.
- GODART, N. T., BERTHOZ, S., REIN, Z., PERDEREAU, F., LANG, F., VENISSE, J.-L., 2006, Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 8, 772-778.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., CURT, F., PERDEREAU, F., LANG, F., VENISSE, J. L., 2003, Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study, *Psychiatry Research*, 117, 245-258.
- GODART, N. T., FLAMENT, M. F., LECRUBIER, Y., JEAMMET, P. H., 2000, Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance, *European Psychiatry*, 15, 1, 38-45.
- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2003, Comorbidité et chronologie d'apparition dans les troubles du comportement alimentaire, *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 498-503.
- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2005a, Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux. Deuxième partie: résultats, *L'Encéphale*, 31, 152-161.
- GODART, N. T., PERDEREAU, F., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2005b, Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. Première partie: revue méthodologique, *L'Encéphale*, 31, 44-55.
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., DELGADO, P., HENINGER, G. R., 1989a, The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): II. Validity, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- GOODMAN, W. K., PRICE, L. H., RASMUSSEN, S. A., MAZURE, C., FLEISCHMANN, R. L., HILL, C. L., 1989b, The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): I. Development, use and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- GRABE, H. J., THIEL, A., FREYBERGER, H. J., 2000, Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 449-453.
- HALMI, K. A., SUNDAY, S. R., KLUMP, K. L., STROBER, M., LECKMAN, J. F., FICHTER, M., 2003, Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes, *International Journal of Eating Disorders*, 33, 3, 308-319.

- HASLER, G., LASALLE-RICCI, V. H., RONQUILLO, J. G., CRAWLEY, S. A., COCHRAN, L. W., KAZUBA, D., 2005, Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity, *Psychiatry Research*, 135, 2, 121-132.
- HAYES, S. C., et al., 2006, Acceptance and Commitment Therapy : Model, processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, 1-25.
- HEFFNER, M., SPERRY, J., EIFERT, G. H., DETWEILER, M., 2002, Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 3, 232-236.
- HOLDEN, N. L., 1990, Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder, *British Journal of Psychiatry Research*, 157, 1-5.
- HOLLANDER, E., BENZAQUEN, S. D., 1997, The obsessive-compulsive spectrum disorders, *International Review of Psychiatry*, 9, 99-109.
- IWASAKI, Y., MATSUNAGA, H., KIRIIKE, N., TANAKA, H., MATSUI, T., 2000, Comorbidity of Axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan, *Comprehensive Psychiatry*, 41, 6, 454-460.
- JENIKE, M. A., 1993, Obsessive-compulsive disorder: Efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials, *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 4, 487-499.
- JIMÉREZ-MURCIA, S., FERNANDEZ-ARANDA, F., RAICH, R. M., ALONSO, P., KRUG, I., JAURRIETA, N., ALVAREZ-MOYA, E., 2007, Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features, *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 61, 385-391.
- KATER, K., 2010, New pathways: Applying acceptance and commitment therapy to the treatment of eating disorders, in Maine, M., McGilley, B. H., Bunnell, D. W., eds., *Treatment of eating disorders: Bridging the research-practice gap*, San Diego: Elsevier Academic Press, 163-180.
- KAYE, W. H., BULIK, C. M., THORNTON, L., BARBARICH, N., MASTERS, K., 2004, Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2215-2221.
- KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., HSU, L. K. G., 1993, Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviours, *Psychiatric Annals*, 23, 7, 365-373.
- KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., HSU, L. K. G., BULIK, C. M., MCCONAHA, C., SOBKIEWICZ, T., 1992, Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown

- Obsessive-Compulsive Scale, *International Journal of Eating Disorders*, 12, 1, 57-62.
- KEYS, A., BROZEK, J., HENSCHER, A., MICKELSEN, O., TAYLOR, H. L., 1950, *The Biology of Human Starvation*, University of Minnesota Press, Minnesota.
- KIPMAN, A., GORWOOD, P., MOUREN-SIMEON, M. C., ADÈS, J., 2001, Anorexie mentale et obsessions : continuité ou contiguïté? *Annales Médico-Psychologiques*, 159, 541-612.
- KRISTELLER, J. L., BAER, R. A., QUILLIAN-WOLEVER, R., 2006, Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders, in Baer, R. A., ed., *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's guide to Evidence Base and Applications*, New York: Elsevier, 75-91.
- LADOUCEUR, R., RHÉAUME, J., FREESTON, M., 1999, Le trouble obsessionnel-compulsif in Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J-M., eds., *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*, Gaëtan Morin Éditeur, Québec, 95-119.
- LINEHAN, M. M., 1995a, *Understanding Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach, Program Manual*, Guilford Press, New York.
- LINEHAN, M. M., 1995b, *Treating Borderline Personality Disorder; the Dialectical Approach. Program Manual*, Guilford Press, New York.
- LORANGER, A. W., 1988, *Personality Disorders Examination (PDE) Manual*, DV Communication, New York.
- MARAÑÓN, I., ECHEBURÚA, E., GRIJALVO, J., 2004, Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE, *European Eating Disorders Review*, 12, 4, 217-222.
- MATSUNAGA, H., KIRIIE, N., IWASAKI, Y., MIYATA, A., YAMAGAMI, S., KAYE, W. H., 1999, Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- MATSUNAGA, H., MIYATA, A., IWASAKI, Y., MATSUI, T., FUJIMOTO, K., KIRIIE, N., 1999, A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 40, 5, 337-342.
- MAZURE, C. M., HALMI, K. A., SUNDAY, S. R., ROMANO, S. T., EINHORN, A. M., 1994, The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale, *Journal of Psychiatric Resources*, 28, 5, 425-445.

- MCKAY, D., ABRAMOWITZ, J. S., TAYLOR, S., 2007, Discussion: The obsessive-compulsive spectrum, in Abramowitz, J. S., McKay, D., Taylor, S., eds., *Obsessive-compulsive Disorder, Subtypes and Spectrum Conditions*, Elsevier Science, 287-299.
- MILOS, G., SPINDLER, A., RUGGIERO, G., KLAGHOFER, R., SCHNYDER, U., 2002, Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders, *International of Eating Disorders*, 31, 284-289.
- MITCHELL, J.E., AGRAS, S., WONDERLICH, S., 2007, Treatment of Bulimia Nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 95-101.
- MORGAN, J. C., WOLFE, B. E., METZGER, E. D., JIMERSON, D. C., 2007, Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381-385.
- NEF, F., 2009, Acceptation et pleine conscience dans le traitement des troubles des conduites alimentaires, *Revue francophone de clinique cognitive et comportementale*, 14, 2, 34-45.
- O'CONNOR, K., AARDEMA, F., PÉLISSIER, M.-C., 2005, *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-compulsive Disorder and Related Disorders*, John Wiley and Sons Ltd, Chichester, UK.
- O'CONNOR, K., KOSZEGI, N., AARDEMA, F., VAN NIEKERK, J., TAILLON, A., 2009, An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders, *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 4, 420-429.
- O'CONNOR, K., ROBILLARD, S., 1996, Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs, *Revue québécoise de psychologie*, 17, 1, 165-195.
- PIGOTT, T. A., ALTEMUS, M., RUBENSTEIN, C. S., HILL, J. L., BIHARI, K., L'HEUREUX, F., 1991, Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 148, 11, 1552-1557.
- POLLICE, C., KAYE, W. H., GREENO, C. G., WELTZIN, T. E., 1997, Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 21, 4, 367-376.
- POMERLEAU, G., 2001, *Anorexie et boulimie : Comprendre pour agir*, Gaëtan Morin Éditeur, Québec.
- RASTAM, M., 1992, Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents; premorbid problems and comorbidity, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 819-829.

- ROBINS, L. N., WING, J., WITTCHEN, H.-U., HELZER, J. E., BABOR, T. F., BURKE, J., 1988, The Composite International Diagnostic Interview, *Archives of General Psychiatry*, 45, 12, 1069-1077.
- ROTHENBERG, A., 1986, Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome, *Psychiatric Clinics*, 13, 3, 469-489.
- RUBENSTEIN, C. S., ALTEMUS, M., PIGOTT, T. A., HESS, A., MURPHY, D. L., 1995, Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 1, 1-9.
- RUBENSTEIN, C. S., PIGOTT, T. A., L'HEUREUX, F., HILL, J. L., MURPHY, D. L., 1992, A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 9, 309-314.
- SAFER, D. L., TELCH, C. F., CHEN, E. Y., 2009, *Dialectical Behavioural Therapy for Binge eating and Bulimia*, Guilford Press, New York.
- SALKOVSKIS, P. M., 1985, Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- SALLET, P. C., DE ALVARENGA, P. G., FERRAO, Y., DE MATHIS, M. A., TORRES, A. R., MARQUES, A., 2009, Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorders: prevalence and clinical correlates, *International Journal of Eating Disorders*, 43, 4, 315-325.
- SANDOZ, E. K., WILSON, K. G., DUFRENE, T. , 2011, *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*: New Harbinger Publications.
- SANSONE, R. A., LEVITT, J., L., SANSONE, L., A., 2005, The prevalence of personality disorders among those with eating disorders, *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. Special Issue: Personality Disorders and Eating Disorders*, 13, 1, 7-21.
- SASSAROLI, S., LAURO, L. J. R., RUGGIERO, G. M., MAURI, M. C., VINAI, P., FROST, R., 2008, Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders, *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.
- SHAFRAN, R., 2002, Eating disorders, in Frost, R. O., Steketee, G., eds., *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment*, Pergamon, Oxford, 215-232.
- SHAFRAN, R., FAIRBURN, C. G., ROBINSON, P., LASK, B., 2004, Body checking and its avoidance in eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93-101.

- SHEEHAN, D. V., LECRUBIER, Y., H., S. K., AMORIM, P., JANAVS, J., WEILLER, E., 1998, The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD-10, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 20, 22-33.
- SPERANZA, M., CORCOS, M., GODART, N. T., JEAMMET, P. H., FLAMENT, M. F., 2001, Prévalence actuelle et vie entière des troubles obsessionnels-compulsifs dans les troubles des conduites alimentaires, *l'Encéphale*, 27, 541-550.
- STEKETEE, G. S., 1993, *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*, Guilford Press, New York.
- SUNDAY, S. R., HALMI, K. A., EINHORN, A., 1995, The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology, *International Journal of Eating Disorders*, 13, 8, 237-245.
- TAMBURRINO, M. B., KAUFMAN, R., HERTZER, J., 1994, Eating disorder history in women with obsessive-compulsive disorder, *Journal of the American Medical Women's Association*, 49, 1, 24-26.
- TEKCAN, A. I., TAS, A. C., TOPCUOGLU, V., YUCEL, B., 2008, Memory bias in anorexia nervosa: Evidence from directed forgetting, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 369-380.
- THIEL, A., BROOCKS, A., OHLMEIER, M., JACOBY, G. E., SCHÜBLER, G., 1995, Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.
- THIEL, A., ZÜGER, M., JACOBY, G. E., SCHÜBLER, G., 1998, Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorders, *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
- THOMPSON-BRENNER, H., WEINGEROFF, J., WESTEN, D., 2009, Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders, in Levy, R. A., Ablon, J. S., eds, *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap between Science and Practice*, Humana Press, Totowa, New Jersey, 67-92.
- THORNTON, C., RUSSELL, J., 1997, Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1, 83-87.
- VANDEREYCKEN, W., PIERLOOT, R., 1983, Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients, *British Journal of Medical Psychology*, 56, 2, 145-156.

- VITOUSEK, K. M., 1996, The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa, in Salkovskis, P. M., ed., *Frontiers of Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York, 383-418.
- VON RANSON, K. M., KAYE, W. H., WELTZIN, T. E., RAO, R., MATSUNAGA, H., 1999, Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa, *American Psychiatric Annals*, 156, 11, 1703-1708.
- WALLER, G., 1997, Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 22, 35-41.
- WALLER, G., KENNERLEY, H., OHANIAN, V., 2007, Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders, in Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., Young, J. E., eds., *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-practitioner Guide*, American Psychological Association, Washington, DC, 139-175.
- WILLIAMSON, D. A., MULLER, S. L., REAS, D. L., THAW, J. M., 1999, Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment, *Behavior Modification*, 23, 4, 556-577.
- WILLIAMSON, D. A., WHITE, M. A., YORK-CROWE, E., STEWART, T. M., 2004, Cognitive-behavioral theories of eating disorders, *Behavior Modification*, 28, 6, 711-738.
- WILSON, G. T., GRILO, C. M., VITOUSEK, K. M., 2007, Psychological treatment of eating disorders, *American Psychologist*, 62, 3, 199-216.
- YOUNG, J. E., 2005, *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*, Éditions De Boeck Université, Bruxelles.
- ZRIBI, S., CHAMBRON, O., COTTRAUX, J., 1989, L'anorexie mentale. Un antécédent fréquent dans les troubles obsessionnels-compulsifs, *L'Encéphale*, 15, 355-358.
- ZUBIETA, J. K., DEMITRACK, M. A., FENICK, A., KRAHN, D. D., 1995, Obsessionality in eating disorder patients: relationship to clinical presentation and two-year outcome, *Journal of Psychiatric Research*, 29, 4, 333-342.

Abstract

Eating disorders (ED) and Obsessive-compulsive disorders (OCD): common factors

Several similarities exist in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders (ED: anorexia nervosa and bulimia). Both disorders include obsessive thoughts and compulsive or ritualized behaviours. Furthermore, these two disorders frequently present with similar comorbid disorders. In this article, the authors examine similarities between ED and OCD, and whether eating disorders can be conceptualized as a variant of obsessive-compulsive disorders. This raises the possibility that treatments proven effective for OCD could be successfully adapted for ED. The authors consequently further examine both treatments utilized for both disorders.

Tableau 1

Comorbidité TCA et TOC (prévalence actuelle et vie entière) par ordre chronologique des études

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Zribi et al., 1989	60 patients TOC - 22 hommes - 38 femmes	8,3 % du groupe ont un passé d'anorexie, uniquement des femmes (13,1 % des femmes)
Rubenstein et al., 1992	62 TOC (50 % femmes, 50 % hommes)	Prévalence à vie 12,9 % TCA (AN et BN) - femmes : 6,5 % AN, 6,5 % BN - hommes : 12,9 % AN, 3,2 % BN TCA sous-clinique : - femmes : 22,6 % - hommes : 12,9 %
Fahy et al., 1993	105 femmes TOC	Passé AN chez 11 % des TOC
Tamburrino et al., 1994	31 femmes TOC Y-BOCS*	42 % TCA (actuel ou à vie) - 26 % AN - 3 % BN - 13 % AN et BN TCA précède fréquemment le TOC
Thiel et al., 1995	93 femmes TCA - 12 AN - 60 BN - 21 AN-BN Y-BOCS* EDI*	37 % TOC TCA avec TOC ont des scores plus élevés sur plusieurs sous-échelles de l'EDI que les TCA seuls. TCA donc plus sévère.
Zubieta et al., 1995	110 femmes TCA - 18 AN - 69 BN - 14 AN- BN - 9 TCANS EDI* BDI* SCL-90*	Des scores élevés sur la sous-échelle OC sont corrélés avec un plus grand nombre d'hospitalisations, un TCA plus sévère et un plus haut niveau de dépression
Thornton et Russell, 1997	68 femmes TCA - 35 AN - 33 BN CIDI* PDE*	21 % TCA ont un TOC - 37 % AN - 3 % BN Pour 86 % de ceux-ci : TOC avant TCA AN : 35 % présentent un TPOC prémorbide.
Godart et al., 2000	69 TCA (97 % femmes) - 29 AN - 34 BNP CIDI*	Prévalence à vie du TOC 21 % chez AN 0 % chez BN

Iwasaki et al., 2000	171 femmes TCA 62 ANR 36 ANBP 57 BNP 16 BNNP	19 % des TCA ont un TOC (prévalence vie entière)
Albert et al., 2001	38 femmes BN Y-BOCS* EDI*	26,3 % ont un TOC (clinique ou sous-clinique) BN avec symptômes OC ou un TOC obtiennent des scores plus élevés à EDI - score total - quête de minceur - boulimie comparativement au BN sans OC
du Toit et al., 2001	85 patients TOC - 38 hommes - 47 femmes Y-BOCS*	Prévalence à vie TCA plus élevée chez les TOC que dans la population générale 5,9 % AN 4,7 % BN
Kipman et al., 2001	Revue des écrits scientifiques	La fréquence de l'anorexie est plus grande dans la population TOC que dans la population en général Le TOC apparaîtrait avant, pendant ou après le TCA.
Milos et al., 2002	237 femmes - 84 AN - 153 BN	29,5 % TOC chez les TCA Aucune différence entre AN et BN TCA plus long si présent avec le TOC
Speranza et al., 2001	89 femmes TCA - 58 AN - 31 BN MINI* Y-BOCS*	<u>Prévalence à vie</u> 19 % TOC chez les TCA <u>Prévalence actuelle</u> 15,7 % TCA ont un TOC - 29 % TOC chez ANBP - 16 % TOC chez ANR - 13 % TOC chez BNP 65 % : TOC avant TCA
Godart, Perdereau et al., 2003	63 TCA : 29 AN (dont 2 hommes) 34 femmes BN CIDI*	Prévalence à vie du TOC chez : 21 % des AN
Godart, Flament et al., 2003	271 TCA : 166 femmes AN 105 femmes BN 271 femmes témoins	Prévalence actuelle du TOC : 17,1 % des ANR 21,8 % des ANBR Prévalence vie entière du TOC : 24,3 % des ANR 23,6 % des ANBR
Kaye et al., 2004	97 femmes AN 282 femmes BN 293 femmes ANBP	Le TOC est le trouble anxieux le plus commun chez les TCA 41 % TOC (prévalence à vie)
Jiménez-Murcia et al.,	30 femmes TOC	Prévalence actuelle d'un TCA (non spécifique et

2007		boulimie) : 16,7%
Sallet et al., 2009	475 femmes TOC 340 hommes TOC	Prévalence à vie <ul style="list-style-type: none"> - femmes : 4,2 % AN, 3,6 % BN - hommes : 0,03 % AN, 0,09 % BN - AN et BN, tous genres : 7,9 % Prévalence actuelle <ul style="list-style-type: none"> AN : femmes (0,08 %), hommes (0 %) AN clinique + sous-clinique : <ul style="list-style-type: none"> - femmes : 1,38 % - hommes : 0 % BN : femmes (1,7 %), hommes (0 %) BN clinique + sous-clinique : <ul style="list-style-type: none"> - femmes : 1,78 % - hommes : 0,03 % AN et BN, tous genres : 3,19 % TCA + TOC = plus haut niveau d'anxiété et de dépression, plus grande fréquence de tentatives de suicide, plus de troubles concomitants

- * BDI: Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961)
 CIDI: The Composite International Diagnostic Interview (Robins et al., 1988)
 MINI: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998)
 PDE: Personality Disorders Examination (Loranger, 1988)
 SCL-90: Symptom Checklist 90 (Derogatis, 1983)
 Y-BOCS: Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1989a-1989b)

Tableau 2

Obsessions et compulsions chez les TCA par ordre alphabétique d'auteurs

Auteurs	Échantillon et instruments	Résultats
Bastiana et al., 1996	18 femmes AN 16 femmes TOC DSM-III-R Y-BOCS	Les TOC ont une plus grande quantité et variété d'obsessions et de compulsions que les AN ANR ont fréquemment des obsessions de: - symétrie/exactitude - ordre/arrangement - nettoyage de la maison
Halmi et al., 2003	116 femmes TOC 99 femmes ANR 140 ANBP DSM-IV Y-BOCS SIAB*	Les femmes AN (tous types confondus) ont des scores similaires aux femmes TOC pour les obsessions de symétrie, les obsessions somatiques, les compulsions de vérification, d'ordre et d'accumulation. Les femmes TOC présentaient : - 1,5 à 7 fois plus souvent des obsessions d'agressivité, de contamination, sexuelles et religieuses et des compulsions de répétition et de comptage que les femmes AN (tous types) - deux fois plus souvent des obsessions d'accumulation comparativement au groupe ANR -1,3 fois plus de compulsions de nettoyage que le groupe ANPB.
Hasler et al., 2005	317 patients TOC Y-BOCS DSM-IV	15,5 % ont un TCA OC les plus fréquentes chez TCA : - peur de la contamination - compulsion de nettoyage
Kaye et al., 1992	19 femmes AN (actuelle ou passée) 14 femmes témoins DSM-III-R Y-BOCS	<u>Obsessions fréquentes chez les AN:</u> - peur de ne pas dire les choses correctement - peur de faire des choses embarrassantes - besoin de symétrie/exactitude et d'ordre - besoin de savoir et de se souvenir - peur que quelque chose de terrible se produise - peur d'être responsable que les choses tournent mal <u>Compulsions fréquentes chez les AN:</u> - tâches ménagères - ordre/arrangement - comportements ritualisés excessifs lors du bain ou le toilettage
Matsunaga et al., 1999	16 femmes AN 16 femmes BN 16 femmes ANBP	<u>Obsessions fréquentes chez les TCA :</u> - symétrie/exactitude - contamination

18 femmes TOC DSM-III-R Y-BOCS	- ordre/arrangement <u>Compulsions fréquentes chez les TCA:</u> - nettoyage - vérification. Obsessions symétrie/exactitude et compulsions ordre/arrangement sont plus élevées chez les AN que chez les TOC
--------------------------------------	--

* SIAB: Structured interview for anorexia and bulimia nervosa (Fichter et al., 1998)

Tableau 3

Exemples de préoccupations/comportements ritualisés tirés du
Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale

PRÉOCCUPATIONS OBSESSIONNELLES

Catégoriser les aliments en «bons» et «mauvais»
Préoccupations concernant le gras et les calories contenus dans la nourriture
Peur de manger toute la nourriture dans son assiette
Peur de consommer certains liquides
Peur de ne pas être capable d'arrêter de manger
Peur d'avoir un surplus de poids et/ou peur d'être au-dessus d'un certain poids spécifique
Préoccupations excessives à propos de son apparence corporelle
Peur que les autres la trouvent grosse
Préoccupations excessives à propos d'une taille de vêtement
Peur de porter des vêtements trop serrés ou trop amples

COMPORTEMENTS RITUALISÉS

Éviter certains types de nourriture, ex : gras, viande, pain, pâtes, sucre
Manger les aliments dans un certain ordre, couper sa nourriture en petits morceaux
Calculer le contenu calorique de toute la nourriture ingérée
Besoin de manger toute la nourriture présente lors des orgies alimentaires
Se faire vomir et/ou de prendre des laxatifs après avoir mangé
Besoin que les cuisses ne se touchent pas - assis ou debout-, besoin de voir ou de sentir ses os
Besoin d'observer sa silhouette dans le miroir, de comparer sa silhouette à celles des autres
Se peser plusieurs fois par jour, devoir monter et descendre plusieurs fois de la balance
Besoin de faire de l'exercice après les repas, d'avoir toujours la même routine (temps spécifique)
Accumuler de la nourriture d'une façon ritualisée, collectionner des recettes
Faire des listes du poids corporel et/ou des calories absorbées ou brûlées par l'exercice

CHAPITRE III (ARTICLE II)

ÉVALUATION DE L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES DANS LE
TRAITEMENT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES:
ÉTUDES DE CAS

Article accepté à la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*

Par Bertrand, A., O'Connor, K. & Bélanger, C.

Introduction

Les similarités et la concomitance du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et des troubles des conduites alimentaires (TCA) ont fait l'objet de nombreuses études scientifiques (Bertrand, Bélanger & O'Connor, 2011). Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2003), le TOC comprend la présence d'obsessions (pensées ou images mentales récurrentes qui entraînent une détresse importante) et/ou de compulsions (comportements répétitifs tels que nettoyer, vérifier, etc.) destinées à diminuer la détresse (anxiété, culpabilité, honte...). Les obsessions et les compulsions occupent, au minimum, une heure par jour.

L'anorexie mentale se définit par le refus de maintenir un poids égal ou supérieur à 85% du poids souhaitable selon l'âge, le sexe et la taille. Les personnes souffrant d'anorexie mentale ont une peur intense de prendre du poids ou de devenir obèses. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et par la silhouette. L'anorexie peut être de type restrictif ou avec des crises de boulimie (épisodes d'excès alimentaire où une grande quantité de nourriture est ingurgitée en un court laps de temps, accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation) et des purges (vomissements auto-provoqués, abus de laxatifs ou de diurétiques). Ces épisodes sont suivis de comportements compensatoires visant à éviter un gain de poids tels que le jeûne, l'activité physique excessive ou encore des comportements purgatifs (vomissements, laxatifs). La boulimie se caractérise par la présence de crises de boulimie récurrentes, suivies des mêmes comportements compensatoires que dans l'anorexie mentale. Les crises boulimiques s'accompagnent de sentiments de honte et de dégoût de soi. Tout comme les personnes souffrant du TOC, celles présentant un TCA pensent constamment à leurs «pensées obsédantes», qui, dans leur cas, concernent la nourriture, l'image du corps et le poids. Ces idées obsessionnelles les mènent à adopter des comportements ritualisés (ex. : restrictions alimentaires, vomissements provoqués, calcul des calories, exercices excessifs, etc.) afin de chasser l'obsession et la détresse qui en résultent.

Les préoccupations dans les TCA sont associées à des schémas négatifs de soi, des distorsions cognitives et des biais cognitifs tels que des biais d'attention, de mémoire, de jugement et de l'image corporelle (Cooper, 2005; Eiber, Mirabel-Sarron & Urdapilleta, 2005; Williamson, Muller, Reas, & Thaw, 1999; Williamson, White, York-Crowe, & Stewart, 2004). Ces croyances et ces traitements cognitifs mènent la personne TCA à vivre des émotions négatives (ex. : anxiété, dépression, colère,...) et à utiliser les comportements

caractéristiques des TCA pour se soulager de cette détresse. Les biais sont en faveur du maintien du schéma de soi négatif associé au corps.

Ainsi le *biais d'attention* fait en sorte qu'il y a une augmentation de la sensibilité aux indices de l'environnement qui pourraient confirmer les fausses croyances. Par exemple, l'attention est biaisée envers les stimuli reliés au surplus de poids ou aux aliments qualifiés de « grossissant » puisque ces stimuli sont menaçants. La personne TCA scrute l'environnement (ou évite de le faire) afin d'estimer l'évaluation que font les autres concernant son corps ou pour évaluer l'ampleur qu'ils accordent à l'apparence corporelle en général.

Le *biais de mémoire* réfère quant à lui au fait que les informations ayant un lien avec les préoccupations d'une personne seront plus facilement conservées en mémoire et également plus facilement accessibles lorsqu'elles doivent être remémorées. Par exemple, dans le cas des TCA, les mots associés à l'embonpoint ou à l'obésité sont plus facilement remémorés lors d'un test de mémoire que les mots reliés à la minceur (Williamson, et al., 1999; Williamson, et al., 2004).

Le *biais de jugement* réfère au fait que lorsque les personnes préoccupées par la forme de leur corps se retrouvent dans une situation ambiguë, l'information sera sélectivement interprétée selon qu'elle est congruente ou non avec leurs croyances. Par exemple, lorsqu'une personne qui souffre d'un TCA entend une personne mince dire qu'elle surveille son alimentation et son poids, elle aura tendance à se dire qu'elle même doit aussi éviter certains aliments et continuer à restreindre son alimentation puisque c'est ce que font les gens minces. Elle portera moins attention aux commentaires des gens qui valorisent plutôt un corps en santé et une alimentation équilibrée, sans privation.

Enfin, le *biais de l'image corporelle* réfère à l'évaluation négative de son apparence corporelle. Les personnes souffrant d'un TCA sont insatisfaites de leur corps (attitude négative), et elles se perçoivent souvent plus grosses qu'elles ne le sont en réalité (biais perceptif). Certaines sont conscientes de leur maigreur mais le désir de contrôler leur poids et de se valoriser à travers la perte de poids est plus important que ne l'est le désir d'une apparence santé. La restriction alimentaire les amène à ressentir un sentiment de compétence, de contrôle et de satisfaction d'elles-mêmes (Eiber, Mirabel-Sarron & Urdapilleta, 2005; Shafran, Fairburn, Nelson & Robinson, 2003; Vitousek & Hollon, 1990).

Tout comme chez les patient(e)s TOC, les patientes souffrant d'un TCA présentent une fusion entre pensées et comportements. Cette fusion entre pensées et action présente dans le TOC (ex. : les patients TOC peuvent croire que penser à un événement tel que frapper une personne) augmente les probabilités que cet événement ne se produise, ou encore la croyance que la pensée est aussi immorale que l'action en elle-même. Les patientes avec un TCA tendent aussi à fusionner les pensées et les comportements. Par exemple, le simple fait de penser à manger un aliment «interdit» est presque aussi culpabilisant pour elles que le fait de le manger réellement, ou encore la seule pensée d'avoir ingéré cet aliment amène la sensation d'avoir pris du poids et/ou d'être grosse (« fusion pensée-silhouette/poids »; Shafran, 2002).

Les croyances dysfonctionnelles et les erreurs de raisonnement jouent un rôle déterminant dans le développement et le maintien des TCA (Waller & Kennerly, 2003). Ces croyances sont activées automatiquement et paraissent réelles puisque reliées à des émotions. Cette erreur de raisonnement, que l'on nomme le raisonnement émotif, sous-tend chez la personne la conviction que sa façon de penser représente la réalité. Il y a parfois chez ces patients une difficulté à adhérer à de nouvelles croyances et à tolérer les émotions négatives. Cela implique souvent une résistance au traitement, surtout au sein de la population anorexique.

Une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) constitue pour une population adulte la meilleure approche de traitement pour les TCA, incluant la modification des comportements boulimiques, tout comme c'est le cas pour le TOC. Il n'y a cependant pas de preuves empiriques claires qui démontreraient qu'une approche en particulier serait plus efficace qu'une autre pour traiter l'anorexie mentale. La TCC appliquée à la boulimie permet une réduction de 80% de la fréquence des crises de boulimie tandis que 40 à 50% des personnes souffrant de ce trouble arrêtent complètement leurs comportements boulimiques (Fairburn et Brownell, 2002). En thérapie, les gens aux prises avec un TCA sont encouragés à confronter leur phobie de prendre du poids en normalisant leur comportement alimentaire, tout en évitant d'avoir recours aux comportements compensatoires (restriction alimentaire, activité physique excessive, vomissements provoqués, etc.). Malgré l'efficacité de la TCC pour le TOC et les TCA, plusieurs clients peuvent néanmoins se montrer très résistants au traitement, surtout lorsque l'exposition génère trop d'anxiété. En fait, près de 50% des personnes souffrant d'un TCA abandonnent ou refusent une TCC (Eivors et al., 2003).

Par conséquent, une thérapie visant des changements substantiels sur le plan cognitif, tout en encourageant les exercices comportementaux, s'avère parfois plus indiquée pour ces troubles où la présence d'idées surinvesties nuit au progrès (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999). Avoir des idées surinvesties signifie qu'une personne adhère énormément à une croyance précise, qui n'est pas partagée par les autres. Si l'on plaçait les idées surinvesties sur un continuum, celles-ci se retrouveraient probablement entre l'obsession et le délire. Ainsi les gens aux prises avec un TOC ou un trouble s'y rapprochant, tel que les TCA, peuvent-ils parfois reconnaître le caractère irrationnel/déraisonnable d'une pensée et être convaincus de la véracité de la même pensée à un autre moment, en particulier quand elles sont sous le coup d'émotions négatives.

Une approche cognitive basée sur les inférences (ABI) a été élaborée par des chercheurs du Centre de Recherche Fernand-Seguin de Montréal (CRFS) pour traiter les gens qui souffrent de TOC et qui présentent un haut niveau de conviction envers leurs idées surinvesties (O'Connor et al., 2005). Ce type de thérapie est efficace pour traiter le TOC de même que la dysmorphie corporelle, qui comme les TCA, ferait partie des troubles du spectre obsessionnel-compulsif (Taillon et al., 2011). C'est ce traitement qui a été évalué auprès de deux personnes souffrant d'un TCA dans la présente étude.

Présentation des cas

Avant de recruter ces deux participantes, un projet pilote a été mené auprès d'une autre participante. Cette dernière a complété une première version pilote de la thérapie ABI telle que proposée dans cette étude. Les résultats obtenus ainsi que les avis de cette participante nous ont permis de bénéficier de ses commentaires et d'apporter les modifications requises au manuel de traitement original.

Pendant le processus de recrutement, trois participantes se sont désistées suite à l'évaluation psychologique et trois personnes ont abandonné le suivi après une ou deux rencontres. Les raisons invoquées sont les suivantes : 1) le fait de ne pas être prêtes à faire les changements requis (trois désistements); 2) l'impression que l'approche ne leur convenait pas (un abandon); 3) le manque de temps invoqué pour s'impliquer en thérapie (deux abandons).

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants: les participantes devaient être âgées entre 18 et 65 ans et avoir reçu un diagnostic principal d'anorexie mentale ou de boulimie, qui soit d'intensité légère à modérément sévère au moment de l'évaluation. Les

participantes devaient accepter de ne pas entreprendre de traitement pharmacologique au moment de l'étude ou accepter de garder la même dose de médicaments tout au long de l'étude si elles étaient déjà sous médication. Elles ne devaient pas présenter des idées suicidaires, des problèmes d'abus de substances, des troubles graves et persistants tels la schizophrénie, le trouble bipolaire ou tout autre trouble mental dû à une affection médicale générale.

Les participantes qui ont contacté notre coordonnatrice au recrutement pour faire partie de l'étude ont d'abord été interviewées par téléphone. L'entrevue téléphonique a servi à déterminer si les candidates rencontrent les critères d'inclusion et d'exclusion, de même qu'à évaluer les difficultés qu'elles présentent sur le plan alimentaire. Les candidates ont ensuite eu une rencontre avec une évaluatrice de notre équipe, une étudiante au doctorat en psychologie formée à la passation des différentes échelles utilisées. Cette évaluation visait à diagnostiquer la présence d'un TCA et la présence de troubles concomitants à l'axe I du DSM-IV. Cette entrevue semi-structurée a été accomplie à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version* (First, Spitzer, & Gibbon, 1997).

La première participante est une jeune femme de 35 ans qui souffre d'un TCA depuis ses 25 ans. Elle vit avec ses 2 enfants et son conjoint et occupe un emploi comme intervenante dans le milieu scolaire. En 10 ans, la participante #1 aurait alterné entre des périodes de boulimie de type purgatif (vomissements) et des périodes de boulimie de type non-purgatif (exercice excessif). L'arrêt des vomissements coïncide avec les durées des grossesses de la patiente. Au début de la thérapie, cette patiente répondait aux critères de la boulimie de type non-purgatif. Elle se disait motivée à entreprendre le suivi et disait se situer dans le stade d'action selon les stades de motivation et de changement de DiClemente et Prochaska (1998). Le poids de la participante #1 correspondait à un indice de masse corporelle qui se situe dans la normale ($22,5 \text{ kg/m}^2$) au début du suivi.

La participante #2 est une femme de 21 ans qui présentait un trouble alimentaire non-spécifié de type d'anorexie mentale avec boulimie objective non-purgatif. Son indice de masse corporelle se situait à $19,7 \text{ kg/m}^2$ au début du suivi mais nous avons tout de même accepté la participante pour le projet malgré que son poids ne se situait pas dans la catégorie anorexique ($17,5 \text{ kg/m}^2$). Elle présentait de fortes préoccupations obsessionnelles du TCA, un arrêt des menstruations et une perte de poids de plus de 15% du poids initial. Elle se disait motivée à entreprendre le suivi et se situait dans le stade de l'action selon les stades de motivation et de

changement de DiClemente et Prochaska (1998). Elle est étudiante à l'université à temps plein et elle travaille à temps partiel.

Objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Le premier objectif est de vérifier si les préoccupations obsessionnelles du TCA prennent la forme de doutes : «Peut-être que...».
- Le second objectif est de vérifier si l'ABI permet (1) une réduction de la force des doutes obsessionnels ; (2) une réduction du réalisme des conséquences anticipées ; (3) une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (se sentir capable de ne pas exécuter les comportements ritualisés du TCA).
- Le troisième objectif est de vérifier si certaines dimensions psychologiques ou symptômes du TCA (comportements et cognitions) diminuent de façon cliniquement significative entre le début et la fin du traitement.

Mesures

Les deux participantes ont été évaluées à l'aide des entretiens et des questionnaires auto-administrés suivants, remplis au pré, mi et post-traitement :

Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) est un questionnaire de 21 items visant à évaluer l'intensité de symptômes d'angoisse durant la dernière semaine. La version française du BAI présente de bonnes qualités psychométriques, avec des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.84$) et de fidélité test-retest ($r = 0.63$) acceptables (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994).

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996) est un questionnaire de 21 items visant à évaluer les symptômes affectifs, cognitifs, motivationnels et physiologiques de la dépression. La version française du BDI-II présente de bonnes qualités psychométriques, avec de bons coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.92$) et de fidélité test-retest ($r = 0.93$) (Harcourt Brace & Company Canada, 1998).

Eating Disorder Examination (EDE 12th edition) (Fairburn & Cooper, 1993) est une entrevue semi-structurée composée de quatre sous-échelles : la restriction alimentaire, les préoccupations à propos de la forme du corps, du poids et de l'alimentation. L'EDE permet d'évaluer la présence d'un TCA selon les critères du DSM-IV. L'échelle de réponse suit une

échelle allant de 0 (aucun trouble) à 6 (trouble extrême). Le EDE présente de bonnes propriétés psychométriques (fidélité et validité) (Berg, Peterson, Frazier, Crow, 2012).

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991) est un questionnaire de 91 items visant à mesurer des attitudes, émotions et comportements liés à l'alimentation ainsi qu'à d'autres domaines plus généraux. Le test contient 11 sous-échelles : le désir de minceur, la boulimie, l'insatisfaction de l'image corporelle, le sentiment d'inefficacité, le perfectionnisme, la méfiance interpersonnelle, la conscience intéroceptive, la peur de la maturité, l'ascétisme, la régulation des impulsions ainsi que l'insécurité sociale. La première version du EDI contenait uniquement les 8 premières sous-échelles et cette version du test présente de bonnes qualités psychométrique, avec des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.83$ à 0.93) (Garner & Olmsted, 1984). Les coefficients de la fidélité test-retest du EDI sont également élevés ($r = 0.79$ à 0.95) (Welch, 1988).

Échelles des idées surévaluées, traduction française de l'*Overvalued Ideas Scale* (OVIS) (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) est une entrevue de 11 items visant à évaluer les idées surinvesties sur différentes dimensions (ex. : efficacité des compulsions, degré d'adhérence par les autres, etc.). Cet instrument est régulièrement utilisé pour mesurer le degré d'insight d'individus présentant différents troubles de nature obsessionnelle. L'OVIS présente des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.88$), de fidélité test-retest ($r = 0.86$) et d'accord inter-juges ($r = 0.88$) satisfaisants.

Échelle d'évaluation des inférences primaires (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005) : avec leur thérapeute, les participantes ont dû identifier leurs inférences primaires et déterminer pour chacune le niveau de conviction (%) concernant la probabilité qu'une telle pensée soit réelle dans le «ici et maintenant».

Échelle d'évaluation des inférences secondaires (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005) : avec leur thérapeute, les participantes ont eu à identifier leurs inférences secondaires et indiquer à quel point (%) ces inférences sont réalistes (les conséquences anticipées se produiront), si elles n'accomplissent pas leurs compulsions ».

Échelles cliniques et calepins (O'Connor & Robillard, 1999) : chaque participante a également rempli un questionnaire où sont notées quatre dimensions cognitives : (1) la probabilité des doutes obsessionnels; (2) le réalisme des conséquences anticipées; (3) le degré de conviction du besoin d'exécuter les rituels; (4) la capacité à résister aux rituels (le

sentiment d'efficacité personnelle). La participante doit indiquer à quel niveau elle situe chacune des pensées et comportements reliés au TCA sur une échelle de 0 (pas du tout) à 100 (extrêmement) pour chacune des ces quatre dimensions (voir le tableau en appendice pour des exemples de pensées obsessionnelles reliées au TCA) en début de thérapie. Chaque participante a ensuite dû déterminer les deux doutes obsessionnels les plus dérangeants, sur lesquels elle veut principalement travailler en thérapie. Elle note dans des calepins prévus à cet effet les changements dans leur intensité, à partir des quatre mêmes dimensions cognitives, chaque jour, durant les 5 mois de la thérapie.

Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4; Hyler, 1994) est un test de 99 items qui permet d'évaluer la présence d'un trouble de la personnalité (selon le DSM-IV).

Questionnaire de motivation et les stades de changements, a été conçu par ANEB-Québec (Anorexie et boulimie Québec). Ce questionnaire s'inspire des stades de changements de DiClemente et Prochaska (1998) et du test « Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder » tel que présenté par Gusella, Butler, Nichols et Bird (2003). Le questionnaire sert à connaître à quel stade de changement le client se situe face à son TCA (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien ou rétablissement) ainsi que sa motivation à changer par l'énumération des avantages et inconvénients à se rétablir.

Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (OBQ-44) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005), version française par Julien et al. (2008) est un questionnaire de 44 items, divisé en trois sous-échelles : (1) la responsabilité/surestimation de la menace; (2) l'intolérance à l'incertitude/perfectionnisme; (3) le contrôle/importance des pensées. Cet instrument de mesure démontre de bonnes qualités psychométriques (validité de $\alpha = 0.89$ à 0.93).

Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI) (Aardema et al., 2005) contient 15 items servant à mesurer la confusion dans les inférences selon deux concept-clés : la méfiance envers les sens et les inférences inversées (voir la définition de ces concepts dans la section « Traitements et interventions » de l'article). La validité de ce test est bonne ($\alpha = 0.85$).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV), (First, Spitzer, & Gibbon, 1997) est un instrument de mesure qui prend la forme d'une entrevue structurée, qui permet de faire le diagnostic des différents troubles de l'axe I du DSM-IV.

Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (YBC-EDS) (Mazure et al., 1994) est une entrevue qui évalue la sévérité des préoccupations et des rituels alimentaires. Le YBC-EDS mesure le temps consacré au TCA, l'interférence dans le fonctionnement social ou professionnel/scolaire, la détresse ressentie ainsi que le degré de contrôle face à ces préoccupations et rituels. La traduction française de ce test, par la technique de traduction-retraduction, a été effectuée pour le présent projet.

La table 1 résume l'ordre de passation des questionnaires et des entrevues.

Traitements et interventions

Le suivi thérapeutique comprend 24 rencontres d'une heure, dont quatre rencontres d'évaluation et 20 rencontres d'intervention. À plusieurs moments dans la thérapie (au début, au milieu, à la fin et 6 mois après), les participantes ont eu à répondre à des questionnaires et à des entrevues.

Table 1

	Pré	Mi – Post – Post 6 mois	Durée De la passation
Entrevue téléphonique	X		30 minutes
Entrevue EDE	X	X	45 minutes
Entrevue SCID	X		60 minutes
Questionnaire sociodémographique	X		5 minutes
Échelles cliniques*	X	X	30 minutes
PDQ-4	X		30 minutes
OVIS	X	X	15 minutes
BAI	X	X	5 minutes
BDI-II	X	X	10 minutes
EDI	X	X	30 minutes
OBQ-44	X	X	15 minutes
QPI	X	X	5 minutes
Questionnaire de motivation	X	X	5 minutes
Entrevue YBC-EDS	X	X	30 minutes

* les échelles cliniques n'ont pas été complétées au post 6 mois

L'ABI considère que les idées obsessionnelles proviennent d'inférences prenant la forme d'un doute (ex. : peut-être que, et si jamais...), renforcées par un monologue intérieur qui se base sur des faits hors-contexte dans le «ici et maintenant» (ex.: douter que ses mains soient bien lavées en se disant que les microbes sont invisibles à l'œil nu). L'ABI propose d'aborder les inférences primaires (IP ou doutes obsessionnels) en thérapie. Les doutes

constituent des inférences générées suite à un déclencheur. Par exemple, un déclencheur pourrait être «toucher une poignée de porte» et l'inférence (un doute) serait «peut-être que j'ai maintenant les mains contaminées». Les doutes sont à la base de l'obsession et de la détresse associée. L'ABI propose d'invalider ceux-ci plutôt que d'intervenir sur le plan des inférences secondaires (IS ou conséquences anticipées en cas de réalisation des doutes, ex.: si mes mains sont contaminées, alors je contaminerai toute ma famille). L'ABI permet plus spécifiquement au client de prendre conscience qu'il n'utilise pas les mêmes processus de raisonnement pour régler des doutes «normaux» et pour régler ses doutes «obsessionnels». En reconnaissant et en tentant de défaire les raisonnements fautifs à la base des doutes obsessionnels, la personne invalide ceux-ci. Par conséquent, aucune inférence secondaire ne devrait être générée à la suite du doute initial/de l'inférence primaire. Le patient n'aura pas ici besoin d'utiliser la restructuration cognitive (ex. : calcul des probabilités des conséquences anticipées des doutes) car ses doutes devraient paraître moins réels (voir le tableau 1 – schéma du maintien du TCA selon l'ABI ainsi que le tableau 2 pour un bref résumé des étapes de l'ABI).

Plusieurs exercices sont proposés en thérapie afin que le client soit plus apte à comprendre comment et pourquoi il raisonne d'une certaine façon lorsqu'il s'agit de doutes associés à son TOC et d'une autre façon lorsqu'il a des doutes normaux. Par exemple, un doute normal pourrait être : «Il se pourrait qu'il pleuve aujourd'hui, auquel cas je me demande si je ne devrais pas prendre avec moi un parapluie». Le client arrive progressivement à changer son raisonnement en invalidant ses doutes obsessionnels par l'utilisation de ses sens et de l'information directe de la réalité. Ainsi, le client souffrant d'un TOC s'exerce à ne plus alimenter ses doutes obsessionnels avec des arguments non valides dans l'ici et maintenant, qui proviennent de son imagination, ce qui va au-delà des sens, au-delà de la réalité concrète, immédiate. Même chez des personnes souffrant du TOC ayant une forte conviction que leurs doutes obsessionnels sont vrais (ex. : Il se pourrait que mes mains soient contaminées), l'ABI permet de diminuer le besoin d'avoir recours aux compulsions puisqu'en changeant le raisonnement qui sous-tend les doutes, les clients n'ont plus - à agir comme si le doute était véridique (O'Connor et al. 2005; O'Connor et al., 2009). Les erreurs de raisonnement peuvent être les erreurs de catégorie (confondre deux catégories d'informations ou d'objets de façon qu'une semble être reliée à l'autre alors qu'en réalité, elle ne l'est pas); les événements comparables en apparence (confondre deux événements différents qui sont séparés dans le

temps ou le lieu); l'utilisation sélective de faits hors contexte (des faits abstraits et généraux sont appliqués à la situation personnelle de la personne); les séquences purement imaginées (fabriquer « de toutes pièces » des histoires convaincantes et se mettre à les vivre); l'inférence inversée (les conclusions concernant la réalité se trouvent à la précéder plutôt que d'arriver à la suite de son observation); la méfiance envers la perception normale (faire abstraction des sens, voire rejeter les informations sensorielles). En thérapie, un accent est également porté sur les « thèmes de vulnérabilité » des clients qui les ont mis à risque de développer des préoccupations obsessionnelles à propos d'un thème précis plutôt qu'un autre (ex. : croire que l'on est le type de personne qui pourrait tomber malade; croire que l'on est le type de personne qui pourrait ne pas faire les choses avec assez d'ordre; croire que l'on est le type de personne qui serait obèse si le TCA disparaissait). Il faut que la personne apprenne à tolérer le sentiment de vide souvent ressenti suite à la diminution ou l'absence d'obsessions et de compulsions. Le thérapeute doit normaliser cette étape vers le rétablissement et indiquer que plus le TOC disparaît, plus la personne verra progressivement émerger sa vraie personnalité. Dans le cas des TCA, du fait que plusieurs clientes rapportent que le TCA constitue leur identité et qu'il s'agit de quelque chose de positif qu'elles ne veulent pas perdre, le thérapeute doit aider la cliente à penser à long terme et l'inviter à se trouver d'autres buts dans la vie, d'autres objectifs (autres que la perte de poids et le contrôle de son alimentation) plus adaptés pour ressentir un sentiment d'accomplissement.

INSÉREZ LE TABLEAU 1 et le TABLEAU 2 ICI

Résultats

Participante #1

Les résultats aux différents instruments de mesure démontrent que la patiente #1 ne présentait plus le diagnostic clinique de boulimie en fin de suivi. Les résultats à l'entrevue *Eating Disorder Examination 12th* (EDE, Fairburn & Cooper, 1993) démontrent une réduction des symptômes du TCA. Cette patiente n'avait plus de crises de boulimie objectives suite au traitement. En effet, alors que les épisodes de boulimie étaient au nombre de 20 par mois au début de la thérapie, à la fin du suivi ces épisodes étaient plutôt décrits comme des épisodes hyperphagiques (absorption d'une grande quantité de nourriture avec

absence de sentiment de perte de contrôle) qui se produisaient en moyenne deux fois par mois. Cette diminution et ce changement concordent avec ce qu'elle rapportait en thérapie, où même si elle rapportait encore des épisodes hyperphagiques bimensuels, elle se sentait moins coupable par rapport à ces épisodes. De plus, la quantité de nourriture ingérée était moindre qu'en début de suivi. Notons en outre que cette patiente ne faisait plus de restriction alimentaire en fin de suivi, alors qu'elle en faisait environ un jour sur deux au début du suivi. Elle ne compensait plus non plus ses prises alimentaires en faisant de l'exercice physique à outrance. Elle est passée de 2,5 heures d'exercices (ex. : jogging et aérobie) par jour à 3 heures d'exercices par semaine. Elle ne sentait plus qu'elle s'entraînait pour compenser mais seulement pour demeurer active et être en bonne forme physique. L'importance accordée au poids et à la forme du corps a également un peu diminué, passant d'une importance décrite comme « suprême » à une importance « modérée ». Globalement, les résultats au EDE démontrent que la patiente s'est grandement améliorée sur le plan de son TCA et qu'au niveau du diagnostic, elle est passée d'une boulimie de type non-purgatif à un trouble alimentaire non-spécifique (hyperphagies sans perte de contrôle, deux fois par mois).

Pour la mesure de la restriction alimentaire, des préoccupations à propos de la forme du corps, du poids et de l'alimentation (*Eating Disorder Inventory-2; EDI-2*; Garner, 1991), en comparant les données de la patiente aux résultats obtenus par une population de femmes ne présentant pas de TCA (tableau 3, page 14 du manuel *EDI-2*), on remarque que pour toutes les échelles -sauf pour ce qui est de la méfiance interpersonnelle-, la participante obtenait des résultats correspondant à un échantillon de personnes boulimiques tandis qu'à la mi-traitement, la patiente #1 présentait des scores se situant dans les normes d'un échantillon non-clinique pour toutes les échelles -sauf le désir de minceur et l'insatisfaction de l'image corporelle qui étaient encore cliniques. À la fin du suivi, cette patiente a obtenu des scores non-cliniques pour toutes les sous-échelles et pour le score global de l'*EDI-2* (voir le tableau 3). Les changements observés en cours de thérapie sont cliniquement significatifs selon la méthode de Jacobson & Truax (1991).

Au *Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale* (YBC-EDC, Mazure, Halmi, Sunday, Romano et Einhorn, 1994), la patiente #1 obtenait des scores correspondant à la moyenne (± 1 écart-type) par un échantillon de patientes boulimiques (Sunday, Halmi & Einhorn, 1995) au début du traitement autant pour ses préoccupations que ses rituels. À la fin du traitement,

cette patiente a atteint des scores se situant dans la moyenne (± 1 écart-type) d'un échantillon de personnes rétablies de la boulimie (Wagner, Barbarich-Marsteller, Frank, & al., 2006). Les changements sont cliniquement significatifs lorsqu'on compare les résultats obtenus par la participante au YBC-EDC avec ceux d'un échantillon de personnes rétablies de la boulimie.

Pour la mesure des idées surévaluées, cette participante présentait un score élevé à l'*Échelles des idées surévaluées* (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) en début de thérapie. À la fin du suivi, les résultats obtenus à cette échelle démontre que cette patiente avait un meilleur insight par rapport à ses croyances TCA. Elle est passée d'une très forte conviction que la croyance est vraie (croyance choisie étant : *Si j'arrête mes efforts pour contrôler mon poids, je vais perdre le contrôle et grossir*) à un très faible degré de conviction. La croyance que les rituels/compulsions sont efficaces a considérablement diminué lors de la thérapie. Au pré-traitement, elle mentionnait que les compulsions étaient «*tout à fait efficaces*» tandis que déjà à la mi-thérapie, elle reconnaissait qu'elles étaient «*tout à fait inefficaces*» pour chasser les préoccupations obsessionnelles.

Pour la mesure des symptômes d'anxiété et de dépression, tels que mesurés par l'*Inventaire d'anxiété de Beck* et l'*Inventaire de dépression de Beck* (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Beck, Steer, & Brown, 1996), la participante présentait en début de traitement des symptômes légers d'anxiété, qui se sont atténués en cours de thérapie (passé d'un score de 9 à 2). Les symptômes dépressifs légers se sont également dissipés pendant le suivi (passé d'un score de 15 à 5).

Selon les résultats au *Questionnaire sur les croyances obsessionnelles-44* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005), cette patiente présentait également des changements importants sur le plan de plusieurs domaines de croyances obsessionnelles entre le début et la fin du traitement. C'est sur le plan de l'échelle «perfectionnisme et intolérance à l'incertitude» que l'on peut observer le plus grand changement. Au début du suivi, elle obtenait un score élevé à cette échelle en comparaison avec des patients TOC (Julien, Careau, O'Connor, Bouvard, Rhéaume, Langlois & al., 2008; Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006). Le score du début de traitement se situait à plus d'un écart-type de la moyenne observée chez des patients TOC. À la fin du suivi, son niveau de perfectionnisme et d'intolérance à l'incertitude avait beaucoup diminué, se situant à l'intérieur d'un écart-type de la moyenne obtenue pour un échantillon de personnes non-anxieuses (Wu, Aardema, &

O'Connor, 2009; Julien & al., 2008). Au niveau du «contrôle et de l'importance des pensées», cette patiente ne présentait pas de difficulté à ce niveau, se situant déjà dans les normes d'un échantillon non-clinique dès le début du suivi.

Pour la mesure de la confusion dans les inférences (*Questionnaire sur les processus inférenciels*; QPI par Aardema et al., 2005), la patiente obtenait au pré-traitement, un score similaire à une population présentant un trouble anxieux, un peu plus faible que pour un échantillon TOC (Polman, O'Connor & Huisman, 2011; Aardema, Wu, Careau, O'Connor, Julien & Dennie, 2010). À la fin du suivi, son score au QPI avait diminué de 50%, se retrouvant légèrement à un niveau inférieur à des scores obtenus par des échantillons représentant la population normale (Wu, Aardema, & O'Connor, 2009; Aardema & al., 2010). Le changement est donc significatif.

Pour la mesure de la probabilité des doutes obsessionnels, du réalisme des conséquences anticipées, du degré de conviction du besoin d'exécuter les rituels, et de la capacité à résister aux rituels (le sentiment d'efficacité personnelle mesuré par les *Calepins d'auto-observation*), l'inspection visuelle des graphiques faits à partir des données recueillies à chaque jour par la participante démontrait qu'au fil des semaines de thérapie, il y a eu une diminution du temps consacré au TCA (préoccupations et rituels). Les émotions négatives (honte, tristesse, anxiété, déception) se sont présentées moins souvent et de façon moins intense tandis que la joie a été vécue plus souvent. La probabilité des doutes obsessionnels (*peut-être que je vais perdre le contrôle et manger trop* et *peut-être que mon poids n'est pas acceptable*) a diminué tandis que le réalisme de ne pas faire les rituels (*restriction alimentaire* et *se peser*) a augmenté (voir le tableau 3- les graphiques faits à partir des données des calepins remplis quotidiennement durant le suivi).

Sur le plan des *échelles cliniques* (O'Connor, & Robillard, 1999), des changements cliniquement significatifs ont également été observés (plus de 50% d'amélioration). En moyenne, le sentiment d'efficacité personnelle (être capable de résister aux compulsions suivantes : *se peser, se regarder dans le miroir, faire de l'exercice intense, sauter des repas, limiter la quantité de nourriture, choisir des aliments de régime ou light, manger de façon excessive, demander de la réassurance auprès d'autrui*) est passé de 39% à 81% en fin de suivi. La croyance envers les doutes obsessionnels (inférences primaires : *peut-être que je vais perdre le contrôle et manger trop; peut-être que mon poids n'est pas*

acceptable; peut-être que j'ai l'air grosse dans ce vêtement; peut-être que je suis en train de prendre du poids; peut-être que je suis quelqu'un qui n'a pas de contrôle) a diminué, de 83% à 24%. Le niveau de réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires : *peut-être que les gens vont moins m'aimer, qu'ils ne me trouveront pas belle et qu'alors j'aurais encore moins d'estime de moi-même; peut-être que je vais manger sans pouvoir m'arrêter et, de ce fait, être rejetée*) est passé de 71% en début de thérapie à 14% en fin de thérapie. Au niveau du degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions, la patiente était à 77% au début de la thérapie et elle se situait à 14% en fin de suivi. Une diminution importante a également été observée pour le niveau de conviction «hors contexte», passant de 28% à 1%. Le niveau de conviction «hors contexte» signifie que la patiente ne s'apprête pas à faire une compulsions lorsqu'elle réfléchit à la nécessité d'exécuter une compulsions.

L'ensemble des gains thérapeutiques se sont maintenus dans le temps, six mois après la fin du traitement. Le seul aspect ayant eu peu de changement est l'insatisfaction de l'image corporelle (échelle du *Eating Disorder Inventory*). Le score obtenu à cette échelle est tout de même inférieur à ce qu'il était au pré-traitement. Ce résultat est peut être attribuable à la légère prise de poids de la participante (2,3 kilos) depuis le début du suivi, prise de poids que la participante dit assumer de plus en plus.

Participante #2

Les résultats aux différents instruments de mesure ont démontré que cette participante ne répondait plus aux critères diagnostiques de l'anorexie ni de la boulimie à la fin de la thérapie. Elle a réduit énormément ses comportements de restriction alimentaire. Au début du traitement, elle disait se restreindre dans les quantités ainsi que dans ses choix d'aliments plus de la moitié du temps tandis qu'au post-traitement, elle faisait de la restriction alimentaire moins de la moitié du temps. Son poids a augmenté de 18 kilos durant le suivi, passant d'un indice de masse corporelle de 19,7 kg/m² à 26 kg/m², ce qui représente une amélioration. Sur le plan de l'exercice physique, cette participante a réussi à en faire de façon modérée dans le but d'être en santé plutôt que de perdre du poids. Les hyperphagies sont encore présentes chez elle bien qu'elles aient diminué en fréquence. Malgré sa prise de poids, la participante rapporte maintenant accorder une importance moindre à son poids et à sa silhouette comparativement à une importance suprême en début de traitement.

Dans l'évaluation de diverses attitudes, émotions et comportements liés à l'alimentation ainsi qu'à d'autres domaines plus généraux (*Eating Disorder Inventory-2; EDI-2*; Garner, 1991), en comparant les données de la patiente aux résultats obtenus par une population de femmes ne présentant pas de TCA (tableau 3, page 14 du manuel *EDI-2*), on remarque qu'elle obtenait un score clinique pour les échelles boulimie, désir de minceur, perfectionnisme, conscience intéroceptive et ascétisme. Peu de changement a été observé sur le plan de ces échelles entre le début et la fin du traitement. L'insatisfaction de l'image corporelle avait même augmenté et cela peut être expliqué par le fait que la participante a pris beaucoup de poids (18 kilos). Pour la participante, cet aspect a été difficile à accepter et fait partie du processus normal de rétablissement d'un TCA. On remarque cependant qu'à l'évaluation post 6 mois, la participante semblait plus satisfaite de son image corporelle. Elle obtenait le même score qu'au début du traitement, ce qui constitue une amélioration par rapport à ce qu'elle avait obtenu au post-traitement. Cette amélioration n'est pas attribuable à une perte de poids puisque la patiente n'a pas perdu de poids entre le post et le post 6 mois. On peut donc conclure, qu'avec le passage du temps, elle en est venue à accepter davantage sa nouvelle silhouette. Concernant les échelles de la méfiance interpersonnelle, l'insécurité sociale, la régulation des émotions, le sentiment d'inefficacité, la participante obtenait, dès le début du traitement, des résultats correspondant à un échantillon de personnes n'ayant pas de TCA.

Pour la mesure de sévérité des préoccupations et des rituels alimentaires (*Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale; YBC-EDC*, Mazure, Halmi, Sunday, Romano et Einhorn, 1994), cette patiente obtenait des scores correspondant à la moyenne d'un échantillon de patientes boulimiques (Sunday, Halmi & Einhorn, 1995) au début du traitement autant pour ses préoccupations que dans ses rituels. À la fin du traitement, la patiente a atteint des scores se situant dans la moyenne (± 1 écart-type) d'un échantillon de personnes rétablies du TCA (Wagner, Barbarich-Marsteller, Frank, & al., 2006). Concernant la comparaison avec un échantillon non-clinique de femmes (Wagner, Barbarich-Marsteller, Frank, & al., 2006), la participante n'obtenait pas des scores similaires à ces femmes car bien qu'elle se soit grandement améliorée sur le plan de ses symptômes TCA, les scores pour les préoccupations/rituels se situaient au-delà de la courbe d'une population normale.

Pour la mesure des idées surévaluées, la participante présentait un score élevé à l'*Échelles des idées surévaluées* (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) en début de thérapie. À la fin du suivi, les résultats obtenus à cette échelle démontrent que la patiente #2 aurait un meilleur insight par rapport à ses croyances TCA. Elle serait passée d'une très forte conviction que la croyance est vraie (croyance choisie étant : *Si je grossis, les gens vont moins m'aimer*) à un très faible degré de conviction. La croyance que les rituels/compulsions sont efficaces a considérablement diminué lors de la thérapie. Au pré-traitement, elle mentionnait que les compulsions étaient «*plutôt efficaces*» tandis que déjà à la fin de la thérapie, elle reconnaissait qu'elles étaient «*tout à fait inefficaces*».

Dans l'évaluation des symptômes d'anxiété et de dépression, tels que mesurés par l'*Inventaire d'anxiété de Beck* et l'*Inventaire de dépression de Beck* (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Beck, Steer, & Brown, 1996), la participante ne présentait pas d'anxiété tout au long du traitement. Les symptômes dépressifs de faible intensité observés en début de traitement (total = 13) ont légèrement augmenté (total = 15). Cependant, en tenant compte du fait que la participante a pris du poids durant le suivi et du fait que le niveau de fatigue peut augmenter avec une prise de poids rapide, il est concevable que le score à l'échelle de la dépression ait augmenté sans qu'une dépression ne sous-tende cette légère augmentation de score.

Selon les résultats au *Questionnaire sur les croyances obsessionnelles-44* (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005), la patiente présentait peu de changement concernant les différents domaines de croyances obsessionnelles entre le début et la fin du traitement puisque dès le début du suivi, ses scores se situaient dans les limites de la moyenne obtenue par des échantillons de population non-clinique.

Dans la mesure de la confusion dans les inférences (*Questionnaire sur les processus inférenciels*, QPI par Aardema et al., 2005), la patiente a obtenu un score similaire à une population non-clinique du début à la fin du suivi (Aardema, Wu, Careau, O'Connor, Julien & Dennie, 2010, Wu, Aardema, & O'Connor, 2009). Bien que non-clinique, son score a augmenté entre le début et la fin du suivi. Au post 6 mois, la confusion dans les inférences a diminué par rapport au post-traitement.

L'inspection visuelle des graphiques faits à partir des données des calepins remplis chaque jour par la patiente démontre qu'au fil des semaines de thérapie, il y a eu une

diminution du temps consacré au TCA (préoccupations et rituels). Dans le registre de ses émotions, la joie a significativement augmenté entre le début et la fin du suivi. Quant aux émotions négatives (anxiété, colère, tristesse), peu de changement a été observé durant le suivi. La probabilité du doute obsessionnel «*peut-être que je vais trop manger ou manger de mauvaises choses*» a diminué. Selon la participante, la probabilité que le doute «*peut-être que je suis grosse et que ça paraît*» soit vraie n'a pas diminué. Cela peut être expliqué par le fait que le poids de la participante a beaucoup augmenté durant le suivi. Le fait que le doute n'apparaisse pas plus vrai peut donc être considéré comme un gain thérapeutique malgré tout. Au niveau du réalisme face au fait de ne pas faire les rituels (*se regarder dans le miroir et planifier ce que je vais manger plus tard*), celui-ci a augmenté (voir le tableau 5- graphiques faits à partir des données des calepins remplies quotidiennement durant le suivi).

Au niveau des *échelles cliniques* (O'Connor, & Robillard, 1999), des changements cliniquement significatifs ont également été observés (plus de 50% d'amélioration). En moyenne, le sentiment d'efficacité personnelle (être capable de résister aux compulsions suivantes : *se regarder dans miroir; se peser; se comparer aux autres filles; choisir des aliments peu caloriques; calculer les calories; planifier ce que je vais manger plus tard; faire de l'exercice excessivement; restriction alimentaire*) est passé de 17% à 77%. La croyance envers les doutes obsessionnels (inférences primaires : *peut-être que je suis grosse et que ça paraît; peut-être que mon poids n'est pas acceptable; peut-être que je pourrais être encore plus mince; peut-être que je mange (incluant liquides aussi) trop de calories; peut-être que je vais trop manger ou manger de «mauvaises» choses; peut-être que je suis en train d'engraisser*) est passée de 90% à 40%. Le niveau de réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires : *les gens ne m'aimeront pas; je ne suis pas la plus mince, je dois encore maigrir*) était de 78% en début de traitement et de 14% à la fin. Le degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions était de 92% % au début de la thérapie et de 34% en fin de suivi. Une diminution a également été observée pour le niveau de conviction «hors contexte», passant de 26% à 4%.

L'ensemble des gains thérapeutiques se sont maintenus dans le temps, six mois après la fin du traitement. L'insatisfaction de l'image corporelle qui avait augmenté en cours de suivi (échelle du *Eating Disorder Inventory*), a diminué d'intensité au post 6 mois. Le score de la participante à cette échelle a retrouvé le niveau du pré-traitement, ce qui constitue une

amélioration par rapport au post-traitement. De plus, comme mentionné plus haut, il est positif de constater que la participante #2 en est venue à accepter un peu plus sa nouvelle silhouette (même degré d'insatisfaction de l'image corporelle malgré une prise de poids de près de 18 kilos). De plus, lorsqu'on a demandé à la participante le poids qu'elle souhaiterait avoir, elle a répondu 45 kilos (IMC=17,4 kg/m²) tandis qu'au post 6 mois, elle disait souhaiter peser 54 kilos (IMC= 21,3 kg/m²).

INSÉREZ LE TABLEAU 3 (LES GRAPHIQUES) ICI

Discussion

Le traitement basé sur les inférences (ABI) s'est avéré efficace pour diminuer les symptômes associés au TCA chez les deux participantes. Celles-ci se sont dites satisfaites de la thérapie et de leur progrès. Elles se sentaient prêtes à continuer leurs efforts par elles-mêmes en fin de suivi. Dès le début du suivi, les deux participantes présentaient une grande motivation à changer, ce qui a pu favoriser leur adhérence au traitement.

Tel que nous l'avions posé en hypothèse, le travail sur le plan cognitif a permis de diminuer les probabilités des doutes obsessionnels (inférences primaires) du TCA, ce qui a entraîné une baisse des comportements alimentaires perturbés (crises de boulimie et restriction alimentaire). Cette amélioration a pu être atteinte sans que ne soient travaillés les aspects comportementaux du trouble. De plus, les préoccupations obsessionnelles des TCA semblent aussi provenir de doutes comme c'est le cas pour les obsessions du TOC. Les résultats aux différentes échelles qui concernent les cognitions des participantes démontraient que celles-ci possédaient un meilleur insight face à leurs croyances dysfonctionnelles en fin de suivi. Leur sentiment d'efficacité personnelle a également augmenté puisqu'elles se sentent maintenant davantage capables de ne plus écouter la voix du TCA qui leur dicte de faire tels comportements compulsifs ou ritualisés. C'est sur le plan de l'insatisfaction de l'image corporelle que l'on peut observer le moins d'amélioration chez les deux participantes, particulièrement pour la participante # 2, chez qui cette insatisfaction avait augmenté entre le début et la fin du traitement. Toutefois, comme mentionné plus haut, cette insatisfaction a diminué entre le post et le post 6 mois.

Sur le plan des croyances obsessionnelles telles que mesurées par le *Questionnaire sur les croyances obsessionnelles* (OBQ), les deux patientes n'obtenaient pas de scores cliniques au début du traitement à l'échelle «contrôle et de l'importance des pensées» alors que c'est le cas pour des patients souffrant de TOC. En d'autres mots, elles n'accordaient pas plus d'importance à leurs pensées que des gens sains et ne tentaient pas non plus d'exercer un contrôle sur leurs pensées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que vouloir contrôler ses pensées et leur donner de l'importance est plus associé à certains types de TOC précis comme les phobies d'impulsion, qui sont plus différents phénoménologiquement des TCA. Par exemple, les pensées et comportements TCA sont plus souvent égodynamiques qu'égodystones. Cependant, d'autres études rapportent chez des patients TCA des scores cliniques (plus élevés que chez des patients TOC) pour toutes les échelles de l'OBQ-87 (perfectionnisme, contrôle et importance des pensées, intolérance à l'incertitude, surestimation de la menace), excepté le sentiment de responsabilité (Lavender, Shubert, de Silva & Treasure, 2006).

Un concept-clé abordé dans l'ABI est le processus inférentiel, incluant la méfiance envers les sens et l'inférence inversée qui entretient les doutes obsessionnels. Au pré-traitement, on devrait s'attendre à un score clinique dans la mesure de la confusion dans les inférences, comme c'est le cas chez des patients TOC. Cela a été le cas pour la participante #1, qui obtenait un score un peu plus élevé qu'un échantillon normal, au début du suivi, score qui a diminué significativement avec le traitement. Cependant, pour la participante #2, un changement inverse s'est produit. Bien que toujours non-clinique, le score au QPI a augmenté en cours de suivi. L'hypothèse de l'ABI voulant que le raisonnement à partir d'inférences primaires, sans arguments basés sur la réalité, constitue la base de la formation de doutes obsessionnels paraît affaiblie dans le cas de cette participante. Il est possible que l'augmentation du score au *Questionnaire sur les processus inférentiels* en cours de suivi soit attribuable au fait que les prises de conscience en thérapie aient fait réaliser à la patiente qu'elle avait tendance à croire davantage son imagination en présence de doutes obsessionnels associés au TCA, plutôt qu'à faire confiance à des preuves provenant de ses sens ou de l'information issue de la réalité, comme c'est le cas pour des doutes dits normaux. Ainsi, au début du suivi, elle était peut-être moins consciente de cette façon de raisonner. Elle n'a donc pas pu rapporter un portrait juste de la présence de confusion inférentielle. Peut-être que, en début de suivi, ses préoccupations obsessionnelles lui paraissaient-elles si

réelles et fondées qu'il était difficile pour elle de voir celles-ci comme des doutes plutôt que comme des convictions. On voit par ailleurs qu'au post 6 mois, la participante rapportait un niveau de confusion inférentielle similaire à ce qu'elle rapportait en début de suivi, c'est-à-dire qu'elle accordait peu de crédibilité à l'imaginaire. Le changement souhaité sur le plan de la confusion inférentielle semble donc s'être effectuée, mais seulement suite à une prise de conscience de ses raisonnements fautifs.

Bien que la probabilité des doutes obsessionnels ainsi que le réalisme des conséquences anticipées aient significativement diminué pour les deux participantes, l'absence de changement significatif pour la participante #2 sur le plan de la mesure de la confusion dans les inférences peut surprendre. Le score à ce questionnaire a même augmenté pendant le suivi, et diminué entre le post et le post 6 mois, bien que toujours à un niveau non-clinique. Il se pourrait que pour cette participante, les raisonnements erronés mesurés par ce questionnaire n'aient pas été les plus impliqués dans la formation de ses doutes. En effet, l'ABI aborde d'autres erreurs de raisonnement (erreurs de catégorie, les événements comparables en apparence; l'utilisation sélective de faits hors-contexte; les séquences purement imaginées). Il est également possible que la prise de poids de la patiente l'ait amenée à davantage douter de ses sens, ce qui explique l'augmentation des croyances erronées et qu'il y ait eu confusion dans les inférences entre le pré et le post traitement.

Globalement, les deux participantes ont dit avoir apprécié les étapes concernant l'identité et les thèmes de vulnérabilité qui ont pu les prédisposer à développer une obsession en lien avec le contrôle du poids et de leur alimentation. Il n'y a cependant pas eu de questionnaire demandant de relater ce qu'elles avaient préféré en thérapie et ce qu'elles avaient moins aimé. On ne sait donc pas si cet aspect de la thérapie a été plus significativement aidant que d'autres aspects (ex. : le modèle en tant que tel, croire que les obsessions naissent d'un doute (invalide) et que les compulsions doivent être exécutées pour chasser ses pensées ainsi que les conséquences anticipées des doutes; les métaphores utilisées telles que le pont entre le monde imaginaire et le monde réel).

La présente étude comporte des limites. Tout d'abord, seulement deux personnes souffrant d'un TCA ont reçu ce type de thérapie. Il s'agit d'un échantillon trop petit pour pouvoir généraliser les résultats. Les deux participantes souffraient en outre d'un TCA moins représentatif des cas plus classiques de TCA. Aucune d'elles n'avait recours aux

vomissements provoqués comme moyen compensatoire pour éviter un gain de poids suite aux crises de boulimie. Elles utilisaient les exercices excessifs alors que les vomissements sont utilisés par la majorité des patientes TCA présentant des crises de boulimie. Toutefois, puisque les cognitions partagées par les gens souffrant d'un TCA sont similaires, quelque soit la forme de TCA, on pourrait s'attendre à ce qu'une personne boulimique utilisant les vomissements provoqués, présentent des doutes obsessionnels semblables et que le travail au niveau cognitif amène le même type de changement.

D'autres études doivent être effectuées avec des participantes boulimiques de tous types et également avec des personnes souffrant d'anorexie mentale restrictive et avec crises de boulimie suivies de vomissements afin de mesurer l'efficacité de cette approche pour tous les TA. L'ABI pourrait également être tentée auprès de patientes présentant à la fois un TOC et un TCA. Il est possible que le modèle basé sur les inférences puisse être utile pour traiter simultanément deux troubles de nature obsessionnelle. Le travail sur le plan cognitif pourrait se généraliser d'un type d'obsession à un autre. Rappelons que l'ABI a déjà été évaluée pour traiter le TOC et cette approche s'avère efficace (O'Connor et al. 2005; O'Connor et al., 2009).

Des études de comparaison de groupe ayant reçu l'ABI avec des groupes de patients ayant suivi un traitement cognitivo-comportemental standard devrait également être faites. Il est possible également que certaines étapes de l'ABI aient été plus efficaces que d'autres. Une analyse des ingrédients actifs en thérapie pourrait également être effectuée lorsque plusieurs personnes auront participé au projet afin de voir quels sont les éléments clés qui ont aidé les participantes. Comme la TCC traditionnelle n'est pas incompatible avec l'ABI, il se pourrait qu'une combinaison des deux approches puisse améliorer l'efficacité des traitements offerts à la population TA. Une formule basée sur la thérapie de groupe pourrait aussi être envisagée s'il s'avère que le modèle s'applique aux TCA.

En somme, l'approche basée sur les inférences mérite de continuer d'être testée auprès de la population souffrant d'obsessions en lien avec l'alimentation, l'image corporelle et/ou le contrôle du poids corporel.

Références

- Aardema, F., O'Connor, K., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. Behaviour Research and Therapy, *43*, 293-308.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D. & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *32*, 3, 448-462.
- American Psychiatric Association (2003). Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (4e éd., texte rév.). Paris: Masson.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *56*, 6, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Manual for Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P., & Crow, S. J. (2012). Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. International Journal of Eating Disorders, *45*, 3, 428-438.
- Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs, Santé Mentale au Québec, *36*, 1, 149-179.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. Clinical Psychology Review, *25*, 511-531.
- DiClemente, C. & Prochaska, J. O. (1998). Towards a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather, eds., Treating Addictive Behaviours. New York: Plenum Press, p. 3-24.
- Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., & Urdapilleta, I. (2005). Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaires. L'Encéphale, *31*, 643-652.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. European Eating Disorders Review, *11*, 90-107.
- Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. (2002). Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive

- Handbook. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., & Gibbon, M. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID- I/CV). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Foa, E., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy, 30, 717-724.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'Inventaire d'anxiété de Beck – Propriétés psychométriques d'une traduction française. L'Encéphale, 20, 47-55.
- Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory-2 Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Olmsted, M. P. (1984). The Eating Disorder Inventory Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its application to group therapy. European Eating Disorders Review, 11, 1, 58-71.
- Harcourt Brace, & Company Canada. (1998). Inventaire de Dépression de Beck, Deuxième Édition Manuel. Canada Psychological Corporation.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 1, 12-19.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F., & al. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. Journal of Anxiety Disorders, 22, 1029-1041.
- Julien, D., O'Connor, K.P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. Personality and Individual Differences, 41, 1205-1216.
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. British Journal of Clinical Psychology, 45, 331-342.

- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. T., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale. Journal of Psychiatric Resources, 28, 5, 425-445.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 37, 9, 881-902.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. Behaviour Research and Therapy, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., & al. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. Cognitive Behaviour Therapy, 34, 3, 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). Beyond Reasonable Doubt : Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders. Chichester, UK John Wiley & Sons, Ltd.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 16, 4, 420-429.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences on obsessive-compulsive disorder. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 13, 4, 359-375.
- Polman, A., O'Connor, K. & Huisman, M. (2011). Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. Personality and Individual Differences, 50, 153-158.
- Shafran, R. (2002). Eating disorders, in Frost, R. O., Steketee, G., eds., Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment. Pergamon, Oxford, 215-232.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Nelson, L., & Robinson, P. H. (2003). The interpretation of symptoms of severe dietary restraint. Behaviour Research and Therapy, 41, 887-894.
- Sunday, S.R., Halmi, K.A., & Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. International Journal of Eating Disorders, 18, 3, 237-245.
- Taillon, A., O'Connor, K., Dupuis, G., Lavoie, M. (2011). Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy.

- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. Cognitive Therapy and Research, 14, 2, 191-214.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N.C., Frank, G.K., Bailer, U.F., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Henry, S.E., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C. & Kaye, W.H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? International Journal of Eating Disorders, 39, 4, 276-284.
- Waller, G., & Kennerley, H. (2003). Cognitive-behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), Handbook of Eating Disorders (pp. 233-252). Chichester: Wiley.
- Welch, G. (1988). Selected multivariate statistical techniques and eating disorders. University of Otago, New Zealand.
- Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L., & Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. Behavior Modification, 23, 4, 556-577.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. Behavior Modification, 28, 6, 711-738.
- Wu K.D., Aardema, F., & O'Connor, K.P. (2009). Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension. Journal of anxiety disorders, 23, 746-752.

Tableau 1 – Schéma du maintien du TCA selon l'ABI
(Exemples de discours intérieurs activés à partir d'événements déclencheurs)

Déclencheur	Doute ou inférence primaire	Conséquence anticipée ou inférence secondaire	Évaluation (Émotions)	Comportement compulsif
Entendre dire à la télévision qu'il faut manger santé et éviter les aliments gras et les sucreries.	Peut-être que je mange trop d'aliments gras et sucrés.	Si je mange des aliments sucrés ou gras, alors je vais prendre du poids et devenir obèse.	Si je suis grosse, je serai vraiment déprimée et je vais me détester encore plus. Je me sens anxieuse rien que d'y penser.	Je dois calculer les calories de ce que je mange ainsi que les taux de gras et de sucre pour en manger le moins possible.
Quelqu'un me dit que je suis belle, que j'ai l'air en santé.	Peut-être que cette personne trouve que mon poids est maintenant normal.	Si les gens pensent que mon poids actuel est normal, il ne faut absolument pas que je prenne un kilo sinon les gens vont me trouver grosse.	Si je suis grosse, je serai rejetée par les autres, je ne serai pas bien dans ma peau et je serai malheureuse.	Je dois me peser tous les matins pour m'assurer que mon poids n'augmente pas. S'il augmente, je dois manger moins, faire plus d'exercice, etc.
Se sentir bourrée et avoir chaud après avoir mangé un repas normal.	Peut-être que je suis en train de prendre du poids.	Si je tolère mon sentiment d'avoir l'estomac plein, je vais agrandir mon estomac et manger toujours de plus en plus chaque jour et devenir grosse.	Mon estomac va s'agrandir sans fin et je vais toujours avoir la sensation de faim et devenir grosse et laide. Je me sens anxieuse.	Je dois vomir mon repas.
Sentir que mes pantalons sont serrés.	Peut-être que j'ai pris du poids.	Si je prends du poids, je vais en prendre sans arrêt et devenir obèse.	Si je suis grosse, je serai vraiment déprimée et je vais me détester encore plus. Je me sens anxieuse rien que d'y penser.	À partir d'aujourd'hui, je dois manger moins et faire plus d'exercice.

Tableau 2 – Bref aperçu des étapes de l’approche basée sur les inférences

Étapes d’évaluation – 4 rencontres

- 1- Commencer par identifier toutes les compulsions ou rituels alimentaires ou centrés sur le corps
- 2- Identifier les inférences primaires (ou doutes obsessionnels) associées à chaque rituel
- 3- Définir les inférences secondaires (les conséquences anticipées des doutes)
- 4- Efficacité personnelle face à la capacité à ne pas faire la compulsion ou le rituel-
- 5- Mesurer la probabilité des inférences primaires
- 6- Mesurer le réalisme des inférences secondaires
- 7- Mesurer le degré de conviction du besoin/de la nécessité d’accomplir les compulsions

Étape d’intervention 1 – Identité personnelle

À cette première étape d’intervention, le thérapeute aide la cliente à identifier les phrases qu’elle se dit à elle-même sur *ce qu’elle ne veut pas être*, sur *qui elle craint être*, ou encore sur *à qui elle ne voudrait pas ressembler*. Cette étape sur l’identité personnelle vise à avoir une prise de conscience du discours interne que la cliente entretient envers elle-même.

Étape d’intervention 2 – Distinction entre le doute obsessionnel et le doute normal

La cliente doit reconnaître que les préoccupations obsessionnelles proviennent d’un doute et elle doit également différencier le doute normal du doute obsessionnel. Le doute normal se présente dans un contexte approprié, soutenue par des informations qui fournissent une justification du doute. Quant au doute obsessionnel, il va au-delà des sens et de l’expérience directe, il faut donc le régler dans l’imaginaire, pas dans la réalité.

Étape d’intervention 3 – La logique du TCA

Plusieurs arguments inductifs soutiennent le doute obsessionnel. Ils peuvent provenir d’idées venant d’une autorité, d’un calcul logique, du bon sens, de l’expérience personnelle ou encore de ouï-dire. Le thérapeute doit familiariser la cliente avec le raisonnement derrière le doute. En fait, ce n’est pas le doute en lui-même qui est dépourvu de sens mais le contexte.

Étape d’intervention 4 - Le doute du TCA est non-pertinent dans le «ici et maintenant»

La cliente doit arriver à reconnaître que ses doutes proviennent de son imagination. Ce qui est imaginé n’est pas nécessairement impossible, cependant, à cette étape de la thérapie, la cliente doit reconnaître que ses doutes obsessionnels ne sont pas pertinents dans le moment présent, bien que les arguments inductifs soient logiques ou solides.

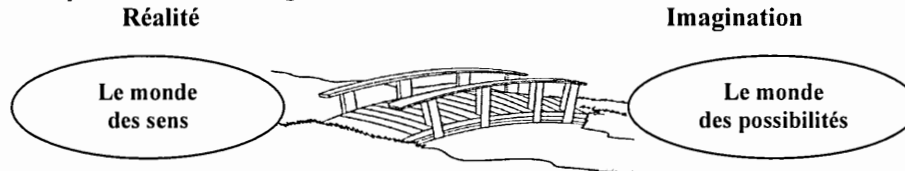
Étape d’intervention 5 - Comment le TCA se transforme en expérience vécue

La cliente doit rassembler tous les arguments inductifs qui supportent ses doutes obsessionnels afin de créer un narratif riche qui constitue l’histoire TCA. Tout le monde a tendance à vivre ses expériences en se racontant des histoires. C’est de cette façon que les choses deviennent réelles. Un exemple d’histoire TCA pourrait être :

Quand j’étais petite, je me suis fait dire que j’étais grosse. Je me faisais beaucoup taquiner à l’école à cause de cela. Plusieurs personnes m’ont répété dans ma vie d’éviter de manger certains aliments (expérience personnelle). J’évite le pain blanc, les pâtes et les pâtisseries car les nutritionnistes ne recommandent pas ces aliments (autorité), etc.

Étape d'intervention 6 - Franchir la frontière du réel (le pont)

La cliente doit identifier les pensées ou les sensations qui l'amènent à passer du côté du monde des possibilités et comprendre que les compulsions ne sont pas la solution, qu'elles veulent simplement rendre l'imagination réelle.



Étape d'intervention 7 et 8 - Les stratagèmes de raisonnement du TCA

Erreurs de catégorie (ex. : je vois des gens obèses, moi aussi je pourrais devenir obèse)

Événements comparables en apparence (ex. : je vois souvent des personnes obèses manger du *fast food* ou des pâtisseries; je ne dois pas manger cela car je vais devenir grosse aussi)

Utilisation sélective des faits hors-contexte (ex. : j'ai entendu à la télévision qu'il est bon de surveiller ce qu'on mange; je dois donc continuer mes restrictions alimentaires, sinon je pourrais devenir grosse)

Séquences purement imaginées (ex.: quand je mange et quand après je me sens bourrée, je sens mon corps devenir gros)

Inférence inversée: (ex. : je viens de manger un dessert, c'est sûr que je viens de prendre 3 kilos)

Méfiance envers la perception normale (ex.: même si les gens me disent que je suis belle et que je ne suis pas grosse, je sais que je suis grosse).

Étape d'intervention 9 - Les thèmes de vulnérabilité dans les narratifs obsessionnels

Le lien entre l'identité et le TCA peut être très fort chez les gens aux prises avec un problème d'anorexie ou de boulimie tel que nous l'avons vu à l'étape d'intervention 1. La cliente doit trouver les thèmes de vulnérabilité (ex. : je suis le genre de personne qui prend du poids facilement) qui renforcent ses doutes obsessionnels à cette étape du suivi.

Étape d'intervention 10 - La nature sélective du doute obsessionnel

Dans la plupart des domaines de la vie de la cliente, on ne retrouve pas de doute obsessionnel alors que le TCA est hautement spécifique (les doutes obsessionnels ne concernent que le contrôle du poids/l'alimentation). Le thérapeute doit explorer les situations où la cliente n'a pas de problèmes de raisonnement.

Étape d'intervention 11 – Conscience de la réalité – Tolérer le vide

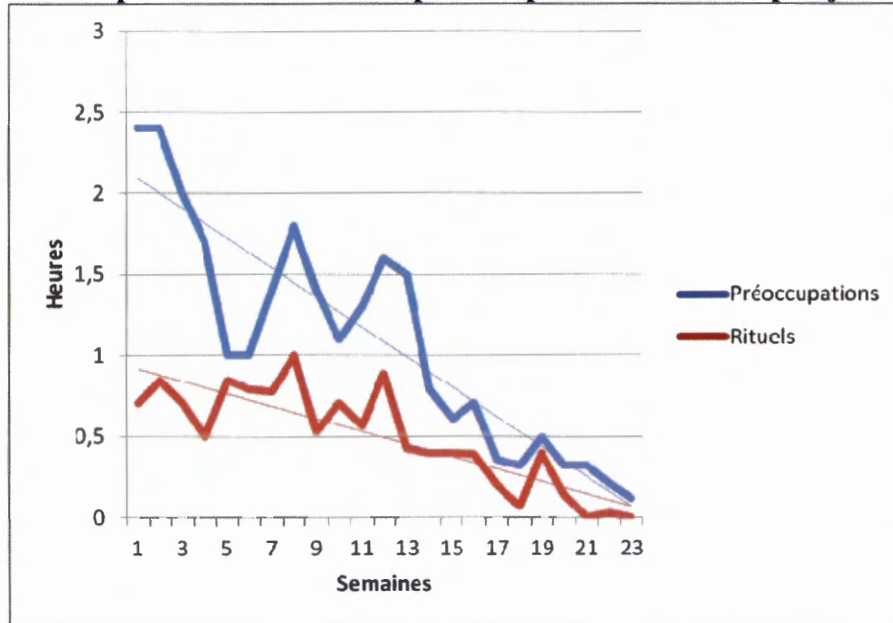
L'absence de symptômes peut paraître étrange. Ce sentiment est temporaire et disparaîtra à force de maintenir une alimentation normale. La personne doit tolérer le vide et l'anxiété reliés au retour à une alimentation saine.

Fin de la thérapie et planification de la prévention de la rechute

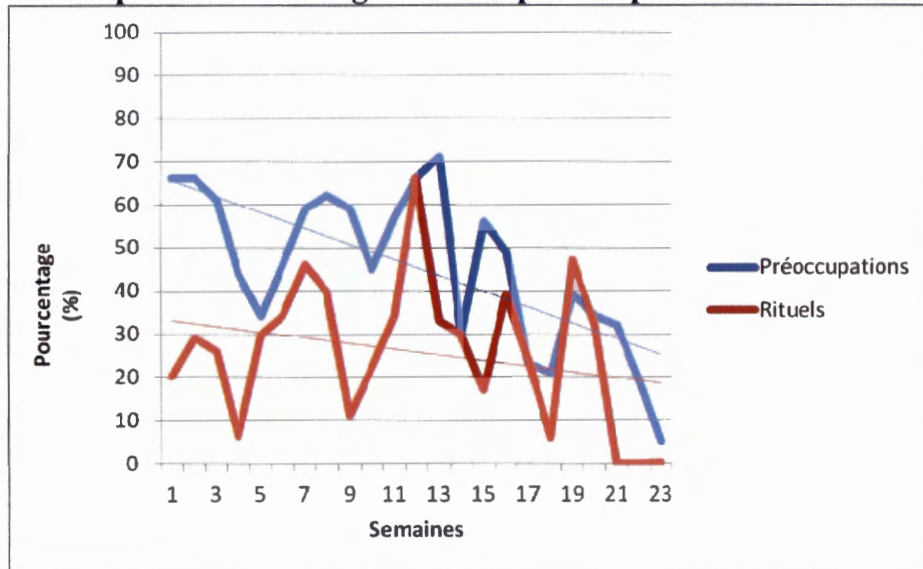
Les sessions de thérapie suivantes, jusqu'à la vingtième rencontre de thérapie, servent à renforcer le maintien des bonnes habitudes alimentaires afin de diminuer le degré de conviction des inférences. Le thérapeute doit aussi résumer les progrès de la cliente et planifier la prévention des rechutes.

Tableau 3 - Graphiques faits à partir des calepins d'auto-observation

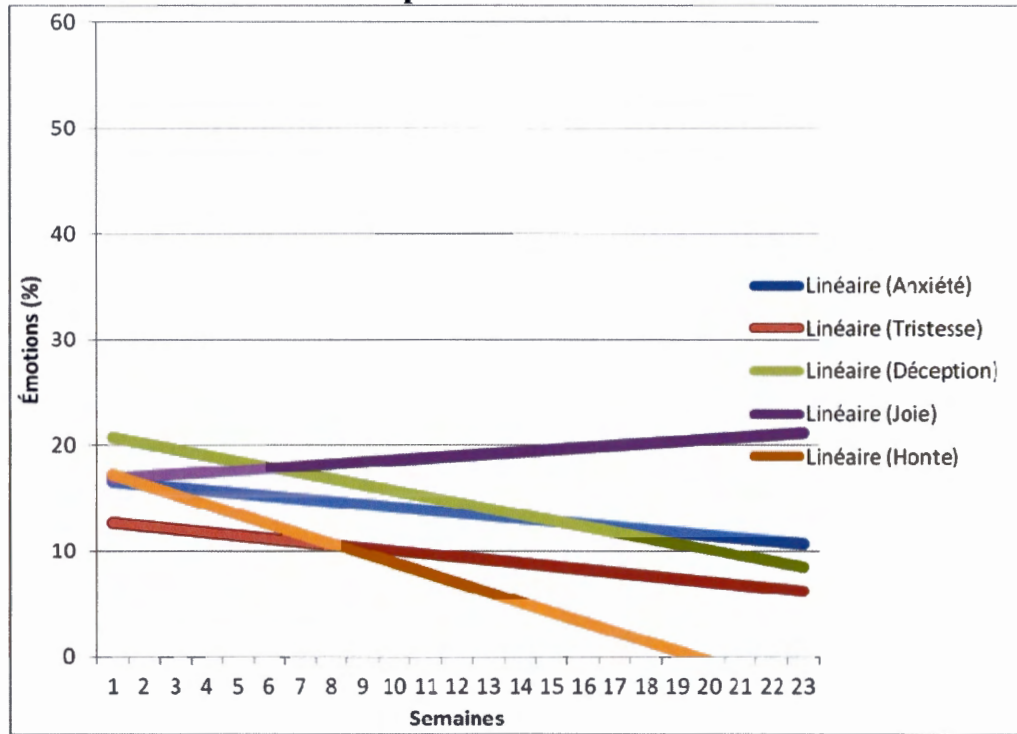
Participant #1 - Durée des préoccupations et rituels par jour



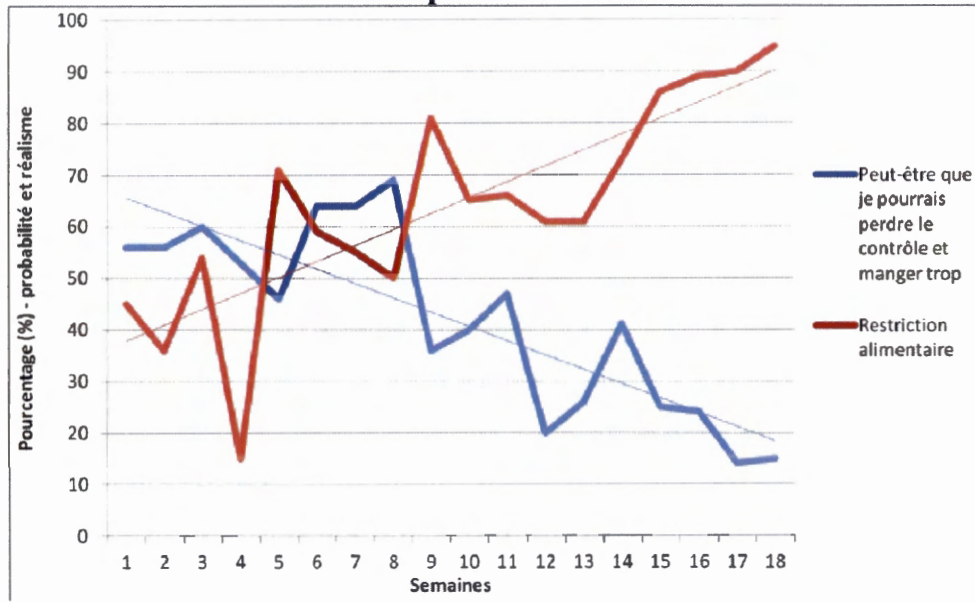
Participant #1 - Dérangement des préoccupations et des rituels



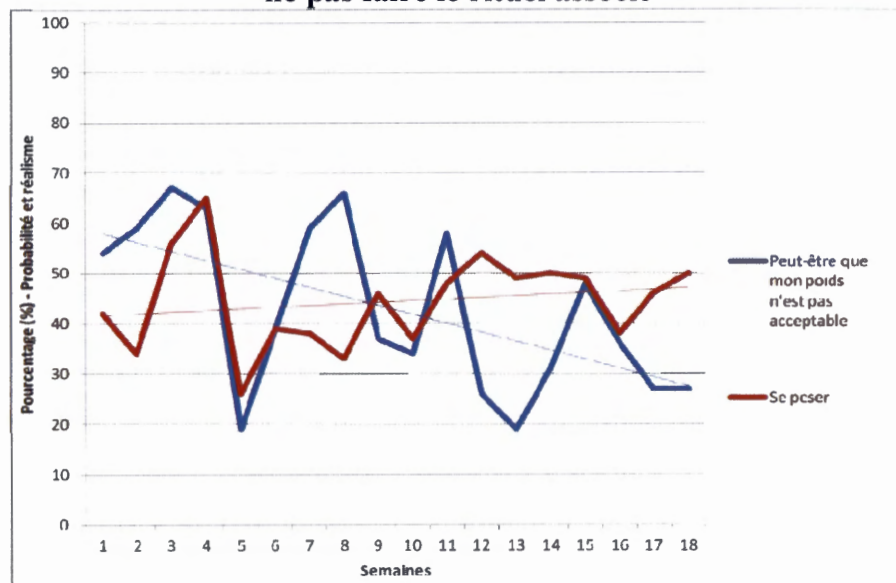
Participant #1 - Émotions



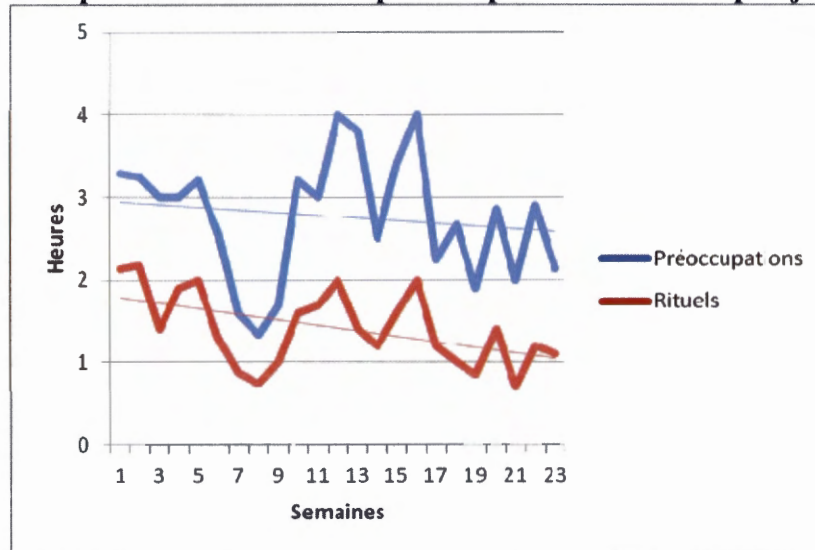
Participant #1 - Probabilité de l'inférence primaire 1 et réalisme de ne pas faire le rituel associé



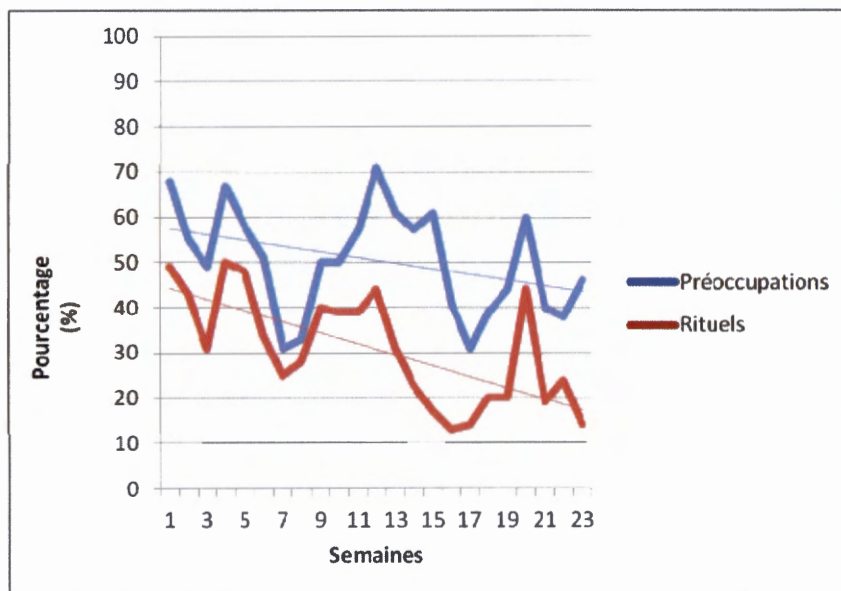
Participant #1 - Probabilité de l'inférence primaire 2 et réalisme de ne pas faire le rituel associé



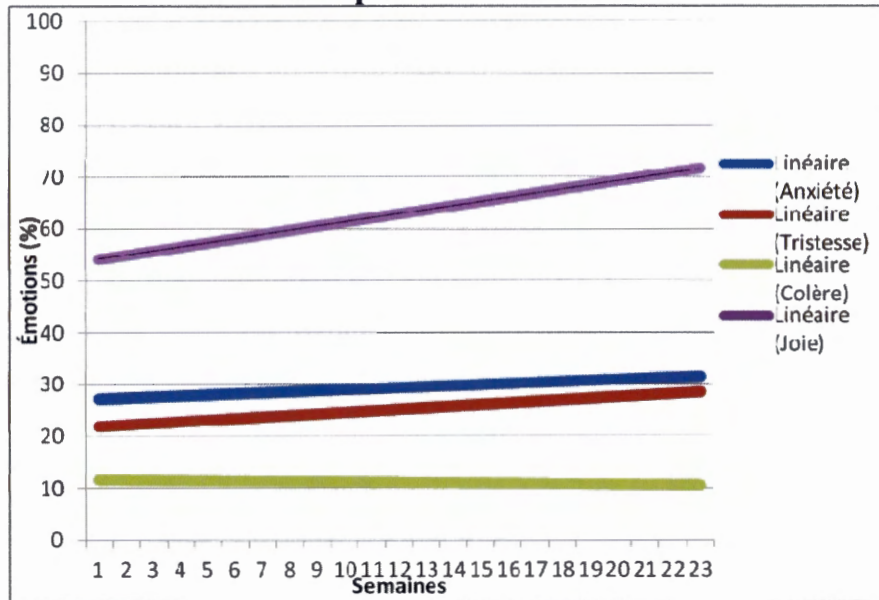
Participant #2 - Durée des préoccupations et rituels par jour



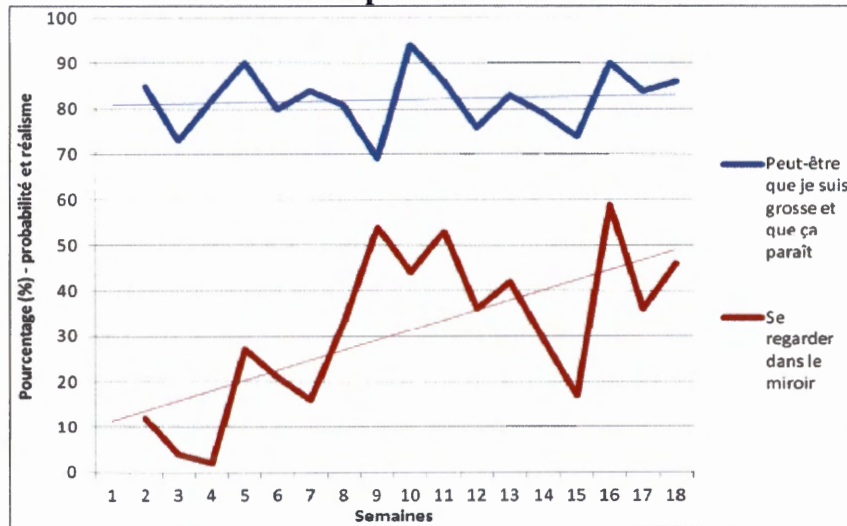
Participant #2 - Dérangement des préoccupations et des rituels



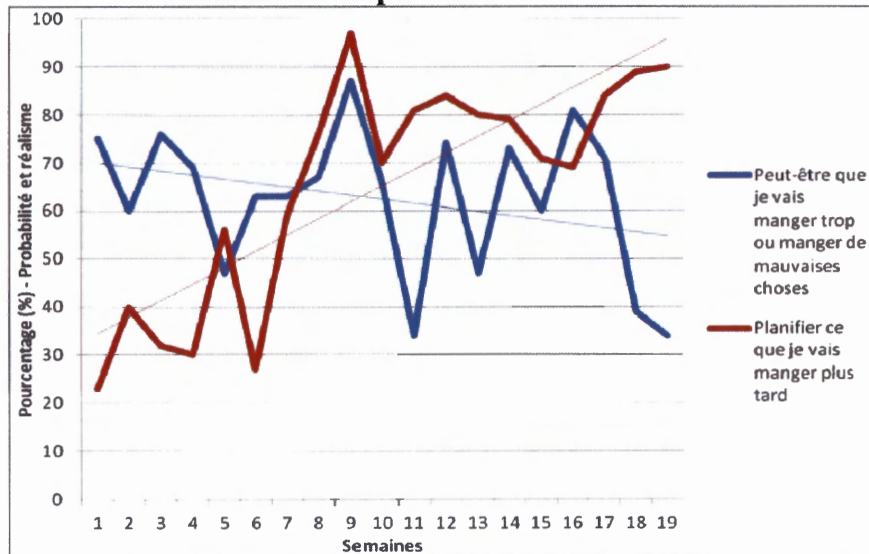
Participant #2 - Émotions



Participant #2 - Probabilité de l'inférence primaire 1 et réalisme de ne pas faire le rituel associé



Participant #2 - Probabilité de l'inférence primaire 2 et réalisme de ne pas faire le rituel associé



L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Résumé

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) partagent plusieurs similarités phénoménologiques. Un traitement cognitif validé pour le TOC (approche basée sur les inférences, ABI) a donc été évalué dans la présente étude. Les deux femmes ayant reçu le traitement souffraient respectivement de boulimie et d'un trouble alimentaire non-spécifié. Après le suivi, l'examen des résultats post-traitement démontrent que les deux patientes ne rencontrent plus les critères d'un TCA. Elles avaient diminué leur niveau de croyances envers la probabilité des doutes obsessionnels ainsi que leur besoin d'exécuter les comportements alimentaires compulsifs ou ritualisés (ex. : restriction alimentaire, exercice physique). À la lumière des résultats obtenus, l'ABI semble une approche prometteuse dans le traitement des TCA. D'autres études avec devis quasi-expérimentaux, et s'appliquant à différents types de TCA (ex.: boulimie de type purgatif, anorexie mentale) pourraient être envisagées afin de vérifier la généralisation de ces résultats préliminaires.

INFERENCE-BASED APPROACH IN TREATMENT OF EATING DISORDERS : AN EXPLORATORY STUDY

Abstract

Several similarities exist in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder (OCD) and eating disorders (ED). A cognitive treatment validated for obsessive-compulsive disorder (Inferential based approach, IBA) was evaluated in this study. The two women who received the treatment were suffering respectively of bulimia and eating disorders not otherwise specified. After the follow-up, the post-treatment exam results show that the two patients did not meet the criteria for ED. They had reduced their level of beliefs towards the probability of the obsessive doubts and their need to carry out compulsive or ritualized food behaviours (e.g.: food restriction, exercise). In the light of the results obtained, IBA seems a promising approach in the treatment of the ED. Other studies with quasi-experimental specifications, and applied to different types of ED (e.g.: bulimia purging type, anorexia nervosa) could be considered to verify the generalization of these preliminary results.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Implications cliniques

Les résultats de cet essai recherche doctoral concordent avec l'hypothèse selon laquelle les troubles des conduites alimentaires et les troubles obsessionnels compulsifs pourraient constituer des dysfonctions qui présentent assez de similarités pour que des traitements qui se sont avérés efficaces pour le TOC puissent être adaptés à la problématique des TCA. Le premier objectif de l'essai consistait à faire ressortir les similarités entre le TOC et les TCA sur le plan de la nature des obsessions, des comportements compulsifs, des cognitions dysfonctionnelles (ex. : surestimation de la menace, perfectionnisme, fusion pensée-silhouette ou fusion action-pensée, etc.) et des troubles concomitants. On concluait le premier article en mentionnant que des thérapies efficaces pour le TOC pourraient l'être pour les TCA.

Suite aux résultats du second article, on remarque qu'une approche cognitive basée sur les inférences (ABI) cherchant à invalider les doutes obsessionnels (ou inférences primaires), qui sont à la base du TOC, semble être appropriée pour traiter un autre trouble dans le spectre obsessionnel-compulsif tels que l'anorexie mentale et la boulimie. Bien qu'il s'agisse de résultats préliminaires, les résultats présentés dans cette recherche suggèrent que l'ABI a fait diminuer significativement les symptômes anorexiques ou boulimiques de deux participantes suite au suivi thérapeutique.

Le deuxième objectif de cet essai doctoral était de vérifier si les pensées obsessionnelles du TCA prennent la forme d'un doute – ou inférence primaire- (ex. : «peut-être que...»), comme c'est le cas dans le TOC. Effectivement, il a été possible de conceptualiser la chaîne TCA à partir de doutes initiaux (ou inférences primaires) tels que : *peut-être que je vais perdre le contrôle et manger trop; peut-être que mon poids n'est pas acceptable; peut-être que je suis en train de prendre du poids; peut-être que je suis grosse et que ça paraît*. Ces doutes initiaux mènent à des conséquences anticipées (ou inférences secondaires) tels que : *peut-être que les gens vont moins m'aimer; peut-être qu'ils ne me trouveront pas belle et que j'aurai encore moins d'estime de moi-même; peut-être que je vais manger sans pouvoir m'arrêter et être rejetée*. Ces inférences secondaires peuvent aussi

mener à un besoin d'exécuter des comportements compulsifs ou ritualisés tels que : *restriction alimentaire; vérification du poids corporel dans le miroir ou en se pensant; faire de l'exercice excessif; compter les calories.*

Le même type d'erreurs de raisonnement qui mènent aux doutes obsessionnels du TOC semblent également impliqués dans les doutes obsessionnels du TCA (ex. : erreurs de catégories, événements apparemment comparables, méfiance envers la perception normale, usage sélectif de faits hors-contexte, enchaînements imaginaires et inférences inversées). Toutefois chez la participante #2, la méfiance à l'égard de sa perception normale (ou envers ses sens) et ses inférences inversées ne semblent pas présentes à un niveau clinique, selon le *Questionnaire des processus inférentiels*. Ces erreurs de raisonnement ont pris de l'importance en cours de suivi, ce qui semble en apparence contradictoire puisque les symptômes du TCA ont diminué. On aurait pu penser, comme c'était le cas pour la participante #1, que moins les processus inférentiels erronés auraient été présents, moins il y aurait eu de symptômes du trouble alimentaire (ex. : moins la participante présente une méfiance envers la perception normale et moins elle fait d'inférences inversées, plus les comportements associés tels que la restriction alimentaire ou les crises de boulimie diminuent). Pour cette participante #2, les changements comportementaux ont eu lieu même si les erreurs de raisonnement mentionnées ci-haut ont augmenté en intensité pendant le suivi. Quelques hypothèses susceptibles d'expliquer en partie ce résultat contre-intuitif seront fournies plus loin dans la discussion. Au suivi post 6 mois par contre, ces erreurs de raisonnement avaient diminué au point de retrouver sensiblement la même intensité que ce qu'elle était au niveau de base.

Le troisième objectif de cet essai visait à évaluer si l'ABI permet une réduction de la force des doutes obsessionnels (probabilité des inférences primaires) et du réalisme des conséquences anticipées (inférences secondaires) ainsi qu'une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle où la personne se sent capable de ne pas exécuter les comportements compulsifs ou ritualisés. Selon les deux cas étudiés dans cette étude, la thérapie ABI a permis de réduire significativement la croyance envers la probabilité des doutes obsessionnels et les conséquences anticipées, et cela a eu un effet sur la capacité de ne pas exécuter les différents comportements associés au TCA (ex. : restriction alimentaire, vérification du poids). Le travail cognitif a donc généré chez les deux participantes des changements cliniquement

significatifs. En fait, ces dernières présentaient des diagnostics de boulimie de type non-purgatif et de TCA non-spécifié de type anorexie-boulimie au début du suivi. Elles ont toutes deux vu leurs symptômes cliniques diminuer à des niveaux tels qu'ils ne répondaient plus aux critères diagnostiques d'un TCA. Leurs préoccupations obsessionnelles ainsi que leurs comportements compulsifs ou ritualisés ont significativement diminué, se situant à un niveau sous-clinique en fin de thérapie et au post-test.

Le quatrième objectif de cet essai était d'évaluer si certaines dimensions psychologiques ou symptômes reliés au TCA (restriction alimentaire, crises de boulimie; comportements compensatoires tels que l'exercice physique excessif, vomissements provoqués; préoccupations à propos du poids, de la silhouette, de la nourriture; croyances obsessionnelles telles que le perfectionnisme; les idées surévaluées par rapport à l'importance accordée au contrôle du poids dans son évaluation personnelle; la confusion dans les inférences; l'insatisfaction par rapport à son image corporelle) diminuent de façon significative entre le début et la fin du traitement.

Les résultats de cette étude de cas démontrent que l'hypothèse qui sous-tend le quatrième objectif est confirmée chez les deux participantes. Des changements cliniquement significatifs (50% ou plus d'amélioration) ont été observés entre le début et la fin du traitement pour les participantes sur le plan de leur TCA. Ces changements ont été mesurés pour toutes les dimensions, avec une exception au niveau de l'insatisfaction de l'image corporelle et de la confusion dans les inférences pour la participante #2. Toutefois, puisque cette dernière a pris du poids assez rapidement durant le suivi, cela représente une amélioration. Il est de ce fait plausible de considérer que le traitement a été efficace en raison de cette prise de poids. Ceci étant dit, il peut paraître compréhensible pour la participante d'avoir été encore insatisfaite de son poids à la fin du traitement, étant donné le changement rapide sur le plan de sa silhouette. Toutefois, malgré cette insatisfaction qui semble avoir diminué avec le temps, la restriction alimentaire a considérablement diminué chez cette participante, de même que le recours à l'exercice excessif. De plus, le fait qu'elle avait encore quelques fois des épisodes d'orgies alimentaires pourrait expliquer cette prise de poids importante. Ces épisodes ont tout de même diminué depuis le début du suivi, atteignant une fréquence sous-clinique en fin d'intervention. L'amélioration semble s'être poursuivie plus de six mois après la fin de l'intervention (post 6 mois) pour cette participante qui a pris

conscience de ses raisonnements fautifs et qui a appris des façons adaptées de les invalider. L'ensemble des mesures des dimensions psychologiques ou des symptômes du TCA ont diminué suite au suivi (au post traitement et au post 6 mois).

Considérations méthodologiques

- Validité externe

Quelques limites sont inhérentes au choix du devis à cas unique retenu dans cette étude. En raison de ce choix méthodologique, la validité externe est faible. Il n'est en conséquence pas possible de généraliser les résultats obtenus dans cette recherche. Les cas étudiés dans le cadre de cette recherche peuvent ne pas représenter l'ensemble de la population présentant un TCA. En outre, les deux cas étudiés ne correspondent pas parfaitement au tableau clinique présenté par la majorité des cas TCA (anorexie et boulimie de type non-purgatif; très motivées à changer). En fait, de 70 à 80% des personnes souffrant de boulimie utilisent les vomissements provoqués comme méthode compensatoire après leurs orgies alimentaires pour éviter un gain de poids (Goldsmith, 2012). Les participantes de l'étude avaient plutôt recours à l'exercice physique ou à la restriction alimentaire comme moyen d'éviter de prendre du poids. De plus, ces deux participantes avaient un haut niveau de motivation à changer. Cette motivation n'est pas toujours présente en début de suivi chez la population TCA. Par exemple, il n'est pas possible de savoir si les mêmes résultats auraient été obtenus si les participantes avaient été anorexiques restrictives. En effet, des recherches démontrent que des patientes boulimiques seraient plus motivées à changer que des patientes souffrant d'anorexie ou encore celles qui sont dans la catégorie des trouble alimentaires non-spécifiques (TCANS) (Casasnovas, Fernández-Aranda, Granero, Krug, Jiménez-Murcia, Bulik, & Vallejo-Ruiloba, 2007). Les TCANS constituent les TCA les plus prévalents, qui représentant plus de la moitié des cas de TCA (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2008). Rappelons que les TCANS regroupent les troubles ne remplissent pas tous les critères d'un TCA spécifique (ex. : boulimie sans comportements compensatoires; anorexie sans aménorrhée, boulimie suivi de vomissements mais moins de deux fois par semaine, etc.). Bref, cette recherche préliminaire a permis d'évaluer la thérapie auprès de deux personnes souffrant de TCA non-typique (utilisation de l'exercice et du jeûne ou de la restriction alimentaire comme comportements compensatoires).

Les présents résultats ne peuvent donc pas permettre de savoir si l'ABI aurait été aussi bénéfique pour des personnes souffrant d'anorexie restrictive ou encore de boulimie de type purge avec vomissements provoqués ou prise de laxatifs. Cependant, comme la thérapie visait un travail plus cognitif que comportemental, on peut croire que la thérapie ABI est adaptée pour traiter des préoccupations obsessionnelles en lien avec le contrôle du poids et l'alimentation, quelque soit le comportement compulsif associé.

- Validité interne

La validité interne peut aussi avoir été affectée en raison de variables confondantes qui n'ont pas été prises en compte (ex. : qualité de la relation thérapeute-client, expérience du thérapeute, niveau de désirabilité sociale, ou tous les autres éléments thérapeutiques impliqués dans l'amélioration). Les changements observés chez les deux participantes pourraient en conséquence ne pas avoir un lien direct avec le suivi. Il est toutefois intéressant de voir que, pour ces dernières, les gains thérapeutiques se sont maintenus dans le temps, soit plus de six mois après la fin de la thérapie.

Malgré ces limites, l'utilisation d'un devis à cas uniques semble appropriée pour mener ce type d'étude exploratoire. D'autres recherches utilisant d'autres méthodologies pourront être effectuées ultérieurement pour mesurer l'efficacité de l'ABI dans les troubles des conduites alimentaires.

Directions futures

Les résultats du présent essai doctoral confirment que le modèle de l'ABI pourrait s'appliquer aux TCA. Les résultats obtenus auprès de deux participantes souffrant d'un TCA sont encourageants et nous poussent à continuer le projet TCA. Des études doivent être effectuées avec des participantes boulimiques et également des patientes anorexiques de tous types (restrictive ou avec crises de boulimie et vomissements), afin de mesurer l'efficacité de l'ABI pour tous les TCA. En se basant sur les résultats préliminaires de la présente recherche, des chercheurs de notre laboratoire, Purcell-Lalonde et O'Connor, évaluent actuellement la nature égocytone des préoccupations obsessionnelles du TCA en début de suivi. Leur investigation permettra d'observer les changements cliniques sur le plan du TCA suite au suivi ABI. Les chercheurs de notre laboratoire vérifient plus précisément l'hypothèse qu'en invalidant les doutes obsessionnels par l'ABI et en diminuant les comportements du TCA, les

symptômes du trouble (pensées et comportements) deviennent moins égosyntones pour la personne.

Lors de recherches futures, il serait en outre intéressant d'effectuer des comparaisons avec les traitements usuels du TCA (ex. : TCC traditionnelle). Par exemple, il serait intéressant de voir s'il est plus efficace de tenter d'invalider les doutes obsessionnels à la base des conséquences anticipées qui créent de l'anxiété, ou s'il est préférable de mettre de l'avant des techniques cognitives standard et basées sur la restructuration cognitive qui vise davantage à chercher des évidences selon lesquelles les conséquences anticipées sont peu probables (ex. : calcul de probabilités). Dans l'ABI, l'intervention vise à arrêter la chaîne «déclencheur - doute obsessionnel - conséquences anticipées – anxiété - compulsions». Cette interruption est opérée dès que le doute apparaît, plutôt que d'axer les pensées sur les conséquences anticipées.

Les recherches futures pourront en outre tenter de vérifier si, dans le traitement des TCA, il est préférable d'axer l'intervention sur les inférences secondaires (TCC traditionnelle) ou s'il est mieux de mettre l'accent sur les inférences primaires comme c'est le cas dans l'ABI. L'utilisation de l'ABI implique tout de même que les conséquences anticipées doivent être identifiées par le patient pour accéder à ses doutes préalables. Ceci étant dit, le fait de mettre l'accent principal sur les inférences primaires diminue indirectement le réalisme des conséquences anticipées et donc également les comportements problématiques. Des études permettant de comparer ces traitements, avec plusieurs participants dans chaque groupe seraient nécessaires pour répondre à ces questions.

Les recherches futures devraient aussi se pencher sur l'aspect comportemental de la TCC traditionnelle, en tentant de voir si le fait d'inclure des exercices comportementaux (ex. : exposition graduelle concernant les prises alimentaires) serait susceptible d'augmenter l'efficacité de l'ABI.

Une analyse des ingrédients actifs en thérapie pourrait être faite afin de vérifier si certaines composantes de l'ABI ont été plus efficaces sur le plan de la réduction des symptômes du TCA. Cette analyse devrait se faire lorsque plusieurs personnes auront participé au projet en cours. Il serait par exemple utile de savoir quelles stratégies ont été décrites comme plus aidantes : le fait de différencier le doute normal du doute obsessionnel, la conscientisation à propos du fait que le raisonnement qui sous-tend les doutes TCA est

différent des autres doutes qui viennent en tête de la personne, l'observation de la chaîne «déclencheur-doute-conséquences anticipées-anxiété-compulsions», l'idée que l'imagination fournit des justifications invalides aux doutes obsessionnels, la métaphore du pont entre le monde réel et le monde imaginaire, ou encore les réflexions par rapport aux thèmes de vulnérabilité et l'identité TCA, etc.

Il est possible que certaines constituantes de l'ABI puissent être combinés à d'autres traitements cognitivo-comportementaux efficaces, notamment la thérapie cognitivo-comportementale de la 3^{ème} vague, incluant la thérapie dialectique-comportementale et la thérapie d'acceptation et d'engagement (Berman, Boutelle et Crow, 2009; Hayes, 2006; Kater, 2010; Kristeller, Baer et Quillian-Wolever, 2006; Linehan, 1995a; 1995b; Mitchell et al., 2007; Nef, 2009; Safer et al., 2009; Sandoz, Wilson et DuFrene, 2011). L'accent portant sur les cognitions, le raisonnement, l'imaginaire, le contact avec ses émotions ainsi que l'acceptation dans un même traitement, en combinaison avec l'ABI, pourrait s'avérer optimal pour traiter les troubles des conduites alimentaires. En effet, comme les interventions de 3^{ème} vague en TCC impliquent un focus important sur les enjeux relationnels et les émotions en jeu dans le maintien de la problématique du TCA, il est possible que certains éléments de ces thérapies soient complémentaires à l'ABI, qui met davantage l'accent sur les cognitions et le raisonnement de la personne souffrante.

Enfin, si l'ABI est démontrée efficace pour traiter les TCA, il est possible que cette approche puisse servir à traiter d'autres troubles du spectre obsessionnel-compulsif reliés aux troubles des conduites alimentaires (ex. : l'orthorexie, l'hyperphagie boulimique), ou encore des troubles co-morbides impliquant un TCA et un TOC à la fois. Puisque les TCA et le TOC constituent des troubles de nature obsessionnelle, le focus sur l'invalidation du doute obsessionnel à la base de tous les comportements inadaptés devrait pouvoir être possible quelque soit le type d'obsession (ex. : l'obsession de l'alimentation saine dans l'orthorexie). Puisque toutes les obsessions semblent prendre la forme d'une inférence (peut-être que...), il serait intéressant de mesurer si un patient ayant des préoccupations obsessionnelles provenant de plusieurs troubles de santé mentale pourrait voir une diminution des comportements problématiques reliés à ces deux troubles suite à une intervention telle celles qui sont discutées ici. D'autres recherches devront être menées pour répondre à ces questions.

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

- Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 3, 182-197.
- Aardema, F., O'Connor, K., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D. & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 3, 448-462.
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravizza, L., & Bogetto, F. (2001). Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 6, 456-460.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R (3rd rev ed.)*, Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd., texte rév.)*. Paris: Masson.
- Bastiani, A. M., Altemus, M., Pigott, T. A., Rubenstein, C., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1996). Comparison of obsessions and compulsions in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 39, 966-969.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 6, 893-897.
- Beck, A., Ward, C., Mendensohn, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*, 426-434.
- Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif : facteurs communs, *Santé mentale au Québec, 36*, 1, 149-179.
- Birchall, H. (1999) Interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders, *European Eating Disorders Review, 7*, 315-320.
- Blinder, B., Cumella, E., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine, 68*, 3, 454-462.
- Bulik, C. M., Beidel, D. C., Duchmann, E., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1992). Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry, 33*, 4, 262-268.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 11, 704-707.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C. M., & Vallejo-Ruiloba, J. (2007). Motivation to change in eating disorders: Clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review, 15*, 6, 449-456.
- Clark, D. A. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. Guilford Press, New York.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review, 25*, 511-531.
- Cooper, M. J., & Fairburn, C. G. (1992). Selective processing of eating, weight and shape related words in patients with eating disorders and dieters. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 363-365.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J. G. M., de Geus, F., & Westenberg, H. G. M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 80*, 155-162.

- Derogatis, L. (1983). SCL-90-R Administration, scoring and procedures manual. *Clinical Psychometric Research*, Baltimore, MD.
- DiClemente, C., & Prochaska, J. O. (1998). Towards a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviours* (pp. 3-24). New York: Plenum Press.
- Dionne, F., Blais, M-C., Boisvert, J-M., Beaudry M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 15, 1, 1-15.
- du Toit, P. L., van Kradenburg, J., Niehaus, D., & Stein, D. J. (2001). Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 4, 291-300.
- Eiber, R., Mirabel-Sarron, C., & Urdapilleta, I. (2005). Les cognitions et leur évaluation dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Encéphale*, 31, 643-652.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107.
- Fahy, T. A., Osacar, A., & Marks, I. (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 4, 439-443.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York.
- Fairburn, C. G. & Brownell, K. D. (2002). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). *Binge Eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. In Brownell, K. D., Foreyt, J. P., eds., *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia*. Basic Books, New York, 389-404.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders. A transdiagnostic protocol, in Barlow, D. H., ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step Treatment Manual*. Guilford Press, New York, 578-614.

- Foa, E., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 30*, 717-724.
- Fichter, M. M., Herpetz, S., Quadflieg, N., & Herpetz-Dahlmann, B. (1998). Structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (3rd rev. ed.). *International Journal of Eating Disorders, 24*, 277-257.
- First, M. B., Spitzer, R. L., & Gibbon, M. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID- I/CV). *American Psychiatric Press*, Washington, DC.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'Inventaire d'anxiété de Beck – Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale, 20*, 47-55.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1543-1558.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. Brunner Mazel, New York.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Olmsted, M. P. (1984). *The Eating Disorder Inventory Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 2, 15-34.
- Godart, N. T., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F., Lang, F., & Venisse, J.-L. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia and bulimia? *International Journal of Eating Disorders, 39*, 8, 772-778.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Curt, F., Perdereau, F., Lang, F., & Venisse, J. L. (2003). Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research, 117*, 245-258.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. H. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry, 15*, 1, 38-45.

- Godart, N. T., Perdereau, F., Jeammet, P. H., & Flament, M. F. (2003). Comorbidité et chronologie d'apparition dans les troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-Psychologiques*, *161*, 498-503.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Jeammet, P. H., & Flament, M. F. (2005a). Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux. Deuxième partie: résultats. *L'Encéphale*, *31*, 152-161.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Jeammet, P. H., & Flament, M. F. (2005b). Comorbidité entre les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. Première partie: revue méthodologique. *L'Encéphale*, *31*, 44-55.
- Goldsmith, T. (2012). Bulimia: Binging and Purging. *Psych Central*. Retrieved on July 16, 2012, from <http://psychcentral.com/lib/2006/bulimia-binging-and-purging/>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., & Heninger, G. R., (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., & Hill, C. L., (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.
- Grabe, H. J., Thiel, A., & Freyberger, H. J. (2000). Symptoms of eating disorders in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*, 449-453.
- Grenier, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2009). Clinical assesement of obsessional doubt an its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its application to group therapy. *European Eating Disorders Review*, *11*, 1, 58-71.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., & Fichter, M. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 3, 308-319.
- Harcourt Brace, & Company Canada. (1998). *Inventaire de Dépression de Beck, Deuxième Édition Manuel*. Canada Psychological Corporation.
- Hasler, G., LaSalle-Ricci, V. H., Ronquillo, J. G., Crawley, S. A., Cochran, L. W., & Kazuba, D. (2005). Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, *135*, 2, 121-132.

- Hayes, S. C., & al. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, 1-25.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 3, 232-236.
- Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry Research*, 157, 1-5.
- Hollander, E., & Benzaquen, S. D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*, 9, 99-109.
- Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4 Personality Diagnostic Questionnaire*. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Iwasaki, Y., Matsunaga, H., Kiriike, N., Tanaka, H., & Matsui, T. (2000). Comorbidity of Axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 6, 454-460.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19.
- Jiménez-Murcia, S., Fernandez-Aranda, F., Raich, R. M., Alonso, P., Krug, I., Jaurrieta, N., & Alvarez-Moya, E. (2007). Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 61, 385-391.
- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F., & al. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1029-1041.
- Julien, D., O'Connor, K.P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and individual differences*, 41, 1205-1216.
- Kater, K. (2010). New pathways: Applying acceptance and commitment therapy to the treatment of eating disorders. In Maine, M., McGilley, B. H., Bunnell, D. W., eds., *Treatment of eating disorders: Bridging the research-practice gap*. San Diego: Elsevier Academic Press, 163-180.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 12, 2215-2221.

- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., & Hsu, L. K. G. (1993). Relationship between anorexia nervosa and obsessive and compulsive behaviours. *Psychiatric Annals*, *23*, 7, 365-373.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. K. G., Bulik, C. M., McConaha, C., & Sobkiewicz, T., (1992). Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *International Journal of Eating Disorders*, *12*, 1, 57-62.
- Keel, P. K. & Klump, K. L. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin*, *129*, 5, 747-769.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press, Minnesota.
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Simeon, M. C., & Adès, J. (2001). Anorexie mentale et obsessions : continuité ou contiguïté? *Annales Médico-Psychologiques*, *159*, 541-612.
- Koszegi, N., O'Connor, K., Trunalis, C., & Stip, E. (2010). Cognitive treatment of atypical and typical delusional disorder : a case series. Poster presented at World Congress of Behavioral Cognitive Therapy.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. In Baer, R. A., ed., *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's guide to Evidence Base and Applications*. New York: Elsevier, 75-91.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. (1999). Le trouble obsessionnel-compulsif. Dans Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J-M., eds., *Les troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*. Gaëtan Morin Éditeur, Québec, 95-119.
- Lavender, A., Shubert, I., de Silva, P., & Treasure, J. (2006). Obsessive-compulsive beliefs and magical ideation in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 331-342.
- Linehan, M. M. (1995a). *Understanding Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach, Program Manual*. Guilford Press, New York.
- Linehan, M. M. (1995b), *Treating Borderline Personality Disorder; the Dialectical Approach Program Manual*, Guilford Press, New York.
- Loranger, A. W. (1988). *Personality Disorders Examination (PDE) Manual*. DV Communication. New York.

- Marañon, I., Echeburúa, E., & Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: A pilot study using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12, 4, 217-222.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999). Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 29, 407-414.
- Matsunaga, H., Miyata, A., Iwasaki, Y., Matsui, T., Fujimoto, K., & Kiriike, N. (1999). A comparison of clinical features among Japanese eating-disordered women with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 5, 337-342.
- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. T., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale. *Journal of Psychiatric Resources*, 28, 5, 425-445.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., & Taylor, S. (2007). Discussion: The obsessive-compulsive spectrum. In Abramowitz, J. S., McKay, D., Taylor, S., eds., *Obsessive-compulsive Disorder, Subtypes and Spectrum Conditions*. Elsevier Science, 287-299.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., & Schnyder, U. (2002). Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International of Eating Disorders*, 31, 284-289.
- Mitchell, J.E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of Bulimia Nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 95-101.
- Morgan, J. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D., & Jimerson, D. C., (2007). Obsessive-compulsive characteristics in women who have recovered from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 381-385.
- Nef, F. (2009). Acceptation et pleine conscience dans le traitement des troubles des conduites alimentaires. *Revue francophone de clinique cognitive et comportementale*, 14, 2, 34-45.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 9, 881-902.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.

- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., & al. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*, 3, 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt : reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester, UK John Wiley & Sons, Ltd.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 4, 420-429.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences on obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 13*, 4, 359-375.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs. *Revue québécoise de psychologie, 17*, 1, 165-195.
- Pigott, T. A., Altemus, M., Rubenstein, C. S., Hill, J. L., Bihari, K., & l'Heureux, F. (1991). Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 148*, 11, 1552-1557.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 4, 367-376.
- Polman, A., O'Connor, K. & Huisman, M. (2011). Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences, 50*, 153-158.
- Pomerleau, G. (2001). *Anorexie et boulimie : Comprendre pour agir*, Gaëtan Morin Éditeur, Québec.
- Rastam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents; premorbid problems and comorbidity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 819-829.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H.-U., Helzer, J. E., Babor, T. F., & Burke, J. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. *Archives of General Psychiatry, 45*, 12, 1069-1077.
- Rothenberg, A. (1986). Adolescence and eating disorder: the obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatric Clinics, 13*, 3, 469-489.

- Rubenstein, C. S., Altemus, M., Pigott, T. A., Hess, A., & Murphy, D. L. (1995). Symptom overlap between OCD and bulimia nervosa. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 1, 1-9.
- Rubenstein, C. S., Pigott, T. A., l'Heureux, F., Hill, J. L., & Murphy, D. L. (1992). A preliminary investigation of the lifetime prevalence of anorexia and bulimia nervosa in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 9, 309-314.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavioural Therapy for Binge eating and Bulimia*. Guilford Press, New York.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571-583.
- Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrao, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., & Marques, A. (2009). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorders: prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders, 43*, 4, 315-325.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*. New Harbinger Publications.
- Sansone, R. A., Levitt, J., L., & Sansone, L., A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. Special Issue: Personality Disorders and Eating Disorders, 13*, 1, 7-21.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 757-765.
- Shafran, R. (2002). Eating disorders, in Frost, R. O., Steketee, G., eds., *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment*. Pergamon, Oxford, 215-232.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Nelson, L., & Robinson, P. H. (2003). The interpretation of symptoms of severe dietary restraint. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 887-894.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 35*, 93-101.
- Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). Bulimia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 321-336.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., H., S. K., Amorim, P., Janavs, J., & Weiller, E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 20, 22-33.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N. T., Jeammet, P. H., & Flament, M. F. (2001). Prévalence actuelle et vie entière des troubles obsessionnels-compulsifs dans les troubles des conduites alimentaires. *l'Encéphale, 27*, 541-550.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. Guilford Press, New York.
- Sunday, S.R., Halmi, K.A., & Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 3, 237-245.
- Taillon, A., O'Connor, K., Dupuis, G., Lavoie, M. (2011). Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Tamburrino, M. B., Kaufman, R., & Hertzler, J. (1994). Eating disorder history in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Women's Association, 49*, 1, 24-26.
- Tekcan, A. I., Tas, A. C., Topcuoglu, V., & Yucel, B. (2008). Memory bias in anorexia nervosa: Evidence from directed forgetting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 369-380.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. E., & Schübler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152*, 72-75.
- Thiel, A., Züger, M., Jacoby, G. E., & Schübler, G. (1998). Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry, 155*, 244-249.
- Thompson-Brenner, H, Weingeroff, J., & Westen, D. (2009). Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders. In Levy, R. A., Ablon, J. S., eds, *Handbook of Evidence-based Psychodynamic Psychotherapy: Bridging the Gap between Science and Practice*. Humana Press, Totowa, New Jersey, 67-92.
- Thornton, C. & Russell, J., (1997). Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 1, 83-87.
- Vandereycken, W. & Pierloot, R., (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology, 56*, 2, 145-156.

- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 2, 191-214.
- Vitousek, K. M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Salkovskis, P. M., ed., *Frontiers of Cognitive Therapy*, Guilford Press, New York, 383-418.
- von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R., & Matsunaga, H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Psychiatric Annals, 156*, 11, 1703-1708.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N.C., Frank, G.K., Bailer, U.F., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Henry, S.E., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C. & Kaye, W.H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders, 39*, 4, 276-284.
- Waller, G. (1997). Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behaviour therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 35-41.
- Waller, G., & Kennerley, H. (2003). Cognitive-behavioural treatments. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (pp. 233-252). Chichester: Wiley.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., Young, J. E., eds., *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-practitioner Guide*. American Psychological Association, Washington, DC, 139-175.
- Welch, G. (1988). *Selected multivariate statistical techniques and eating disorders*. University of Otago, New Zealand.
- Williamson, D. A., Muller, S. L., Reas, D. L., & Thaw, J. M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: Implications for theory and treatment. *Behavior Modification, 23*, 4, 556-577.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification, 28*, 6, 711-738.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T. & Kraemer, H. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: Time Course and Mechanisms of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 267-274.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist, 62*, 3, 199-216.

- Wu K.D., Aardema, F., & O'Connor, K.P. (2009). Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension. *Journal of anxiety disorders, 23*, 746-752.
- Young, J. E. (2005). *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Éditions De Boeck Université, Bruxelles.
- Zribi, S., Chambron, O., & Cottraux, J. (1989). L'anorexie mentale. Un antécédent fréquent dans les troubles obsessionnels-compulsifs. *L'Encéphale, 15*, 355-358.
- Zubieta, J. K., Demitrack, M. A., Fenick, A., & Krahn, D. D. (1995). Obsessionality in eating disorder patients: relationship to clinical presentation and two-year outcome. *Journal of Psychiatric Research, 29*, 4, 333-342.

APPENDICES

- 1- Manuel de traitement des troubles des conduites alimentaires par l'approche basée sur les inférences : manuel du participant (p. 111)
- 2- Formulaire de consentement à l'évaluation psychologique (p. 162)
- 3- Formulaire de consentement au traitement (164)
- 4- Questionnaires et entrevues
 - Inventaire d'anxiété de Beck (p. 167)
 - Inventaire de dépression de Beck (p. 168)
 - Eating Disorders Examination (p. 171)
 - Eating Disorder Inventory-2 (p. 184)
 - Échelles cliniques et calepins (p. 189)
 - Échelle des idées surévaluées (p. 195)
 - Questionnaire de l'entrevue téléphonique (p. 200)
 - Questionnaire de motivation et les stades de changements (p. 212)
 - Questionnaire de personnalité (p. 214)
 - Questionnaire sur la confusion dans les inférences (p. 217)
 - Questionnaire sociodémographique p. 220)
 - Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (p. 221)
 - Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (p. 224)
 - Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale (p. 229)
- 5- Tableau synthèse des résultats (changements cliniques) chez les deux participantes ayant reçu la thérapie ABI pour les TCA (p. 241)

MANUEL DU PARTICIPANT

Manuel de traitement des troubles des conduites alimentaires par l'approche basée sur les inférences

Par Audrey Bertrand et Kieron O'Connor

Les étapes de l'ABI appliquées aux TCA

Lors de la première rencontre, le modèle de l'ABI est présenté au client et il est mentionné qu'il s'agit d'un projet de recherche, c'est-à-dire qu'il y a un protocole à suivre qui tourne autour de 10 étapes précises. Le formulaire de consentement à la thérapie est signé lors de cette rencontre. Le client est également informé que les entretiens seront enregistrés sur bande audio afin de s'assurer que le thérapeute suit bien le protocole (pour la fidélité). Le thérapeute explique en quoi consistera le traitement :

- 20 à 24 rencontres
- Exercices durant la semaine
- Calepins à remplir (5 minutes par jour)
- On discute des concepts et on l'applique avec des exercices en thérapie et à la maison (plusieurs fois par jour). Cela aide à appliquer la théorie à la vie de tous les jours
- Thérapie cognitive : basée sur l'enseignement, l'apprentissage de nouvelles façons de penser

Remettre les documents suivants lors de cette rencontre :

- Les effets de la sous-alimentation
- La sous-alimentation – étude de Keys au Minnesota
- En route vers une alimentation normale
- Grille de menu
- Journal alimentaire pour 7 jours

Jour de la semaine : _____

Date : _____

Journal alimentaire

Heure - Lieu	Prise alimentaire (Nourriture et substances liquides)	Type*	Pensées/émotions Contexte interpersonnel

***Type** : veut dire d'inscrire si cette prise alimentaire est, pour vous, un déjeuner (D), une collation (C), un repas (R) ou une crise de boulimie (B). Vous devez inscrire la lettre qui correspond dans la colonne "Type"

	Déjeuner	Dîner	Souper	Collations
Produits céréaliers	2 tranches de pain 1 bagel 2 crêpes ou 2 gaufres 1 croissant 1 muffin anglais 1 bol de céréale ou gruau+ 1 tr. pain	2 tranches de pain 1 bagel 1 tasse de riz ou coucous, cuits 2 pommes de terre 1 pain kaiser 1 pain hamburger/hot-dog	2 tranches de pain 1 bagel 1 tasse de riz ou coucous, cuits 2 pommes de terre 1 pain kaiser 1 pain hamburger/hot-dog	1 barre de céréale 1 tranche de pain 1 muffin
Légumes et fruits	¾ tasse de jus de fruit 1 banane ou 1 orange ½ pamplemousse 2 clémentines ou 2 kiwis ½ tasse de fruits en conserve	½ à 1 tasse de légumes 1 bol de soupe aux légumes 1 carotte ou 1 tomate ¾ tasse de jus de légumes	½ à 1 tasse de légumes 1 bol de soupe aux légumes 1 carotte ou 1 tomate ¾ tasse de jus de légumes	1 orange 20 raisins frais 1 pomme ¾ tasse de jus de fruit 1 coupe de fruits
Produits laitiers	1 tasse de lait 2% ¾ tasse de yogourt 1 ou 2 tranches de fromage	1 tasse de lait 2% ¾ tasse de yogourt 1 tranche de fromage	1 tasse de lait 2% ¾ tasse de yogourt 1 tranche de fromage	1 yogourt aux fruits 1 tasse de lait 2% 1 tranche de fromage
Viandes et substituts	1 à 2 gros œuf 1 à 2 c. à table de beurre d'arachides 2 à 4 tranches de bacon 1 à 2 tranches de fromage ¾ tasse de fromage cottage	3 onces de viande rouge 3 onces de viande blanche 4 onces de poisson 1 tasse de légumineuses 2 gros œufs 2 tranches de fromage 1 tasse de tofu	3 onces de viande rouge 3 onces de viande blanche 4 onces de poisson 1 tasse de légumineuses 2 gros œufs 2 tranches de fromage 1 tasse de tofu	½ tasse de mélange de noix et graines 1 ou 2 c. à table de beurre d'arachides 1 ou 2 tranches de fromage

La grille ci-dessus vous propose quelques exemples de portions normales. Vous devez choisir un item dans chacune des colonnes pour avoir des repas complets. N'oubliez pas de varier votre menu, ne choisissez pas les mêmes aliments tous les jours car cela demeure de la restriction. Vous pouvez également ajouter d'autres aliments (graisses, sucres, aliments riches en énergie) au besoin :

Graisses	Beurre, margarine, fromage à la crème, vinaigrette, mayonnaise
Sucres	Confitures, miel, sirop d'érable, sucre de table, cassonade, marmelade
Aliments riches en énergie	1 morceau gâteau, 1-2 boules de crème glacée, 1 pointe de tarte, 2-3 biscuits, 1 carré aux dattes, ½ tasse de pouding, 1 tablette de chocolat

En route vers une alimentation normale

Normaliser ses comportements alimentaires est sans aucun doute une étape essentielle pour se défaire d'un trouble de l'alimentation. On ne peut se sortir complètement de l'anorexie si on ne s'engage pas à reprendre un poids souhaitable. On ne peut se débarrasser de la boulimie si on retourne constamment à la privation entre deux épisodes d'orgies alimentaires. Mais revenir à des comportements alimentaires normaux ne se fait pas du jour au lendemain. Voici quelques conseils utiles pour développer une attitude plus saine vis-à-vis la nourriture.

1 - Cesser de se peser

La pesée porte à se restreindre davantage... ou encourage l'épisode boulimique. Mieux vaut se concentrer à bien s'alimenter en dépit des écarts de poids inévitables dans le processus. S'il vous est impossible de ne pas vous peser, essayer de le faire au maximum 1x/semaine.

2 – Se fixer un horaire de prises alimentaires

Les sensations de faim ou de satiété n'étant pas fiables, il faut s'en remettre à un signal d'alarme externe, l'horloge ! Si on se limite à manger deux fois par jour au début, il faut le faire à des heures régulières comme s'il s'agissait d'un médicament.

3- Augmenter les prises alimentaires à 5 ou 6 par jour

Manger peu mais plus souvent au cours de la journée augmente l'apport énergétique quotidien sans causer d'inconfort. Éventuellement, il devient possible de manger confortablement un repas normal.

4 – Choisir d'abord des aliments «sécuritaires» puis introduire graduellement les aliments «interdits»

Une alimentation non-restrictive en est une qui n'accorde aucun pouvoir aux aliments. L'objectif est de réintroduire tous les aliments. Si certains aliments sont associés à la boulimie, on les réintroduit à un moment opportun et dans un environnement sécuritaire.

5 – Manger des portions normales

S'il est permis de manger une variété d'aliments, la difficulté peut résider dans la capacité à reconnaître ce qu'est une portion normale. On conseille de faire l'achat d'aliments en portions individuelles ou de se référer à ce que mange une personne qui n'est pas au régime.

6 – Éliminer les aliments minceur

Consommer ces produits, c'est confirmer que l'on donne du pouvoir aux aliments. Ces produits sont contraires au développement d'une attitude saine vis-à-vis l'alimentation.

7 – Tenter de se distraire après les repas

Manger cause de l'anxiété chez la personne souffrant d'un trouble de l'alimentation. Il est donc important de manger dans un lieu calme et propice. Après le repas, il est préférable de quitter la pièce et de faire une activité relaxante, une marche, du tricot, de la lecture...

Par Linda Falcon, nutritionniste, Institut Douglas. Adapté par Audrey Bertrand

La sous-alimentation : l'étude de Keys et al. (1950) au Minnesota

Plusieurs manifestations physiques, psychologiques, sociales et comportementales, associées à priori aux troubles des conduites alimentaires, sont en fait des conséquences de la sous-alimentation. Keys et al. (1950) de l'Université du Minnesota l'ont démontré par une étude expérimentale spectaculaire, dont la méthodologie serait aujourd'hui contestée par tout comité d'éthique à cause du traitement infligé aux sujets. En guise de compensation au service militaire, 36 hommes sains et consentants ont été sélectionnés. Dans les 3 premiers mois, les sujets mangeaient normalement : leurs habitudes alimentaires, leur personnalité et leurs comportements étaient analysés en détail. Au cours des 6 mois suivants, leur apport alimentaire a été coupé de moitié pour reproduire un état de sous-alimentation. Enfin, une phase de réalimentation de 12 mois complétait l'expérimentation. Les sujets ont perdu, en moyenne, 25% de leur poids corporel. Voici, en bref, les observations des chercheurs :

Changements physiques : En période de sous-alimentation, les sujets ont eu les réactions suivantes : inconfort gastro-intestinal, sommeil écourté, étourdissements, maux de tête, hypersensibilité à la lumière et au bruit, perte de coordination motrice, rétention d'eau, perte de cheveux, réduction de la force musculaire, refroidissement des pieds et des mains, détérioration de la vue (embrouillement, présence de points dans le champs visuel, névralgie au yeux), picotements aux membres, problèmes auditifs, tels que le bourdonnement.

Changements psychologiques : Les sujets ont démontré une préoccupation à l'égard de la nourriture au point d'en faire leur principal sujet de conversation et de lecture. Parallèlement, leur intérêt pour le sexe et pour leurs activités habituelles a décliné. Ils sont devenus plus anxieux, déprimés, irritables et impulsifs. Ces manifestations émotionnelles ont persisté quelques semaines durant la réalimentation.

Changements sociaux : Plutôt sociables au début de l'étude, les hommes sont devenus renfermés sur eux-mêmes. Leur sens de l'humour et de la camaraderie s'est estompé faisant place à un malaise devant les autres. Les activités sociales étaient évitées car elles nécessitaient trop d'efforts.

Changements comportementaux : Les sujets demandaient que leurs repas soient servis très chauds et s'adonnaient à des rituels alimentaires tels que mêler les aliments dans leur assiette ou émietter pour prolonger le repas jusqu'à deux heures. Ils passaient la plupart de leur temps à planifier la prise du repas. La consommation de café/thé a dû être limitée à 9 tasses par jour car les sujets en abusaient. Durant la phase de restriction alimentaire, plusieurs hommes ont rapporté des épisodes d'orgies alimentaires suivis dévalorisation de soi. Après 12 mois de réalimentation, des sujets déclaraient avoir encore une grande faim immédiatement après un bon repas. Plusieurs se souciaient de leur gain de poids. La plupart des sujets ont retrouvé des habitudes alimentaires normales après la réalimentation.

Cette étude fait notamment ressortir une préoccupation accentuée, d'abord envers les aliments en période de restriction, puis envers l'image corporelle en période de réalimentation. Les chercheurs ont conclu que l'état de sous-alimentation fait obstacle à la capacité de développer des aptitudes à gérer les difficultés personnelles.

Ce résumé de l'étude a été rédigé par Linda Falcon, nutritionniste, Institut Douglas

Référence: Garner, D. M. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for treatment of eating disorders* (pp.145-174). New York: Guilford. Document original : (Keys et al., 1950)

Les effets de la sous-alimentation

Effets psychologiques

Les pensées

Le cerveau a besoin d'énergie pour fonctionner normalement. Lorsqu'on est en sous-poids ou qu'on ne s'alimente pas suffisamment, il devient difficile de passer rapidement d'un sujet à un autre, il est difficile de se concentrer et également de prendre des décisions. De plus, la sous-alimentation rend la personne plus obsessive par rapport à l'alimentation et au contrôle du poids. La personne pense constamment à la nourriture et elle se désintéresse de tout ce qui touche autre chose que l'alimentation et le contrôle du poids. Elle abandonne donc souvent tous ses loisirs ou intérêts passés pour mettre toute son énergie dans le trouble alimentaire.

Les émotions

L'humeur est affectée par la sous-alimentation et/ou par le fait d'être en sous-poids : irritabilité, sentiments dépressifs

Les comportements

Alimentation suit des règles rigides
Difficulté à être spontané
Accumulation de nourriture

Effets sociaux

Perte d'intérêt pour les activités sociales et le contact avec les autres
Perte de désir sexuel

Effets physiques

Cœur et circulation sanguine affectés

Sexualité et fertilité : perte du désir sexuel et perte des menstruations

Os : détérioration, ostéoporose, risque de fracture

Intestins : difficulté de digestion, sentiment d'être plein après un repas normal

Muscles : perte de la masse musculaire

Peau et cheveux : peau sèche, lanugo, perte des cheveux

Température corporelle : diminution de la température corporelle, avoir froid

Sommeil : difficulté à s'endormir, sommeil perturbé, le réveil se fait tôt

AVANTAGES À AVOIR UN TROUBLE ALIMENTAIRE

INCONVÉNIENTS À AVOIR UN TROUBLE ALIMENTAIRE

Cher trouble alimentaire, mon ami,

Cher trouble alimentaire, mon ennemi,

Étape d'évaluation avec le thérapeute-

Remplir les échelles cliniques

Avec leur psychologue, les participantes doivent identifier, leurs inférences primaires et secondaires. Elles doivent déterminer pour chacune des inférences primaires, le niveau de conviction (%) en ce qui a trait à la probabilité qu'une telle pensée soit réelle dans le «ici et maintenant». En ce qui concerne les inférences secondaires, les clientes doivent indiquer à quel point (%) ces inférences sont réalistes, si elles n'accomplissent pas leurs rituels ». Les échelles clinique incluent *l'échelle d'évaluation des inférences primaires et secondaires, l'échelle d'efficacité personnelle pour résister aux compulsions, l'échelle d'évaluation du degré de conviction de devoir faire les compulsions*) avec la cliente et lui demander de remplir maintenant les sections sur les inférences primaires et secondaires dans les calepins (O'Connor et al., 2005) en se basant sur les deux inférences primaires et les deux inférences secondaires sur lesquelles la cliente aura choisi de travailler durant son traitement.

1- Commencer par identifier toutes les compulsions ou rituels

2 - Identifier les inférences primaires

Demandez «De quoi tu as besoin de savoir à 100% pour ne pas faire le rituel?»

Y aller rituel par rituel pour trouver l'obsession qui est associée (l'inférence primaire)

3 - Définir les inférences secondaires

Quelles sont les conséquences anticipées des doutes?

4 - Efficacité personnelle

Dans quelle mesure tu te crois apte à ne pas faire la compulsion ou le rituel? En %

5 - Mesurer la probabilité des inférences primaires

À quel point tu as convaincue que l'inférence est vraie? En %

6 - Mesurer le réalisme des inférences secondaires

Dans quelle mesure tu crois que c'est réaliste que ... inférence secondaire? En %

7 – Mesurer le degré de conviction du besoin de faire les compulsions

À quel point tu crois que c'est nécessaire de faire les compulsions?

Exemples d'énoncés possibles concernant les échelles cliniques des TCA

Probabilité du doute obsessionnel
À quel point il est probable que vous allez prendre du poids?
À quel point il est probable que vous êtes grosse?
À quel point il est probable que vous ne pouvez manger certains aliments sans faire d'excès?
Réalisme des conséquences anticipées
Si vous prenez du poids en mangeant normalement, à quel point trouvez-vous cela réaliste que vous allez prendre du poids sans arrêt et devenir grosse?
Si vous cessez de vous peser le matin, à quel point trouvez-vous cela réaliste que vous allez perdre le contrôle de votre poids et prendre du poids sans arrêt?
À quel point il est réaliste pour vous que manger un aliment interdit va provoquer une crise de boulimie?
Degré de conviction du besoin d'exécuter les rituels
À quel point êtes-vous convaincu que vous devez vous priver de manger pour vous sentir mieux?
À quel point êtes-vous convaincu qu'il faille vous peser pour vous assurer que vous ne prenez pas de poids?
À quel point êtes-vous convaincu qu'il faille vous priver de plusieurs aliments pour vous prémunir contre les orgies alimentaires?
Capacité à résister aux rituels
À quel point croyez-vous que vous êtes capable de manger sans restriction?
À quel point croyez-vous être capable de ne plus vérifier votre poids le matin?
À quel point croyez-vous être capable de manger un aliment interdit sans qu'il s'en suive une crise de boulimie ou des comportements compensatoires?

Les étapes suivantes concernent spécifiquement l'intervention ABI dans la thérapie. Chacune des feuilles commençant par un encadré constitue des feuilles de travail à remettre au client à chaque rencontre. Cela renferme les thèmes de discussion de chaque séance ainsi que les exercices à faire pendant la rencontre ou à la maison. Il s'agit d'une adaptation des feuilles de travail du manuel ABI pour le TOC (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005).

Étape d'intervention 1 – Identité personnelle

Il peut arriver chez certaines personnes que l'identité ne soit pas définie, qu'elle soit absente ou morcelée. Cela peut être angoissant parce que ne sachant pas qui nous sommes vraiment, il nous est difficile de nous apprécier et de nous sentir en sécurité dans nos relations avec les autres. Nous croyons que c'est souvent le cas chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire. En effet, ces personnes éprouvent des difficultés à se définir en termes affirmatifs. Devant l'incapacité à se définir de façon stable, elles peuvent avoir tendance à se définir par ce qu'elles *ne veulent pas être*, ou encore par ce qu'elles *ont peur d'être*. Lorsque ces idées sur soi persistent, elles deviennent avec le temps les éléments qui contribuent à construire l'identité des personnes souffrant d'un TCA. Ainsi, une personne souffrant d'un TCA pourrait se décrire comme « quelqu'un qui ne veut pas être grosse », ou encore comme « quelqu'un qui craint que les autres la trouvent nonchalante ou paresseuse ».

À cette première étape d'intervention de la thérapie, le thérapeute aide la cliente à identifier les phrases qu'elle se dit à elle-même sur *ce qu'elle ne veut pas être*, sur *qui elle craint être*, ou encore sur *à qui elle ne voudrait pas ressembler*. Cette étape sur l'identité personnelle vise à avoir une prise de conscience du discours interne que la cliente entretient envers elle-même, sans tentative de le modifier pour le moment.

Feuille de travail 1
L'identité personnelle – « être ou ne pas être »

L'identité d'une personne correspond à une notion subjective que cette personne a d'elle-même, elle renvoie la personne à ce qu'elle a d'unique, à son individualité. Elle nous permet de nous décrire, de savoir qui nous sommes. Elle demeure stable à travers le temps et les expériences parce que nous gardons les mêmes réactions, nous sommes cohérents avec nous-mêmes. Nous ne sommes pas une personne un jour puis une autre personne le lendemain.

Il peut arriver chez certaines personnes cependant que l'identité ne soit pas définie, qu'elle soit absente ou morcelée. Cela peut être angoissant parce que ne sachant pas qui nous sommes vraiment, il nous est difficile de nous apprécier et de nous sentir en sécurité dans nos relations avec les autres. Nous croyons que c'est souvent le cas chez les personnes souffrant d'un trouble alimentaire. En effet, ces personnes éprouvent des difficultés à se définir en termes affirmatifs. Devant l'incapacité à se définir de façon stable, elles peuvent avoir tendance à se définir par ce qu'elles **ne veulent pas être**, ou encore par ce qu'elles **ont peur d'être**. Lorsque ces idées sur soi persistent, elles deviennent avec le temps les éléments qui contribuent à construire l'identité des personnes souffrant d'un TCA. Ainsi, une personne souffrant d'un TCA pourrait se décrire comme « quelqu'un qui ne veut pas être grosse », ou encore comme « quelqu'un qui craint que les autres la trouvent nonchalante ou paresseuse ».

Prenons l'exemple d'une personne qui se définit comme quelqu'un qui craint être mal perçue. Comment pensez-vous que cette personne pourra savoir qu'elle a atteint ou non son objectif ? Il s'agit de quelqu'un qui se donne le mandat d'éviter de présenter une image défavorable en tout temps et ce, face à tout le monde. Elle ne peut évidemment pas savoir si son objectif est atteint parce qu'on ne peut arriver à atteindre « quelque chose qu'on ne veut pas », on ne peut qu'atteindre quelque chose que l'on veut. Cette personne se retrouvera donc dans un perpétuel effort pour éviter quelque chose sans savoir quand s'arrêter, quand se sentir satisfaite.

Exercice 1
L'identité personnelle –« être ou ne pas être »

À cette première étape de la thérapie, nous vous demandons d'essayer d'identifier avec votre thérapeute les phrases que vous vous dites à vous-même sur ***ce que vous ne voulez pas être***, sur ***qui vous craignez être***, ou encore sur ***à qui vous ne voulez pas ressembler***. Ne cherchez pas à changer ces idées pour l'instant. Nous y reviendrons ensemble lors des autres étapes de cette thérapie. Concentrez-vous uniquement sur le discours interne que vous entretenez sur vous-même. Habituellement, ce discours est lié à un sentiment de peur, d'angoisse ou une panique intérieure.

Décrivez ces éléments au fur et à mesure qu'ils vous viennent en tête.

Étape d'intervention 2 – Distinction entre le doute obsessionnel et le doute normal

Durant cette étape de la thérapie, la cliente doit reconnaître que les préoccupations obsessionnelles (pensées reliées au poids, à la silhouette et à la nourriture) proviennent d'un doute et elle doit également différencier le doute normal du doute obsessionnel. Le doute normal se présente dans un contexte approprié, soutenue par des informations qui fournissent une justification du doute tandis que le doute obsessionnel n'apparaît pas dans un contexte particulier et les déclencheurs du doute ne sont pas des informations sensées. Le doute obsessionnel se base plutôt sur des arguments (invalides!) qui proviennent de la personne plutôt que de l'extérieur. Par exemple, on peut avoir un doute normal si l'on a une activité extérieure le lendemain : est-ce qu'il va pleuvoir demain?, ou encore si l'on a un rendez-vous et qu'on veut être à l'heure : combien de temps durera le trajet? versus le doute obsessionnel du TCA: est-ce que je vais prendre du poids si je mange ce repas?, est-ce que je suis grosse?, est-ce que j'ai fait suffisamment d'exercices aujourd'hui pour me permettre de manger cet aliment? Plus la personne est préoccupée par ces questionnements, plus le doute s'intensifie.

Il y a donc deux types de doute dans la vie. Tout le monde a des doutes et c'est normal. Mais il y a une façon de distinguer le type de doutes : le déclencheur n'est pas le même.

Doute normal : le déclencheur vient d'une information directe

Ex. : je pars pour la journée et je me demande si je me suis habillée assez chaudement, j'ai vu des gens dehors marcher en serrant leur manteau contre eux comme s'il faisait très froid. Mes sens (yeux) m'ont fait avoir le doute. C'est un doute normal.

Doute obsessionnel : le déclencheur provient d'une pensée imaginaire

Ex. : Je regarde dehors, il semble faire chaud, il ne vente pas, mon thermomètre m'indique qu'il fait chaud mais peut-être qu'il fait froid et que c'est venteux. Je me dis «peut-être que mon thermomètre ne fonctionne pas et que le vent est coupé par les blocs appartements».

- Je m'habille plus chaudement parce que je me souviens qu'une fois, j'étais sortie et il faisait froid alors que je pensais qu'il faisait plutôt chaud.

- Je m'habille plus chaudement parce que mon doute est déclenché par l'imaginaire. C'est un doute obsessionnel. On ne se fie pas à ses sens dans le doute obsessionnel.

Même si j'ai toutes les informations contradictoires, le doute persiste. Le doute obsessionnel se base sur des possibilités (ex. : si je mange normalement, je pourrais prendre du poids, me sentir grosse et être encore plus malheureuse).

Efficacité du doute normal : Il se règle après une seule vérification. Par exemple, aller voir dehors s'il fait chaud.

Doute obsessionnel : Les vérifications ne rassurent jamais.

Le problème fait partie de l'imaginaire. Il faut le régler dans l'imaginaire, pas dans la réalité. Si on tente de régler le doute obsessionnel à travers le réel, ça ne fonctionne pas (ex. : Quand les gens disent «Voyons donc, tu n'es pas grosse»), la personne qui a un TCA a de la misère à croire cela. La réassurance n'aide pas dans le cas des doutes obsessionnels.

Ce qui fait que la cliente ne peut pas croire cela, c'est qu'il y a plein d'idées (une histoire), des arguments qui valident son doute. Elle accorde beaucoup plus de crédibilité à toute cette histoire qu'à ce que les gens lui disent. Dans d'autres domaines que le TCA, la cliente a habituellement des doutes normaux, qui se règlent bien dans la réalité.

Exercices

1) Lorsque vous êtes anxieux ou troublés par quelque chose ou que vous êtes impliqués dans un rituel tel que ne pas manger à sa faim, faire de l'exercice excessif, vous faire vomir, interrogez-vous au moins quatre fois par jour quant aux doutes spécifiques qui ont pu précéder ces symptômes.

2) Après avoir identifié le doute, posez-vous les questions suivantes afin de déterminer si le doute est normal ou obsessionnel.

- 1- Y a-t-il de l'évidence ou de l'information qui justifie le doute?
- 2- Le doute, s'appuie-t-il sur le bon sens?
- 3- Le doute, augmente-t-il au fur et à mesure que vous y pensez?
- 4- Le doute, s'applique-t-il au-delà des sens ou de ce que la réalité vous dit?

3) Redécouvrez vos sens :

- Chaque jour, prenez conscience des signaux de satiété et comblez-les. Faites confiance à votre corps. Celui-ci est intelligent et il est conçu pour que vous mainteniez un poids normal. Votre métabolisme régule lui-même vos sensations de faim et de satiété. Il faut vous fier à vos sens et à votre corps pour vous alimenter normalement et non à des règles établies qui ne se basent que sur vos préoccupations obsessionnelles (vos doutes invalides).

Feuille de travail 2

Doute obsessionnel et doute normal

Les troubles de nature obsessionnelle-compulsive débute toujours par un doute. Vous doutez lorsque vous n'êtes pas certain de quelque chose ou que vous avez l'impression que "les choses ne sont pas correctes". Sans la présence d'un doute initial, vous ne ressentiriez pas le besoin de faire vos compulsions (se peser, s'observer dans le miroir, faire de l'exercice, restreindre son alimentation...). Par exemple, la personne qui restreint son alimentation le fait car elle doute que si elle ne le faisait pas, elle prendrait du poids et se sentirait grosse. La personne qui observe son corps de façon compulsive, ou se pèse de façon compulsive le fait parce qu'elle doute qu'elle a peut-être pris du poids et elle veut se rassurer que tout est encore correct selon elle. Sans le doute, il n'y a pas de compulsion. De plus, si vous ne doutez pas, vous n'allez pas vous préoccuper des conséquences possibles comme devenir grosse, être rejeté ou jugé par les autres, se sentir mal dans sa peau. Autrement dit, non seulement le doute est la cause de la compulsion, mais il est aussi responsable de l'inconfort et de l'anxiété que vous ressentez et qui n'existeraient pas sans le doute.

Dans la vie de tous les jours, vous avez parfois des doutes qui ne se transforment pas en obsession. Pourquoi? Quelle est la différence entre les doutes obsessionnels et les doutes normaux? Voici quelques points qui les différencient.

- ✓ Le doute normal est déclenché par des preuves (informations) directes ou de l'information qui provient de vos sens.
- ✓ Le doute normal disparaît rapidement suite à l'obtention de l'information, de la réponse.

- ✓ Le doute obsessionnel se produit même lorsque votre bon sens vous dit que tout est correct.
- ✓ Le doute obsessionnel ne tient pas compte des preuves puisqu'il tente d'aller au-delà des sens et de la réalité
- ✓ Le doute obsessionnel augmente au fur et à mesure que vous y pensez.

Les doutes prennent généralement la forme d'un peut-être. En voici quelques exemples: "Peut-être que mes mains sont sales" ; "Peut-être que j'ai fait une erreur" ; "Peut-être que la porte est mal fermée" ; "Peut-être que l'autre ne m'a pas bien compris" ; "Peut-être que je vais prendre du poids" etc.

Exemples de doute normal:

- 1) Peut-être qu'il va pleuvoir cet après-midi?

Il se peut que vous ayez planifié de faire un pique-nique et des nuages obscurcissent le ciel, c'est ce qui déclenche votre doute quant à la température.

- 2) Peut-être vais-je être en retard?

Le fait de vous rendre compte que vous avez quitté la maison plus tard que prévu est un autre exemple de fait concret qui peut déclencher le doute normal d'être en retard.

Ces doutes normaux sont déclenchés par de l'information qui provient de vos sens et sont donc appropriés dans le contexte où ils se présentent. Ces doutes peuvent être rapidement dissipés (en vérifiant les prévisions du temps ou en faisant un simple calcul de la durée du trajet) et votre bon sens vous assure que tout a été fait pour répondre de façon satisfaisante à vos doutes.

Exemples de doute obsessionnel:

- 1) Peut-être ai-je laissé les ronds du poêle allumés?
- 2) Peut-être ai-je mal lu le mot?
- 3) Peut-être que je vais prendre du poids si je mange cet aliment?
- 4) Peut-être que j'ai pris du poids?

Ces doutes, s'ils sont obsessionnels, ne sont pas déclenchés par de l'information spécifique. Un doute obsessionnel vous amène à vérifier malgré l'absence d'information directe précédent le doute. Par ailleurs, même si votre bon sens vous dit que vous avez suffisamment vérifié, votre besoin de vérifier est toujours présent. Finalement, plus vous y pensez, plus vous doutez.

Exercice 2
Doute obsessionnel et doute normal

Le but du présent exercice est de vous aider à mieux distinguer vos doutes obsessionnels de vos doutes normaux. Rappelez-vous, ces doutes s'expriment par des "peut-être".

Essayez d'identifier des situations où vous éprouvez des doutes obsessionnels et inscrivez-les dans les espaces ci-dessous.

Doutes obsessionnels

- 1. **Peut-être que**.....
- 2. **Peut-être que**.....
- 3. **Peut-être que**.....
- 4. **Peut-être que**.....

Rappelez-vous que les doutes ci-dessus sont à l'origine de vos symptômes obsessionnels-compulsifs du trouble alimentaire – TCA. Essayez d'imaginer ce qui se passerait si vous n'aviez pas ces doutes. Combien de symptômes TCA auriez-vous en l'absence de ces doutes?

Maintenant, inscrivez des exemples de doutes normaux qui se présentent dans votre vie de tous les jours et qui n'entraînent pas de compulsions.

Doutes normaux

- 1. **Peut-être que**.....
- 2. **Peut-être que**.....
- 3. **Peut-être que**.....
- 4. **Peut-être que**.....

En vous servant de ce que vous avez appris à la feuille de travail 1, posez-vous les questions suivantes pour chacun des doutes que vous avez identifiés:

- ✓ Y a-t-il de l'information provenant de mes sens ou des preuves directes qui justifient mon doute?
- ✓ Est-ce que le doute disparaîtrait avec de l'information?
- ✓ Est-ce que le doute est basé sur le bon sens?
- ✓ Est-ce que le doute va au-delà des sens, de ce que la réalité me dit?
- ✓ Est-ce que le doute augmente lorsque vous y pensez?

Le présent exercice devrait vous aider à faire la différence entre un doute obsessionnel et un doute normal. En vous servant régulièrement de la carte d'entraînement que vous devez garder près de vous en tout temps, essayez de consolider ce que vous avez appris

Étape d'intervention 3 – La logique du trouble alimentaire

Plusieurs arguments inductifs soutiennent le doute obsessionnel. Ils peuvent provenir d'idées venant d'une autorité, d'un calcul logique, du bon sens, de l'expérience personnelle ou encore de oui-dire. L'intervenant doit familiariser la cliente avec le raisonnement derrière le doute. En fait, ce n'est pas le doute en lui-même qui est dépourvu de sens mais bien le contexte. Ce que pense la cliente (ex : prendre du poids si je mange sans restriction alimentaire) s'appuie sur un raisonnement logique car il est vrai qu'une personne qui augmente ses apports caloriques de façon constante gagnera probablement du poids (la cliente peut même l'avoir déjà expérimentée elle-même). Cependant, dans le cas de la cliente, l'objectif n'est pas de manger plus que la normale mais plutôt de manger de façon équilibrée, variée et en quantité suffisante pour répondre à ses besoins. Cela vise à amener la personne à retrouver de bonnes habitudes alimentaires et à retrouver un poids santé, et non à en arriver à un surpoids.

La logique du TCA - Les principaux points d'apprentissage

- a) Le doute représente une déclaration concernant ce qui peut ou pourrait arriver.
- b) Les doutes obsessionnels n'arrivent pas de nulle part.
- c) Un processus de raisonnement sous-tend les doutes obsessionnels
- d) Le TCA n'est pas la conséquence du fait de ne pas être assez «logique»

Exercices

1- Au moins quatre fois par jour, essayez d'identifier le doute qui vous a incité à donner libre cours à vos rituels (restriction alimentaire, exercice excessif, épisode boulimique, vomissements, vérifier votre poids compulsivement, etc.) ou qui vous rend anxieux. Exprimez le doute de façon à ce qu'il représente une déclaration sur ce qui peut ou pourrait arriver.

2- Identifiez ensuite, le processus de raisonnement qui, selon vous, justifie le doute. Soyez précis, puisqu'il se peut que le raisonnement derrière le doute soit différent pour chaque situation. Si vous n'êtes pas immédiatement conscient de la pensée qui précède le doute, alors demandez-vous pourquoi le doute paraît réel? Utilisez les catégories impliquant le bon sens, le oui-dire, l'autorité, l'expérience antérieure ou les calculs logiques pour vous aider à identifier la justification derrière le doute.

Feuille de travail 3

La logique du TCA

Le but des exercices de la semaine dernière était de vous aider à faire la différence entre les doutes normaux et les doutes obsessionnels. Maintenant vous devriez être capable d'identifier le doute initial qui se cache derrière vos inquiétudes et vos actions. À ce point-ci de la thérapie, il est normal que le simple fait de faire la différence entre les deux types de doutes ne rende pas vos doutes obsessionnels moins crédibles à vos yeux. Aujourd'hui, nous allons examiner les raisons pour lesquelles vous accordez une certaine importance à vos doutes obsessionnels. Autrement dit, nous allons examiner le raisonnement derrière le doute qui lui donne sa crédibilité.

Les doutes obsessionnels sont des énoncés concernant les choses qui "pourraient arriver". Ils vous semblent donc probables. Ces doutes n'apparaissent pas par magie. Même si vos doutes vous semblent parfois déraisonnables, ils s'appuient sur des conclusions que vous tirez à partir d'un certain raisonnement. Examinons donc d'où proviennent vos doutes? Les catégories suivantes vont vous aider à identifier le raisonnement qui se cache derrière vos doutes:

- 1) **Le bon sens**
- 2) **L'autorité**
- 3) **Le "oui-dire"**
- 4) **L'expérience antérieure**
- 5) **Le calcul logique**

Prenons un exemple pour illustrer comment une personne en arrive à douter qu'elle prendrait du poids si elle mangeait des aliments sucrés ou gras par et qui, en conséquence, restreint son alimentation, calcule les calories et le gras/sucre dans ce qu'elle mange. Quel type de raisonnement pourrait justifier un tel doute?

- 1) Tout le monde peut prendre du poids et devenir gros. (Bon sens)
- 2) Les nutritionnistes suggèrent d'éviter le sucre et le mauvais gras pour maintenir un poids santé. (Autorité)
- 3) J'ai entendu parler plein de gens qui ont dit qu'ils ont pris du poids parce qu'ils ont commencé à manger trop de ces aliments. (Oui-dire)
- 4) Avant le trouble alimentaire, je mangeais ces aliments et j'avais un poids plus élevé, je me trouvais grosse. (Expérience antérieure)
- 5) Les personnes obèses mangent souvent des aliments gras ou sucrés, je pourrais devenir grosse si je faisais de même. (Calcul logique)

Comme vous pouvez vous en rendre compte, les éléments faisant partie du raisonnement ci-dessus semblent sensés. À première vue, votre doute semble être raisonnable puisqu'il s'appuie sur un raisonnement. Vos doutes vous paraissent donc crédibles parce qu'ils s'appuient sur des éléments (expériences passées, autorité, etc.) qui nous servent à tous dans nos processus de raisonnement. Cependant, il existe certaines particularités dans le processus de raisonnement qui mène au doute obsessionnel. Nous y reviendrons lors des prochaines rencontres. Pour l'instant, essayez de voir vos doutes comme étant des énoncés concernant ce qui "pourrait arriver" et s'appuyant sur un certain raisonnement.

Exercice 3
La logique du TCA

En résumé, le doute obsessionnel est un énoncé que vous considérez être une possibilité valable et qui s'appuie sur un processus de raisonnement particulier. Il est possible qu'avec le temps, vous ayez appris à agir de façon automatique et que vous ayez oublié le raisonnement qui accompagnait le doute au départ. À partir de maintenant, il est important de prendre conscience de la façon dont vous justifiez vos doutes.

Voici quelques exemples de doutes obsessionnels qui peuvent vous aider à identifier vos propres doutes :

- 1) Peut-être que je suis grosse?
- 2) J'ai peut-être trop mangé?
- 3) J'ai peut-être engraisé?
- 4) Je vais peut-être engraisé?

En vous servant également de l'exercice 1, choisissez les deux doutes obsessionnels qui vous inquiètent le plus et inscrivez-les dans les espaces ci-dessous:

- 1)
- 2)

Maintenant, en vous servant des cinq catégories énumérées précédemment, essayez de déterminer ce qui justifie votre doute. Il pourrait y avoir plusieurs arguments pour une seule catégorie et aucun argument pour une ou plusieurs de ces catégories.

Bon sens

- 1)
- 2)

Autorité

- 1)
- 2)

Ouï-dire

- 1)
- 2)

Expérience antérieure

- 1)
- 2)

Calcul logique

- 1)
- 2)

Maintenant, vous devriez commencer à comprendre pourquoi vos doutes obsessionnels peuvent vous sembler si réels et sont parfois si difficiles à écarter.

Étape d'intervention 4 - Le doute du trouble alimentaire est non-pertinent dans le «ici et maintenant»

La cliente doit arriver à reconnaître que ses doutes proviennent de son imagination. Ce qui est imaginé n'est pas nécessairement impossible (la cliente argumentera probablement de cette façon), cependant, à cette étape de la thérapie, la cliente doit reconnaître que ses doutes obsessionnels ne sont pas pertinents dans le moment présent. Elle doit comprendre que peu importe si les arguments inductifs sont logiques ou solides (la minceur, l'exercice physique ainsi qu'une alimentation saine sont prônés dans la société, l'embonpoint ou l'obésité augmente les risques de maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), ils ne sont pas pertinents dans son cas, puisque nous sommes dans le «ici et maintenant» et qu'encore une fois, le but de la thérapie n'est pas que la personne devienne grosse, mais plutôt qu'elle retrouve une alimentation saine et variée. Des questions telles que «Quand est-ce pertinent de s'inquiéter de son poids?, Quand est-ce pertinent de restreindre son alimentation?, etc. » peuvent aider la cliente à réaliser que son discours interne est invalide dans sa situation.

Les doutes TCA non-pertinents -Les principaux points d'apprentissage

- a) Ce *n'est pas* ce qui justifie le doute obsessionnel qui est important, mais plutôt *comment* et *quand* il arrive.
- b) Les doutes obsessionnels émanent toujours de votre for intérieur et jamais de l'extérieur.
- c) Les doutes obsessionnels sont non-pertinents à 100% par rapport à la vie courante, à votre situation d'une personne qui souffre d'un TCA.

Exercices

- 1) Au moins trois fois par jour, posez-vous des questions au sujet d'un doute obsessionnel au fur et à mesure qu'il se présente. Essayez d'identifier les pensées associées qui ont réussi à le faire paraître comme une préoccupation valable.
- 2) Déterminez ensuite si les pensées qui semblent appuyer le doute proviennent de choses au-delà de ce que vous pouvez voir ou ressentir (la réalité).
- 3) Enfin, en écartant toute information qui ne se rapporte pas à votre situation d'une personne souffrant d'un TCA (et qui n'a pas de surpoids), évaluez ce qui reste du doute obsessionnel.

Feuille de travail 4
Le doute TCA est 100 % imaginaire

À l'étape précédente, vous avez appris que vos doutes obsessionnels proviennent d'un raisonnement qui se base sur de l'information qui peut s'avérer véridique dans certains contextes et sembler logique. Malgré ceci, nous pouvons affirmer que vos doutes obsessionnels sont toujours faux. Pourquoi? Parce que ce n'est pas le **contenu** de l'information qui est erroné mais plutôt le **moment** où vous utilisez cette information. Voilà la principale différence entre un doute normal et un doute obsessionnel.

Imaginez les doutes qui suivent: "Peut-être que j'ai pris du poids ou que la forme de mon corps a changé" ou "Peut-être que j'ai trop mangé". Y a-t-il de l'information sensorielle **ici** et **maintenant** pour expliquer votre doute? Y a-t-il de l'information provenant de vos sens pour appuyer votre doute dans **cette** situation? Dans le cas d'une obsession, la réponse est toujours non.

Le doute obsessionnel provient toujours de vous-même et jamais de l'extérieur. Pour déterminer si vos doutes proviennent de vous-même ou de l'extérieur, posez-vous les questions suivantes:

- 1) Y a-t-il de l'information **ici** et **maintenant** pour justifier mon doute?
- 2) Le doute va-t-il au-delà de ce que je peux percevoir?

Il se peut que vous soyez d'accord pour dire que le doute ne s'appuie pas sur la réalité qui vous entoure au moment présent et pourtant, vous vous demandez en quoi cela est si important. C'est un point fondamental puisque en l'absence d'information dans le **ici** et **maintenant** vos doutes obsessionnels sont aussi peu pertinents que de vous demander si le plafond risque de vous tomber sur la tête, à l'instant même.

D'ailleurs, comme vous le faites pour vos doutes obsessionnels, il serait facile de se servir de toutes sortes d'arguments pour justifier la possibilité que le plafond s'effondre. Alors, pourquoi vous ne vous inquiétez pas à ce sujet? Vous pourriez répondre que c'est peu probable. Il en est de même pour vos doutes obsessionnels et pourtant vous les prenez au sérieux. La raison pour laquelle vous ne vous inquiétez pas que le plafond s'effondre sur vous est que vous n'avez aucune information **ici** et **maintenant** qui vous amène à penser cela. Ce serait différent si vous entendiez tout à coup un énorme bruit provenant du plafond, accompagné d'importantes fissures. Dans ce contexte, votre doute serait pertinent.

Lorsque vous êtes dans le TCA, vous doutez en l'absence d'information. Un raisonnement qui ne s'appuie pas sur la réalité est 100% imaginaire et donc improbable.

Figure 1 : Monde de la réalité.

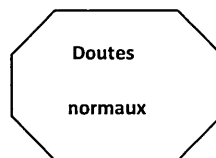
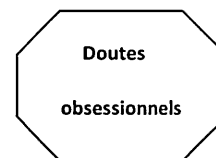


Figure 2 : Monde de l'imagination.



La différence entre le doute obsessionnel et le doute normal réside dans le fait que le doute normal s'appuie **toujours** sur quelque chose dans la réalité, alors que le doute obsessionnel semble provenir de nul part. Autrement dit, le doute obsessionnel provient toujours de vous-même et jamais de l'extérieur.

Exercice 4

Le doute TCA est 100% imaginaire

Suite à l'information que vous avez reçue lors de votre rencontre de thérapie, il est possible que vous soyez en mesure d'accepter, d'un point de vue intellectuel du moins, que vos doutes obsessionnels proviennent à 100% de vous. Cependant, le fait de comprendre quelque chose n'est pas suffisant lorsque vous voulez changer les choses. Vous devez donc appliquer vos nouvelles connaissances à vos doutes obsessionnels. Comment? En vous demandant si les éléments de votre raisonnement qui font que votre doute semble réel s'appliquent *ici et maintenant*.

Voici quelques exemples de pensées faisant partie du processus de raisonnement du TCA qui peuvent vous persuader que votre doute est justifié: "Si je mange sans restriction et que je fais moins d'exercices, c'est certain que ma silhouette va changer, que je vais prendre du poids"; "J'ai vu une nutritionniste à la télé dire qu'il faut éviter les aliments gras ou sucrés pour ne pas souffrir d'embonpoint ou d'obésité"; "Tout le monde valorise la minceur"; "Lorsqu'il m'arrive de manger sans restriction quelques jours, je prends quelques livres"; "Dans ma famille, tout le monde prend du poids très facilement alors il y a beaucoup de risque que je devienne obèse si je mange normalement". À première vue, il n'est peut-être pas évident que ces notions n'ont rien à voir avec la réalité, puisqu'elles parlent de choses réelles. Cependant, si ces informations ne se rapportent pas à *ici et maintenant*, elles ne sont pas du tout pertinentes à votre situation.

Au fil des exercices que vous utiliserez pour vous aider à faire face au TCA, vous vous rendrez compte que le TCA est un trouble très créatif qui trouve facilement une quantité importante d'information pour alimenter vos doutes. La bonne nouvelle, c'est que le TCA a toujours tort! Aucun des doutes des nombreuses personnes souffrant de TCA ou TOC que nous avons connus ne s'est jamais avéré juste. Les gens qui se rétablissent d'un trouble alimentaire ne deviennent pas obèses. Cependant, le TCA annonce 'Mais peut-être que cette fois-ci cela pourrait arriver'. Puisque le doute obsessionnel ne provient pas de la réalité, il est toujours faux.

Pour vous rendre compte de l'incohérence du TCA, appliquons votre raisonnement TCA à des situations sans TCA. Supposons que vous vouliez traverser la rue. Vous regardez à gauche puis à droite et si vous ne voyez pas de voiture, alors vous traversez. Si vous appliquez la logique TCA, vous vous méfieriez de vos sens en vous disant des choses comme 'peut-être qu'il y a une voiture que je n'ai pas vue?' et vous ne traverseriez jamais!

Afin de mettre cette notion en pratique, choisissez un de vos doutes et essayez de vous rappeler la dernière fois où il vous a vraiment inquiété. Demandez-vous si, dans cette situation, le doute s'appuyait sur quelque chose de réel. N'essayez pas de vous convaincre de quoi que ce soit puisque cela n'est pas le but de l'exercice. Lorsque que vous vous posez des questions sur le doute, notez par écrit toutes les pensées qui vous viennent en tête. Ensuite, examinez chaque pensée séparément et demandez-vous si elle s'appuie sur des éléments en lien avec ce qui est *ici et maintenant*. Rejetez, au fur et à mesure, chacune des pensées identifiées auparavant qui ne s'appuient pas *ici et maintenant*. Notez toutes les pensées que vous êtes incapable de rejeter et discutez-en avec votre thérapeute.

Étape d'intervention 5 - Comment le trouble alimentaire se transforme en expérience

vécue

La cliente doit rassembler tous les arguments inductifs qui supportent ses doutes obsessionnels afin de créer un narratif riche qui constitue l'histoire TCA. Il s'agit d'écrire tout le monologue qui est derrière les inférences primaires. Après avoir écrit cela, la cliente doit écrire un scénario alternatif qui intègre des éléments de la réalité. Ce scénario doit aller à l'encontre de l'histoire obsessionnelle. L'histoire alternative ne sert pas de restructuration cognitive mais elle est plutôt écrite pour illustrer le changement contextuel. Tout le monde a tendance à vivre ses expériences en se racontant des histoires. C'est de cette façon que les choses deviennent réelles.

Histoire 1 : Mon bureau appartenait à un grand chercheur. Il était très connu, avait une réputation internationale.

Histoire 2 : Je suis la dernière arrivée ici. J'ai eu ce local parce que personne ne le veut. On entend tous les bruits de la rue. C'est le bureau le plus ordinaire du centre.

On se sent différent selon l'histoire qu'on se raconte, pourtant, le bureau est le même.

Exemple d'histoire à propos du TCA :

«Je dois absolument me priver de manger sinon, je vais devenir grosse»

Quand j'étais petite, je me suis fait dire que j'étais grosse. Je me faisais beaucoup taquiner à l'école à cause de cela. Plusieurs personnes m'ont répété dans ma vie d'éviter de manger certains aliments.....

Le TCA se transforme en expérience vécue - Les principaux points d'apprentissage

- a) Ce sont les histoires que nous nous racontons concernant les choses qui nous font paraître celles-ci réelles.
- b) Derrière le doute obsessionnel, il y a une histoire convaincante qui nous donne l'impression que le doute est très réel.
- c) Afin de changer le doute, vous devez changer l'histoire.
- d) Changer l'histoire est un processus créatif plutôt qu'intellectuel.

Exercices

Habituez-vous fortement au récit non-obsessionnel jusqu'à ce que vous le connaissiez par cœur. Puis, au moins trois fois par jour, imaginez et pratiquez l'histoire non-obsessionnelle

aussi vivement que vous en êtes capable. Imbibez-vous en, en y apportant autant de détails que possible. Selon votre préférence, vous pouvez le faire verbalement ou utiliser de l'imagerie. Cependant, il ne faut choisir que des moments où vous êtes calme et hors des situations TCA. Pendant que vous imaginez l'histoire non-TCA, agissez comme si elle était totalement vraie, et qu'aucune autre possibilité n'existe. Imaginez chacun des éléments et ajoutez-y tous les détails auxquels vous pensez pour que ces éléments vous paraissent aussi réels que possible. De manière créative, ajoutez de nouveaux éléments à votre histoire. Rendez-là aussi réelle que possible!

Feuille de travail 5

Comment le TCA devient une expérience vécue

Pourquoi a-t-on l'impression que les doutes obsessionnels sont si réels? Afin de répondre à cette question, il faut comprendre la raison pour laquelle quelque chose nous paraît réel.

Prenons par exemple l'activité dans laquelle vous êtes impliqué maintenant : lire cette page. Pourquoi cette activité vous paraît-elle réelle? C'est non seulement à cause de l'information provenant de vos sens (vous voyez les mots sur cette page) mais surtout parce qu'une histoire qui s'appuie sur le passé, le présent et l'avenir s'y rattache. Posez-vous la question, pourquoi avez-vous décidé de lire cette page? Presque immédiatement toute une histoire se déroule, une histoire qui peut se lire comme un roman. En effet, vous vous revoyez dans le passé en train de vous débattre avec le TCA, de chercher des ressources où trouver de l'aide, de visiter le thérapeute, de discuter et de poser des questions; vous vous revoyez aussi faisant des exercices chez vous avec l'espoir de surmonter le TCA un jour. Imaginez-vous un instant que vous lisez cette page mais que vous n'avez jamais été impliqué dans les expériences décrites ci-dessus; qu'elles n'ont jamais eu lieu. Jusqu'à quel point alors le contenu de cette page vous semblerait-il réel?

D'une certaine façon, l'écoute de vos propres pensées ressemble à la lecture d'un roman. Ceci n'est pas qu'une coïncidence, mais fait plutôt partie de notre manière d'organiser les opinions et les sensations nous concernant et la perception du monde qui nous entoure. Ainsi, une histoire se déroule et nous y ajoutons des éléments qui rendent le monde autour de nous plus réel et plus convaincant. Nous voilà donc en route vers l'épicerie ou vers le travail, discutant avec des amis ou la famille ou même en ayant des obsessions. Donc, d'une certaine manière, nous passons notre vie à raconter des histoires. Celles-ci influencent nos expériences, nos croyances et aussi jusqu'à quel point ces croyances nous semblent réelles. De même, les notions obsessionnelles ainsi que leur crédibilité s'appuient sur les histoires que nous nous racontons. Ceci leur confère une certaine probabilité de réalisme. Un des problèmes concernant le TCA est que vous pouvez être conscient du fait que c'est ridicule et peu crédible, mais lorsque vous êtes en situation TCA vous vous sentez contraint d'agir en fonction du doute. Tel que déjà soutenu, cela découle du fait que l'histoire TCA confère au doute une certaine réalité, peu importe que vous y croyiez ou non lorsque vous vous trouvez hors de la situation TCA.

Bien sûr, vous êtes déjà au courant de l'histoire derrière votre TCA. Après tout, pendant les séances précédentes, vous avez déjà identifié beaucoup de pensées qui semblent justifier le doute obsessionnel. Cependant, toutes ces bribes d'information que vous avez identifiées auparavant, doivent maintenant être ordonnées pour former une histoire. C'est cette histoire qui fait paraître le doute si réel. L'histoire TCA peut faire état de toutes sortes d'éléments, tels des faits ou des calculs qui semblent parler de la réalité mais qui ne s'appuient jamais sur des informations de la réalité qui vous entoure.

Du point de vue intellectuel, vous pouvez être d'accord avec le raisonnement ci-dessus, mais comment allez-vous vous y prendre pour changer le doute obsessionnel? Tel que soutenu, le doute obsessionnel semble réel puisqu'il s'appuie sur une histoire convaincante. Il est donc évident qu'il faut changer l'histoire. Afin d'y arriver, au cours des prochaines semaines, vous vous pencherez sur l'histoire obsessionnelle et les éléments qui font paraître que le doute est réel. Vous vous occuperez aussi à élaborer une autre histoire. En formulant une histoire alternative, vous diminuerez automatiquement l'effet de l'histoire obsessionnelle. Cela n'arrivera pas du jour au lendemain et requiert beaucoup de pratique. Cependant, si vous persévérez et si vous possédez des techniques appropriées vous pourrez vous dégager du TCA et vous finirez par *vivre* une histoire différente.

Exercice 5

Comment le TCA se transforme en expérience vécue

Avec l'aide de votre thérapeute, choisissez tout d'abord un doute obsessionnel, celui qui vous dérange le plus ou celui auquel vous vous êtes le plus attardé lors des rencontres précédentes. Ensuite, rassemblez par écrit toutes les justifications que vous avez progressivement identifiées derrière ce doute. Organisez et complétez ces informations afin que cela ressemble à une histoire dotée d'une trame, comme un roman. Vous avez alors sous les yeux votre histoire obsessionnelle expliquant pourquoi ce doute paraît si réel. Cette histoire pourra être complétée au fil des jours avec d'autres éléments.

L'étape suivante est essentielle puisqu'elle va vous permettre de relativiser l'histoire TCA. Pour cela, vous allez commencer à élaborer une histoire non-obsessionnelle. Celle-ci doit concerner la situation TCA dans laquelle se manifeste le doute choisi. Elle doit être très descriptive, c'est-à-dire contenir le maximum d'informations sensorielles se trouvant habituellement dans la situation TCA. Comme certain roman vous mettez l'accent sur la description d'une scène avec vous comme personnage principal. Les couleurs, les odeurs, les bruits, bref, tout ce que vous pourriez percevoir dans cette situation TCA doit être utilisé. Votre travail se rapportant à l'histoire non-obsessionnelle est un processus créatif. Imaginez que votre esprit n'est qu'une toile sur laquelle vous peignez plusieurs versions de la réalité. Le peintre ne s'interroge pas constamment et à chacune des étapes du processus pour savoir si le tableau qu'il peint est meilleur que le précédent. Ainsi, vous ne devez pas vous demander si l'histoire obsessionnelle est meilleure que l'histoire non-obsessionnelle. Le peintre voudrait que ce tableau soit tout simplement aussi 'réel' et aussi 'vivant' que possible.

Par ailleurs, c'est une erreur d'envisager l'élaboration de l'histoire non-obsessionnelle comme un simple exercice intellectuel pour vous aider à "résoudre" d'une manière quelconque votre TCA. Il ne s'agit pas de trouver des arguments contre disant les justifications du TCA. Une telle attitude aidera le TCA à se débarrasser de tout ce que vous pourrez apporter comme alternative. Le fait d'explorer l'histoire alternative et non-obsessionnelle ne représente que la volonté d'imaginer et de s'impliquer dans une histoire différente où la description de la réalité du moment prédomine.

Les deux histoires sont susceptibles de changer avec le temps et représentent un travail en développement. L'histoire non-obsessionnelle changera au fur et à mesure pendant la thérapie puisque aussi souvent que possible vous essayerez d'ajouter de nouveaux éléments afin qu'elle devienne plus réelle à vos yeux. Ces éléments peuvent porter sur toutes sortes de renseignements. Cependant, à l'encontre de l'histoire obsessionnelle, vous serez en mesure d'y ajouter des éléments qui s'appuieront sur la réalité ou sur vos sens puisque cette sorte d'information ne fait jamais partie de l'histoire obsessionnelle.

Ne vous découragez pas si, au début, l'histoire obsessionnelle et ses éléments vous semblent beaucoup plus convaincants que l'histoire non-obsessionnelle. Ceci est tout à fait normal. Le niveau de conviction de l'histoire non-obsessionnelle peut être très bas au début puisque, en effet, c'est pour cette raison que vous souffrez de TCA. Le fait de compléter l'histoire non-obsessionnelle et de la lire ou d'y penser souvent vise à rendre l'histoire et ses éléments plus réels pour vous. Ainsi, peu à peu l'histoire obsessionnelle cédera du terrain à cette histoire alternative basée uniquement sur la réalité.

N'oubliez pas que votre thérapeute n'essaiera pas de vous convaincre en apportant constamment de nouveaux éléments pour vous faire 'voir la lumière'. Il peut vous aider à trouver de nouveaux éléments s'il vous arrive d'éprouver des difficultés et vous aider à arranger l'histoire pour qu'elle vous semble avoir plus de bon sens, mais il ne peut faire le travail pour vous. La seule solution 'magique' pour surmonter le TCA est la magie que nous accomplissons tous les jours par les histoires que nous nous racontons à nous-mêmes et la façon par laquelle ces histoires se transforment en expérience vécue. Donc, à moins que vous souhaitiez que quelqu'un d'autre vive à votre place, c'est à vous de rendre l'histoire non-obsessionnelle réelle et pertinente.

Étape d'intervention 6 - Franchir la frontière du réel

Cette étape vise à comprendre comment la pensée dans le TCA va toujours au-delà des sens. Elle franchit la frontière de la réalité et se retrouve dans le monde des possibilités TCA. La cliente doit identifier les mots, les pensées, les sensations qui l'amènent à passer du côté du monde des possibilités et comprendre que les compulsions (restriction alimentaire, vomissements, etc.) ne sont pas la solution, qu'elles veulent simplement rendre l'imagination réelle (par exemple, restreindre son alimentation et voir qu'elle n'a pas pris de poids – le résultat aurait peut-être été le même sans s'être privée, la compulsion de restriction est donc inutile; faire 50 minutes d'exercices pour ne pas prendre de poids après avoir mangé un dessert – la personne n'aurait probablement pas pris de poids même sans avoir fait d'exercices, la compulsion est donc inutile; manger toujours la même chose, jour après jour pour s'assurer de maintenir le même poids – une alimentation variée, sans rigidité permettrait probablement de maintenir le même poids, la compulsion est donc inutile, etc.). Au fond, les compulsions ne règlent pas le problème, c'est un peu comme s'acharner à nettoyer l'écran dans un cinéma pour enlever une tâche alors qu'il faudrait changer le film (O'Connor et al., 2005). En fait, la personne maintient ses comportements alimentaires malsains en raison d'un narratif imaginaire subjectif créé à partir d'associations non-pertinentes. C'est ce narratif que la personne doit apprendre à modifier car c'est beaucoup moins souffrant de vivre dans le réel.

Franchir la frontière du réel - Les principaux points d'apprentissage

- a) Le doute obsessionnel se maintient SEULEMENT d'informations recueillies au-delà des sens. Il ne s'appuie JAMAIS sur la réalité environnante.
- b) Il existe un point ou un moment transfrontalier quand vous franchissez la frontière entre le réel et l'imaginaire.
- c) Vous franchissez cette frontière quand vous vous appuyez sur l'information provenant d'au-delà des sens, dès que vous avez l'impression que les sens ne sont pas vraiment pertinents.

- d) Seuls les sens peuvent résoudre de façon permanente le doute obsessionnel et les rituels.

Exercices

- 1) Identifiez les pensées que vous avez eues pendant la journée qui vous amènent au-delà des sens et qui vous font paraître que vos sens n'ont pas en réalité de pertinence.
- 2) Écartez ensuite tout rituel ou sensation se rattachant à cette pensée. Vous vous retrouvez en ce moment au point transfrontalier entre le monde des sens et celui de l'imagination. Imaginez-vous, debout, sur un pont reliant les deux mondes. Regardez des deux côtés et rendez-vous bien compte qu'un choix s'impose.
- 3) Faites votre choix et ensuite apportez des réflexions concernant ce choix.

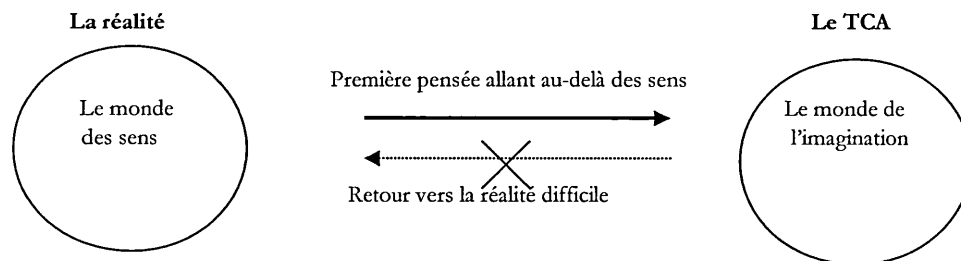
Feuille de travail 6

Franchir la frontière du réel

Le but du TCA est de vous faire douter le plus possible. Ceci n'est pas un mince exploit puisque rien dans la réalité autour de vous n'appuie le doute. Le TCA peut se montrer convainquant seulement s'il fait appel à de l'information se trouvant au-delà des sens (au-delà de l'information directe) et s'il essaie de vous faire croire que tout ce qui provient de vos sens a peu d'importance. Rapidement, ces éléments s'intègrent à l'histoire obsessionnelle et font paraître votre doute plus réel.

Prenons un exemple, disons que le fait de manger 3 repas complets et 2-3 collations vous inquiète (peur de devenir grosse). Il n'y a pourtant pas d'évidence que vous deviendriez réellement grosse en le faisant. La seule façon de conférer de la réalité au doute est de faire appel à de l'information allant au-delà des sens ou à l'information directe : « Même si pour la majorité des gens, une alimentation normale ne fait pas engraisser, il se peut que moi, ça me rende mal dans ma peau et grosse » ; « Parfois je mange plus qu'à mon habitude et je prends du poids tout de suite alors si je ne faisais aucune restriction, c'est certain que je deviendrais grosse » ; « Certaines personnes sont obèses et mangent pourtant selon le Guide Alimentaire Canadien » etc. Il se peut que toute cette argumentation ne soit pas nécessairement erronée, pourtant si elle n'a pas son origine dans la réalité immédiate autour de vous, le doute obsessionnel est 100% imaginaire et n'a pas de pertinence.

Puisque, lorsque vous êtes dans le TCA vous n'êtes plus dans la réalité, il existe un moment précis où vous tombez dans le 'monde' imaginaire du TCA. Ce moment peut être identifié. Il arrive dès la première pensée qui vous amène au-delà de l'information sensorielle. On peut représenter ceci par la figure suivante:



Lorsque vous entrez dans le monde du TCA, tout ce que vous pouvez percevoir dans la réalité qui vous entoure ne semble plus avoir d'importance. Vous êtes happé par une spirale de conséquences imaginaires et dramatiques qui vont rendre très anxieux. Vous avez rompu tout lien avec la perception rassurante de la réalité.

De plus, une fois la frontière qui sépare le réel de l'imaginaire franchie, il est très difficile de revenir sur vos pas. Cela s'explique par le fait que vous avez abandonné tous les critères s'appuyant sur la réalité, les seuls en mesure de résoudre le doute de façon permanente. Bien sûr, dans le monde du TCA vous pouvez avoir recours à des compulsions, mais comment pouvez-vous vraiment savoir si vous avez assez vérifié ou assez lavé? Les rituels ne représentent qu'une solution temporaire au problème puisque savoir quand arrêter les rituels dépend uniquement des caprices du TCA.

Exercice 6

Franchir la frontière du réel

L'exercice qui suit présente une description détaillée de l'exercice que vous trouverez à la carte d'entraînement hebdomadaire. Utilisez cette feuille afin de devenir familier avec l'exercice et que vous n'ayez plus besoin de vous en servir sauf à titre de rappel.

Rassurez-vous, le but de cet exercice n'est pas de vous arrêter de faire quoi que ce soit! Ainsi, cet exercice ne représente pas une expérience effrayante. Il vise plutôt l'acquisition d'une nouvelle prise de conscience.

Étape 1: Lorsqu'un doute obsessionnel surgit dans votre esprit, arrêtez-vous, ne faites rien! Imaginez-vous devant un pont séparant la réalité, monde dans lequel vous vous trouvez encore, du monde imaginaire du TCA. Quelque chose semble vous pousser à avancer et vous attirer de l'autre côté de ce pont. Il s'agit de la première pensée allant au-delà de l'information sensorielle. Posez-vous les questions qui suivent :

- 1) Quelle est la première pensée qui me vient à l'esprit et qui me pousse au-delà de l'information sensorielle?
- 2) Comment cette pensée me fait-elle envisager les sens comme ayant très peu de pertinence?

Étape 2: Quand vous aurez identifié la pensée exacte qui vous pousse à franchir la frontière séparant le monde réel du monde imaginaire, ne réagissez pas immédiatement en accomplissant des compulsions ou en évitant. Ne faites rien pendant au moins une minute et réfléchissez.

Debout devant ce pont, vous ressentez le besoin de réagir au doute. Il vous semble que le doute sera résolu seulement si vous traversez le pont et que vous vous engagez dans le monde du TCA. Cependant, retournez-vous et regardez le monde des sens d'où vous venez pendant un moment. Là, le doute avait peu de pertinence car il n'y avait rien à son appui.

Étape 3: Maintenant, choisissez ce que vous allez faire. Vous pouvez avancer dans le monde du TCA, vous tracassez davantage au sujet du doute, essayez de le résoudre d'une façon quelconque et en toute probabilité, vous inquiétez davantage encore. Ou alors, vous pouvez revenir vers le monde des sens (le monde non-TCA) où le doute était à 100% arbitraire et avait peu de pertinence.

Si vous avancez dans le TCA posez-vous les questions suivantes: «Est-ce que j'ai réussi à résoudre le doute de manière permanente?», «Est-ce que dans des situations semblables, le doute reviendra?».

Si vous avez décidé de revenir dans le monde des sens, posez-vous des questions au sujet des raisons qui vous ont convaincu que le doute était imaginaire et non quelque chose ayant besoin de votre attention. Vous êtes-vous servi de vos sens afin de décider que le doute était imaginaire? Dans quelle mesure la résolution du doute était-elle permanente?

Étape 4: Notez les pensées les plus importantes qui vous ont amené au-delà des sens. Parlez-en avec votre thérapeute lors de la prochaine séance et ajoutez ces informations à votre histoire obsessionnelle.

**N'oubliez pas de continuer à relire et à élaborer votre histoire non TCA quand vous n'êtes pas en situation TCA.
C'est un exercice que vous devez continuer tout au long de la thérapie.**

Étape d'intervention 7 - Les stratagèmes de raisonnement du TCA – Partie I

Lors de cette rencontre, l'intervenant fait un retour sur les exercices du devoir. Il regarde avec la cliente les informations venant du réel et de l'imaginaire concernant les doutes survenus durant la semaine et les écriture au tableau. L'intervenant dessine les deux mondes (Arguments du TCA et arguments de la réalité). Il fait remarquer à la cliente que les pensées de TCA vont toujours au-delà des sens et les devis de raisonnement qui sont utilisés doivent être identifiés afin que la personne puisse les reconnaître. La personne utilise ces raisonnements dans le domaine du TCA mais pas dans les autres domaines de sa vie. Certains arguments du TCA peuvent faire partie de plusieurs stratagèmes de raisonnement. Il peut s'agir :

- Erreurs de catégorie
- Événements comparables en apparence
- Usage sélectif des faits hors-contextes
- Enchaînements purement imaginées
- Inférence inverse
- Méfiance envers la perception normale

Le psychologue peut donner des exemples pour illustrer ces concepts. Des exemples des divers stratagèmes de raisonnement dans les TCA sont disponibles à la feuille de travail 6, pour le psychologue ou le client.

Stratagèmes de raisonnement partie 1 - Les principaux points d'apprentissage

Exercices

- 1) Au moins quatre fois par jour, lorsque vous êtes assailli par un doute obsessionnel TCA, identifiez les stratagèmes de raisonnement TCA qui vous ont amené à avoir ce doute obsessionnel.
- 2) Interrogez-vous toujours pour savoir jusqu'à quel point vous serez encore assailli par ce doute si vous l'écartez en vous appuyant sur les erreurs de raisonnement que vous avez identifiées.
- 3) Imaginez-vous, aussi vivement que possible, comment la situation dans laquelle vous avez éprouvé le doute obsessionnel pourrait vous paraître sans les stratagèmes TCA. Identifiez ce qui vous reste de doute.
- 4) Inscrivez les pensées pour lesquelles vous avez de la difficulté à déterminer si, effectivement, elles sont caractéristiques de raisonnements erronés. Apportez cette liste avec vous lors de votre prochaine séance avec votre thérapeute.

Feuille de travail 7

Les stratagèmes de raisonnement du TCA: partie 1

Tel que démontré précédemment, afin de faire paraître le doute obsessionnel réel, la ruse la plus importante du TCA est de faire appel à l'information allant au-delà des sens. Cependant, comme tout vendeur de biens inutiles, le TCA possède beaucoup de tours dans son sac. D'une façon ou d'une autre, ces stratagèmes se rapportent tous au fait de faire appel à l'information se trouvant au-delà des sens.

Acquérir une compréhension détaillée de chacun de ces stratagèmes et savoir exactement ce qui se passe, peut vous aider à vous éloigner du doute en vous le faisant paraître moins réel. Ces stratagèmes font partie de l'histoire TCA et les exercices de cette semaine viseront à apprendre à les identifier. Ci-dessous, vous trouverez six stratagèmes utilisés par le TCA.

Des catégories erronées

Confondre deux catégories d'informations ou d'objets de façon qu'une semble être reliée à l'autre mais qu'en réalité, elle ne l'est pas.

Exemples: *«Si cette table blanche est sale, cela veut dire qu'il se peut que l'autre table blanche ait aussi besoin de se faire nettoyer.»*

«Si je ressens de la colère, cela signifie que je suis une mauvaise personne.»

«Je porte tel vêtement et j'échoue mes examens chaque fois. Je ne dois pas porter ce chandail les jours où il y a un examen»

«Si je me sens grosse, tout le monde me trouve grosse» «Je me sens grosse alors, je suis grosse»

«S'il existe des pantalons de taille zéro, c'est que je serais supposée pouvoir les porter»

Des événements apparemment comparables

Confondre deux événements différents qui sont séparés dans le temps ou le lieu.

Exemples: *«Mon amie part souvent en voiture en laissant la porte de son garage ouverte, je pourrais également laisser la porte de mon garage ouverte.»*

«Un jour, il m'est arrivé d'entendre parler de médicaments qui ont été empoisonnés, donc il se peut que ma nourriture soit aussi empoisonnée.»

«Je vois souvent des personnes obèses manger du fast food ou des pâtisseries, je ne dois jamais manger cela car je vais devenir grosse aussi»

«Quand j'étais jeune, je me suis fait dire que j'étais grosse, les gens pourraient me le dire maintenant»

Usage sélectif des faits hors-contexte

Des faits abstraits et généraux sont appliqués à votre situation personnelle.

Exemples: *«Les microbes existent, alors il se peut que des microbes contaminent mes mains»*

«J'ai entendu à la télévision qu'il est bon de surveiller ce qu'on mange, de faire attention à sa ligne, je dois donc continuer mes restrictions alimentaires.»

Des enchaînements totalement imaginaires

Fabriquer « de toutes pièces » des histoires convaincantes et se mettre à les vivre.

Exemples: *«Je peux concevoir des ondes pénétrant dans ma tête, il se peut qu'elles contaminent mon cerveau.»*

«Je peux ressentir un début de nausée et de faiblesse lorsque je pense qu'il peut m'arriver de tomber malade.»

«Quand je mange et que je me sens bourrée, je sens mon corps devenir gros et mou»

«Lorsque je m'imagine ne pas pouvoir faire d'exercices durant un mois, c'est suffisant pour me faire sentir grosse et coupable»

Inférence inverse

Les conclusions concernant la réalité se trouvent à la précéder plutôt que d'arriver à la suite de son observation.

Exemples: *«De nombreuses personnes ont dû marcher sur ce plancher, il se peut donc qu'il soit sale.»*

«Si je mange sans restriction, je vais prendre du poids sans arrêt»

«Même si je mange normalement, sans restriction, je vais avoir quand même des orgies alimentaires.»

«Je viens de manger un aliment calorique, c'est certain que je viens de prendre 5 lbs.»

Méfiance de la perception normale

Faire abstraction des sens, voire rejeter les informations sensorielles.

Exemples: *«Même si les gens disent que je ne suis pas grosse, je me dis qu'ils ne peuvent pas savoir comment je me sens ni à quel point j'ai encore du gras à perdre»*

«Plusieurs personnes envient ma minceur, donc les personnes qui me disent que j'ai un problème sont simplement jalouses et incapables de se priver pour maigrir»

Exercice 7
Les stratagèmes de raisonnement du TCA : Partie 1

Le but de l'exercice de cette semaine est d'apprendre à mieux identifier les stratagèmes utilisés par le TCA pour vous convaincre que votre doute obsessionnel est réel.

Identifier les stratagèmes du TCA n'est pas facile. Lorsque vous êtes en plein tourbillon émotif, ceux-ci peuvent vous paraître très réels. Par exemple, vous écoutez les nouvelles et vous entendez parler d'alimentation saine, éviter le mauvais gras ou le sucre pour prévenir l'obésité. Après avoir écouté cela, il se peut que vous commenciez à douter que l'arrêt de la restriction alimentaire est correct. Il se peut, à ce moment, que vous trouviez cela difficile de vous arrêter pour examiner la situation de plus près afin de dépister le stratagème de raisonnement qui vous a amené à douter de vos comportements non-TCA.

Ne vous inquiétez pas si vous n'êtes pas toujours capable d'identifier précisément le stratagème employé par le TCA puisque parfois un stratagème peut en chevaucher d'autres. Le simple fait de faire l'effort de se poser des questions quant au TCA représente déjà un pas dans la bonne direction.

Utilisez votre histoire obsessionnelle pour retrouver ces raisonnements erronés ou faites appel à d'autres exemples provenant des situations obsessionnelles que vous avez pu rencontrer aujourd'hui. Ensuite, inscrivez-les, ci-dessous, dans la catégorie que vous pensez appropriée.

Catégories erronées :

Événements apparemment comparables :

Usage sélectif des faits hors-contexte :

Enchaînement totalement imaginaire :

Inférence inverse :

Méfiance de la perception normale :

La carte d'entraînement de cette semaine contient des exercices qui vous aideront à identifier ces stratagèmes dans le plus grand nombre de situations TCA possible. Servez-vous de la carte d'entraînement chaque jour afin d'identifier les erreurs de raisonnement sous-jacentes à vos doutes obsessionnels. Bon courage!

Étape d'intervention 8 - Les stratagèmes de raisonnement du TCA – Partie II

Une fois que l'identification des devis de raisonnement du TCA est maîtrisée, la cliente a besoin d'être consciente que le devis de raisonnement constitue le mécanisme qui rend confus entre ce qui *est* et ce qui *pourrait être* et aussi que le doute TCA est toujours invalide en raison de la façon dont il survient. Bien qu'il soit probable que le doute ait encore un effet sur le plan émotif chez la cliente, celle-ci doit tout de même être d'accord avec l'idée que le doute est quelque chose de mauvais et d'invalide. La cliente doit continuer de se répéter le scénario alternatif et réaliser les erreurs de raisonnement lorsque le doute obsessionnel apparaît dans le but de chasser ses préoccupations obsessionnelles autant que possible.

Voir une histoire TOC durant la session. Trouver les stratagèmes de raisonnement. Faire réaliser à la cliente que c'est plus facile pour elle de voir les stratagèmes de raisonnement quand ce n'est pas son type d'obsession (TCA).

Stratagèmes de raisonnement partie 2 - Les principaux points d'apprentissage

- a) Le doute obsessionnel se trompe toujours
- b) Puisque le doute obsessionnel ne commence jamais avec les sens, au lieu de vous rapprocher de ce qui existe vraiment, il vous en écarte.
- c) Les stratagèmes de raisonnement TCA vous éloignent davantage de la réalité.
- d) L'histoire non-TCA vous rapproche de ce qui existe vraiment puisque vos sens se retrouvent à son origine.

Exercices

Faites les exercices suivants pendant au plus deux minutes :

- 1) Cinq fois par jour lorsqu'un doute obsessionnel surgit, identifiez les erreurs de raisonnement à l'origine du doute. Abordez seulement les doutes dans les situations où vous croyez pouvoir le surmonter.
- 2) Rendez-vous compte qu'il y a des implications à ces erreurs de raisonnement et que celles-ci font que le doute se trompe. Ne vous mettez pas à analyser ceci à répétition.
- 3) Imaginez-vous vivement comment la situation se présenterait si l'histoire alternative s'appliquait. Racontez et appliquez l'histoire non-TCA venant des sens. Débarrassez-vous du doute obsessionnel après avoir raconté votre histoire sans TCA. Elle n'a plus besoin de votre attention.

Feuille de travail 8

Les stratagèmes de raisonnement du TCA: partie 2

Avoir conscience des stratagèmes de raisonnement TCA implique quelque chose de très important. En effet, vous rendez-vous compte que les stratagèmes TCA rendent votre doute obsessionnel totalement faux ?

Tous ces stratagèmes TCA vous amènent à vous méfier de la réalité qui vous entoure alors qu'en fait la seule présence de ces stratagèmes indique qu'il y a une faille dans l'argumentation initiale du TCA. Autrement dit, l'histoire obsessionnelle et toutes ses erreurs de raisonnement vous éloignent toujours de la réalité et vont à l'encontre de vos sens. C'est pour cela que lorsque le doute TCA surgit, il a toujours tort. Vos sens vous font part d'une information 'certaine' et c'est alors seulement que le doute TCA vous rend moins certain.

Voici ce qu'il faut retenir au sujet des stratagèmes employés par le TCA :

- 1) Vivre un doute comme s'il était réel, ne le rend pas réel. Par exemple, lorsque je mange et que je me sens bourrée, je sens mon ventre devenir gros et mou (**enchaînement purement imaginaire**).
- 2) Le fait que de voir une personne obèse manger des aliments gras a peu de pertinence pour vous si vos sens, dans la réalité qui vous entoure, vous donnent d'autres informations (vous n'êtes pas obèses et des aliments gras ou sucrés à l'occasion ne vous rendra pas grosse (**événements apparemment comparables**)).
- 3) Le fait que l'on focuse beaucoup sur l'alimentation saine et la perte de poids ne signifie pas que je dois vivre ma vie en faisant de la restriction alimentaire (**usage sélectif des faits**).
- 4) Commencer par un doute obsessionnel et essayer de trouver des preuves à son appui c'est possible mais cela vous éloignera de la réalité puisque le doute va au-delà des sens dès le début. Cela n'a rien à voir avec ce qui se trouve autour de vous et vous pourriez tout aussi bien vous inquiéter des météorites pouvant vous tomber sur la tête (**inférence inversée**).
- 5) Aller au-delà des sens vous amènera très rapidement dans le monde du TCA et tout ce que vous pourrez ressentir dans ce monde DÉPOURVU DE SENS sera déterminé simplement par votre imagination (**méfiance de la perception normale**).
- 6) Ce n'est pas parce que deux catégories ou deux objets se ressemblent qu'ils sont identiques. En ce qui concerne le doute obsessionnel, il faut se rappeler qu'il ne s'appuie pas sur la réalité. Par exemple, le fait de me sentir grosse et d'être très préoccupée par cela ne veut pas dire que les autres me trouvent grosses nécessairement (**erreur de catégorie**).

À ce stade, au moins du point de vue intellectuel, vous devriez être capable de reconnaître que le TCA se trompe, qu'il n'est pas correct et qu'il est erroné. Cependant, si vous éprouvez encore des objections sur les notions théoriques abordées, ce qui est tout à fait possible, il faut discuter de vos remarques avec votre thérapeute.

Par ailleurs, malgré une bonne compréhension théorique du fonctionnement du TCA, il arrive que les personnes qui suivent cette thérapie soient réticentes à faire les premiers pas concrets pour sortir du TCA. Il se peut qu'elles se disent : « Si le doute obsessionnel se trompe, alors sur quoi vais-je m'appuyer ? Si je ne peux pas me fier au TCA, alors comment pourrai-je décider si quelque chose est correct ou pas ? » .

L'histoire non TCA que vous avez développé au courant des dernières semaines, est la réponse. Dans l'histoire non TCA, vous servez d'un raisonnement totalement différent de celui dont vous vous servez dans l'histoire TCA. En effet, l'histoire non TCA est conforme aux sens et à la réalité du moment tandis que l'histoire TCA ne l'est pas. Donc, en conclusion, l'histoire non TCA ne contient pas d'erreurs de raisonnement et vous pouvez lui faire confiance !

Exercice 8

Les stratagèmes de raisonnement du TCA : Partie 2

Le fait d'identifier les erreurs de raisonnement d'histoires TCA-TOC d'autres personnes peut vous aider car vous êtes alors capable de mieux vous distancer et d'acquiescer ainsi une perception plus objective qui vous sera utile dans l'examen de vos propres doutes.

Lisez les deux histoires TOC qui suivent et identifiez les stratagèmes du TOC. Inscrivez-les entre les parenthèses. Chaque fois, lorsque vous avez réussi à identifier une erreur de raisonnement, essayez de vous rendre compte pourquoi cela rend le doute faux.

Dans l'exemple qui suit, une personne souffrant de TOC raconte une histoire qui la convainc que ses mains pourraient être sales et donc qu'elle devrait se les laver :

Donc, je me dis : «Eh bien, mes enfants jouaient dehors et moi je sais que c'est sale dehors (.....) . J'ai remarqué de la saleté sur le ciment et je crois qu'il se peut qu'ils aient touché quelque chose de sale (.....), ramassé quelque chose dans la rue, du papier sale ou des excréments de chien et alors je me dis que s'ils sont sales moi aussi je me salirai (.....) puis, je vais salir la maison et je m'imagine la maison sale et moi aussi avec mes mains sales, je commence à me sentir sale (.....). Alors, je vais me laver et ne puis m'arrêter, vous savez, une voix dans ma tête me répète, encore et encore, tu es sale et même si tu te laves et que tu ne vois rien (.....), il se peut que tu sois quand même sale (.....).»

L'exemple suivant parle de quelqu'un qui s'inquiète au sujet de sa piscine qui a pu être contaminée. Il se demande s'il ne devrait pas la vider et la remplir d'eau fraîche pour se débarrasser de la contamination que des animaux auraient pu y apporter:

«Mais je regarde la piscine et elle est entourée par des arbres et derrière le jardin se trouve un champ. Des animaux peuvent s'y faufiler pendant la nuit (.....). J'ai entendu des bruits, ils peuvent nager dans la piscine, ils peuvent y faire n'importe quoi (.....). C'est dégoûtant, j'ai vu le gâchis fait par les chiens, ils ont des puces et des bactéries (.....). Plus j'y pense, plus je suis dégoûté même de regarder la piscine (.....). Comment puis-je donc savoir si la piscine est propre? (.....) Une fois que les bactéries s'y trouvent, elles peuvent contaminer n'importe quoi (.....).»

Avec quelle rapidité avez-vous pu écarter les histoires TOC ci-dessus? Si ces histoires diffèrent vraiment des vôtres, alors vous devriez être en mesure de les écarter assez rapidement.

Les exercices décrits à la carte d'entraînement pour cette semaine visent à supprimer quelques-uns de vos doutes dans les situations où, quelques fois par jour, vous croyez être capable d'écarter vos doutes. Ces exercices vous demanderont de :

- 1) identifier les erreurs de raisonnement derrière le doute,
- 2) vous rendre compte pourquoi les erreurs de raisonnement sont à la base de votre doute et le rendent donc injustifié,
- 3) vous rappeler votre histoire alternative afin de remplacer l'histoire obsessionnelle et
- 4) écarter le doute.

Chaque fois, l'exercice ne devrait pas durer plus d'une ou deux minutes. Si vous n'êtes pas capable d'écarter l'histoire TCA, ne vous inquiétez pas trop mais essayez encore une fois plus tard dans une situation qui est plus facile.

N'oubliez pas de continuer la pratique et l'élaboration de votre histoire non TCA en dehors des situations TCA.

Étape d'intervention 9 - Les thèmes de vulnérabilité dans les narratifs obsessionnels

Le lien entre l'identité et le TCA peut être très fort chez les gens aux prises avec un problème d'anorexie ou de boulimie tel que nous l'avons vu à l'étape d'intervention 1 de la thérapie. Certaines personnes TCA peuvent croire qu'elles doivent restreindre leur alimentation, qu'elles ne peuvent pas manger normalement car elles prendront du poids sans arrêt (cela constitue un exemple de thème de vulnérabilité) et qu'elles doivent conserver leurs symptômes TCA pour éviter cela. À cette étape de la thérapie, la personne doit trouver les thèmes de vulnérabilité qui maintiennent son problème et renforce ses doutes obsessionnels (exemple : je suis le genre de personne qui est tellement gourmande que je suis à risque de devenir obèse si je me permets de manger sans restriction; je suis le genre de personne qui doit avoir des règles rigides concernant l'alimentation sinon, je vais manger beaucoup trop et devenir grosse; je me sens nulle dans la plupart des domaines de ma vie (école, travail, amitié, amour) alors, je dois au moins conserver le seul domaine où je suis compétente : contrôler mon poids).

Thèmes de vulnérabilité dans les narratifs obsessionnels – les points d'apprentissage

- a) Vous n'avez que certains types de préoccupations obsessionnelles puisque vous avez une vulnérabilité particulière à ces préoccupations.
- b) Vous êtes vulnérable précisément aux préoccupations obsessionnelles reliées au coin de votre vie qui vous tiennent le plus à cœur.
- c) Votre doute lié à votre thème personnel ainsi que votre doute obsessionnel, sont dénués de tout fondement.

Exercices

Accoutumez-vous avec l'histoire alternative que vous avez écrite à votre sujet. Alors, au moins 3x/jour, accordez-vous du temps pour imaginer et mettre en pratique cette histoire aussi vivement que vous le pouvez. Imprégnez-vous et ajoutez-y autant de détails que possible. En fonction de votre préférence, faites ceci de façon verbale ou imagée. De manière créative, ajoutez de nouveaux éléments à votre histoire. Ré-examinez votre perception de vous-même par la façon de vous décrire (utiliser les mots/métaphores appropriées).

Feuille de travail 9
Le thème de vulnérabilité dans les histoires obsessionnelles

Puisque nous approchons de la fin des feuilles de travail, nous voulons expliquer la nature sélective du doute obsessionnel. Autrement dit, pourquoi avez-vous des doutes obsessionnels dans certains recoins de votre vie et non dans d'autres?

Une façon d'expliquer ceci est de vous rendre compte que, pour une raison ou l'autre, vous êtes très vulnérable à des pensées qui vous touchent au vif. Ces dernières peuvent être différentes d'une personne à l'autre car elles se rattachent à un thème différent qui vous est personnel. Souvent, ce thème parcourt l'histoire TCA. Par exemple, si en général, vous vous en faites au sujet de ce que les autres pensent de vous, ce thème de vulnérabilité vous rend apte à développer des obsessions dans ce recoin de votre vie. Il se peut alors que vous développiez des obsessions et des doutes concernant la possibilité d'avoir fait des choses gênantes même si vos sens vous affirment le contraire. Nous sommes tous vulnérables à quelque chose, mais d'une personne à l'autre, cela s'exprime de manière différente. De plus, toutes les personnes ne développent pas un TOC ou un TCA. C'est seulement lorsque ces vulnérabilités font partie intégrante du processus confondant la réalité et l'imagination que vous êtes en bonne voie pour développer le TCA.

Votre vulnérabilité au TCA est une histoire dans laquelle vous tenez le rôle principal et vous devenez la personne que vous croyez être (votre identité). Par exemple, si vous avez fréquemment des obsessions concernant la peur de prendre du poids, il se peut que ce soit parce que vous croyiez que vous êtes type de personne qui pourrait ne pas être aimée, qui pourrait être jugée négativement concernant sa personnalité et son physique. Examinons une histoire dans ce style:

«Quand j'étais plus jeune, ma soeur nécessitait plus d'attention de mes parents car elle était plus désobéissante. Elle était beaucoup plus populaire que moi à l'école. Malgré mes efforts pour attirer l'attention de mes parents et être aimée des gens (ex. : bonnes notes, être calme et responsable, faire plaisir à tout le monde), je n'en avais pas assez. Comme ma soeur est une grande maigre, peut-être que l'anorexie a contribué à lui ressembler, pour avoir de l'attention, pour être aimée. Avant le TCA, j'étais plus costaud que les autres. Mon image de la perfection est une personne mince, belle, qui réussit bien, une bonne employée, aimée de tout le monde, qui ne se fâche pas et je veux ressembler à cette image. Sans le TCA, j'ai peur de ne pas atteindre toutes les caractéristiques de cette image. Je me sens aussi comme une personne qui pourrait faire beaucoup d'excès alimentaires si je ne garde pas le TCA dans ma vie. Je dois donc surveiller mon poids sinon je ne pourrai pas être heureuse et bien dans ma peau».

Il se peut que vous vous identifiez à cette histoire, ou non, cependant, il est évident que cette personne se considère comme quelqu'un qui n'est pas conscient des dangers ou qui ne connaît pas beaucoup de choses. Selon elle, cela la rend plus vulnérable que les autres au danger. Puisqu'elle se percevait ainsi, il est relativement facile de concevoir qu'elle sera vulnérable à certains types d'obsessions et de compulsions.

Si votre doute implique le fait d'attraper une maladie, alors votre vulnérabilité pourrait se présenter de la façon suivante: " Je suis le type de personne qui pourrait tomber malade".

Si vous essayez constamment d'apprendre des choses par cœur et si vous avez peur de les oublier, il se peut alors que votre vulnérabilité se présente de la manière suivante: "Je suis le type de personne qui pourrait oublier des choses."

Si vous ordonnez les choses symétriquement et que vous doutez qu'elles soient correctement alignées, il se peut alors que votre vulnérabilité se présente de la manière suivante: " Je suis le type de personne qui ne fait peut-être pas les choses avec assez d'ordre."

Si vous faites de la restriction alimentaire et que vous doutez tout le temps que vous pourriez prendre du poids et devenir grosse, il se peut que votre vulnérabilité soit «Je suis le genre de personne qui a des risques de faire de l'embonpoint ou de devenir obèse»

Après avoir identifié la manière dont votre obsession ou doute se relie à votre façon particulière de vous percevoir, l'étape suivante est d'identifier l'histoire qui vous convainc de vous voir ainsi. Sur quelles raisons s'appuie votre manière particulière de vous percevoir?

Exercice 9

Le thème de vulnérabilité dans les histoires obsessionnelles

Le thème de vulnérabilité vous conduit à avoir de la crédibilité dans les doutes obsessionnels. D'une certaine façon, le TCA fait de son mieux afin de miner votre confiance en vous-même dans les aspects les plus importants de votre vie. Nous ne soutenons pas que ceci soit la cause du TCA. La cause fondamentale du TCA reste encore peu connue. Mais il est certain que cette image de vous-même comme quelqu'un qui "pourrait devenir grosse", contribue à maintenir le problème.

Alors, comment allez-vous modifier cette image négative que vous avez de vous-même? Il faut d'abord être conscient de la personne que le TCA dit que vous êtes et de la personne que le TCA dit que vous n'êtes pas. Commencez par rédiger une histoire décrivant ce que le TCA dit que vous êtes. Servez-vous de votre obsession principale telle que décrite à la feuille de travail. Par exemple : "Il se peut que je sois le type de personne qui pourrait devenir grosse si je ne faisais pas attention" ou "Je suis le type de personne qui peut faire beaucoup d'excès alimentaires". Essayez de développer cette histoire autant que possible en écrivant toutes les raisons pour lesquelles il se peut que vous soyez la sorte de personne telle que dictée par votre TCA. Après avoir rédigé l'histoire telle qu'imposée par le TCA, rédigez une deuxième histoire dont le contenu soutient le contraire. Par exemple, si la première histoire dit : «Je suis le type de personne qui pourrait faire du mal aux autres» alors la deuxième histoire devrait soutenir : "Je suis le type de personne qui est gentil et bien intentionnée envers les autres". De même, si dans la première histoire vous avez donné des raisons expliquant pourquoi vous croyez être ce type de personne, dans la deuxième histoire, donnez des raisons justifiant le contraire ; autrement dit, un type de personne complètement différent de celui imposé par le TCA.

Ensuite, comparez les deux histoires. Si vous examinez les deux histoires lorsque vous vous sentez calme et serein, laquelle des deux vous décrit vraiment? En toute probabilité, l'histoire alternative est beaucoup plus correcte. Pour les prochaines séances, apportez ces deux histoires avec vous afin de partager avec le thérapeute vos intuitions quant à votre vraie nature.

Un autre exercice qui fait partie de ceux décrits sur votre carte d'entraînement, consiste à reconsidérer vos propos lorsque vous parlez de vous-même. Éviter de faire appel aux phrases automatiques, aux métaphores ou aux dictons que vous utilisez habituellement et qui pourraient renforcer la vision négative de vous-même. Lorsque vous êtes conscient du fait que vous parlez de vous-même d'une façon qui pourrait renforcer votre thème personnel TCA, il faut vous reprendre et vous servir d'un langage plus approprié qui vous aidera à vous percevoir d'une manière non-TCA.

Par exemple :

«J'ai bâclé ce travail encore une fois!»

à remplacer par :

«Je pense ne pas avoir tout raté dans ce travail.»

«Je ne suis tout simplement pas capable de faire quelque chose correctement, on ne peut pas compter sur moi.»

à remplacer par :

«Je suis aussi fiable que n'importe qui d'autre.»

«Je n'ai pas de tête, j'oublie tout!»

à remplacer par :

«C'est rare que j'oublie des choses réellement importantes.»

«Je suis trop gourmande, j'ai toujours envie manger des aliments consistants»

À remplacer par :

«J'ai le droit de manger de tout, comme tout le monde»

Étape d'intervention 10 - La nature sélective du doute obsessionnel

Dans la plupart des domaines de la vie de la cliente, on ne retrouve pas de doute obsessionnel alors que le TCA est hautement spécifique (préoccupation concernant le contrôle du poids et de l'alimentation). Le thérapeute doit explorer les situations où la cliente n'a pas de problème de raisonnement. Le devoir que la cliente aura à faire pour la rencontre suivante consiste à choisir une situation neutre et de créer un scénario obsessionnel à partir de cette situation, c'est-à-dire où elle ne se fierait pas à ses sens/informations directes et où elle utiliserait des arguments inductifs aussi invalides que dans les situations TCA.

La nature sélective du doute obsessionnel - Les principaux points d'apprentissage

- a) Dans la plus grande partie de votre vie, vous n'avez aucun problème obsessionnel.
- b) Le doute obsessionnel est fortement sélectif et ne s'applique qu'à quelques aspects de votre vie.
- c) Les raisonnements que vous utilisez dans les situations TCA est très différent de celui que vous utilisez dans les situations normales.
- d) Être conscient de votre raisonnement normal, c'est d'être conscient du fait que le doute TCA se trompe.

Exercices

Faites les exercices suivants au moins quatre fois par jour :

- 1) Identifiez une situation dans laquelle vous éprouvez des doutes obsessionnels ou dans laquelle vous avez envie de vous impliquer dans des rituels.
- 2) Comparez la situation obsessionnelle à une autre situation où vous *vous servez* de vos sens et vous n'éprouvez *pas* de doutes obsessionnels. Demandez-vous si la situation obsessionnelle serait différente si vous utilisiez vos sens.

Essayez de vous imaginer comment vous agiriez dans la situation obsessionnelle si vous utilisiez et aviez confiance en vos sens et en ce que les gens qui vous aiment vous conseillent, de la même façon que vous le faites dans beaucoup d'autres situations normales.

Feuille de travail 10

La nature sélective du doute obsessionnel

La nature sélective du doute TCA représente une des plus grandes particularités de "la pensée obsessionnelle". En effet, le doute obsessionnel s'applique seulement à un nombre limité et souvent faible de situations. Il se peut que cela ne paraisse pas être ainsi, puisque bien sûr, les doutes et les compulsions/rituels absorbent beaucoup de votre temps.

Mais envisageons ceci d'une autre manière. Parmi toutes les situations que vous rencontrez dans une journée, combien déclenchent un doute obsessionnel? Il y en a sûrement peu par rapport à toutes les situations que vous rencontrez pendant une seule journée.

Pour vous en convaincre essayez, par exemple, de noter mentalement toutes les choses qui vous sont arrivées depuis ce matin. Pas seulement les situations à l'origine de vos obsessions, mais toutes celles que vous avez vécues. Peut-être avez-vous déjeuné, regardé par la fenêtre, traversé la rue, fait un appel téléphonique, passé d'une pièce à l'autre, écouté de la musique, fermé un tiroir, pris des notes et respiré. Avez-vous obsédé dans toutes ces situations? Il se peut que vous l'ayez fait pendant une de celles-ci puisqu'on peut avoir des obsessions concernant n'importe quoi. Cependant, la majorité de ces situations ne vous a causé aucun problème.

Cela démontre quelque chose de très important :

EN CE QUI CONCERNE LA PLUPART DES CHOSES DE VOTRE VIE, VOUS N'ÉPROUVEZ AUCUN PROBLÈME OBSESSIONNEL.

Puisque vous n'éprouvez aucun problème dans une telle variété de situations cela signifie que votre raisonnement est correct la plupart de temps. Presque toujours, vous ne confondez pas l'imaginaire avec le réel.

Alors, pourquoi les situations où vous éprouvez des obsessions devraient-elles être différentes? Le fait que vous ne vous rendiez pas compte que votre raisonnement dans les situations TCA diffère de celui des situations non TCA est une raison. Il est donc important de prendre conscience de comment vous raisonnez dans les situations TCA et à quel point cela s'éloigne de votre raisonnement habituel.

Pour cela, examinons tout d'abord une situation banale qui ne cause pas de doutes obsessionnels à la majorité des individus souffrant de TCA : disons que vous ayez l'intention de traverser une rue. Attention, si cette situation amène des doutes TCA, vous et votre thérapeute devez chercher une autre situation. Pour traverser, comment décidez-vous que ce n'est pas dangereux de le faire? De quelle information vous servez-vous afin de déterminer s'il est sans danger de traverser? Vous regardez à gauche et à droite pour vous assurer qu'il n'y a pas de voiture en vue. Vous décidez ensuite s'il est sans danger de traverser. Autrement dit, vous ne ressentirez aucunement le besoin d'aller au-delà des sens. Ainsi, vous n'inventerez pas une histoire pour vous persuader que malgré le fait d'avoir déjà regardé, il se pourrait qu'une voiture soit sur le point d'arriver. Effectivement, vos sens l'emportent sur votre raisonnement et vous n'aurez aucun doute dans cette situation puisque, après tout, l'idée qu'il se peut qu'il soit dangereux de traverser est totalement fictive.

Maintenant, comparons la situation ci-dessus à une situation obsessionnelle TCA. Vous venez de manger un gros repas et vous vous sentez pleine, ventre gonflé. Bien que la logique dit que nous ne pouvons pas prendre de poids et changer notre silhouette après un repas, vous éprouvez le besoin de vérifier votre silhouette dans le miroir et vous vous sentez grosse. Vous pensez aussi à la restriction ou à l'exercice physique pour vous soulager. Dans cette situation TCA votre raisonnement est différent : vous êtes dans un monde imaginaire et vous ne faites pas confiance à vos sens ou l'information directe! Pourtant, si vous vous serviez du même raisonnement que celui pour décider de la plupart des choses dans votre vie, vous vous comporteriez de la même manière que lors de votre décision de traverser la rue. Autrement dit, vous diriez : *'puisque mon poids se situe dans la normale et que mes vêtements me font toujours, je ne prends pas de poids outre mesure, je suis toujours mince même si j'ai parfois l'impression du contraire. Je peux manger normalement, sans restriction et tout ira bien'*. Cet événement n'est pas différent de celui qui consiste à traverser la rue.

Si après chaque repas ou chaque sensation d'avoir pris du poids vous réalisiez que le doute ne s'appuie pas sur les sens, en principe, vous devriez être capable de confronter la situation TCA avec la même confiance que pour traverser une rue. Le problème est de vous rendre compte jusqu'à quel point les situations TCA ressemblent à toutes les autres situations que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours et donc qu'il n'y a pas de raison d'agir d'une façon différente dans les situations TCA.

Exercice 10

La nature sélective du doute obsessionnel

Il est fréquent que lorsque plusieurs personnes souffrant de maladie obsessionnelle-compulsive (TOC, TCA, etc) se rencontrent, elles se regardent avec incrédulité en prenant connaissance de leurs obsessions respectives. Elles n'arrivent pas à comprendre les obsessions des autres. Pourtant, fondamentalement, l'obsession d'une personne n'est nullement différente d'une autre obsession chez quelqu'un d'autre. Cela repose sur les mêmes processus. Il est d'ailleurs intéressant de se rendre compte de la manière avec laquelle toutes les obsessions se ressemblent pour pouvoir prendre de la distance avec votre histoire TCA personnelle. En effet, pourquoi accorder du crédit à une histoire TCA, la vôtre, et pas à celles des autres.

Pour comprendre comment n'importe quelle situation peut se transformer en situation obsessionnelle, reprenons la situation où vous devez traverser une rue mais ajoutons-y l'histoire suivante :

«Il est dangereux de traverser la rue. J'ai entendu parler d'un accident qui est arrivé à quelqu'un qui faisait toujours très attention. Ainsi donc, les accidents peuvent arriver de manière inattendue même si vous faites attention aux voitures. Lorsque je traverse une rue je ne regarde pas deux ou trois fois à gauche ou à droite. Je reste plutôt là, à attendre pendant de longues minutes pour voir s'il n'y a pas de voitures qui viennent. Même si je ne vois aucune voiture, il se peut qu'il y en ait une qui tourne le coin soudainement. Ou encore, il se peut que ce soit une voiture silencieuse que je ne peux entendre puisque maintenant il existe des voitures électriques. Finalement, je décide souvent de ne pas traverser la rue. Tout simplement, je ne me sens pas en sécurité même s'il n'y a aucune circulation.»

Tel que vous pouvez l'observer, nous avons inventé une histoire pour rendre problématique une situation banale. Comment a-t-on pu rendre une situation à ce point obsessionnelle pour qu'il soit possible d'envisager de ne jamais plus traverser la rue? La réponse est bien sûr, celle dont vous avez entendu parler maintes fois auparavant... *en allant au-delà des sens et/ou de l'information directe*. Réexaminez l'histoire et identifiez ces éléments qui vont au-delà des sens et amènent ainsi du doute dans une situation qui de tous les points de vue n'est pas dangereuse si vous vous servez de vos sens.

Avec votre thérapeute choisissez à présent une situation qui ne déclenche pas le TCA et, comme dans l'exemple précédent, nous voulons que vous rendiez obsessionnelle cette situation banale. Autrement dit, pensez à toutes les raisons pour lesquelles cette situation pourrait être dangereuse. Envisagez aussi toutes les raisons pour lesquelles cette situation qui vous est neutre lorsque vous l'a percevez de façon non-obsessionnelle, pourrait s'avérer être un problème. Écrivez tout cela en développant une histoire d'à peu près 5-10 phrases.

Quand vous aurez rédigé cette histoire obsessionnelle en allant au-delà des sens, mettez-la côte à côte avec votre histoire TCA. Examinez la ressemblance entre les deux.

Vous devez être en mesure de vous rendre compte que votre histoire TCA n'est pas du tout différente de celle que vous avez fabriquée *de toutes pièces* dans l'exercice ci-dessus. Alors maintenant, posez-vous la question suivante : Pourquoi vais-je me servir d'une histoire qui va au-delà des sens pour mon doute TCA dans une situation mais pas dans les autres? Après tout, l'histoire que vous venez de rédiger ne diffère pas de votre histoire obsessionnelle. Si vous êtes capable de vous rendre compte que la situation banale que vous avez rendue obsessionnelle ne diffère pas de votre histoire TCA, peut-être pouvez-vous alors vous comporter dans les situations obsessionnelles de la même manière que dans les situations banales.

La carte d'entraînement pour cette semaine contient un exercice semblable. Elle vous demandera de prendre note quotidiennement de toutes les situations vous entourant au cours desquelles vous faites confiance à vos sens ou à l'information directe. Par la suite, vous devrez comparer celles-ci à des situations où vous utilisez un raisonnement TCA. Nous voulons que vous vous rendiez compte que votre raisonnement est normal dans beaucoup de situations et vous encourager à avoir confiance en vos sens dans les situations TCA comme vous le faites déjà dans 99% des situations de votre vie de tous les jours.

Étape d'intervention 11 – Conscience de la réalité – Tolérer le vide

Cette étape consiste à l'entraînement à éviter d'avoir recours aux divers rituels qui visent à se débarrasser des doutes obsessionnels. L'absence de symptômes peut paraître étrange et les clientes peuvent avoir l'impression de ne pas en faire assez. Ce sentiment est temporaire et disparaîtra à force de maintenir une alimentation normale. Il faut que la personne apprenne à tolérer le vide et l'anxiété reliée au retour à une alimentation normale et équilibrée. Plus la personne s'éloignera de son mode de vie TCA, plus elle pourra se définir autrement que comme une personne anorexique ou boulimique et plus elle verra progressivement émerger sa vraie personnalité.

Le thérapeute doit aider la cliente à revoir son concept de soi, à fonder son estime d'elle-même sur autre chose que la perte de poids car plusieurs clientes rapportent que le TCA constitue leur identité et qu'il s'agit de quelque chose de positif qu'elles ne veulent pas perdre. Encore une fois, il faut aider la cliente à penser à long terme et l'inviter à se trouver d'autres buts dans la vie, d'autres objectifs (autre que la perte de poids et le contrôle de son alimentation) plus adaptés pour ressentir un sentiment d'accomplissement. De plus, le thérapeute doit amener la cliente à reconnaître ses émotions et à les vivre. Les clientes utilisent souvent le TCA pour gérer leurs émotions, le thérapeute doit donc indiquer que chaque émotion a le droit d'être vécue, même celles que la cliente considère parfois comme étant mauvaises (ex. : la colère).

Tolérez le vide - Les principaux points d'apprentissage

- a) Avoir conscience de la réalité implique le fait de s'appuyer sur l'information de la vie de tous les jours.
- b) La certitude s'y trouvait avant le doute obsessionnel (avant le TCA)
- c) Le fait de vous fier à vos sens et à la réalité augmentera votre confiance en vous-même.
- d) Moins vous vous investirez dans le TCA, plus votre personnalité se manifestera.

Exercices

Faites les exercices suivants trois fois par jour :

- 1) Lorsque vous êtes assailli par une préoccupation obsessionnelle du TCA, tenez-vous tranquille et ne faites rien. Imaginez que vous vous trouvez entre deux mondes.
- 2) Concentrez-vous sur la réalité et regardez ce qui s'y trouve.
- 3) Rendez-vous compte un seul instant que c'est la seule information dont vous avez besoin. Imaginez-vous que vous êtes debout sur un pont, regardez en bas et observez le vide. Remarquez que c'est le vide qui vous donne l'impression de ne pas assez vous investir.
- 4) Arrêtez-vous un instant afin de réaliser que ce vide n'est qu'imaginaire. Ensuite, agissez selon l'information recueillie par vos sens et l'information directe et en écartant la préoccupation obsessionnelle.

Feuille de travail 11

Conscience de la réalité - tolérer le vide

Nous arrivons à la dernière feuille de travail de votre thérapie. Les progrès que vous avez faits dépendent de beaucoup de facteurs et les résultats varient d'une personne à l'autre. Certaines personnes auront besoin de plus de travail alors que d'autres peuvent bénéficier d'une thérapie de courte durée. Il se peut que vous ayez encore des obsessions que vous n'avez pas travaillé avec votre thérapeute et qu'il soit nécessaire de revoir les feuilles de travail depuis le début. De plus, pendant les séances à venir et même après la fin de la thérapie, lorsque vous pratiquerez par vous-même, il est important d'approfondir et de renforcer ce que vous avez appris jusqu'ici pendant votre thérapie. Peu à peu, vous augmenterez votre habileté à écarter les doutes obsessionnels dans des situations de plus en plus difficiles.

Cependant, dès maintenant, une chose devrait être tout à fait évidente : le doute obsessionnel est totalement différent du doute normal.

Il se peut que vous soyez d'accord avec tout ce que vous avez appris pendant la thérapie. Pourtant, vous êtes encore souvent la proie de fortes compulsions. Cela N'EST PAS possible car si vous étiez vraiment d'accord avec tout ce que vous avez appris jusqu'à ce point, et nous voulons dire, être vraiment d'accord, alors vous n'auriez pas de doutes obsessionnels ni de compulsions. Étant donné que tant et aussi longtemps que vous n'aborderez pas les aspects de la thérapie avec lesquels vous n'êtes pas d'accord, il est tout à fait possible que vous continuiez à souffrir du TCA, il est donc important d'identifier les aspects de la thérapie qui font encore problème et en parler à votre thérapeute.

Il se peut aussi que vous ayez déjà commencé à observer qu'un changement dans vos compulsions s'est produit au cours de la thérapie. Peut-être vos doutes ont-ils diminués d'intensité et que d'une manière tout à fait naturelle et sans trop d'efforts, à tout le moins pour certaines situations, vous avez commencé à vous impliquer dans des comportements moins compulsifs. Alors, maintenant, comment faut-il faire pour progresser?

Pour surmonter le TCA, l'objectif à atteindre est d'avoir pleinement conscience de la réalité qui vous entoure dans les situations TCA et de tolérer le vide et l'inconfort que l'abandon du TCA implique.

Avoir conscience de la réalité nécessite de faire appel à l'information "ici et maintenant". Cela signifie que vous devez percevoir vraiment ce qui existe autour de vous au lieu de vous adonner à des suppositions qui se basent sur une histoire TCA imaginaire. En effet, au lieu d'éviter une situation ou d'y ajouter un doute découlant de votre imagination, vous devez vous fier à une réalité qui fait appel à de l'information provenant de vos cinq sens. Tel que vous l'avez appris dans votre thérapie jusqu'à maintenant, si vous vous fiez à vos sens ou à l'information directe, il n'y aura aucune place pour le doute obsessionnel. Par exemple, vous restreignez-vous dans votre alimentation si vous trouvez que vous avez trop mangé au dernier repas? Croyez-vous à l'information directe qui vous dit de manger de tout, parfois plus, parfois moins, en vous basant sur votre niveau de satiété et vos envies du moment. Lorsque vous vérifiez votre silhouette dans le miroir, croyez-vous qu'il est important de s'observer de longues minutes et de focaliser sur certaines parties qui vous déplaisent particulièrement? Croyez-vous que cela est aidant pour vous? Il arrive souvent que les personnes souffrant de TCA ne portent aucune attention aux informations provenant de la réalité puisque l'histoire TCA a trouvé une façon de s'en passer. Pourtant c'est la seule réalité qui peut résoudre votre doute obsessionnel. Autrement dit, il faut que vous appreniez à avoir confiance à nouveau dans vos sens, dans la réalité du moment et il faut réaliser que cela est suffisant.

Est-ce possible que cela soit aussi facile qu'avoir confiance dans ses sens et à l'information directe? Oui et non. C'est facile car si vous avez vraiment confiance dans vos sens, vous n'aurez pas de doute obsessionnel. Cependant, ce n'est pas facile car vous aurez l'impression de ne pas faire ce qu'il faut lorsque vous vous fiez à vos sens et à l'information directe. Vous serez confronté à un sentiment désagréable de vide. Cela peut produire de l'anxiété et de l'inconfort. Pourtant, vous faites ce qu'il faut faire et en effet, avoir confiance dans vos sens, en la réalité est tout ce que vous pouvez faire pour sortir du TCA.

Rassurez-vous ce sentiment de vide et d'inconfort n'est que temporaire et finit par disparaître. Courage, il est temps de recommencer à avoir confiance dans votre capacité à croire la réalité!

Exercice 11

Conscience de la réalité - tolérer le vide

L'exercice de cette page est le point culminant de tous les exercices que vous avez faits jusqu'à date. Une stratégie concernant la manière d'aborder les obsessions s'y trouve. Si le TCA est très fort, on ne s'attend pas à ce que vous utilisiez toujours cette stratégie mais seulement lorsque vous croyez pouvoir vous écarter du monde TCA et revenir au monde réel où tout est bien en sécurité (sans doute obsessionnel). Vous allez acquérir de plus en plus de confiance en vous-même au fur et à mesure que vous continuerez de pratiquer cet exercice. En effet, vous serez de plus en plus capable d'aborder des situations que vous trouviez autrefois plus difficiles. Si vous y arrivez assez souvent, vous vous rendrez compte que les obsessions ne surgissent plus aussi fréquemment ni aussi vivement qu'avant. Si les obsessions ne surgissent plus du tout, cela implique alors que vous êtes vraiment conscient de la nature imaginaire du doute obsessionnel.

- 1) Quand vous éprouvez une obsession, restez calme, ne faites rien. Imaginez que vous vous trouvez entre deux mondes : au milieu d'un pont reliant la réalité et l'imagination.
- 2) Concentrez-vous sur le monde de la réalité. Regardez ce qui s'y trouve. Ne regardez qu'une fois pour capter l'information transmise par vos sens et l'information directe. Ne faites aucun effort à cet effet.
- 3) À cet instant précis, vous devez vous rendre compte du fait que ce que vous voyez représente toute l'information dont vous avez besoin. Tout effort en vue d'obtenir plus d'informations signifie que vous basculez dans le monde du TCA.
- 4) Regardez en bas du pont sur lequel vous vous trouvez. Le vide que vous observez représente votre sensation de ne pas en avoir assez fait ou encore le malaise de ne plus suivre les règles dictées par votre TCA. Il représente aussi toute l'anxiété et l'inconfort que vous ressentez lorsque vous vous fiez à la réalité plutôt que plonger dans le monde du TCA. Arrêtez-vous pendant un instant afin de vous rendre compte que ce monde est imaginaire. La certitude de la réalité ne se trouve que dans le monde des sens et vous n'avez pas besoin de traverser le pont.
- 5) Ensuite, agissez selon l'information non-TCA. Ainsi, ne vous impliquez pas dans des compulsions et écarterez l'obsession.

Puisque le TCA vous incitera à aller au-delà du nécessaire, au début, vous aurez de la difficulté à vous fier à vos sens et à percevoir ce qui se trouve vraiment autour de vous. Il est nécessaire donc de porter attention à plusieurs choses pendant l'exercice. Se fier vraiment aux sens implique le fait de laisser les sens vous faire part, et cela de manière naturelle et exactement de la même façon que dans les situations non-TCA, de ce qui se trouve autour de vous. Cela exclut:

- 1) Fixer des yeux - si vous regardez fixement votre corps, cela implique que vous vous efforcez trop de surmonter votre TCA. En effet, dès l'instant où vous fixez votre regard, vous plongez dans le monde TCA. Par exemple, lorsque vous vous observez dans le miroir et que vous regardez que certaines parties du corps plutôt que le corps en entier.
- 2) Vous pesez plus d'une fois par semaine. La réalité dit que des variations de poids sont possibles d'une journée à l'autre et même au cours d'une même journée. Le fait de vérifier votre poids compulsivement ne fait que renforcer les doutes et la peur. Tenter le plus possible de résister à cette habitude. Rappelez-vous également que nous avons chacun un poids santé qui nous est propre et qui se maintient sans effort. De plus, les gens sans TCA peuvent même passer des mois sans se peser. Vous pourriez faire de même. Vous n'avez pas à savoir votre poids, à tout moment. Vos vêtements peuvent tout aussi bien vous indiquer si vous prenez du poids outre mesure, ce qui n'arrivera pas en mangeant normalement.
- 3) Se servir de l'imagination pour démêler des perceptions ambiguës - lorsque vous ne pouvez percevoir quelque chose clairement (savoir si vous avez encore faim, si vous mangez trop, si vous êtes physiquement correcte, etc.), soyez conscient alors que d'utiliser les raisonnements imaginaires TCA n'est pas la façon correcte de vraiment savoir. Fiez-vous plutôt aux bases établies par la réalité (ex. : le Guide Alimentaire; le poids santé qui se situe entre un indice de masse corporelle entre 20 et 25 kg/m²; vos vêtements qui vous indiquent que vous avez une taille normale, qui ne change pas (NB : Ne s'applique pas aux gens en sous-poids); manger est essentiel à la vie et constitue aussi un plaisir; un poids santé se maintient en écoutant son corps et en faisant confiance qu'il vous enverra les signes de faim/satiété nécessaires à une bonne santé physique et mentale).

Cet exercice, comme tous les autres, devrait vous montrer que la certitude ne provient pas d'un effort important. En effet, la certitude est là devant vous et y a toujours été. La chose que le TCA vous enlève c'est la perception rassurante de la réalité telle que vous l'aviez avant l'apparition de votre TCA. Au fur et à mesure que vous commencez à agir selon vos sens et la réalité, vous pouvez augmenter votre confiance en vous-même. Il vous sera alors évident que vous n'avez pas besoin d'en faire plus. Peu à peu, le vide s'effacera pour faire place à votre vraie personnalité, voilà la bonne nouvelle.

Les sessions de thérapie suivantes, jusqu'à la vingtième rencontre de thérapie, servent à renforcer le maintien des bonnes habitudes alimentaires afin de diminuer le degré de conviction des inférences (les doutes et les conséquences anticipées de ceux-ci).

Étape bilan - Fin de la thérapie et planification de la prévention de la rechute

Lors de la dernière séance, le thérapeute doit résumer les progrès de la cliente depuis le début des rencontres et planifier la prévention des rechutes. La cliente devient de plus en plus consciente des événements pouvant générer le retour des restrictions alimentaires (ex : l'été qui arrive et le désir de perdre du poids, avoir perdu du poids suite à une chirurgie dentaire ou à une gastro-entérite et être tentée d'en perdre encore, etc.). Les périodes de stress peuvent également faire resurgir les symptômes et la personne doit en être consciente et continuer de bien s'alimenter malgré tout. De plus, il peut arriver que plusieurs domaines de la vie de la personne s'améliorent suite au rétablissement (école, travail, amis, copain, etc.) et que la personne se dise « Maintenant que les choses vont si bien, je pourrais perdre juste un peu de poids et tout ira encore mieux ». Le thérapeute rappelle à la cliente que la restriction alimentaire, même pour perdre quelques livres représente un grand risque de rechute pour les personnes qui ont souffert d'un TCA. Le thérapeute encourage la cliente à rester vigilante aux moindres signes du retour des comportements malsains reliés au TCA. Le thérapeute doit suggérer à la cliente d'obtenir du soutien (ex. : auprès de la famille, des amis ou encore d'un professionnel) dès les premiers signes du retour de certains symptômes du TCA afin d'éviter une rechute.

Évaluation d'une approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles des conduites alimentaires

Audrey Bertrand, Kieron O'Connor, Claude Bélanger, Christo Todorov

Centre de recherche Fernand-Seguin (Unité thématique d'intervention psychologique)
7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, H1N 3V2, (514) 251-4015

**Formulaire de consentement pour une évaluation psychologique
des troubles des conduites alimentaires
(Pré-sélection)**

Chercheurs : Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue, Centre de recherche Fernand-Seguin
Claude Bélanger Ph.D., psychologue, UQAM
Co-chercheur : Audrey Bertrand, B.Sc., Psy.D. (candidate), Université du Québec à Montréal

Description du processus d'évaluation:

L'évaluation a pour but de déterminer si vous rencontrez les critères d'inclusion de l'un ou l'autre des projets de recherche évaluant différentes modalités de traitement pour l'anorexie mentale et la boulimie. Les premières étapes de l'évaluation impliquent que vous remplissiez des questionnaires à la maison et participiez à une entrevue avec un psychiatre afin de préciser la nature de vos difficultés.

Après ces étapes initiales, si vous rencontrez certains critères d'inclusion, le processus d'évaluation se poursuivra. Il implique une deuxième entrevue qui précisera davantage la nature de vos difficultés. Celle-ci aura lieu, soit à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine avec un psychiatre, soit au Centre de recherche Fernand-Seguin avec un(e) psychologue ou un(e) professionnel(le) de recherche. Il faudra prévoir au maximum, une demi-journée pour cette entrevue. Avec votre accord, et pour les besoins des études, l'entrevue sera enregistrée sur bande audio et demeurera confidentielle. Si vous rencontrez toujours les critères d'inclusion, de plus amples informations concernant le traitement offert vous seront fournies. Par contre, si vous ne rencontrez plus les critères d'inclusion nous vous suggérerons différents endroits où vous pourriez obtenir une aide appropriée. Vous êtes libre de vous retirer du processus d'évaluation à tout moment sans que cela vous cause préjudice.

Tous les résultats de l'évaluation (questionnaires, entrevue, cassette) seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiés par numéro. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité. Ces études ont été évaluées par le Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et répondent aux normes de l'éthique médicale.

Évaluation d'une approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles des
conduites alimentaires

Audrey Bertrand, Kieron O'Connor, Claude Bélanger, Christo Todorov

Consentement

Nom et prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse actuelle: _____

1. Je, soussigné(e), ai pris connaissance de l'objectif du processus d'évaluation et accepte d'y participer. Cette évaluation n'implique aucun risque pour ma santé.
2. Je sais que ma participation à une évaluation implique que je remplisse des questionnaires à la maison et participe à une entrevue afin de préciser la nature de mes difficultés. Si je rencontre certains critères d'inclusion, il y aura une deuxième entrevue qui précisera davantage la nature de mes difficultés. Cette dernière aura lieu, soit à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine avec un psychiatre, soit au Centre de recherche Fernand-Seguin avec un(e) psychologue ou un(e) professionnel(le) de recherche. Avec mon accord, l'entrevue sera enregistrée sur bande audio et demeurera confidentielle.
3. Je sais que ma participation à cette évaluation ne m'oblige aucunement à poursuivre un traitement si je rencontre les critères d'inclusion. Je sais aussi que ma participation à cette évaluation n'oblige pas les chercheurs à m'offrir un traitement pour les difficultés identifiées lors de l'évaluation. Si je ne rencontre pas les critères d'inclusion de l'un ou l'autre des projets de recherche sur le traitement des troubles des conduites alimentaires, les chercheurs me suggéreront des endroits où je pourrais obtenir une aide appropriée.
4. J'ai été informé(e) que, dans l'éventualité où les chercheurs m'offriraient le traitement, ils me fourniront alors de plus amples informations sur celui-ci.
5. J'ai été informé(e) que tous les résultats de l'évaluation (questionnaires, entrevue, cassette) seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiés par numéro. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Mon dossier (incluant mes questionnaires remplis ainsi que les entrevues d'évaluation) sera ainsi conservé aux archives pendant 5 ans.
6. Enfin, j'ai été informé(e) que je peux me retirer de la recherche à tout moment sans que cela me cause préjudice.

Signature du participant: _____ Date: _____

Thérapeute/responsable: _____ Date: _____

Évaluation d'une approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles des conduites alimentaires

Audrey Bertrand, Kieron O'Connor, Claude Bélanger, Christo Todorov

Centre de recherche Fernand-Seguin (Unité thématique d'intervention psychologique)
7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, H1N 3V2, (514) 251-4015

**Formulaire de consentement pour un traitement
cognitif-comportemental des troubles des conduites alimentaires**

Chercheurs : Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue, Centre de recherche Fernand-Seguin
Claude Bélanger Ph.D., psychologue, UQAM

Co-chercheur : Audrey Bertrand, B.Sc., Psy.D. (candidate), Université du Québec à Montréal

Description du projet :

Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour les troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale et boulimie). Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines. Le traitement est offert par un(e) psychologue de l'équipe du chercheur nommé ci-dessus. Le traitement consiste à apprendre de nouvelles stratégies pour mieux composer avec les pensées obsessionnelles concernant le poids, la nourriture et l'image corporelle, les comportements malsains face à l'alimentation et les symptômes d'anxiété. Parfois, vous aurez des tâches à accomplir à la maison (ex. : noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.).

Ce traitement n'implique aucune médication. Si vous recevez déjà des médicaments de votre médecin ou de votre psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant la durée du traitement. Nous (l'équipe de recherche) vous demandons de ne pas augmenter la dose ni de modifier le type de médicament sans l'accord de votre médecin ou de votre psychiatre traitant. Si des changements s'avéraient nécessaires, nous vous demandons alors d'avertir votre thérapeute dans les plus brefs délais.

Votre participation comprend d'abord une évaluation psychologique. L'évaluation implique des rencontres où vous aurez à répondre aux questionnaires et aux entrevues administrés par les membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin. Par la suite, la thérapie se déroulera tel que décrit précédemment. Une fois la thérapie terminée, un suivi téléphonique sera assuré pendant six mois. Vous recevrez donc chaque mois un appel téléphonique de votre thérapeute. La durée de chacun des appels sera approximativement de 15 minutes. Également, une rencontre avec un(e) des membres de notre équipe sera prévue au centre de recherche six mois et un an après la fin du traitement.

Pour les besoins de l'étude et avec votre accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de cet enregistrement pourront être écoutées par des psychologues, des psychiatres ou des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.

Tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront codifiés par numéro et traités ainsi de manière tout à fait confidentielle. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin pendant 5 ans. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.

Cette étude a été évaluée par le Comité d'éthique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine qui considère qu'elle répond aux normes de l'éthique morale.

Évaluation d'une approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles des conduites alimentaires

Audrey Bertrand, Kieron O'Connor, Claude Bélanger, Christo Todorov

CONSENTEMENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

-
1. Je, soussigné(e), ai pris connaissance des objectifs du projet de recherche ci-haut mentionnés et j'accepte d'y participer. Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour les troubles des conduites alimentaires.
 2. Je sais que ma participation au projet de recherche implique ce qui suit :
 - 2.1. Il y aura une évaluation psychologique qui comprend des questionnaires et des entrevues administrés par un des membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin.
 - 2.2. Je recevrai un traitement cognitif-comportemental avec un(e) psychologue de l'équipe de recherche. Les traitements consistent à apprendre de nouvelles stratégies pour m'aider à changer mes pensées et mes comportements reliés à mon problème alimentaire. À certains moments, j'aurai des tâches à accomplir à la maison (ex. : noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.). J'aurai également des questionnaires à remplir à la maison à trois reprises durant le traitement (au début, à la moitié et à la fin), ce qui prendra autour d'une ou deux heures à chacune des fois. Ce traitement n'implique aucun médicament.
 - 2.3. Durant les six mois qui suivront la fin du traitement, je recevrai un appel téléphonique par mois de mon thérapeute d'une durée d'environ 15 minutes.
 - 2.4. Il y aura une rencontre de suivi prévue 6 mois et un an après la fin du traitement.
 - 2.5. Si je reçois des médicaments psychotropes de mon médecin ou de mon psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant le traitement. Cependant, je m'engage à ne pas augmenter la dose, ni modifier le type de médicament sans l'accord de mon médecin ou psychiatre et sans en avvertir mon thérapeute (_____). Si je dois modifier la dose d'un médicament (ou que je veux commencer à prendre un nouveau) durant la thérapie, je devrai suspendre ma thérapie pour une période de 3 mois, le temps que l'effet des médicaments soit stabilisé. Je pourrai poursuivre la thérapie par la suite.
 - 2.6. Pour les besoins de l'étude et avec mon accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.

Évaluation d'une approche basée sur les inférences dans le traitement des troubles des conduites alimentaires

Audrey Bertrand, Kieron O'Connor, Claude Bélanger, Christo Todorov

3. J'autorise le chercheur responsable ou les thérapeutes à contacter mon médecin ou psychiatre traitant (_____) afin de discuter de mon traitement et de la prise de médicaments.
4. J'ai été informé(e) que tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiés par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche ont accès aux résultats. Ces derniers seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité. De plus, mon dossier (incluant mes questionnaires remplis ainsi que les entrevues d'évaluation) sera conservé aux archives pendant 5 ans.
5. J'ai été informé(e) qu'une fois la période d'évaluation complétée, je recevrai ensuite un traitement cognitif-comportemental. Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure, qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines.
6. Je comprends que cette étude ne comporte aucun risque pour ma santé physique ou mentale. Cependant, s'il advenait que ma situation par rapport au trouble alimentaire s'aggrave et qu'une thérapie hebdomadaire ne soit plus suffisante pour m'aider, je serai référé à des services plus adaptés à mes besoins (ex.: le programme de jour de l'Institut Douglas).
7. Si je le désire, je peux demander à voir le certificat d'éthique du Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour m'assurer que le projet de recherche auquel je participe est approuvé par cette institution et qu'il est acceptable sur le plan de l'éthique médicale.
8. Enfin, j'ai été informé(e) du fait que je peux me retirer de la recherche à tout moment. Dans ce cas, le chercheur m'aidera à trouver un endroit où je pourrai obtenir l'aide dont j'ai besoin.
9. En cas d'urgence ou si je désire plus de détails concernant l'étude, je peux contacter Kieron O'Connor, responsable du projet, au (514) 251-4015. Si je veux formuler une plainte, je peux m'adresser à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Mme Élise St-Amand au (514) 251-4000 poste 2920.

Signature du participant: _____ Date: _____

Thérapeute/responsable: _____

Signature : _____

Date: _____

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé.	Modérément C'était très déplaisant mais supportable.	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter.
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	battements cardiaques marqués				
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9.	terrifié(e)				
10.	nervosité				
11.	sensation d'étouffement				
12.	tremblements de mains				
13.	tremblements, chancelant(e)				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	respiration difficile				
16.	peur de mourir				
17.	sensation de peur, "avoir la frousse"				
18.	indigestion ou malaise abdominal				
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	rougissement du visage				
21.	transpiration (non associée à la chaleur)				

Inventaire de dépression Beck (BDI II)

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe.

1. 0 Je ne me sens pas triste.
 1 Je me sens très souvent triste.
 2 Je suis tout le temps triste.
 3 Je suis si triste ou si malheureux que ce n'est pas supportable.

2. 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 2 Je m'attends à être puni(e).
 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 1 J'ai perdu confiance en moi.
 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 3 Je ne m'aime pas du tout.

8. 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 2 Je me reproche tous mes défauts.
 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
9. 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 2 J'aimerais me suicider.
 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
 1 Je pleure plus qu'avant.
 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 3 Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.
11. 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12. 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13. 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14. 0 Je pense être quelqu'un de valable.
 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
 2 Je me sens moins valable que les autres.
 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.
15. 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose.
 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16. 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.

- 3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17. 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.
18. 0 Mon appétit n'a pas changé.
1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.
19. 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
20. 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21. 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

THE EATING DISORDER EXAMINATION (12.0) - VERSION FRANÇAISE

INTRODUCTION

CONSIGNES : Après avoir orienté le sujet vers la période de temps présentement évaluée, il est mieux de commencer l'entrevue en demandant un certain nombre de questions d'introduction qui ont pour but d'obtenir une vue d'ensemble des habitudes alimentaires du sujet. Quelques questions appropriées sont suggérées ci-dessous.

À LIRE : Avant de commencer, j'aimerais vous rappeler que tout ce que nous allons discuter aujourd'hui est confidentiel. Votre nom ne sera pas attaché à ce questionnaire, et vous serez identifié par un numéro d'identification personnel. Toutes les données recueillies seront également gardées sous-clé à la clinique. Cette entrevue est à propos de vos habitudes alimentaires des trois derniers mois, c'est à dire (spécifier les trois derniers mois à la participante).

Date de l'entrevue	
Mois 1	
Mois 2	
Mois 3	

INDICE DE MASSE CORPORELLE (POIDS EN KG/GRANDEUR EN M CARRÉ)

	Poids	Âge
Poids le plus élevé comme adulte		
Poids le bas comme adulte		

Combien pesez-vous?	
Combien mesurez-vous?	
IMC	

HABITUDES ALIMENTAIRES

CONSIGNES : Inscrire exactement ce que le sujet dit pour chaque repas et collation, en spécifiant le type d'aliment sélectionné (e.g. pourcentage de matière grasse dans le lait, type de sucre). Tous les détails sont importants puisque le but est de comprendre les pensées qui régissent le choix des aliments et les patrons d'alimentation. Vous devez être capable d'évaluer la consommation calorique quotidienne de la participante (e.g. plus ou moins 1200 calories?).

À LIRE : Pour commencer, j'aimerais avoir une idée générale de vos habitudes alimentaires des 4 dernières semaines. J'aimerais que vous me décriviez ce que vous avez habituellement mangé, dans les quatre dernières semaines, à partir du moment où vous vous levez jusqu'au lendemain.

Déjeuner (repas mangé peu après le levé)	
Collation en avant-midi	
Dîner (repas au milieu de la journée)	
Collation en après-midi	
Souper	
Collation en soirée	

Collation nocturne (une collation peu après être allé dormir)

QUESTIONS D'INTRODUCTION

DEMANDER : Vos habitudes alimentaires varient-elles beaucoup de jour en jour? Si oui, comment et pourquoi?

Décrire :

DEMANDER : Vos habitudes alimentaires diffèrent-elles les jours de semaine des jours de fin de semaine? Si oui, comment et pourquoi?

Décrire :

FREQUENCE DE L'ALIMENTATION

CONSIGNES : Évaluez chaque repas et chaque collation séparément, en acceptant la majorité du temps la classification du sujet (en respectant les directives précédentes). Les repas ou les collations devraient être évalués même s'ils mènent à un empiffrement. Un brunch devrait généralement être classé comme un dîner. Concernant cet article, évaluez plus élevé (allouez une catégorie plus élevée) s'il vous est difficile de choisir entre deux catégories.

DEMANDER : J'aimerais vous interroger à propos de vos comportements alimentaires. Pendant les 4 dernières semaines, lesquels de ces repas ou collations avez-vous mangés sur une base régulière? Par exemple, combien de jours sur sept avez-vous pris chaque repas. (*Demander le nbr de jrs/sem et transformez ce score (x4) pour obtenir un score mensuel. Évaluer le dernier mois seulement.*)

Repas	Nombre de jrs/sem	Nombre de jrs/mois	Code final (0-6)
Déjeuner (repas mangé peu après le levé)			(01)
Collation en avant-midi			(02)
Dîner (repas au milieu de la journée)			(03)
Collation en après-midi			(04)
Souper			(05)
Collation en soirée			(06)
Collation nocturne (ex., une collation consommée peu après être allé dormir)			(07)

CODES

0-Repas ou collation pas mangé (0 jr/mois)

1-(1-5 jrs/mois)

2-Repas ou collation mangé moins que la moitié des jours (6-12 jrs/mois)

3-(13-15 jrs/mois)

4-Repas ou collation mangé plus que la moitié des jours (16-22 jrs/mois)

5-(23-27 jrs/mois)

6-Repas ou collation mangé chaque jour (28 jrs/mois)

RESTRICTION ALIMENTAIRE

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours où le sujet a consciemment tenté de restreindre sa consommation de nourriture que ce soit avec succès ou non. La restriction devrait avoir pour but d'influencer sa silhouette, son poids ou la composition de son corps, même s'il n'est pas nécessaire que cela ait été la seule raison ou la raison principale. Ceci doit représenter des tentatives planifiées de restreindre son alimentation plutôt que des tentatives « sur le moment », comme la décision de résister à une seconde assiette. Évaluer les trois derniers mois.

DEMANDER : Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous consciemment tenté de restreindre ce que vous mangez que ce soit avec succès ou non? L'avez-vous fait dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?

Mois	Nbr de jrs de restriction/mois	Code final (0-6)
Mois 1		(70)
Mois 2		(72)
Mois 3		(71)

CODES*

- 0-Pas de tentative de se restreindre (0 jr/mois)
- 1-(1-5 jrs/mois)
- 2-Tentative de se restreindre moins que la moitié des jours (6-12 jrs/mois)
- 3-(13-15 jrs/mois)
- 4-Tentative de se restreindre plus que la moitié des jours (16-22 jrs/mois)
- 5-(23-27 jrs/mois)
- 6-Tentative de se restreindre tous les jours (28 jrs/mois)

ÉVITEMENT DE LA CONSOMMATION DE NOURRITURE (JEÛNES)

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours où il y a eu 8 heures ou plus d'abstinence de consommer de la nourriture (la soupe ou le lait sont considérés de la nourriture, mais les breuvages en général ne le sont pas) durant les heures de réveil. Il peut être utile d'illustrer la période de temps (e.g. de 9h am à 5h pm). L'abstinence doit avoir été en partie imposée plutôt que due à des circonstances forcées. Elle devrait également avoir pour but d'influencer sa silhouette, son poids ou la composition de son corps, même s'il n'est pas nécessaire que cela ait été la seule raison ou la raison principale. Évaluer les trois derniers mois.

DEMANDER : Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous pour des périodes de 8 heures ou plus, durant les heures de réveil, rien mangé du tout? L'avez-vous fait dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?

Mois	Nbr de jrs de restriction/mois	Code final (0-6)
Mois 1	(38)	(73)
Mois 2	(40)	(75)
Mois 3	(39)	(74)

CODES

- 0-Aucune journée d'évitement (0 jr/mois)
- 1-(1-5 jrs/mois)
- 2-Évitement moins que la moitié des jours (6-12 jrs/mois)
- 3-(13-15 jrs/mois)
- 4-Évitement plus que la moitié des jours (16-22 jrs/mois)
- 5-(23-27 jrs/mois)
- 6-Évitement tous les jours (28 jrs/mois)

ÉPISODES DE BOULIMIE ET AUTRES ÉPISODES D'EMPIFFREMENT

Définition des termes clés/précision

Crise de boulimie objective=grosse quantité de nourriture+sentiment de perte de contrôle

Crise de boulimie subjective=petite quantité de nourriture (perçue comme grosse)+sentiment de perte de contrôle

Empiffrement objectif=grosse quantité de nourriture+ ABSENCE de sentiment de perte de contrôle

Perte de contrôle : L'intervieweur devrait demander au sujet si elle ou lui a ressenti une perte de contrôle en mangeant *au moment* où l'épisode s'est produit. La perte de contrôle peut être évaluée positivement même si l'épisode avait été planifié. Si le sujet utilise des termes comme "poussé à manger" ou "forcé à manger", la perte de contrôle devrait être évaluée comme présente.

Grande quantité de nourriture : La décision de considérer la quantité de nourriture mangée par le sujet comme grande devrait être faite par l'intervieweur et ne requière pas l'accord du sujet. L'adjectif "grande" peut être utilisé en référence à la quantité de n'importe quel aliment ou en référence à la quantité totale de nourriture consommée. *L'intervieweur devrait prendre en considération ce que serait la quantité de nourriture habituellement consommée selon les circonstances.*

Le nombre d'épisodes. Lorsque vient le moment de calculer le nombre d'épisodes d'empiffrement, la façon avec laquelle le sujet décrit les différents épisodes devrait être acceptée, sauf (à l'intérieur d'une période de consommation de nourriture) lorsque le sujet ne mangeait pas pour une heure ou plus. Dans ce cas-là, l'épisode initial devrait être considéré complet. Lorsque vous estimez un laps de temps quelconque, ne calculez pas le temps alloué au vomissement. *Notez que la purgation (se faire vomir ou l'abus de laxatif) n'est pas utilisée pour définir la fin de chaque épisode d'empiffrement.*

ÉVALUATION DES CRISES DE BOULIMIE OBJECTIVES

CONSIGNES : Calculer d'abord le nombre de jours et ensuite le nombre d'épisodes. Mettre 00 s'il y a absence d'orgie objective.

ÉVALUER LA QUANTITÉ :

1. J'aimerais savoir si dans les 4 dernières semaines, il y a eu des moments où vous avez mangé de façon excessive?
2. Chaque personne a sa propre définition de ce qu'est trop manger. Qu'avez-vous mangé exactement durant ces épisodes?

Décrire :

ÉVALUER LA PERTE DE CONTRÔLE :

1. Avez-vous eu l'impression de perdre le contrôle à ce moment-là?
2. Auriez-vous pu arrêter de manger une fois que vous aviez commencé?
3. Auriez-vous pu empêcher l'épisode d'arriver?

Mois	Nbr de jours et nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)	
	Jrs-mois 1	(08)
	Épisodes-mois 1	(09)
	Jrs-mois 2	(11)
	Épisodes-mois 2	(13)
	Jrs-mois 3	(10)
	Épisodes-mois 3	(12)

ÉVALUER L'ABSENCE DE BOULIMIE OBJECTIVE

CONSIGNES : En plus, évaluez la plus longue période continue en semaines où des épisodes de boulimie **objectifs** n'ont pas eu lieu (pas dû à la force des circonstances) dans les 3 derniers mois.

DEMANDER : Y'a-t'il des semaines où vous n'avez pas eu de crises de boulimie? Pendant combien de semaines consécutives n'avez-vous pas eu d'épisodes de boulimie?

Nbr de semaines continues sans orgie dans les 3 derniers mois	(14)
---	------

ÉPISODES DE BOULIMIE ET AUTRES ÉPISODES D'EMPIFFREMENT

Définition des termes clés/précision

Crise de boulimie objective=grosse quantité de nourriture+sentiment de perte de contrôle

Crise de boulimie subjective=petite quantité de nourriture (perçue comme grosse)+sentiment de perte de contrôle

Empiffrement objectif=grosse quantité de nourriture+ ABSENCE de sentiment de perte de contrôle

Perte de contrôle : L'intervieweur devrait demander au sujet si elle ou lui a ressenti une perte de contrôle en mangeant *au moment* où l'épisode s'est produit. La perte de contrôle peut être évaluée positivement même si l'épisode avait été planifié. Si le sujet utilise des termes comme "poussé à manger" ou "forcé à manger", la perte de contrôle devrait être évaluée comme présente.

Grande quantité de nourriture : La décision de considérer la quantité de nourriture mangée par le sujet comme grande devrait être faite par l'intervieweur et ne requière pas l'accord du sujet. L'adjectif "grande" peut être utilisé en référence à la quantité de n'importe quel aliment ou en référence à la quantité totale de nourriture consommée. *L'intervieweur devrait prendre en considération ce que serait la quantité de nourriture habituellement consommée selon les circonstances.*

Le nombre d'épisodes. Lorsque vient le moment de calculer le nombre d'épisodes d'empiffrement, la façon avec laquelle le sujet décrit les différents épisodes devrait être acceptée, sauf (à l'intérieur d'une période de consommation de nourriture) lorsque le sujet ne mangeait pas pour une heure ou plus. Dans ce cas-là, l'épisode initial devrait être considéré complété. Lorsque vous estimez un laps de temps quelconque, ne calculez pas le temps alloué au vomissement. *Notez que la purgation (se faire vomir ou l'abus de laxatif) n'est pas utilisée pour définir la fin de chaque épisode d'empiffrement.*

ÉVALUATION DES CRISES DE BOULIMIE OBJECTIVES

CONSIGNES : Calculer d'abord le nombre de jours et ensuite le nombre d'épisodes. Mettre 00 s'il y a absence d'orgie objective.

ÉVALUER LA QUANTITÉ :

1. J'aimerais savoir si dans les 4 dernières semaines, il y a eu des moments où vous avez mangé de façon excessive?
2. Chaque personne a sa propre définition de ce qu'est trop manger. Qu'avez-vous mangé exactement durant ces épisodes?
Décrire :

ÉVALUER LA PERTE DE CONTRÔLE :

1. Avez-vous eu l'impression de perdre le contrôle à ce moment-là?
2. Auriez-vous pu arrêter de manger une fois que vous aviez commencé?
3. Auriez-vous pu empêcher l'épisode d'arriver?

Mois	Nbr de jours et nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(08)
Épisodes-mois 1	(09)
Jrs-mois 2	(11)
Épisodes-mois 2	(13)
Jrs-mois 3	(10)
Épisodes-mois 3	(12)

ÉVALUER L'ABSENCE DE BOULIMIE OBJECTIVE

CONSIGNES : En plus, évaluez la plus longue période continue en semaines où des épisodes de boulimie objectifs n'ont pas eu lieu (pas dû à la force des circonstances) dans les 3 derniers mois.

DEMANDER : Y'a-t'il des semaines où vous n'avez pas eu de crises de boulimie? Pendant combien de semaines consécutives n'avez-vous pas eu d'épisodes de boulimie?

Nbr de semaines continues sans orgie dans les 3 derniers mois	(14)
---	------

ÉVALUATION DES CRISES DE BOULIMIE SUBJECTIVES

CONSIGNES : Afin de pouvoir considérer les épisodes de boulimie subjectifs, ils doivent avoir été perçus comme impliquant une consommation excessive de nourriture. Calculer d'abord le nombre de jours et ensuite le nombre d'épisodes. Mettre 00 s'il y a absence d'orgie subjective.

ÉVALUER LA QUANTITÉ :

1. Y a-t'il eu des moments où vous avez eu l'impression d'avoir trop mangé, et que les autres étaient en désaccord?
2. Typiquement, qu'avez-vous mangé à ces occasions?

Décrire :

3. Qu'est-ce que les autres mangeaient à ce moment-là?

Décrire :

ÉVALUER LA PERTE DE CONTRÔLE :

1. Avez-vous eu l'impression de perdre le contrôle à ce moment-là?
2. Auriez-vous pu arrêter de manger une fois que vous aviez commencé?
3. Auriez-vous pu empêcher l'épisode d'arriver?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(15)
Épisodes-mois 1	(16)
Jrs-mois 2	(16c)
Épisodes-mois 2	(16d)
Jrs-mois 3	(16a)
Épisodes-mois 3	(16b)

ÉVALUATION DES ÉPISODES D'EMPIFFREMENT OBJECTIFS

CONSIGNES : Calculer d'abord le nombre de jours et ensuite le nombre d'épisodes. Mettre 00 s'il y a absence d'empiffrement objectif.

ÉVALUER LA QUANTITÉ ET LA PERTE DE CONTRÔLE :

1. J'aimerais savoir si dans les 4 dernières semaines, il y a eu des moments où vous avez mangé une grande quantité de nourriture sans sentir que vous perdiez le contrôle?

Si oui, décrire :

2. Et à propos des deux autres mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(17)
Épisodes-mois 1	(18)
Jrs-mois 2	(18c)
Épisodes-mois 2	(18d)
Jrs-mois 3	(18a)
Épisodes-mois 3	(18b)

COMPORTEMENTS PURGATIFS

RESTRICTION ALIMENTAIRE EN DEHORS DES EPISODES BOULIMIQUES

CONSIGNES : Évaluez seulement cet item s'il y a eu des épisodes boulimiques objectifs dans les 3 derniers mois. Posez des questions à propos de la consommation actuelle de nourriture en dehors des épisodes boulimiques objectifs et subjectifs. Évaluez le degré de restriction alimentaire moyen. La restriction alimentaire devrait avoir eu comme but d'influencer la silhouette, le poids ou la composition du corps, même s'il n'est pas nécessaire que cela ait été la seule raison ou la raison principale. Évaluez chacun des 3 derniers mois séparément même s'il n'y a pas eu d'épisode(s) boulimique(s).

DEMANDER :

1. Mis à part les fois où vous avez perdu le contrôle lorsque vous mangiez (faites référence aux épisodes boulimiques objectifs et subjectifs), à quel point limitez-vous la quantité de nourriture que vous mangiez?
2. Typiquement, qu'aviez-vous mangé?
Décrire :
3. Était-ce pour modifier votre silhouette ou votre poids?
4. Et à propos des 2 autres mois?

CODES

0 - Pas de restriction extrême en dehors des épisodes boulimiques objectifs

1 - Restriction extrême en dehors des épisodes boulimiques objectifs (exemple: consommation d'énergie réduite (< 1,200 kilojoules) causée par une consommation de nourriture infréquente et/ou une consommation d'aliments faibles en calories)

2 - Pas de consommation de nourriture en dehors des épisodes boulimiques objectifs (exemple: jeûne)

Mois	Code (0, 1 ou 2)
Mois 1	(21)
Mois 2	(20)
Mois 3	(19)

SE FAIRE VOMIR

CONSIGNES : 1. Évaluez le nombre de jours où il y a eu un ou plusieurs épisodes où le sujet s'est fait vomir afin de contrôler sa silhouette, son poids, ou la composition de son corps. Allouez 00 s'il n'y a pas eu de vomissement. 2. Évaluez le nombre d'épisodes indépendant où le sujet s'est fait vomir. Acceptez la définition du sujet en ce qui concerne un épisode. Allouez 000 s'il n'y a pas eu de vomissement. Demander pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, vous êtes-vous fait vomir afin de contrôler votre silhouette ou votre poids?
2. Combien de jours?
3. Combien d'épisodes par jour?
4. Et à propos des 2 autres mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(22)
Épisodes-mois 1	(23)
Jrs-mois 2	(25a)
Épisodes-mois 2	(25)
Jrs-mois 3	(24a)
Épisodes-mois 3	(24)

ABUS DE LAXATIFS

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours où des laxatifs ont été pris dans le but de contrôler la silhouette, le poids ou la composition du corps. Ceci devrait être la raison *principale* mais pas nécessairement la seule raison. Allouez 000 si le sujet n'a pas utilisé de laxatifs ou s'il y a des doutes face aux raisons pour lesquelles le sujet a utilisé des laxatifs (afin d'influencer sa silhouette, son poids, ou la composition de son corps. Allouez 777 si non quantifiable (e.g. consommation de son). Demander pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous utilisé des laxatifs afin de contrôler votre silhouette ou votre poids?
2. Combien de jours par mois?
3. Combien de fois par jours (épisodes)?
4. Type de laxatif?
5. Nombre de comprimés par occasion?
6. Et à propos des 2 autres mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(26)
Épisodes-mois 1	(27)
Type	(29)
Nombre de comprimés par occasion	(28)
Jrs-mois 2	(31a)
Épisodes-mois 2	(31)
Type	
Nombre de comprimés par occasion	(31b)
Jrs-mois 3	(30a)
Épisodes-mois 3	(30)
Type	
Nombre de comprimés par occasion	(30b)

ABUS DE DIURETIQUES

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours et d'épisodes où des diurétiques ont été pris dans le but de contrôler la silhouette, le poids, ou la composition du corps. Ceci devrait avoir été la raison *principale* mais pas nécessairement la seule raison. Allouez 00 si il n'y a pas eu d'utilisation de diurétiques ou s'il y a un doute que les diurétiques ont été pris principalement pour influencer la silhouette, le poids, ou la composition du corps. Allouez 777 si non quantifiable (e.g. prise de café). Demander pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous utilisé des diurétiques afin de contrôler votre silhouette ou votre poids?
2. Combien de jours par mois?
3. Combien de fois par jours (épisodes)?
4. Type de diurétique?
5. Nombre de comprimés par occasion?
6. Et à propos des 2 autres mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(32)
Épisodes-mois 1	(33)
Type	(35)
Nombre de comprimés par occasion	(34)
Jrs-mois 2	(37a)
Épisodes-mois 2	(37)
Type	

Nombre de comprimés par occasion	(37b)
Jrs-mois 3	(36a)
Épisodes-mois 3	(36)
Type	
Nombre de comprimés par occasion	(36b)

ABUS D'ANOREXIGÈNES

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours et d'épisodes où des anorexigènes ont été pris. Allouez 00 s'il n'y a pas eu d'utilisation d'anorexigènes. Demander pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

7. Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous utilisé des anorexigènes (pilules pour maigrir)?
8. Combien de jours par mois?
9. Combien de fois par jours (épisodes)?
10. Type d'anorexigène?
11. Nombre de comprimés par occasion?
12. Et à propos des 2 autres mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(64)
Épisodes-mois 1	(65)
Type	(67)
Nombre de comprimés par occasion	(66)
Jrs-mois 2	(69a)
Épisodes-mois 2	(69)
Type	
Nombre de comprimés par occasion	(69b)
Jrs-mois 3	(68a)
Épisodes-mois 3	(68)
Type	
Nombre de comprimés par occasion	(68b)

EXERCICE INTENSE AFIN DE CONTRÔLER LA SILHOUETTE OU LE POIDS

CONSIGNES : Évaluez le nombre de jours où le sujet a entrepris de l'exercice *intense* qui avait pour but *principalement* de brûler des calories ou changer la silhouette, changer le poids, ou la composition du corps. Le fait de décider si l'exercice était "intense" ou non devrait être fait par l'interviewer. S'il y a un doute, l'exercice ne devrait pas être classé comme intense. Allouez 00 s'il n'y a pas eu d'exercice. Évaluez le temps moyen (en minutes) par jour où le sujet a fait de l'exercice de cette façon. Considérez seulement les jours où le sujet a fait de l'exercice. Allouez 00 s'il n'y a pas eu d'exercice. Demander pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous fait de l'exercice afin de contrôler votre poids, changer votre silhouette, quantité de gras ou brûler des calories?
2. Typiquement, quelle sorte d'exercice avez-vous faite?
Décrire :
3. Combien de jours par mois?
4. Combien de minutes chaque fois?
5. À propos des 2 derniers mois?

Mois	Nbr de jours ou nbr d'épisodes par mois (maximum 28 jours)
Jrs-mois 1	(41)
Épisodes-mois 1	(41a)
Temps moyen en minutes par occasion	(42)
Jrs-mois 2	(44)
Épisodes-mois 2	(44a)
Temps moyen en minutes par occasion	(44b)
Jrs-mois 3	(43)
Épisodes-mois 3	(43a)
Temps moyen en minutes par occasion	(43b)

CRACHER LA NOURRITURE

DEMANDER :

1. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous mâché de la nourriture et l'avez ensuite crachée afin de ne pas l'absorber ou la digérer?
2. Qu'avez-vous mâché exactement?
3. Et à propos des 2 autres mois?

Mois	Nbr de jrs/épisodes de mâcher-cracher/mois	Code final (0-6)
Jrs-mois 1	(60)	
Épisodes-mois 1	(61)	
Jrs-mois 2	(63a)	
Épisodes-mois 2	(63)	
Jrs-mois 3	(62a)	
Épisodes-mois 3	(62)	

CODES*

- 0-Aucune journée de mâcher-cracher (0 Jr/mois)
- 1-(1-5 jrs/mois)
- 2-Crache la nourriture que la moitié des jours (6-12 jrs/mois)
- 3-(13-15 jrs/mois)
- 4-Crache la nourriture plus que la moitié des jours (16-22 jrs/mois)
- 5-(23-27 jrs/mois)
- 6-Crache la nourriture tous les jours (28 jrs/mois)

L'ABSTINENCE DE COMPORTEMENTS EXTRÊMES VISANT À CONTRÔLER LE POIDS

CONSIGNES : Demandez seulement cette question si au moins une des principales formes de comportements visant à contrôler le poids a été évalué positivement au niveau de sévérité. Vérifiez le nombre de semaines consécutives depuis les 3 derniers mois où il n'y a "pas eu" (pas au dessus du seuil proposé) aucune des cinq formes de comportements extrêmes dans le but de contrôler le poids. N'évaluez pas l'abstinence due à la force des circonstances. Allouez 99 si non applicable.

DEMANDER :

1. Y'a-t'il des semaines où vous n'avez pas eu de... (jeûner// se faire vomir// abus de laxatifs// abus de diurétiques// exercice excessif//anorexigènes//mâcher-cracher)? Demandez pour chaque article individuellement.
2. Pendant combien de semaines consécutives n'avez-vous pas eu de (jeûner// se faire vomir// abus de laxatifs// abus de diurétiques// exercice excessif//anorexigènes//mâcher-cracher)? Demandez pour chaque article individuellement?

Nombre de semaines consécutives sans cpts compensatoires	(45)
--	------

IMPORTANCE DE LA SILHOUETTE

CONSIGNES : Évaluez le niveau d'importance alloué par le sujet en ce qui concerne la silhouette et sa position dans son plan d'autoévaluation. Afin de bien évaluer cet aspect, des comparaisons peuvent être faites avec d'autres aspects de la vie du sujet qui sont importants dans son plan d'autoévaluation (ex.: la qualité des relations avec les autres, être un parent, la performance au travail, ou les loisirs). L'évaluation devrait représenter la *moyenne* pour le mois entier. N'incitez pas le sujet avec des termes comme "peu", "modérément", ou "suprême". Si le sujet a classé la silhouette et le poids comme ayant une importance suprême équivalente, allouez 6 pour cet article et pour "importance du poids".

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, est-ce que votre silhouette a affecté de façon importante la manière dont vous vous percevez comme personne (juger, penser, évaluer)?
2. Si vous imaginez des choses qui peuvent influencer la façon dont vous vous percevez (juger, penser, évaluer)- comme votre performance au travail, être un parent, votre mariage, la façon dont vous vous comportez avec les autres- et vous les placez en ordre d'importance sur une échelle de 0 à 6, où 0 est la chose qui vous influence le moins et 6 ce qui vous influence le plus, où situeriez-vous votre silhouette?
3. Si pendant les 4 dernières semaines votre silhouette avait changé de quelque façon que ce soit, est-ce que cela aurait affecté l'opinion que vous avez de vous-même?
4. Est-ce important pour vous que votre silhouette ne change pas?
5. Et à propos des 2 derniers mois?

MOIS	CODE (0 À 6)
Mois 1	(46)
Mois 2	(48)
Mois 3	(47)

CODES

0-Pas d'importance

1-

2-Peu d'importance (définitivement un aspect de l'autoévaluation)

3-

4-Importance modérée (définitivement un des aspects importants de l'autoévaluation)

5-

6-Importance suprême (rien n'est plus important dans l'autoévaluation du sujet)

IMPORTANCE DU POIDS

CONSIGNES : Évaluez le degré d'importance accordé par le sujet en ce qui concerne le poids et sa position dans le plan d'autoévaluation du sujet. Afin d'effectuer cette évaluation, des comparaisons peuvent être faites avec d'autres aspects de la vie du sujet qui sont importants dans son plan d'autoévaluation (ex.: la qualité des relations, être un parent, la performance au travail, ou les loisirs). L'évaluation devrait représenter la *moyenne* pour le mois au complet. N'incitez pas le sujet avec des termes comme "peu", "modérément", ou "suprême". Si le sujet a évalué le poids et la silhouette comme étant d'importance suprême équivalente, allouez 6 pour les deux articles.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, est-ce que votre poids a affecté de façon importante la manière dont vous vous percevez comme personne (juger, penser, évaluer)?
2. Si vous imaginez des choses qui peuvent influencer la façon dont vous vous percevez (juger, penser, évaluer)- comme votre performance au travail, être un parent, votre mariage, la façon dont vous vous comportez avec les autres- et vous les placez en ordre d'importance sur une échelle de 0 à 6, où 0 est la chose qui vous influence le moins et 6 ce qui vous influence le plus, où situeriez-vous votre poids?
3. Si pendant les 4 dernières semaines votre poids avait changé de quelque façon que ce soit, est-ce que cela aurait affecté l'opinion que vous avez de vous-même?
4. Est-il important pour vous que votre poids ne change pas?

5. Et à propos des 2 derniers mois?

MOIS	CODE (0 à 6)
Mois 1	(49)
Mois 2	(51)
Mois 3	(50)

CODES

0-Pas d'importance

1-

2-Peu d'importance (définitivement un aspect de l'autoévaluation)

3-

4- Importance modérée (définitivement un des aspects importants de l'autoévaluation)

5-

6-Importance suprême (rien n'est plus important dans l'autoévaluation du sujet)

PEUR DE PRENDRE DU POIDS

CONSIGNES : Raccourcissez la question si le sujet fait manifestement de l'embonpoint. Évaluez le nombre de jours où le sujet a ressenti une peur déterminée. Excluez les réactions à une prise de poids réelle. Demandez pour les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, avez-vous eu peur de prendre du poids (ou de devenir gros)?
2. Et à propos des 2 derniers mois?

Mois	Nbr de jrs/mois	Code final (0-6)
Mois 1		(52)
Mois 2		(54)
Mois 3		(53)

CODES

0-Pas de peur déterminée de grosseur ou de prise de poids (0 jr/mois)

1-(1-5 jrs/mois)

2-Peur déterminée de grosseur ou de prise de poids présente moins que la moitié des jours (6-12 jrs/mois)

3-(13-15 jrs/mois)

4-Peur déterminée de grosseur ou de prise de poids présente plus que la moitié des jours (16-22 jrs/mois)

5-23-27 jrs/mois)

6-Peur déterminée de grosseur ou de prise de poids présente tous les jours (28 jrs/mois)

SENTIMENT D'ÊTRE GROS(SE)

CONSIGNES : Omettez cet article si le sujet fait manifestement de l'embonpoint et allouez un 7. Évaluez le nombre de jours où le sujet s'est "sentie grosse" en acceptant l'utilisation de cette expression par le sujet. Faites la distinction entre se sentir grosse et se sentir gonflée dû à une phase prémenstruelle, sauf si ceci est quand même vécu comme le sentiment d'être grosse. Évaluez les 3 derniers mois.

DEMANDER :

1. Pendant les 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie grosse?
2. Et à propos des 2 derniers mois?

Mois	Nbr de jrs/mois	Code final (0-6)
Mois 1		(55)
Mois 2		(57)
Mois 3		(56)

CODES

- 0-Ne s'est pas senti(e) gros(se) (0 jr./mois)
- 1-(1-5 jrs./mois)
- 2-S'est senti(e) gros(se) moins que la moitié des jours (6-12 jrs./mois)
- 3-(13-15 jrs./mois)
- 4-S'est senti(e) gros(se) plus que la moitié des jours (16-22 jrs./mois)
- 5-(23-27 jrs./mois)
- 6-S'est senti(e) gros(se) tous les jours (28 jrs./mois)

TENTER DE MAINTENIR UN POIDS FAIBLE/TENTER DE DIMINUER SON POIDS

CONSIGNES : Évaluez pour les sujets qui peuvent être trop maigre. Si le poids du sujet est bas, évaluez la présence de situations où le sujet a tenté de perdre du poids ou d'éviter la prise de poids.

DEMANDER : Pendant les 3 derniers mois, avez-vous tenté de perdre du poids? Si non: Vous êtes-vous assuré de ne pas prendre du poids?

	CODE FINAL (0, 1 ou 2)
Tentative perdre/maintenir du poids pour les 3 derniers mois	(58)

CODES

- 0-Le sujet n'a pas tenté de perdre du poids ou d'éviter de prendre du poids dans les 3 derniers mois
- 1-Le sujet a tenté de perdre du poids ou d'éviter de prendre du poids dans les 3 derniers mois pour des raisons reliées à la silhouette ou au poids.
- 2-Le sujet a tenté de perdre du poids ou d'éviter de prendre du poids dans les 3 derniers mois pour d'autres raisons

MIENSTRUATIONS

CONSIGNES : Évaluez le nombre de périodes de menstruation dans les 3 derniers mois. Allouez 99 si le sujet est dans sa ménopause ou si le sujet est enceinte ou allaite.

DEMANDER :

1. Y-a-t-il eu des mois où vous n'avez pas eu vos règles dans les derniers mois?
2. Dans les trois derniers mois, combien de fois avez-vous été menstruée?
3. Prenez-vous des contraceptifs oraux?
4. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous?

Nombre de cycles menstruels dans les 3 derniers mois	(59)
--	------

CHRONICITÉ

CONSIGNES : Après avoir complété le questionnaire « ED History », indiquer ici le nombre de mois écoulés entre le début du trouble alimentaire et le moment de l'entrevue. Faites le calcul en vous servant des âges de début et actuel (ou à la rémission).

Âge de début du trouble alimentaire	
Âge actuel (ou à la rémission)	
Nombre de mois écoulés depuis l'apparition du TA (chronicité)	

DIAGNOSTIQUE FINAL

Préciser le dx retenu: _____

Eating Disorder Inventory – 2

Par David M. Garner, version française obtenue par Psychological Assessment Resources

Nom: _____

Âge: _____

État civil : Marié(e)
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Célibataire
 Veuf(ve)

Profession : _____

A. Poids actuel : _____ kilos ou _____ livres

B. Taille : _____ cm ou _____ pied-pouces

C. Poids le plus élevé dans le passé (à l'exception des grossesses) : _____ kilos ou _____ livres
Quand avez-vous atteint ce poids pour la première fois?
Il y a _____ semaine(s), mois, année(s)
Pendant combien de temps avez-vous gardé ce poids?
Pendant _____ semaine(s), mois, année(s)

D. Poids le plus bas à l'âge adulte : _____ kilos ou _____ livres
Quand avez-vous atteint ce poids pour la première fois?
Il y a _____ semaine(s), mois, année(s)
Pendant combien de temps avez-vous gardé ce poids?
Pendant _____ semaine(s), mois, année(s)

E. Quel poids avez-vous maintenu le plus longtemps : _____ kilos ou _____ livres
À quel âge avez-vous atteint ce poids pour la première fois? à _____ ans

F. Quelle a été votre perte de poids la plus importante? : _____ kilos ou _____ livres
Avez-vous perdu ce poids volontairement? oui non
Jusqu'à quel poids êtes-vous descendu(e)? : _____ kilos ou _____ livres
À quel âge avez-vous atteint ce poids? : à _____ ans

G. Quel serait votre poids, selon vous, si vous n'essayiez pas de le contrôler?: kilos ou livres

H. Quel poids souhaiteriez-vous avoir actuellement? _____ kilos ou _____ livres

I. À quel âge avez-vous connu vos premiers problèmes de poids (si vous en avez)? : à _____ ans

Les questions suivantes portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement.
Certaines ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernant
les sentiments que vous éprouvez à votre sujet.

Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous : toujours, en général, souvent, quelquefois, rarement ou jamais, et mettez une croix dans la case correspondante.

Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place. Ne tenez pas compte des chiffres inscrits dans les cases et cochez dans la colonne qui vous représente.

N'effacez pas! Si vous voulez modifier une réponse, tracez une autre croix sur la bonne réponse et ensuite entourez-la.

	Toujours	En général	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
1- Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte						
2- Je trouve mon ventre trop gros						
3- J'aimerais pouvoir retrouver la sécurité de l'enfance						
4- Je mange lorsque je suis ému(e)/ bouleversé(e)/ contrarié(e)						
5- Je me gave de nourriture						
6- J'aimerais pouvoir être plus jeune						
7- Je pense à faire un régime alimentaire						
8- J'ai peur quand mes sentiments sont trop intenses						
9- Je trouve mes cuisses trop grosses						
10- Je me sens inefficace						
11- Je me sens extrêmement coupable quand j'ai trop mangé						
12- Je trouve que mon ventre est juste de la bonne taille						
13- Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille						
14- La période la plus heureuse de la vie, c'est quand on est enfant						
15- Je montre ouvertement des sentiments						
16- J'ai très peur de prendre du poids						

17- Je fais confiance aux autres						
18- Je me sens seul(e) au monde						
19- Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette)						
20- Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses dans ma vie						
21- J'ai de la difficulté à reconnaître mes émotions						
22- Je préfère être un adulte plutôt qu'un enfant						
23- Je peux facilement communiquer avec autrui						
24- J'aimerais être quelqu'un d'autre						
25- J'exagère l'importance du poids						
26- Je peux clairement identifier les émotions que je ressens						
27- Je me sens inadéquat(e)						
28- J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter						
29- Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants						
30- J'ai des relations proches avec les gens						
31- J'aime bien la forme de mes fesses						
32- Je suis préoccupé(e) par le désir d'être plus mince						
33- Je ne sais pas ce qui se passe en moi						
34- J'ai du mal à exprimer mes émotions à autrui						
35- Les exigences de l'âge adulte sont trop élevées						
36- Je déteste ne pas être parmi les meilleur(e)s dans tout ce que j'entreprends						
37- Je me sens sûr(e) de moi						
38- Je pense à faire des frénésies de crise alimentaire						
39- Je suis heureux(se) de ne plus être un enfant						
40- Je ne peux pas savoir clairement si j'ai faim ou non						
41- J'ai une mauvaise opinion de moi-même						
42- J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions						
43- Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes						

performances						
44- J'ai peur de perdre le contrôle de mes sentiments						
45- Je trouve mes hanches trop larges						
46- Je mange modérément en présence des autres et me gave après leur départ						
47- Je me sens bouffi(e) et/ou ballonné(e) après un repas normal						
48- J'ai l'impression que c'est pendant l'enfance que les gens sont le plus heureux						
49- Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids						
50- Je me sens quelqu'un de valable						
51- Quand je suis ému(e), je ne sais plus si je suis triste, effrayé(e) ou en colère						
52- Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout						
53- J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids						
54- J'ai besoin de maintenir les autres à une certaine distance (et me sens mal à l'aise si quelqu'un essaie de trop se rapprocher de moi)						
55- Je trouve mes cuisses juste de la bonne taille						
56- Je me sens vide intérieurement (émotionnellement)						
57- Je peux évoquer mes pensées ou mes sentiments personnels						
58- On vit ses meilleures années quand on devient adulte						
59- Je trouve mes fesses trop grosses						
60- J'ai des sentiments que je ne peux pas identifier tout à fait						
61- Je mange ou bois en cachette						
62- Je trouve mes hanches juste de la bonne taille						
63- Mes objectifs sont extrêmement élevés						
64- Quand je suis bouleversé(e), j'ai peur de me mettre à manger						
65- Les gens que j'aime vraiment finissent par me décevoir						
66- J'ai honte de mes faiblesses humaines						
67- Les autres diraient que je suis émotionnellement instable						

68- J'aimerais contrôler totalement les besoins de mon corps						
69- Je me sens détendu(e) dans la plupart des situations de groupe						
70- Je dis des choses impulsivement et le regrette ensuite						
71- Je me donne beaucoup de mal pour éprouver du plaisir						
72- Je dois faire attention à ma tendance à abuser de substances telles que des médicaments ou d'autres drogues						
73- Je suis sociable avec la plupart des gens						
74- Je me sens piégé(e) dans les relations						
75- Les privations que je m'impose me renforcent spirituellement						
76- Les gens comprennent mes vrais problèmes						
77- Je ne parviens pas à me débarrasser de pensées étranges						
78- Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale						
79- J'ai tendance à faire des éclats de colère ou de rage						
80- J'ai l'impression que les gens m'accordent l'estime que je mérite						
81- Je dois faire attention à ma tendance à abuser de l'alcool						
82- Je crois que se détendre n'est qu'une perte de temps						
83- On dit que je m'énerve facilement						
84- J'ai l'impression d'être perdant(e) partout						
85- J'éprouve d'importantes sautes d'humeur						
86- Je suis gêné(e) par mes besoins corporels						
87- Je préfère rester seul(e) qu'être en compagnie						
88- La souffrance rend meilleur(e)						
89- Je sais qu'on m'aime						
90- Je me sens poussé(e) à faire du mal aux autres ou à moi-même						
91- J'ai l'impression de vraiment savoir qui je suis						

4 Veuillez évaluer dans quelle mesure l'inférence suivante est probable (en %):

Date							
Jour							
Cote							

5 Veuillez évaluer dans quelle mesure l'inférence suivante est probable (en %):

Cote							
------	--	--	--	--	--	--	--

6 Veuillez évaluer dans quelle mesure c'est réaliste pour vous (en %):

Date							
Jour							
Cote							

7 Veuillez évaluer dans quelle mesure c'est réaliste pour vous (en %):

Cote							
------	--	--	--	--	--	--	--

Échelles cliniques

Échelle d'efficacité personnelle

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer dans quelle mesure vous vous croyez apte à résister aux compulsions suivantes :

	Pré	Mi	Post
1. _____	___	___	___
2. _____	___	___	___
3. _____	___	___	___
4. _____	___	___	___
5. _____	___	___	___
6. _____	___	___	___
7. _____	___	___	___
8. _____	___	___	___
9. _____	___	___	___
10. _____	___	___	___

Échelle d'évaluation des inférences primaires

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer dans quelle mesure les inférences décrites sont probables.

	Pré	Mi	Post
1. _____	___	___	___
2. _____	___	___	___
3. _____	___	___	___
4. _____	___	___	___
5. _____	___	___	___
6. _____	___	___	___
7. _____	___	___	___
8. _____	___	___	___
9. _____	___	___	___
10. _____	___	___	___

Échelle d'évaluation des inférences secondaires

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer dans quelle mesure les inférences décrites sont réalistes, si vous n'accomplissez pas vos compulsions.

	Pré	Mi	Post
1. _____	___	___	___
2. _____	___	___	___
3. _____	___	___	___
4. _____	___	___	___
5. _____	___	___	___
6. _____	___	___	___
7. _____	___	___	___
8. _____	___	___	___
9. _____	___	___	___
10. _____	___	___	___

Échelle d'évaluation du degré de conviction

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer jusqu'à quel point vous êtes convaincu qu'il est nécessaire de faire les compulsions suivantes :

	Pré	Mi	Post	
1. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
2. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
3. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
4. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
5. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
6. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
7. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
8. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
9. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)
10. _____	___	___	___	(en contexte) (hors contexte)

L'Échelle d'idées surévaluées

Complétez les questions suivantes à propos des obsessions et/ou des compulsions que le patient rapporte comme étant applicables, en moyenne, dans la **dernière semaine incluant aujourd'hui**.

Énumérez la croyance principale que le patient a eue dans la dernière semaine. Elle devrait être celle qui est associée avec la plus grande détresse ou détérioration dans le fonctionnement social et professionnel du patient tel qu'observé par l'évaluateur (e.g., Si je me sens pleine après avoir mangé, je suis en train de prendre du poids; Je vais devenir grosse si je mange normalement ou si je ne me fais pas vomir; Je dois vérifier mon poids très souvent sinon je vais prendre du poids). Les cotes devraient refléter les croyances du patient (e.g., jusqu'à quel point le patient perçoit-il que sa croyance est raisonnable, jusqu'à quel point le patient croit-il que les compulsions sont efficaces pour prévenir les conséquences craintes, etc.). **Énumérez seulement une croyance qui est reliée au Trouble Alimentaire. Cotez tous les items selon votre évaluation de la croyance du patient. Vous pouvez utiliser les trois questions fournies sous chaque catégorie pour évaluer des aspects variés de la croyance, e.g. la force, le caractère raisonnable.**

Décrivez la croyance principale ci-dessous:

À mesure que vous cotez le patient sur chacun des items, incorporez la croyance spécifique du patient, e.g. Jusqu'à quel point votre croyance que vous allez prendre du poids si vous vous sentez pleine est forte?

1) Force de la croyance

Durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

Jusqu'à quel point croyez-vous que ___ est vrai?

Jusqu'à quel point êtes vous certain/convaincu que la croyance est vraie?

Est-ce que votre croyance peut être 'ébranlée' si elle est défiée par vous ou quelqu'un d'autre?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu convaincu de la croyance		Peu convaincu de la croyance		Moins convaincu que plus	Plus convaincu que moins		Plutôt convaincu de la croyance		Très convaincu de la croyance

2) L'aspect raisonnable de la croyance

Dans la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

Jusqu'à quel point considérez-vous que votre croyance est raisonnable?

Est-ce que votre croyance est justifiée ou rationnelle?

Est-ce que la croyance est logique ou semble raisonnable?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait déraisonnable		Plutôt déraisonnable		Plus déraisonnable que raisonnable	Plus raisonnable que déraisonnable		Plutôt raisonnable		Tout à fait raisonnable

3) Le degré le plus faible de conviction en la croyance dans la dernière semaine

Dans la dernière semaine, quel était le degré le plus faible de conviction pour votre croyance?

Jusqu'à quel point votre croyance est-elle devenue faible dans la dernière semaine?

Y a-t-il eu des moments durant la dernière semaine où vous avez douté de votre croyance, même pour un bref moment, que ___ était vrai? Si oui, dites moi en plus à ce sujet?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu convaincu de la croyance		Peu convaincu de la croyance		Moins convaincu que plus	Plus convaincu que moins		Plutôt convaincu de la croyance		Très convaincu de la croyance

4) Le degré le plus fort de la croyance dans la dernière semaine

Dans la dernière semaine, quel était le degré le plus fort de conviction pour votre croyance? Jusqu'à quel point votre croyance est-elle devenue forte? Jusqu'à quel point avez-vous été certain(e)/convaincu(e) de votre croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très convaincu de la croyance	Peu convaincu de la croyance	Moins convaincu que plus	Plus convaincu que moins	Plutôt convaincu de la croyance	Très convaincu de la croyance				

5) Justesse de la croyance

Durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

Jusqu'à quel point croyez-vous que votre croyance est juste? Jusqu'à quel point croyez-vous que votre croyance est exacte? Jusqu'à quel point votre croyance est-elle erronée?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait inexacte	Plutôt inexacte	Plus inexacte qu'exacte	Plus exacte qu'inexacte	Plutôt exacte	Tout à fait exacte				

6) Degré d'adhérence par les autres

Jusqu'à quel point est-il vraisemblable selon vous que les gens dans la population en général (dans la communauté, la province, le pays, etc.) aient les mêmes croyances? Jusqu'à quel point ces autres personnes sont-elles d'accord avec votre croyance? Jusqu'à quel point les autres partagent-ils votre croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plus en désaccord qu'en accord	Plus en accord qu'en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait en accord				

7) Attribution des visions différentes des autres
 Est-ce que les autres partagent la même croyance que vous? Oui ____ (répondre question 7a) Non ____ (répondre à 7b)

7a) Considérez que les autres possèdent la même croyance

Depuis que vous pensez que les autres sont d'accord avec votre croyance, est-ce que vous pensez qu'ils sont aussi bien informés que vous à propos de cette croyance? Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres sont aussi bien informés à propos de la croyance que vous l'êtes? Est-ce que vous croyez que les autres ont autant d'information que vous à propos de cette croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait mal informés	Plutôt mal informés	Plutôt mal informés	Moins bien informés	Moins bien informés	Mieux informés que moins bien informés	Mieux informés que moins bien informés	Plutôt bien informés	Plutôt bien informés	Tout à fait bien informés

7b) Considérez que les autres entretiennent une croyance différente

Depuis que vous pensez que les autres sont en désaccord avec vous, pensez-vous qu'ils sont moins bien informés que vous à propos de cette croyance? Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres sont moins bien informés à propos de la croyance que vous l'êtes? Croyez-vous que les autres ont moins d'information que vous à propos de cette croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait mal informés	Plutôt mal informés	Plutôt mal informés	Moins bien informés	Moins bien informés	Mieux informés que moins bien informés	Mieux informés que moins bien informés	Plutôt bien informés	Plutôt bien informés	Tout à fait bien informés

8) Efficacité des compulsions

Dans la dernière semaine, incluant aujourd'hui, jusqu'à quel point les compulsions/comportements ritualisés sont-ils efficaces pour prévenir des conséquences négatives autres que l'anxiété? Vos compulsions sont-elles d'une utilité quelconque pour arrêter la conséquence anticipée?

Est-ce possible que vos compulsions ne puissent pas aider à prévenir les conséquences négatives?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait inefficace	Plutôt inefficace	Plutôt inefficace	Plus inefficace qu'efficace	Plus inefficace qu'efficace	Plus efficace qu'inefficace	Plus efficace qu'inefficace	Plutôt efficace	Plutôt efficace	Tout à fait efficace

9) Prise de conscience

Jusqu'à quel point pensez-vous qu'un trouble vous a occasionné cette croyance?

Qu'elle est la probabilité que vos croyances soient dues à des raisons psychologiques ou psychiatriques?

Est-ce que vous pensez que votre croyance est due à un trouble?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait probable		Plutôt probable		Plus probable qu'improbable	Plus improbable que probable		Plutôt improbable		Tout à fait improbable

10) Force de résistance

Combien d'énergie mettez-vous à rejeter votre croyance?

Jusqu'à quel point essayez-vous de changer votre croyance?

Est-ce que vous tentez de résister à votre croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Résistance totale		Beaucoup de résistance que moins		Plus de résistance que plus	Moins de résistance		Peu de résistance		Aucune résistance

11) Durée de la croyance

a) Depuis que vous avez cette croyance, a-t-elle jamais fluctué?

Si oui, durant quelle période de temps?

Cochez un des items suivants:

1. _____ Jour 2. _____ Semaine 3. _____ Mois 4. _____ Année

b) En rétrospective, depuis combien de temps avez-vous entretenu cette croyance particulière?

Cochez un des items suivants:

1. _____ Jour 2. _____ Semaine 3. _____ Mois 4. _____ Année

CENTRE DE RECHERCHE
FERNOND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine
 Bonjour _____ :

M.

Mme _____ est intéressé(e) à participer au projet de
recherche sur les **TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES**. La
première étape est l'évaluation téléphonique avec toi.

Je te remets l'entrevue aujourd'hui le _____

et Monsieur/Madame s'attend à être contacté(e) avant le _____.

Merci de ta collaboration!

Appel fait le	Résultat	Commentaires

Présentation : Je travaille dans l'équipe de Kieron O'Connor. Êtes-vous dans un endroit où vous pouvez parler facilement ? Je vous appelle pour déterminer si les problèmes auxquels vous faites face correspondent à ceux traités dans le cadre de notre programme. Je vais vous poser une série de questions qui vont m'aider à déterminer cela.

A] Détails

Adresse:

1. *Nom:* _____

2. *Téléphone:* (____) _____ - _____ (m) message OK
(____) _____ - _____ (b)

3. *Personne à contacter en cas d'urgence :* _____
Tél: (____) _____ - _____

4. *Nom du père:* _____

5. *Nom de la mère:* _____

6. *No d'assurance maladie* _____ *expiration:*

7. *Sexe:*

F M

8. *Âge:* _____

Date de naissance: ___/___/___

9. *Disponibilité pour participer au projet*

10. *Référé par:*

Journal,
lequel? _____

Médecin, si oui, qui?

 Tiers, qui?

 Autre, spécifiez:

11. *Buts de l'appel:*

renseignements

curiosité

demande d'aide

ÉVALUATION DU TROUBLE ALIMENTAIRE ACTUEL

Pourriez-vous nous décrire votre alimentaire lors d'une journée typique? (ex. : hier)

Déjeuner _____

Dîner _____

Souper _____

Collations _____

Faites-vous des jeûnes? oui non Pendant combien de temps? _____

Est-ce que ça vous arrive de consommer une grande quantité de nourriture en peu de temps? oui non À quelle fréquence? _____

Si oui, pouvez-vous nous décrire un de ces épisodes

Orgie alimentaire objective (selon l'évaluateur)? oui non

Est-ce que durant ces épisodes vous ressentez la perte de contrôle? oui non

Vous faites vomir? oui non À quelle fréquence? _____

Avez des rituels par rapport à votre alimentation? (par exemple, couper votre nourriture en petits morceaux, empêcher vos aliments de se toucher dans votre assiette, etc.)

oui non Lesquels? _____

Prenez des laxatifs et/ou des diurétiques? oui non À quelle fréquence? _____

Combien? _____

De quel type? _____

Faites-vous de l'exercice? oui non De quel type? _____

Combien de fois par semaine? _____

Chaque fois que vous en faites, durant combien de temps en faites-vous? _____

Êtes préoccupé(e) par votre poids et/ou votre silhouette? oui non

Faites quelque chose pour vérifier que votre poids ou votre silhouette ne change pas?

(par exemple vous peser, essayer un vêtement précis)

oui non. Si oui, quoi? _____ À quelle fréquence? _____

HISTOIRE DU TROUBLE ALIMENTAIRE

À quand remonte exactement le début de votre problème?

Est-ce que durant le nombre d'années depuis le début du problème vous avez vécu une période libre de symptômes?

oui non

Quand? _____

Combien de fois? _____

Est-ce que vous avez déjà reçu un diagnostic formel pour ce problème?

oui non

Quand? _____ Par qui? _____

ÉVALUATION DE LA SANTÉ

Taille : _____

Histoire du poids pondéral :

Poids actuel : _____

Poids le plus élevé : _____ Quand? _____

Poids le plus bas : _____ Quand? _____

Quel est votre poids idéal : _____

Indice de masse corporelle (calculé par l'évaluateur) : _____

Vous arrive-t-il d'avoir :

a) Des étourdissements? oui non À quelle fréquence? _____

b) Des évanouissements? oui non À quelle fréquence? _____

c) Des constipations et/ou ballonnements? oui non À quelle fréquence? _____

d) Des troubles de sommeil? oui non À quelle fréquence? _____

Est-ce que vos menstruations sont régulières? oui non

Quelle est la date de vos dernières menstruations? _____

Prenez-vous la pilule contraceptive? oui non

Êtes-vous enceinte? oui non

Prenez-vous de la drogue ou de l'alcool? oui non

Type : _____

Fréquence : _____

Jusqu'à quel point votre trouble alimentaire nuit-il à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

- pas du tout
- un peu
- moyen
- beaucoup
- énormément

Est-ce que votre trouble alimentaire dérange d'autres personnes, à part vous?

- non
- oui → qui? _____

C) Description du problème – Obsessions/Compulsions

- Est-ce que vous avez des pensées répétitives qui vous dérangent, qui surviennent malgré vous et que vous avez du mal à chasser et/ou de faire des gestes/comportements que vous croyez que vous ne devriez pas faire ou ne pas faire autant? Exemples: pensées portant sur la contamination, le doute, les erreurs, l'agressivité, la sexualité, les blasphèmes, le lavage, avoir besoin de vérifier les appareils électroménagers, vérifier les serrures ou les lumières, laver vos mains, ordonner ou nettoyer des choses, accumuler des choses, etc...

<i>Obsessions/Compulsions</i>	Fois/jour	Durée (heures)

1. *Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?*

Description du problème – Tics moteurs

Maintenant, je vais vous poser des questions qui touchent d'autres difficultés que vous éprouvez peut-être ou non. Je pose ces questions à tous les participants afin d'avoir un portrait complet de votre situation. Donc:

Vous arrive-t-il pendant la journée et ce, à plusieurs reprises d'avoir des tics musculaires? Par exemple, des mouvements involontaires dans les muscles ou groupes de muscles (ex: visage, épaules, jambes) non-volontaires (sans que vous ne le vouliez) ou des mouvements répétitifs que vous pourriez exécuter tels que:
tirer ou enlever des cheveux, vous gratter, grincer des dents

Si oui, précisez de quel tic il s'agit: _____

Combien de fois environ expérimentez-vous ce tic (par jour, par semaine ou par mois)?

Percevez-vous certaines choses qui sortent de l'ordinaire et que d'autres personnes de votre entourage ne perçoivent pas, mises à part les obsessions dont on a parlé?

- Non (Allez à la section E)
 Oui (Allez à la question #5)

5. Si oui, qu'elles sont-elles?
quelle
mesure êtes-vous convaincu de cette croyance?

6. De 0% à 100%, dans

1. _____	_____ %
2. _____	_____ %
3. _____	_____ %
4. _____	_____ %
5. _____	_____ %

Depuis quand avez-vous ces croyances?

F1 Description du problème – autres difficultés

1. *Mis à part les symptômes dont on vient de parler, avez-vous d'autres difficultés psychologiques ou émotionnelles pour lesquelles vous aimeriez consulter?*

- non → # 3.
 oui → lesquelles? _____

2. *Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre le trouble alimentaire et cette(ces) difficulté(s)?*

- trouble alimentaire
 autre(s) difficulté(s)

➤ Sur un total de 100%, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) trouble alimentaire _____% b) à cette(ces) difficulté(s) _____%

3. *Avez-vous présentement un problème de santé physique qui pourrait vous empêcher de participer à l'étude??*

- non
 oui → Dans quelle mesure ce problème peut-il vous empêcher de participer à l'étude?

→ Croyez-vous que ce problème ait un lien avec votre trouble alimentaire?

- non
 oui

G) Histoire :

1. **Scolarité:** indiquer le niveau de scolarité le plus élevé

Niveau	Nombre d'années	Diplôme (oui/non)
Primaire		
Secondaire		
Autres cours		
CEGEP		
Collège		
Collège		
Université		
Université		
Université		

➤ Équivalent à secondaire V ?

oui non

2. **Occupation:**

a) OCCUPATION PRINCIPALE

"Quelle est votre occupation principale ?" _____

- Étudiant
- Employé (temps plein)
- Employé (temps partiel)
- À la maison
- En chômage / Recherche du travail
- Retraité
- Invalide
- Sans emploi / Autre

b) OCCUPATION HABITUELLE : occupation depuis 3 ans

"Est-ce que votre occupation habituelle pendant les trois dernières années, a été celle que vous venez de mentionner ?"

non → "Est-ce que votre changement d'occupation a été dû en partie à vos symptômes d'obsessions et de compulsions?"

non
 oui

c) OCCUPATION ANTÉRIEURE: occupation précédente arrêtée à cause du TCA
"Avez-vous eu d'autres occupations que vous avez laissées à cause du TCA?"

3. **État civil:**
actuellement?"

- célibataire
 marié(e)*
 cohabitation*

- veuf(ve)
 divorcé(e)

* Demander si mariage antérieur

4. **Cohabitation:** "Avec qui habitez-vous

- seul (e)
 avec parent(s)
 colocataire (s)

- avec enfant(s)
 avec conjoint(e)
 autre

oui non

5. **Enfants:**

- âge _____ à charge
âge _____ à charge
âge _____ à charge
âge _____ à charge

6. **Autres Enfants**

- âge _____ à charge
âge _____ à charge
âge _____ à charge
âge _____ à charge

7. **Groupe ethnique :**

"À quel groupe ethnique vous identifiez-vous le plus ?"

- Blanc / Caucasien
 Autochtone
 Asiatique
 Africain
 Autre _____

8. **Langue maternelle :**

- Français
 Anglais
 Autre

« Si vous étiez accepté dans notre programme de recherche, préféreriez-vous être vu en thérapie en anglais ou en français ? » : _____

9. Motifs de consultation:

En plus d'avoir pris connaissance de l'existence de notre programme de traitement, nous aimerions connaître les autres motifs qui ont pu vous amener à nous contacter. Par exemple:

a) "Est-ce que vous avez appelé parce qu'une personne dans votre entourage vous a suggéré de consulter?"

non

oui → qui _____

b) "Est-ce que votre médecin ou une personne ressource vous a suggéré de consulter?"

non

oui → qui _____

c) "Est-ce qu'il y a eu un changement dans votre vie qui vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

d) "Est-ce qu'un changement dans votre humeur vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

e) "Est-ce qu'il y a autre chose qui vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

f) Avant de voir notre annonce ou d'être au courant de notre programme, est-ce que vous aviez déjà pensé à chercher de l'aide?"

non

oui → "Est-ce que vous avez déjà fait des démarches pour trouver de l'aide"

non

oui → donner un exemple _____

10. Histoire de consultation:

*Il est important ici d'identifier le type de professionnel/para-professionnel consulté et non pas seulement son nom.

a) "Pour les symptômes du TCA, est-ce que vous avez déjà consulté:"

Professionnel/ para-professionnel	Non	Oui
Un médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une autorité religieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un groupe d'entraide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homéopathe, chiropraticien, naturopathe, massothérapeute, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) "Qui avez-vous consulté pour la première fois pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

c) "Qui était la dernière personne que vous avez consultée pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

d) "Est-ce que vous avez déjà consulté pour d'autres difficultés émotionnelles ou psychologiques?"

non

oui → Quoi _____

Qui _____

Quand _____

e) "Est-ce que vous êtes actuellement en thérapie (psychologue, prêtre, etc.) "

non

oui → Avec qui _____

Quelle approche _____

Depuis quand _____

Combien de rencontres/fréquence _____

f) "Avez-vous déjà eu un dossier à l'hôpital Louis-H. Lafontaine?"

non

oui

11. Histoire d'hospitalisation:

a) "Avez-vous passé du temps à l'hôpital à cause de difficultés psychologiques ou émotionnelles?"

non

oui → "Cette hospitalisation était-elle due spécifiquement à votre trouble alimentaire?"

préciser: _____

	Age	Quand	Durée	Symptômes principaux
<i>Première hospitalisation</i>				
<i>Dernière hospitalisation</i>				

12. Médicaments actuels:

"Actuellement, prenez-vous des médicaments?"

Nom	Prescrit par?	Depuis quand?	Dosage	Fréquence

Poser les questions relatives à L'Évaluation du Fonctionnement Actuel

Évaluation du Fonctionnement Actuel

Veillez évaluer le fonctionnement actuel du patient (les 14 derniers jours) dans chacun des domaines de sa vie sur l'échelle suivante. p. ex. **Pouvez-vous me décrire comment votre trouble alimentaire a influencé votre vie professionnelle depuis deux semaines.** Sous-questionnez, lorsque nécessaire, pour identifier d'autres éléments. Cotez l'interférence la plus élevée qui est rapportée.

e.g. "Ça m'empêche d'avancer et il m'arrive souvent d'oublier les choses importantes. Je me suis fait réprimander à cause de ça" → 5.

1 **Aucun problème dans ce domaine**

3 **Le patient fonctionne bien dans ce domaine mais le trouble alimentaire l'empêche d'avancer ou de pleinement profiter de la situation** (p. ex. ne profite pas des occasions pour avancement, manque d'initiative, se plaint du trouble alimentaire qui gâche les événements positifs, moins disponible au conjoint ou aux enfants).

5 **Le fonctionnement du patient est atteint dans ce domaine, une partie du temps, mais il est toujours fonctionnel** (p. ex. difficulté à étudier, moments difficiles au travail (relations interpersonnelles, concentration, etc.), conflits familiaux/conjugaux intermittents dûs aux obsessions ou à l'humeur associée).

7 **Le patient fonctionne encore dans ce domaine mais avec des difficultés ou des atteintes importantes** (p. ex. rendement académique diminué, performance au travail amoindrie, détérioration importante des relations familiales, arrêt d'activité sexuelle conjugale).

9 **Le patient expérimente des difficultés sévères à fonctionner dans ce domaine, ne fonctionne pas ou peu** (p.ex. abandon des études, congé de maladie ou perte d'emploi, relation conjugale en péril).

A) Emploi, activité professionnelle, études ou occupation habituelle

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun							Difficultés	
problème							sevères	

B) Relation conjugale ou amoureuse et vie familiale

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun							Difficultés	
problème							sevères	

C) Passe-temps, loisirs, vacances et activités quotidiennes (ménage, commissions, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aucun							Difficultés	
problème							sevères	

Commentaires supplémentaires suite à l'entrevue téléphonique

1. Attitude du client envers l'intervieweuse ou envers l'entrevue :

- agréable
- neutre
- désagréable

2. Attentes envers l'étude :

- réalistes
- aucune
- irréalistes ou démesurées

3. Y a-t-il un empêchement d'assister régulièrement aux rencontres pour l'étude?

- non
- oui
- géographique
- travail
- absence prévue (voyage, hospitalisation)
- famille
- autres : _____

4. Soupçonnez-vous la présence de d'autres problèmes de vie ?

- non
- oui → lequel(s) : _____

5. Soupçonnez-vous la présence d'un trouble de la personnalité ?

- non
- oui → lequel(s) : _____

6. Soupçonnez-vous la présence d'un trouble d'adaptation ?

- non
- oui → lequel(s) : _____

7. Avez-vous d'autres commentaires non spécifiques qui pourraient aider l'évaluation ?

QUESTIONNAIRE SUR LA MOTIVATION ET LES STADES DE CHANGEMENTS

Quelles sont les actions à prendre pour se rétablir d'un trouble de l'alimentation :

- Ne plus faire de diète (cela veut dire manger 3 repas complets et des collations)
- Ne plus faire d'exercice de façon excessive
- Ne plus faire de crises de boulimie
- Ne plus me faire vomir
- Ne plus utiliser de laxatifs
- Reconnaître, exprimer et gérer ses émotions de façon plus adéquate
- Autres : _____

Lequel de ces stades de changement correspond le mieux à vous présentement?

- 1- **Précontemplation** : mon entourage pense que j'ai un trouble alimentaire mais je ne pense pas en avoir un ou je ne veux pas changer. Je ne suis pas prêt(e) à changer.
- 2- **Contemplation** : je réalise que j'ai un trouble alimentaire mais je ne suis pas certain(e) que je veux changer.
- 3- **Préparation** : j'ai l'intention de passer à l'action d'ici 1 à 6 mois pour vaincre mon trouble alimentaire
- 4- **Action** : j'ai entrepris des démarches durant les 6 derniers mois pour essayer de me rétablir de mon trouble alimentaire. Indiquer quelles démarches :

- 5- **Maintien** : je continue à bien m'alimenter et à ne plus faire les comportements malsains reliés au trouble alimentaire
- 6- **Rétablissement** : j'ai travaillé sur mon trouble alimentaire et me considère maintenant pleinement rétabli.

Êtes-vous certain du stade de changement où vous vous trouvez? (encerclez un chiffre)

1	2	3	4	5	6	7
pas certain(e) du tout			certain(e)			très certain(e)

Quelle est la portion de vos journées qui tourne autour du trouble alimentaire :

- aucun moment de ma journée
- ¼ de ma journée
- ½ de ma journée
- toute ma journée

Si vous entreprenez des actions pour le rétablissement de votre trouble de l'alimentation, vous le faites :

- majoritairement pour vous-mêmes
- pour vous-mêmes et pour les autres
- majoritairement pour les autres

En ce moment, quels sont les avantages et les inconvénients à prendre des actions pour vous rétablir de votre trouble alimentaire? Écrivez la liste des avantages et des inconvénients :

Avantages du changement (côtés positifs à ne plus avoir de trouble alimentaire):

Inconvénients du changement (désavantages du rétablissement) :

Quelle liste a le plus de poids dans votre décision de changer?

- Les avantages sont beaucoup plus forts
- Les avantages sont plus forts
- Les avantages sont un peu plus forts
- Les avantages et les inconvénients sont aussi forts les uns que les autres
- Les inconvénients sont un peu plus forts
- Les inconvénients sont plus forts
- Les inconvénients sont beaucoup plus forts

Ce questionnaire a été élaboré à partir du modèle des stades de changements de DiClemente & Prochaska :
DiClemente, C. & Prochaska, J. O. (1998). Towards a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather, eds., *Treating Addictive Behaviours*. New York: Plenum Press, pp. 3-24 et du Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder). **Voir:** Gusella, J., Butler, G., Nichols, L. & Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its application to group therapy. *European Eating Disorders Review*. 11(1), 58-71.

Questionnaire de personnalité PDQ4+

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire est destiné à décrire le genre de personne que vous êtes. Quand vous répondez à une question, pensez à comment vous vous êtes senti, à quoi vous avez pensé, et comment vous avez agi au cours des dernières semaines. Pour vous rappeler cela, au début de chaque page est indiquée la mention au cours des dernières semaines...

V (Vrai) indique que la phrase est généralement vraie pour vous. .
F (Faux) indique que la phrase est généralement fausse pour vous.

Même si vous n'êtes pas complètement sûr(e) de votre réponse, répondez par V" ou "F" à chaque question.

Par exemple, pour la question:

J'ai tendance à être entêté. V ou F

Si effectivement vous avez été entêté au cours des dernières semaines, vous répondez Vrai en entourant la lettre V.

Si ce n'était pas vrai du tout, vous répondez Faux en entourant la lettre F.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Vous pouvez prendre le temps que vous voulez pour répondre.

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|--|---|---|
| 1. J'évite de travailler avec des personnes pouvant me critiquer. | V | F |
| 2. Je ne peux pas prendre de décisions sans l'avis ou l'assurance de quelqu'un. | V | F |
| 3. Je me perds souvent dans les détails et je perds le sens des choses. | V | F |
| 4. J'ai besoin d'être le centre d'attention. | V | F |
| 5. Je fais bien plus de choses que l'on pense. | V | F |
| 6. Je serais capable de tout pour éviter que les gens que j'aime me quittent. | V | F |
| 7. Certains se plaignent que je ne fais pas mon travail et ne tiens pas mes engagements. | V | F |
| 8. J'ai eu plusieurs fois des problèmes avec la justice (ou j'en aurais eu si j'avais été pris). | V | F |
| 9. Passer de temps en famille ou avec des amis ne m'intéresse pas. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|---|---|---|
| 10. Je perçois des messages particuliers dans ce qui se passe autour de moi. | V | F |
| 11. Je sais que les gens profiteront de moi ou essaieront de me tromper si je les laisse faire. | V | F |
| 12. Parfois je me sens bouleversé. | V | F |
| 13. Je ne me lie d'amitié qu'avec les gens dont je suis sûr(e) d'être aimé. | V | F |
| 14. Je suis souvent déprimé. | V | F |
| 15. Je préférerais que d'autres assument les responsabilités à ma place. | V | F |
| 16. Je perds du temps à essayer de faire les choses trop parfaitement. | V | F |
| 17. Je suis plus séduisant que la plupart des gens. | V | F |
| 18. Je me prends souvent à penser que je suis une personne éminente, ou que je le deviendrai. | V | F |
| 19. J'aime ou je n'aime pas quelqu'un, mais je ne reste jamais entre les deux. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|--|---|---|
| 20. Je me suis souvent bagarré. | V | F |
| 21. Je sens que les autres ne me comprennent ou ne m'apprécient pas. | V | F |
| 22. Je préfère faire les choses moi-même plutôt qu'avec d'autres. | V | F |
| 23. J'ai la capacité de savoir ce qui va se passer avant que cela n'arrive. | V | F |
| 24. Je me demande souvent si je peux vraiment faire confiance aux gens que je connais. | V | F |
| 25. Il m'arrive de parler des gens dans leur dos. | V | F |
| 26. Je suis inhibé dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridicule. | V | F |
| 27. J'ai peur de perdre l'estime des gens si je ne suis pas d'accord avec eux. | V | F |
| 28. Je suis plein de défauts. | V | F |
| 29. Je mets mon travail avant ma famille, mes amis, et les loisirs. | V | F |
| 30. Je montre facilement mes émotions. | V | F |
| 31. Seulement certaines personnes peuvent vraiment m'apprécier et me comprendre. | V | F |
| 32. Je me demande souvent qui je suis vraiment. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|--|---|---|
| 47. Il y a peu d'activités qui m'intéressent. | V | F |
| 48. Les gens ont souvent de difficultés à comprendre ce que je dis. | V | F |
| 49. Je proteste contre un patron qui me dit comment je dois faire mon travail. | V | F |
| 50. Je fais très attention à comprendre le vrai sens de ce que disent les gens. | V | F |
| 51. Je n'ai jamais menti. | V | F |
| 52. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadapté. | V | F |
| 53. Je veux tellement que l'on m'aime que je me propose pour faire des choses que je ne veux pas faire d'habitude. | V | F |
| 54. J'ai accumulé plein de choses dont je n'ai pas besoin, mais je ne peux pas m'en séparer. | V | F |
| 55. Même si je parle beaucoup, on dit que j'ai des problèmes pour aller au but. | V | F |
| 56. Je m'inquiète beaucoup. | V | F |
| 57. J'espère des autres qu'ils me rendent service, même si d'habitude je ne le leur rends pas. | V | F |
| 58. Je suis d'humeur très changeante. | V | F |
| 59. Les mensonges me viennent facilement et je mens souvent. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|--|---|---|
| 33. J'ai des difficultés à payer les factures car je ne garde jamais le même travail très longtemps. | V | F |
| 34. Le sexe ne m'intéresse pas. | V | F |
| 35. Les autres me considèrent d'humeur changeante et de "tempérament chaud." | V | F |
| 36. Je ressens souvent des choses que les autres, ne peuvent pas. | V | F |
| 37. Les autres utiliseront ce que je dis contre moi. | V | F |
| 38. Il y a des gens que je n'aime pas. | V | F |
| 39. Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens. | V | F |
| 40. Je trouve difficile de commencer quelque chose si je dois la faire moi-même. | V | F |
| 41. J'ai un sens moral plus aigu que les autres. | V | F |
| 42. Je suis très critique envers moi-même. | V | F |
| 43. J'utilise mon apparence pour obtenir l'attention dont j'ai besoin. | V | F |
| 44. J'ai vraiment besoin que les autres fassent attention à moi et me complimentent. | V | F |
| 45. J'ai essayé de me faire mal ou de me tuer. | V | F |
| 46. J'ai fait beaucoup de choses sans en considérer les conséquences. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

- | | | |
|--|---|---|
| 60. Je n'ai pas envie d'avoir des amis proches. | V | F |
| 61. Je suis souvent sur mes gardes pour qu'on ne profite pas de moi. | V | F |
| 62. Je n'oublie jamais, ni ne pardonne ceux qui m'ont trompé. | V | F |
| 63. J'ai du ressentiment envers ceux qui ont plus de chance que moi. | V | F |
| 64. Une guerre nucléaire ne serait pas un si mauvaise idée. | V | F |
| 65. Seul, je me sens impuissant et incapable de prendre soin de moi. | V | F |
| 66. Si les autres ne peuvent pas faire les choses, correctement, je préfère le faire moi-même. | V | F |
| 67. J'ai du talent pour jouer la comédie. | V | F |
| 68. Certains pensent que je profite des autres. | V | F |
| 69. Je sens que ma vie est ennuyeuse et sans aucun sens. | V | F |
| 70. Je suis critique envers les autres. | V | F |
| 71. Je ne me soucie pas de ce que les autres disent de moi. | V | F |
| 72. J'ai des difficultés avoir un contact quand je suis seul avec quelqu'un. | V | F |

Au cours des dernières semaines...

73. Les gens se plaignent souvent que je ne réalise pas qu'ils sont contrariés.	V	F
74. En me regardant, on peut penser que je suis bizarre, excentrique.	V	F
75. J'aime faire des choses risquées.	V	F
76. J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.	V	F
77. Je me plains beaucoup des épreuves que je subis.	V	F
78. J'ai des difficultés à me tempérer et à contrôler ma colère.	V	F
79. Certains sont jaloux de moi.	V	F
80. Je suis très influençable par les autres.	V	F
81. Je me sens économe, mais d'autres me considèrent comme avare.	V	F
82. Quand une relation intime se termine, j'ai besoin de m'impliquer immédiatement avec quelqu'un d'autre.	V	F
83. Je souffre du peu d'estime que j'ai pour moi.	V	F
84. Je suis pessimiste.	V	F
85. Je ne perds pas mon temps à chercher à me venger de ceux qui m'insultent.	V	F
86. Etre parmi les gens me rend nerveux.	V	F

Au cours des dernières semaines...

99. J'ai fait des choses de façon impulsive (comme celles ci-dessous) qui auraient pu me causer des problèmes		
a. Dépenser plus d'argent que j'en avais	V	F
b. Avoir une relation sexuelle avec des personnes inconnues	V	F
c. Boire trop	V	F
d. Prendre des drogues	V	F
e. Se gaver de nourriture	V	F
f. Conduire imprudemment	V	F

Au cours des dernières semaines...

87. Dans des situations nouvelles j'ai peur d'être embarrassé.	V	F
88. Je suis terrifié à l'idée d'être laissé seul à moi-même.	V	F
89. Certains se plaignent que je suis aussi têtu qu'une mule.	V	F
90. Je prends mes relations plus au sérieux que ceux avec qui je suis impliqués.	V	F
91. Je peu être désagréable avec quelqu'un à un moment, et me répandre en excuse à l'instant suivant.	V	F
92. On me trouve prétentieux.	V	F
93. Quand je suis stressé, je deviens paranoïaque ou je mets le "black out".	V	F
94. Je ne me soucie pas de heurter les gens tant que j'ai ce que je veux.	V	F
95. Je garde mes distances vis à vis des autres.	V	F
96. Je me demande souvent si ma femme (mon mari, mon ami(e)) m'a été infidèle.	V	F
97. Je me sens souvent coupable.	V	F

Quand j'étais enfant (avant 15 ans)...

99. J'étais un peu délinquant, et je faisais Certaines des choses ci dessous.		
(1) J'étais considéré comme un "dur"	V	F
(2) Je cherchais à me bagarrer avec les autres	V	F
(3) J'utilisais une arme dans mes bagarres	V	F
(4) J'ai dépouillé et agressé des gens	V	F
(5) J'étais physiquement cruel envers les autres	V	F
(6) J'étais physiquement cruel envers les animaux	V	F
(7) J'ai forcé quelqu'un à avoir une relation sexuelle avec moi	V	F
(8) J'ai beaucoup menti	V	F
(9) Je sortais la nuit sans la permission de mes parents	V	F
(10) J'ai volé des choses à d'autres	V	F
(11) J'ai mis le feu	V	F
(12) J'ai cassé des vitres ou dégradé des propriétés	V	F
(13) J'ai fait des fugues plus d'une fois	V	F
(14) J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant 13 ans	V	F
(15) J'ai pénétré par effraction dans une maison ou dans une voiture	V	F

QPI-X

Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-X)

Veillez noter votre accord ou désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord

	Réponse (1 à 6)
1. Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment. *	
2. C'est parfois comme si le monde autour de moi disparaissait quand j'ai des pensées dérangeantes.	
3. Parfois, mes pensées se bousculent dans ma tête et j'ai des idées dérangeantes qui ne me préoccuperaient pas normalement.	
4. Je confonds souvent des événements différents comme s'ils n'en étaient qu'un.	
5. J'invente parfois des histoires à propos de certains problèmes qui pourraient être là, sans faire attention à ce que je vois vraiment. *	
6. Peu de choses sont réellement comme elles le semblent.	
7. Parfois, certaines idées invraisemblables semblent si réelles qu'on dirait qu'elles se réalisent.	
8. Parfois, mon cerveau devient très actif et un tas d'idées invraisemblables se présentent à mon esprit.	
9. On ne peut pas faire confiance à nos sens.	
10. Je sais parfois qu'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas uniquement grâce à ma compréhension des choses ainsi, je n'ai pas besoin de regarder. *	
11. Je peux être facilement absorbé par des choses peu probables comme si elles étaient réelles.	
12. J'ai souvent tendance à lier des événements alors que ça peut sembler invraisemblable aux yeux des autres ou même à mes propres yeux.	
13. Peu importe où l'on est, on ne peut jamais être certain d'être en sécurité. *	
14. Certaines de mes pensées dérangeantes mettent un voile sur ce que je vois autour de moi.	

15. Je ne prends pas les choses pour ce qu'elles sont parce que la plupart des problèmes sont invisibles.	
16. Je fais souvent des liens invraisemblables entre différents événements.	
17. Lorsque j'entends parler d'un événement ou d'un fait je pense souvent que ça pourrait m'arriver.	
18. J'oublie parfois qui je suis ou où je suis lorsque je suis absorbé par certaines pensées ou histoires.	
19. Je me fie seulement à mon « intelligence » pour savoir s'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas puisque plusieurs choses qui me semblent problématiques ne peuvent être vues ou observées.	
20. J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre.	
21. Aussitôt que je pense qu'il pourrait y avoir un problème ou quelque chose qui ne va pas, je prends immédiatement des mesures pour l'éviter. *	
22. Mon imagination est parfois tellement puissante que je me sens pris au piège et incapable de voir les choses différemment.	
23. Si quelque chose arrive à quelqu'un d'autre, ça pourrait m'arriver à moi.	
24. Souvent, je ne peux dire si quelque chose est sécuritaire car les choses ne sont pas ce qu'elles semblent être. *	
25. Parfois, toutes les possibilités invraisemblables que mon esprit fait me semblent réelles.	
26. Parfois, je crois qu'il y a un problème ou quelque chose qui ne va pas même s'il n'y a pas de raisons évidentes de le croire. *	
27. Parfois, mon esprit passe d'une idée à l'autre et plus rien ne semble certain.	
28. Parfois, je suis tellement absorbé par certaines idées que je suis incapable de voir les choses autrement, même si j'essaie.	
29. Pour savoir s'il y a un problème ou non, j'ai tendance à porter davantage attention à ce qui est caché qu'à ce que je peux voir.	
30. Même si je n'ai pas de preuves évidentes d'un problème, mon imagination peut me convaincre du contraire. *	
31. Parfois, je mets tellement d'efforts en certaines choses que je n'arrive plus à voir clairement.	
32. Il y a plusieurs problèmes invisibles. *	
33. Si les choses vont bien, je m'inquiète.	
34. Seulement la pensée qu'il pourrait y avoir un problème ou quelque chose qui ne va pas est une preuve suffisante pour moi qu'il y en a un. *	
35. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie ce qui m'entoure.	

36. Souvent, je sais qu'un problème existe même si je n'ai pas de preuve visible.*	
37. Il est trop facile de se fier simplement à ce que nos sens nous disent.	
38. Parfois, les choses que je ressens me semblent tellement réelles que j'ai l'impression qu'elles m'arrivent vraiment.	
39. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.	
40. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.	
41. Souvent, je me dis que quelque chose va mal se passer et c'est ce qui se produit.	
42. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.	
43. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois. *	
44. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.	
45. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire. *	
46. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.	
47. Lorsque j'entends parler de certains événements, je me mets à penser à comment ils s'appliquent à ma situation.	
48. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.	
49. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir. *	
50. Pour être en sécurité, on doit toujours voir au-delà de ce que l'on voit.	
51. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.	
52. Je me raconte des histoires.	
53. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment. *	
54. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.	

Merci de votre collaboration !

© Centre de Recherche Fernand-Seguin, Frederick Aardema & Kieron O'Connor, traduction Vicky Leblanc, révisée par Anick Laverdure.

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Pré

Numéro de sujet : _____

Groupe : _____

1. Sexe :

féminin	<input type="checkbox"/>	1
masculin	<input type="checkbox"/>	2

2. Date de naissance : _____ Âge : _____

3. Langue maternelle : _____

4. Statut civil :

marié-e ou en union de fait	<input type="checkbox"/>	1
célibataire	<input type="checkbox"/>	2
séparé-e ou divorcé-e	<input type="checkbox"/>	3
veuf-veuve	<input type="checkbox"/>	4

5. Nombre d'enfants :

0	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3 et plus	<input type="checkbox"/>

6. Occupation principale :

travail à temps plein	<input type="checkbox"/>	1
travail à temps partiel	<input type="checkbox"/>	2
chômage	<input type="checkbox"/>	3
études	<input type="checkbox"/>	4
entretien de la maison et/ou soin des enfants	<input type="checkbox"/>	5
autre (précisez): _____	<input type="checkbox"/>	6

7. Si vous travaillez, quel est votre titre d'emploi? _____

8. Dernier diplôme obtenu :

primaire	<input type="checkbox"/>	1
secondaire	<input type="checkbox"/>	2
collégial	<input type="checkbox"/>	3
universitaire (baccalauréat)	<input type="checkbox"/>	4

9. Revenu individuel brut (avant impôts) au cours de la dernière année :

moins de 10 000\$	<input type="checkbox"/>	1
10 000\$ à 19 999\$	<input type="checkbox"/>	2
20 000\$ à 29 999\$	<input type="checkbox"/>	3
30 000\$ à 39 999\$	<input type="checkbox"/>	4
40 000\$ à 59 999\$	<input type="checkbox"/>	5
50 000\$ et plus	<input type="checkbox"/>	6

- | |
|---|
| Revenu de votre ménage brut au cours de la dernière année |
| moins de 10 000\$ <input type="checkbox"/> 1 |
| 10 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> 2 |
| 20 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> 3 |
| 30 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> 4 |
| 40 000\$ à 59 999\$ <input type="checkbox"/> 5 |
| 50 000\$ et plus <input type="checkbox"/> 6 |

Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (QCO-44)

Cet inventaire énumère attitudes ou croyances que les gens peuvent avoir. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux.

Vous devez choisir le numéro qui décrit le mieux ce que vous pensez. Chaque personne étant différente, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Pour décider si un énoncé représente bien votre façon de voir les choses, fiez-vous simplement à ce que vous pensez la plupart du temps.

Veillez utiliser l'échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Tout à fait en désaccord	Modérément en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Un peu en accord	Modérément en accord	Tout à fait en accord

En choisissant vos cotes, essayez d'éviter d'utiliser le point milieu de l'échelle (4). Indiquez plutôt jusqu'à quel point vos propres croyances et attitudes sont en accord ou en désaccord avec chaque énoncé.

Énoncé	Cote										
1. Je pense souvent que les choses autour de moi sont dangereuses.	1	2	3	4	5	6	7				
2. Si je ne suis pas absolument certain(e) de quelque chose, c'est sûr que je vais faire une erreur.					1	2	3	4	5	6	7
3. Les choses devraient être parfaites selon mes propres critères.	1	2	3	4	5	6	7				
4. Pour être une personne qui a de la valeur, je dois être parfait(e) dans tout ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7				
5. Dès que j'en ai l'occasion, je dois agir pour empêcher que de mauvaises choses se produisent.	1	2	3	4	5	6	7				
6. Même si le danger est très improbable, je devrais essayer de le prévenir à n'importe quel prix.	1	2	3	4	5	6	7				
7. Pour moi, avoir de mauvaises impulsions est aussi mal que de passer à l'acte.	1	2	3	4	5	6	7				
8. Si je n'interviens pas quand je perçois un danger, alors je serai blâmer pour toute conséquence.	1	2	3	4	5	6	7				
9. Si je ne peux pas faire quelque chose parfaitement. Je ne devrais pas le faire du tout.	1	2	3	4	5	6	7				
10. Je dois donner mon plein rendement en tout temps.					1	2	3	4	5	6	7
11. C'est essentiel pour moi de considérer toutes les conséquences possibles d'une situation donnée.	1	2	3	4	5	6	7				
12. Même les erreurs mineures veulent dire qu'un travail n'est pas terminé.	1	2	3	4	5	6	7				

1	2	3	4	5	6	7
Tout à fait	Modérément	Un peu en	Ni en accord	Un peu en	Modérément	Tout à fait
en désaccord	en désaccord	désaccord	ni en désaccord	accord	en accord	en accord

-
13. Si j'ai des pensées agressives ou des impulsions à propos d'être chers, cela veut dire que je peux secrètement vouloir les blesser. 1 2 3 4 5 6 7
14. Je dois être sûr(e) de mes décisions. 1 2 3 4 5 6 7
15. Dans toutes sortes de situations quotidiennes, ne pas réussir à prévenir le danger est aussi mauvais que de faire délibérément du mal aux autres. 1 2 3 4 5 6 7
16. Tenter d'éviter que des problèmes sérieux (ex.: maladie, accident) ne surviennent requiert un effort constant de ma part. 1 2 3 4 5 6 7
17. Pour moi, ne pas prévenir le danger est aussi mal que de causer du tort. 1 2 3 4 5 6 7
18. Je devrais être fâché(e) si je fais une erreur. 1 2 3 4 5 6 7
19. Je devrais m'assurer que les autres sont protégés contre toute conséquence négative résultant de mes décisions ou actions. 1 2 3 4 5 6 7
20. Pour moi, les choses ne sont pas correctes si elles ne sont pas parfaites. 1 2 3 4 5 6 7
21. Avoir des pensées obscènes, agressives ou violentes veut dire que je suis une mauvaise personne. 1 2 3 4 5 6 7
22. Si je ne prends pas de précautions supplémentaires, j'ai plus de chance que les autres d'être victime d'une tragédie ou encore d'en provoquer une. 1 2 3 4 5 6 7
23. Pour me sentir en sécurité, il faut que je sois le mieux préparé possible à tout ce qui pourrait aller mal. 1 2 3 4 5 6 7
24. Je ne devrais pas avoir de pensées bizarres ou dégoûtantes. 1 2 3 4 5 6 7
25. Pour moi, faire une erreur est aussi mal que d'échouer complètement. 1 2 3 4 5 6 7
26. C'est essentiel que tout soit clair et net, même les détails mineurs. 1 2 3 4 5 6 7
27. Avoir des pensées blasphématoires est aussi péché que de commettre un sacrilège. 1 2 3 4 5 6 7
28. Je devrais être capable de débarrasser mon esprit des pensées indésirables. 1 2 3 4 5 6 7
29. Ça m'arrive plus souvent qu'aux autres personnes de me faire mal accidentellement ou de faire mal aux autres. 1 2 3 4 5 6 7
30. Avoir de mauvaises pensées veut dire que je suis bizarre ou anormal(e). 1 2 3 4 5 6 7
31. Je dois être le(la) meilleur(e) dans les choses qui sont importantes pour moi. 1 2 3 4 5 6 7
32. Avoir une pensée ou une image sexuelle indésirable veut dire que je veux vraiment le faire. 1 2 3 4 5 6 7
33. Si mes gestes pouvaient avoir ne serait-ce qu'un petit effet sur la survenue d'un malheur, j'en serais responsable. 1 2 3 4 5 6 7

1	2	3	4	5	6	7
Tout à fait en désaccord	Modérément en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Un peu en accord	Modérément en accord	Tout à fait en accord

34. Même lorsque je suis prudent(e), je pense souvent que de mauvaises choses vont arriver. 1 2 3 4 5 6 7
35. Avoir des pensées intrusives veut dire que j'ai perdu le contrôle. 1 2 3 4 5 6 7
36. Des événements dangereux vont de produire si je ne suis pas prudent(e). 1 2 3 4 5 6 7
37. Je dois continuer à travailler sur quelque chose tant que ce n'est pas fait exactement comme il faut. 1 2 3 4 5 6 7
38. Avoir des pensées violentes veut dire que je vais perdre le contrôle et devenir violent(e). 1 2 3 4 5 6 7
39. Pour moi, ne pas réussir à prévenir une tragédie est aussi mal que de la provoquer. 1 2 3 4 5 6 7
40. Si je ne fais pas un travail parfaitement, les gens ne me respecteront pas. 1 2 3 4 5 6 7
41. Même les expériences ordinaires de ma vie sont pleines de risque. 1 2 3 4 5 6 7
42. Avoir une mauvaise pensée n'est pas différent moralement de commettre une mauvaise action. 1 2 3 4 5 6 7
43. Peu importe ce que je fais, ça ne sera pas assez bon. 1 2 3 4 5 6 7
44. Si je ne contrôle pas mes pensées, je serai puni(e). 1 2 3 4 5 6 7

Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version
 (seules les sections « anorexie » et « boulimie » sont présentées ici, bien que tout le SCID-I ait été administré)

H. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Q. n° 11 QUEST. DE SÉLECTION

OUI NON

ANOREXIE MENTALE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 11 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VÉUILLEZ PASSER À LA PAGE H.4 (BOULIMIE)

PASSER À LA PAGE H.4 BOULIMIE

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 11 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VOUS AVEZ DÉJÀ À L'ÉPOQUE, VOUS PERDÉZ BEAUCOUP MOINS QUE VOUS NE FAURIEZ DÜ, SELON VOTRE ENTOURAGE...

SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ: Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos habitudes alimentaires et sur votre poids. Avez-vous déjà perdu beaucoup moins que vous ne fauriez dû, selon votre entourage?

SI OUI: Pourquoi? Combien pesiez-vous? Quel âge aviez-vous à cette époque? Combien mesuriez-vous?

A. Refus de maintenir un poids égal ou supérieur au poids minimum normal pour l'âge et la taille (p. ex., perte de poids visant à maintenir un poids inférieur à 85 % de la normale ou incapacité de prendre du poids pendant une période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % de la normale).

7 1 2 3 NS

PASSER À LA PAGE H.4 BOULIMIE

À cette époque, avez-vous très peur de devenir grosse?

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, même lorsque le poids est inférieur à la normale.

7 1 2 3 NS

PASSER À LA PAGE H.4 BOULIMIE

À l'époque où vous aviez atteint votre poids le plus bas, avez-vous l'impression d'être encore grosse) ou qu'une partie de votre corps était toujours grosse?

SINON: Vous faillit-il être très mince pour être satisfait(e) de vous?

SINON ET SI LE POIDS DU SUJET ÉTAIT SI FAIBLE QUE CELA COMPORTAIT CERTAINS RISQUES POUR SA SANTÉ: À l'époque où vous avez perdu autant de poids, vous auriez dû être aussi mince (dû) de suite à votre santé? (Qu'en pensiez-vous?)

C. Anomalie de perception de son poids, ou de ses formes, exagération de l'importance du poids ou de la forme relativement à l'absence de ou au refus de reconnaître les dangers inhérents à l'importance de la perte de poids.

7 1 2 3 NS

PASSER À LA PAGE H.4 BOULIMIE

7 = information interprétable

1 = FAIBLE absence du symptôme

2 = symptôme intermédiaire

3 = VRAI présence du symptôme

QUESTION À POSER AUX SUJETS DE SEXE FEMMININ : Avez-elles eu vous-même à manger, ou avez-vous encore vos règles ? Se sont-elles arrêtées ? (Préciser combien de temps ?)

D. Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de règles depuis au moins **trois cycles consécutifs.** (On considère qu'une femme souffre toujours d'aménorrhée si ses règles surviennent uniquement à la suite d'une administration d'hormones, p. ex., d'oestrogènes).

7 1 2 3 H4

PASSER A LA PAGE H-4, BOULIMIE

LES CRITERES A, B, C ET D DE L'ANOREXIE MENTALE SONT COTES "3".

PASSER A LA PAGE H-4, BOULIMIE

ANOREXIE MENTALE

(Vous arrive-t-il d'avoir des accès de faim alimentaire, au cours desquels vous avez l'impression de perdre la maîtrise de ce que vous mangez et où vous mangez beaucoup durant un court laps de temps ? (À quelle fréquence cela se produit-il ?)

SOUS-TYPE DE L'ÉPISODE ACTUEL : Au cours de l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a-t-il des accès fréquents d'hyperphagie incontrôlée ou de purification (c'est-à-dire de vomissements provoqués, ou de recours non avisés à des laxatifs, à des diurétiques ou à des lavements) ?

1 3 H6

DE TYPE RESTRICTIF

DE TYPE BOULIMIQUE/VOMISSEMENTS

7 = information inconnue 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme intermittent 3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE

DANS LE BOUTEIL : Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE L'ANOREXIE MENTALE) ?

Le sujet a répondu aux critères de l'anorexie mentale au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B et C).

?

1

3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu voire 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'ANOREXIE MENTALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'anorexie mentale, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu deux épisodes d'anorexie mentale, mais qui suit une séance de thérapie hebdomadaire et n'a éprouvé aucun symptôme depuis un an.
- 6 Antécédents d'anorexie mentale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'anorexie mentale : _____

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANOREXIE MENTALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge avez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) ?

Âge de survenue de l'anorexie mentale (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 00) _____

PASSER À LA PAGE N. 4, DOUZIÈME

1 = présence ou suspicion

1 = AUCUN ou absence du symptôme

2 = symptômes intermittents

3 = VRAI ou présence du symptôme

BOULIMIE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION

OUI NON

SI LE SUJET RÉPOND PRÉSENTEMENT AUX CRITÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 12 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLÉZ PASSER AU MODULE SUIVANT.

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 12 : Vous avez dit qu'il vous était souvent arrivé de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire. Veuillez me décrire ce qui s'est passé.

SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTRISÉ : Vous est-il arrivé souvent de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire ? Racontez-moi ce qui s'est passé dans ces cas-là.

A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée comporte les DEUX caractéristiques suivantes :

(2) Un sentiment de perte de maîtrise du comportement alimentaire durant les épisodes d'hyperphagie (c'est-à-dire, l'impression de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de n'avoir aucune maîtrise sur la nature et la quantité des aliments ingérés).

7 1 2 3

PASSER AU MODULE SUIVANT

(1) L'ingestion, pendant un intervalle de temps donné (par ex., en l'espace de deux heures) d'une quantité de nourriture indéfiniment supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient durant la même période et dans les mêmes circonstances.

7 1 2 3

PASSER AU MODULE SUIVANT

B. Comportement compensatoire inapproprié et répété visant à prévenir une prise de poids, par exemple : vomissements provoqués, usage inapproprié de laxatifs, de diurétiques, de laxatifs, ou d'autres médicaments ou techniques, jeûne ou exercices excessifs.

7 1 2 3

PASSER À LA PAGE N° 7. HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE

DANS LE DOUTE : Dans ces cas-là, vous arrivez à trouver de manger, en l'espace de deux heures, ce que la plupart des gens considèrent comme une énorme quantité de nourriture ? Pourriez-vous me fournir des précisions là-dessus ?

avez-vous fait quoi que ce soit pour contrebalancer les effets que pourrait entraîner le fait de manger autant ? (Par exemple, en vous faisant vomir, en prenant des laxatifs ou des diurétiques, en vous administrant des laxatifs, en entreprenant un jeûne ou un régime sévère ou en faisant beaucoup d'exercice ?)

7 = information appropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme intermittent

3 = VRAI en présence du symptôme

A. Quelle fréquence cela vous est-il arrivé de manger autant et de (NOMMER LES MOYENS COMPENSATOIRES UTILISES) ? (Au moins deux fois par semaine durant au moins trois mois ?)

Vous poids et votre type corporel sont-ils parmi les éléments les plus importants qui puissent influencer l'opinion que vous avez de vous-même ?

C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires inappropriés sont tous deux survenus, en moyenne, au moins deux fois par semaine durant trois mois.

D. L'estime de soi repose de façon essentielle sur le poids et la ligne.

E. Le trouble ne survient pas uniquement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DE LA BOULIMIE SONT COTÉS "3".

EN PRÉCISER LE TYPE :

Au cours de l'épisode actuel de boulimie, le sujet s'est régulièrement tenu à jeun ou a été à jeun (des biscuits, des durées ou des lavements).

	7	1	2	3	AM
PASSER À LA PAGE H.7. HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE					
PASSER AU MODULE SUIVANT					
PASSER AU MODULE SUIVANT					
PASSER AU MODULE SUIVANT					
PASSER AU MODULE SUIVANT					
ÉCARTER					
DE TYPE NON PURGATIF					
DE TYPE PURGATIF					

7 = information insatisfaisante 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptômes transitoires 3 = VRAI ou présence du symptôme

© 1997, 2000, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100

CHRONOLOGIE DE LA BOULIMIE :

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ENUMERER LES SYMPTOMES DE BOULIMIE) ?

Le sujet a répondu aux critères de la boulimie au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B, C, D et E).

2 1 3 H10

INDIQUER LE DEGRE DE GRAVITE ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire 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 INTITULEE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

H11

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA BOULIMIE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la boulimie, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de boulimie, mais qui prend un médicament et n'a éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de boulimie : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais s'est rétabli.

H12

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTOMES DE BOULIMIE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de boulimie : _____

H13

ÂGE DE SURVENUE DE LA BOULIMIE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge avez-vous quand vous avez commencé à (ENUMÉRER LES SYMPTOMES DE BOULIMIE) ?

Âge de survenue de la boulimie (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

H14

PASSER AU MODULE SUIVANT

0 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = a symptôme inhabituel

3 = VRAI ou présence du symptôme

THE YALE-BROWN-CORNELL-EATING DISORDER SCALE

Traduction française

YBC-EDS – LISTE DES SYMPTÔMES

Vérifier tout ce qui s'applique. Expliquer au client que les préoccupations actuelles réfèrent au dernier mois seulement. Si nécessaire, rappeler au patient de clarifier si chaque symptôme est passé et/ou actuel.

Préoccupations

	Actuel	Passé
Préoccupations concernant la nourriture		
Catégoriser les aliments en «bons» et «mauvais»		
Penser de façon excessive au contenu de gras dans la nourriture		
Penser de façon excessive au contenu calorique de la nourriture		
Penser de façon excessive au contenu de sucre dans la nourriture		
Avoir peur que manger un certain type d'aliments mènera immédiatement à un changement dans la silhouette, ex : manger gras rendra vos hanches plus grasses		
Préoccupations concernant de l'alimentation		
Peur de manger dans une assiette pleine de nourriture		
Peur de manger toute la nourriture dans son assiette		
Peur de consommer certains liquides		
Peur de ne pas être capable de consommer des liquides		
Peur de ne pas être capable de manger		
Peur de ne pas être capable d'arrêter de manger		
Peur de manger devant d'autres personnes (note : cela peut refléter la peur que les gens considèrent comme négatif que le client, parce qu'il/elle est si grosse, ou peut impliquer des pensées magiques telles qu'absorber les calories que les autres mangent)		
Préoccupations concernant le poids		
Peur d'être gros(se) ou d'avoir un surplus de poids		
Peur d'être au-dessus d'un certain intervalle de poids, ou préoccupation pour un poids spécifique		
Préoccupations (somatiques) concernant la forme du corps et l'apparence		
Préoccupations excessives à propos d'une partie du corps ou de l'apparence		
Peur que les autres trouvent qu'il/elle est gros(se)		
Préoccupations concernant les vêtements		
Préoccupations excessives à propos d'une taille de vêtement, ex : ne voudrait pas acheter un vêtement qui n'est pas de taille petite même s'il lui va bien		
Peur de porter certains vêtements, ex : peur de porter des sous-vêtements		
Peur de porter des vêtements trop serrés ou trop amples		
Préoccupations concernant l'accumulation de nourriture		
Préoccupations concernant l'exercice		
Autres :		

Rituels

Être certain de l'aspect irréfutable du comportement.

	Actuel	Passé
Rituels avec l'alimentation		
Besoin de manger en suivant un rythme spécifique, ex : prendre une bouchée chaque 2 minutes seulement		
Besoin de mâcher chaque bouchée de nourriture un nombre de fois spécifique		
Besoin de couper la nourriture en morceaux de grosseur spécifique		
Besoin de consommer des aliments d'une certaine couleur ou d'un certain type		
Besoin d'éviter certains types de nourriture, ex : gras, viande		
Besoin de manger certains aliments complètement et dans un certain ordre, ex : doit manger tous les haricots verts avant de pouvoir manger les pommes de terre		
Besoin de boire des liquides d'une certaine façon ou d'une certaine quantité, ex : besoin de boire 2 verres d'eau avant de manger		
Besoin d'être seul(e) pour manger		
Besoin de laisser de la nourriture dans son assiette, ne peut manger toute la nourriture dans son assiette		
Besoin de manipuler ou mélanger sa nourriture		
Besoin de remplir un verre ou une assiette seulement partiellement, ne peut remplir complètement un verre ou une assiette		
Besoin de mettre la table d'une certaine façon avant de pouvoir manger		
Besoin de s'essuyer la bouche avec une serviette un nombre précis de fois après chaque bouchée de nourriture		
La nourriture ne doit pas toucher aux lèvres		
Aucune partie du corps ne peut toucher à la table ou à l'assiette		
Besoin d'une constance absolue dans la nourriture prévue, ex : une orange ne pourrait pas être choisie si une pomme était prévue		
Rituels concernant la nourriture		
Besoin de calculer le contenu calorique de toute la nourriture ingérée		
Besoin de calculer le contenu en gras de toute la nourriture ingérée		
Besoin de cuisiner pour les autres		
Rituels concernant les orgies alimentaires		
Besoin de commencer chaque orgie alimentaire avec un certain type d'aliments ou avec des aliments d'une certaine couleur		
Besoin de manger certain(s) type(s) d'aliments		
Besoin de manger toute la nourriture présente (ne peut laisser de la nourriture, peu importe ce que c'est)		
Rituels concernant les méthodes purgatives		
Besoin de se purger d'une certaine façon ou position, ex : doit utiliser 2 doigts		

Besoin de purger une quantité minimale spécifique		
Besoin de se purger à l'intérieur d'un intervalle de temps après avoir mangé		
Besoin d'utiliser un nombre précis de laxatifs		
Besoin de se purger à un endroit spécifique		
Rituels somatiques		
Besoin que les cuisses ne se touchent pas lorsque assis ou debout		
Besoin de continuellement vérifier si les poignets peuvent être entourés avec les doigts		
Besoin de sentir les os des hanches à maintes reprises		
Besoin de voir un os spécifique, ex : poignet		
Rituels dans les habitudes de toilettes, ex : pousser sur le bas du ventre quand urine ou défèque		
Besoin de porter plusieurs couches de vêtements pour augmenter la sudation		
Rituels concernant le poids		
Besoin de se peser répétitivement ou de vérifier son poids répétitivement		
Besoin de se peser seulement d'une façon ritualisée, ex : nu(e), à 8h00, après repas, ou après défécation		
Rituels concernant l'exercice		
Besoin de faire de l'exercice après les repas		
Besoin de faire de l'exercice d'un certain type et/ou un temps spécifique, ex : peut seulement faire redressements assis à 7h00 et courir à 16h00		
Routine d'exercices ritualisés ex : doit faire 50 redressements assis, si interrompu pendant qu'il fait le 49 ^{ième} , doit recommencer et en refaire jusqu'à 50		
Besoin de bouger en tout temps, ne peut rester assis sans bouger, faire les cents pas, remuer		
Besoin de grelotter pour dépenser des calories plutôt que de porter plus de vêtements		
Accumulation / Rituels d'économie		
Accumuler de la nourriture d'une façon ritualisée		
Collectionner et accumuler des recettes, photos de nourriture ou des articles concernant la nourriture		
Faire des listes excessives		
Listes du poids corporel		
Listes des calories absorbées		
Autres :		

ITEMS PRINCIPAUX ET ADDITIONNELS DU YBC-EDS

«Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions à propos de vos préoccupations actuelles; celles que vous avez eues durant le dernier mois» (Se référer spécifiquement aux préoccupations actuelles ciblées.)

1- Temps consacré aux préoccupations

«Combien de temps, incluant le temps des repas, est consacré aux préoccupations?» (Si les préoccupations se présentent comme des intrusions intermittentes brèves, il peut être difficile d'évaluer le temps consacré à celles-ci en un total en heures. Dans de tel cas, estimer le temps en déterminant à quelle fréquence les préoccupations vous viennent à l'esprit. Considérer autant le nombre de fois que les intrusions apparaissent et combien d'heures par jour y sont consacrées). «À quelle fréquence les préoccupations vous viennent à l'esprit?»

0 = Aucun

1 = Faible, moins d'une heure/jour ou intrusions occasionnelles

2 = Modéré, 1 à 3 heures/jour ou intrusions fréquentes

3 = Sévère, plus de 3 heures/jour et jusqu'à 8 heures/jour ou intrusions très fréquentes

4 = Extrême, plus de 8 heures/jour ou intrusions presque constantes

2- Intervalle de temps sans préoccupation (non inclus dans le score total)

«En moyenne, quel est le plus grand nombre d'heures consécutives par jour où vous êtes complètement libre de préoccupations?» (Si nécessaire, demander:) «Quelle est la plus longue période de temps pendant laquelle les préoccupations sont absentes?» (Si 0 ou 1, demander si les préoccupations sont absentes pendant les repas.)

0 = Pas de symptômes

1 = Intervalle long sans symptômes, plus de 8 heures/jour consécutives sans symptômes

2 = Intervalle modérément long sans symptômes, plus de 3 heures jusqu'à 8 heures/jour consécutives sans symptômes

3 = Intervalle court sans symptômes, de 1-3 heures/jour consécutives sans symptômes

4 = Intervalle extrêmement court sans symptômes, moins d'une heure/jour consécutive sans symptômes

3- Interférence due aux préoccupations

«À quel point vos préoccupations interfèrent-elles dans votre fonctionnement social ou votre travail (ou école)? Y'a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause d'elles?» (Si ne travaille pas ou ne va pas à l'école présentement, déterminer à quel point la performance serait affectée si le patient était à l'emploi ou à l'école.)

0 = Aucune

1 = Faible, légère interférence au niveau social, à l'école ou avec les activités professionnelles, mais la performance générale n'est pas diminuée

2 = Modérée, interférence certaine au niveau social, à l'école/travail mais encore tolérable

3 = Sévère, occasionne un handicap substantiel

4 = Extrême, incapacitant

4- Détresse associée aux préoccupations

«À quel point vos préoccupations vous causent-elles de la détresse?» (Dans la plupart des cas, la détresse est associée à l'anxiété; cependant, certains patients rapportent que leurs préoccupations sont «dérangeantes» mais nient «l'anxiété». Seulement évaluer l'anxiété qui semble être déclenchée par les préoccupations, pas l'anxiété généralisée ou l'anxiété associée à d'autres conditions.)

0 = Aucune

1 = Faible, pas très dérangeant

2 = Modérée, dérangeant mais encore tolérable

3 = Sévère, très dérangeant

4 = Extrême, anxiété presque constante et détresse handicapante

5- Nature égodystone vs égodystone des préoccupations (non inclus dans le score total)

«Est-ce que ces préoccupations concordent avec la façon dont vous vous percevez?»

(Évaluer : l'acceptation, l'étrangeté, etc.)

0 = Les préoccupations sont égodystones. Le patient ne les considère pas du tout comme une part de sa personnalité

1 = Les pensées sont majoritairement égodystones mais le patient ne les rejette pas complètement comme étant une part de sa personnalité

2 = Le patient est ambivalent – les pensées ne sont pas clairement égodystones ou égodystones

3 = Les pensées sont majoritairement égodystones mais le patient ne les accepte pas complètement comme étant une part de sa personnalité

4 = Les préoccupations sont égodystones. Le patient les considère complètement comme partie intégrante de sa personnalité

6- Résistance contre les préoccupations (non inclus dans le score total)

«À quel point est-ce un effort de résister aux préoccupations? À quelle fréquence essayez-vous de détourner votre attention de ces pensées lorsqu'elles vous viennent en tête?»

(Seulement évaluer les efforts de résistance, pas la réussite ou l'échec pour contrôler les préoccupations. Noter que cet item ne mesure pas directement la sévérité des pensées intrusives mais il mesure plutôt une manifestation de la santé, c'est-à-dire l'effort que le patient fait pour neutraliser les préoccupations, autre que l'évitement ou l'exécution de rituels. Considérer l'utilisation de techniques comportementales comme une forme de résistance.)

0 = Fait un effort pour résister OU symptômes si légers que le patient ne sent pas le besoin de leur résister

1 = Essaie de résister la plupart du temps

2 = Fait des efforts pour résister

3 = Cède à toutes les préoccupations sans tenter de les contrôler, mais avec réticence

4 = Cède entièrement et volontairement à toutes les préoccupations

7- Degré de contrôle des préoccupations

«À quel point avez-vous le contrôle de vos préoccupations? À quel point réussissez-vous à arrêter ou à vous détourner de vos préoccupations? Pouvez-vous les chasser?» (À la différence de l'item précédent concernant la résistance, l'habileté du patient à contrôler ses préoccupations est plus étroitement reliée à la sévérité des pensées intrusives.)

0 = Contrôle complet

1 = Grand contrôle, habituellement capable d'arrêter ou de se détourner des préoccupations avec l'effort et la concentration

2 = Contrôle modéré, parfois capable d'arrêter ou de se détourner des préoccupations

3 = Contrôle faible, réussit rarement à arrêter ou chasser les préoccupations, peut seulement détourner son attention avec difficulté

4 = Aucun contrôle, préoccupations vécues comme étant complètement involontaire, rarement capable, même momentanément de changer les pensées

8- L'insight face aux préoccupations (non inclus dans le score total)

«Pensez-vous que vos préoccupations sont raisonnables ou qu'elles font du sens?» (Évaluer l'insight du patient selon l'inutilité ou l'excessivité de ses préoccupations.)

0 = Excellent insight, très rationnel. Voit les préoccupations comme étant inutiles et excessives OU les voit comme étant ni inutiles ni excessives parce qu'elles sont minimales

1 = Bon insight. Reconnaît facilement l'absurdité ou l'excessivité des préoccupations mais ne semble pas complètement convaincu que ce n'est pas quelque chose à laquelle s'inquiéter

2 = Insight juste, admet avec réticence que les pensées sont irraisonnables ou excessives, mais hésite. Peut avoir des peurs irréalistes, mais pas de convictions fixes

3 = Faible insight. Soutient que les pensées ne sont pas irraisonnables ou excessives, mais reconnaît la validité de l'évidence contraire

4 = Manque d'insight. Définitivement convaincu que les pensées sont raisonnables et non-excessives. Le patient n'est pas réceptif à l'évidence contraire.

9- Désir de changement concernant les préoccupations (non inclus dans le score total)

«Aimeriez-vous changer de façon à ce que vous ne seriez plus dérangé par ces préoccupations?» (Si la réponse est oui :) «Combien d'effort seriez-vous prêt à mettre pour de tels changements?»

0 = Le patient veut désespérément arrêter les préoccupations et rapporte une volonté de faire n'importe quoi pour les arrêter OU les préoccupations sont très minimales

1 = Le patient veut arrêter les pensées et est prêt à travailler fort pour y arriver

2 = Le patient déclare qu'il/elle aimerait ne plus être dérangé par les pensées mais ne semble pas prêt à faire beaucoup pour arriver à ce but

3 = Le patient aimerait diminuer l'impact des pensées mais ne dit pas qu'il/elle aimerait que les préoccupations disparaissent totalement. De plus, il/elle ne semble pas être prêt à agir pour changer

4 = Le patient ne souhaite pas arrêter d'avoir ses préoccupations (En fait, les pensées peuvent être rassurantes et réconfortantes)

«Les prochaines questions se rapportent aux rituels actuels» (Se référer spécifiquement aux rituels actuels ciblés.)

10- Temps consacré aux rituels

«Combien de temps est consacré à l'exécution des rituels?» (Quand les rituels impliquent des activités de la vie quotidienne qui sont principalement présentes, demander :) «Combien de temps de plus que la plupart des gens ça vous prend pour compléter les activités routinières à cause de vos rituels?» (Si les rituels se présentent comme des comportements intermittents brefs, il peut être difficile d'évaluer le temps consacré à ceux-ci en un total en heure.

Considérer autant le nombre de fois que les rituels apparaissent et combien d'heures par jour y sont consacrées. Compter séparément les rituels, pas le nombre de répétitions. Demander :)

«À quelle fréquence exécutez-vous les rituels?» (Dans la plupart des cas, les rituels sont des comportements observables mais certaines compulsions sont non-observables (ex : calculer silencieusement le contenu calorique de la nourriture).)

0 = Aucun

1 = Faible (consacre moins d'une heure/jour aux rituels) ou rituels à l'occasion

2 = Modéré (consacre 1 à 3 heures/jour aux rituels) ou rituels fréquents

3 = Sévère (plus de 3 hrs/jour et jusqu'à 8 hrs/jour aux rituels) ou rituels très fréquents

4 = Extrême (consacre plus de 8 heures/jour aux rituels) ou rituels presque constants (trop nombreux pour les compter)

11- Intervalle de temps sans rituel (non inclus dans le score total)

«En moyenne, quel est le plus grand nombre d'heures consécutives par jour où vous êtes complètement libre de vos comportements ritualisés?» (Si nécessaire, demander:) «Quelle est la plus longue période de temps pendant laquelle les rituels sont absents?»

0 = Pas de symptômes

1 = Intervalle long sans symptômes, plus de 8 heures/jour consécutives sans symptômes

2 = Intervalle modérément long sans symptômes, plus de 3 heures jusqu'à 8 heures/jour consécutives sans symptômes

3 = Intervalle court sans symptômes, de 1-3 heures/jour consécutives sans symptômes

4 = Intervalle extrêmement court sans symptômes, moins d'une heure/jour consécutive sans symptômes

12- Interférence due aux rituels

«À quel point vos rituels interfèrent-ils dans votre fonctionnement social ou votre travail (ou école)? Y'a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause d'eux?» (Si ne travaille pas ou ne va pas à l'école présentement, déterminer combien la performance serait affectée si le patient était à l'emploi ou à l'école.

0 = Aucune

1 = Faible, légère interférence au niveau social, à l'école ou les activités professionnelles, mais la performance générale n'est pas diminuée

2 = Modérée, interférence certaine au niveau social, à l'école ou travail mais encore tolérable

3 = Sévère, occasionne un handicap substantiel

4 = Extrême, incapacitant

13- Détresse associée aux rituels

«Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait d'exécuter vos rituels?» (Pause) «À quel point seriez-vous anxieux?» (Évaluer le degré d'anxiété du patient si l'exécution des rituels était soudainement interrompue sans réassurance offerte. Dans la plupart des cas, l'exécution des rituels diminue l'anxiété. Si l'évaluateur juge qu'en fait, l'anxiété est réduite par l'empêchement des rituels, alors demander : «À quel point devenez-vous anxieux pendant que vous exécutez vos rituels jusqu'au moment où vous êtes satisfait, qu'ils sont complétés?»

0 = Aucune

1 = Faible, seulement légèrement anxieux si les rituels sont empêchés, ou seulement légèrement anxieux durant l'exécution des rituels

2 = Modérée, rapporte que l'anxiété augmenterait mais demeure tolérable si les rituels sont empêchés, ou que l'anxiété augmente durant l'exécution des rituels mais demeure tolérable

3 = Sévère, très grande et dérangeante augmentation de l'anxiété si les rituels sont empêchés, ou très grande et dérangeante augmentation de l'anxiété pendant l'exécution des rituels

4 = Extrême, anxiété incapacitante lors d'intervention visant à modifier l'activité ou anxiété incapacitante durant l'exécution des rituels

14- Nature égodystone vs égodystone des rituels (non inclus dans le score total)

«Est-ce que vos rituels concordent avec la façon dont vous vous percevez?» (Évaluer : l'acceptation, l'étrangeté, etc.)

0 = Les rituels sont égodystones. Le patient ne les considère pas du tout comme une part de sa personnalité

1 = Les rituels sont majoritairement égodystones mais le patient ne les rejette pas complètement comme étant une part de sa personnalité

2 = Le patient est ambivalent – les rituels ne sont pas clairement égodystones ou égodyntones

3 = Les rituels sont majoritairement égodyntones mais le patient ne les accepte pas complètement comme étant une part de sa personnalité

4 = Les rituels sont égodyntones. Le patient les considère complètement comme partie intégrante de sa personnalité

15- Résistance contre les rituels (non inclus dans le score total)

«À quel point devez-vous faire un effort pour résister aux rituels?» (Seulement évaluer les efforts de résistance, pas la réussite ou l'échec pour contrôler les rituels. Noter que cet item ne mesure pas directement la sévérité des rituels mais il mesure plutôt une manifestation de la santé, c'est-à-dire l'effort que le patient fait pour neutraliser les rituels. Ainsi, plus le patient essaie de résister, moins son fonctionnement se détériore. Si les rituels sont minimes, le patient peut ne pas sentir le besoin de leur résister. Dans de tels cas, donner un score de «0».

0 = Fait un effort pour résister OU symptômes si légers que le patient ne sent pas le besoin de leur résister

1 = Essaie de résister la plupart du temps

2 = Fait des efforts pour résister

3 = Cède à tous les rituels sans tenter de les contrôler, mais avec réticence

4 = Cède entièrement et volontairement à tous les rituels

16- Degré de contrôle des rituels

«À quel point le besoin d'exécuter les rituels est fort?» (Pause) «À quel point avez-vous le contrôle sur vos rituels?» (À la différence de l'item précédent concernant la résistance, l'habileté du patient à contrôler ses rituels est plus étroitement reliée à la sévérité des rituels.)

0 = Contrôle complet

1 = Grand contrôle, ressent de la pression à exécuter le comportement mais est habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur celui-ci

2 = Contrôle modéré, forte pression à exécuter le comportement, peut contrôler avec difficulté

3 = Contrôle faible, très fort besoin d'exécuter le comportement, doit l'exécuter, peut retarder avec difficulté

4 = Aucun contrôle, besoin d'exécuter le comportement vécu comme étant complètement involontaire, rarement capable, même momentanément, de retarder l'activité

17- L'insight face aux rituels

«Pensez-vous que vos rituels sont raisonnables ou qu'ils font du sens?» (Évaluer l'insight du patient selon l'inutilité ou l'excessivité de ses rituels.)

0 = Excellent insight, très rationnel. Voit les rituels comme étant inutiles et excessives OU les voit comme étant ni inutiles ni excessifs parce qu'ils sont si minimes

1 = Bon insight. Reconnaît facilement l'absurdité ou l'excessivité des rituels mais ne semble pas complètement convaincu que ce n'est pas quelque chose à laquelle s'inquiéter

2 = Insight juste, admet avec réticence que les rituels sont irraisonnables ou excessifs, mais hésite. Peut avoir des peurs irréalistes, mais pas de convictions fixes

3 = Faible insight. Soutient que les comportements ne sont pas irraisonnables ou excessives, mais reconnaît la validité de l'évidence contraire

4 = Manque d'insight. Définitivement convaincu que les rituels sont raisonnables et non-excessifs. Le patient n'est pas réceptif à l'évidence contraire.

18- Désir de changement concernant les rituels

«Aimeriez-vous changer de façon à ce que vous ne seriez plus dérangé par ces rituels?» (Si la réponse est oui :) «Combien d'effort seriez-vous prêt à mettre pour de tels changements?»

0 = Le patient veut désespérément arrêter les rituels et rapporte une volonté de faire n'importe quoi pour les arrêter OU les rituels sont très minimes

1 = Le patient veut arrêter les rituels et est prêt à travailler fort pour y arriver

2 = Le patient déclare qu'il/elle aimerait ne plus être dérangé par les rituels mais ne semble pas prêt à faire beaucoup pour arriver à ce but

3 = Le patient aimerait diminuer l'impact des rituels mais ne dit pas qu'il/elle aimerait que les rituels disparaissent totalement. De plus, il/elle ne semble pas être prêt à agir pour changer

4 = Le patient ne souhaite pas arrêter d'avoir ses rituels (En fait, les rituels peuvent être rassurants et réconfortants)

«Les prochaines questions se rapportent aux préoccupations et aux rituels»

19- Évitement (non inclus dans le score total)

«Avez-vous déjà évité de faire quelque chose, d'aller quelque part, ou d'être avec quelqu'un à cause de vos préoccupations ou été inquiet d'exécuter ou ne pas pouvoir exécuter vos rituels?» (Si oui, demander :) «À quel point évitiez-vous?» (Évaluer le degré auquel le patient essaie délibérément d'éviter des activités. Considérer la fréquence des situations évitées; ie. si ces circonstances ne sont pas fréquentes mais toujours évitées, il/elle devrait coter un 1 et non un 4. Parfois, les rituels consistent à éviter le contact avec quelque chose que le patient craint - cela ne serait pas considéré comme de l'évitement.)

0 = Pas d'évitement délibéré

1 = Léger, évitement minime

2 = Modéré, évitement manifestement présent

3 = Sévère, beaucoup d'évitement

4 = Extrême, évitement considérable, le patient fait tout ce qu'il/elle peut pour éviter de déclencher les symptômes

L'ENTREVUE EST MAINTENANT TERMINÉE.

Les trois prochaines questions sont complétées par l'évaluateur. Les items 20 et 21 réfèrent à la sévérité globale du trouble. L'évaluateur doit considérer le fonctionnement global, pas seulement la sévérité des préoccupations et rituels. L'item 21 est complété seulement après une entrevue initiale.

20- Sévérité globale

Le jugement de l'évaluateur sur la sévérité globale de la maladie du patient. Évaluer de 0 (pas de trouble) à 6 (patient le plus sévère vu). Considérer le degré de détresse rapporté par le client, les symptômes observés et l'altération dans le fonctionnement rapporté. Votre jugement est requis à la fois pour calculer la moyenne de ces données ainsi que pour peser la fiabilité ou la justesse des données obtenues. Ce jugement est basé sur l'information obtenue durant l'entrevue.

0 = Pas de trouble

1 = Trouble léger, incertain, passager, pas d'altération dans le fonctionnement

2 = Symptômes légers, faible altération du fonctionnement

3 = Symptômes modérés, du mal à fonctionner

4 = Symptômes modérés à sévères, fonctionnement limité

5 = Symptômes sévères, fonctionne principalement avec assistance

6 = Extrême, symptômes sévères, entièrement non-fonctionnel

21- Amélioration globale (est utilisé dans les évaluations en série)

Évaluer l'amélioration globale totale présente DEPUIS LA DERNIÈRE ÉVALUATION, selon votre jugement, peu importe si l'amélioration est due à un traitement pharmacologique.

0 = Beaucoup plus mal

1 = Plus mal

2 = Un peu plus mal

3 = Pas de changement

4 = Amélioration minime

5 = Grande amélioration

6 = Très grande amélioration

22- Fidélité

Évaluer la fiabilité des scores obtenus. Les facteurs pouvant affecter la fiabilité incluent la coopérativité du patient et son habileté naturelle à communiquer. Le type ou la sévérité des préoccupations-rituels peut interférer avec la concentration, l'attention et la liberté de parler spontanément du client (ex : le contenu de certaines obsessions peut faire en sorte que le patient choisit ses mots très prudemment).

0 = Excellent, pas de raison de croire que les données ne sont pas fiables

1 = Bon, un ou plusieurs facteurs présents peuvent affecter la fiabilité

2 = Juste, un ou plusieurs facteurs présents peuvent sans aucun doute affecter la fiabilité

3 = Pauvre, très faible fiabilité

Pré-traitement	Post-traitement
Participante #1	
<u>Eating Disorder Examination 12th</u>	
Indice de masse corporelle = 22,5 kg/m ² Restriction alimentaire et 20 crises de boulimie objectives/mois Exercice physique (2,5 hres/jour) pour compenser Importance suprême accordée au poids et silhouette	Indice de masse corporelle = 23,1 kg/m ² Alimentation variée et suffisante et 2 empiffrements objectifs/mois Exercice 3hres/semaine pour la santé Importance modérée accordée au poids et silhouette
<u>Eating Disorder Inventory-2</u>	
Scores correspondant à un échantillon de personnes boulimiques	Scores non-cliniques pour toutes les sous-échelles
<u>Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale</u>	
Scores correspondant à la moyenne d'un échantillon de patientes boulimiques	Scores se situant dans la moyenne d'un échantillon de personnes rétablies. Plus de 66% d'amélioration.
La cliente n'obtient pas des scores similaires à un échantillon non-clinique car bien qu'elle se soit grandement améliorée au niveau de ses symptômes TCA, les scores pour les préoccupations/rituels se situant au-delà de la courbe d'une population normale.	
<u>Échelles des idées surévaluées</u> <i>Si j'arrête mes efforts pour contrôler mon poids, je vais perdre le contrôle et grossir</i>	
Très forte conviction que la croyance est vraie Rituels « <i>tout à fait efficaces</i> »	Très faible degré de conviction. Rituels « <i>tout à fait inefficaces</i> »
<u>Questionnaire sur les croyances obsessionnelles-44</u>	
Perfectionnisme/Intolérance à l'incertitude	
Score plus élevé à cette échelle que des patients TOC	Score dans la moyenne d'un échantillon normal
Contrôle/Importance des pensées	
Le score obtenu à cette échelle se situait déjà dans les normes d'un échantillon non-clinique dès le début du suivi.	
Responsabilité/Surestimation de la menace	
Score plus élevé à cette échelle que des patients TOC	Score plus bas que ceux obtenus par échantillons normaux
<u>Questionnaire sur les processus inférentiels</u>	
Score similaire à une population présentant un trouble anxieux, un peu plus faible que pour un échantillon TOC	Score se retrouvant légèrement inférieur à ceux obtenus par des échantillons représentant la population normale
<u>Sentiment d'efficacité personnelle</u> (i.e. : être capable de résister aux compulsions suivantes : se peser, se regarder dans le miroir, faire de l'exercice intense, sauter des repas, limiter la quantité de nourriture, choisir des aliments diète ou léger, manger de façon excessive, demander de la réassurance auprès d'autrui)	
39%	81%
<u>Inférences primaires</u> (i.e. : la croyance envers les doutes obsessionnels suivants : peut-être que je vais perdre le contrôle et manger trop; peut-être que mon poids n'est pas acceptable; peut-être que j'ai l'air grosse dans ce vêtement; peut-être que je suis en train de prendre du poids; peut-être que je suis quelqu'un qui n'a pas de contrôle)	
83%	24%
<u>Inférences secondaires</u> (i.e. : le niveau de réalisme des conséquences anticipées suivantes : peut-être que les gens vont moins m'aimer, qu'ils ne me trouveront pas belle et j'aurais encore moins d'estime de moi-même; peut-être que je vais manger sans pouvoir m'arrêter et être rejetée)	
71%	14%
<u>Degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions</u> (en contexte, c'est-à-dire lorsque la personne s'apprête à faire la compulsions)	
77%	14%
<u>Degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions</u> (hors contexte)	
28%	1%

Participant #2	
<u>Eating Disorder Examination 12th</u>	
Indice de masse corporelle = 19,7 kg/m ² Sept crises de boulimie objectives/mois Restriction alimentaire au moins la moitié du temps Exercice physique (1,5 hres/jour) pour compenser Importance modérée à suprême accordée au poids et silhouette	Indice de masse corporelle = 26 kg/m ² Six crises de boulimie objectives/mois Restriction alimentaire moins que la moitié du temps Exercice physique (30min/3x par semaine) Importance légère accordée au poids et silhouette
<u>Eating Disorder Inventory-2</u>	
Scores cliniques pour les échelles boulimie, le désir de minceur, le perfectionnisme, la conscience intéroceptive, l'ascétisme et l'insatisfaction de l'image corporelle Scores sous-cliniques pour la méfiance interpersonnelle, l'insécurité sociale, la régulation des émotions et le sentiment d'inefficacité	Scores cliniques (quoique légère diminution) pour les échelles boulimie, le désir de minceur, le perfectionnisme, la conscience intéroceptive et l'ascétisme L'insatisfaction de l'image corporelle a augmenté Scores sous-cliniques pour la méfiance interpersonnelle, l'insécurité sociale, la régulation des émotions et le sentiment d'inefficacité
<u>Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale</u>	
Scores correspondant à la moyenne d'un échantillon de patientes souffrant d'un trouble alimentaire	Scores se situant dans la moyenne d'un échantillon de personnes rétablies. Plus de 50% d'amélioration.
Concernant la comparaison avec un échantillon non-clinique de femmes, la cliente n'obtient pas des scores similaires car bien qu'elle se soit grandement améliorée sur le plan de ses symptômes TCA, les scores pour les préoccupations/rituels se situant au-delà de la courbe d'une population normale.	
<u>Échelles des idées surévaluées</u> <i>Si je grossis, les gens vont moins m'aimer</i>	
Très forte conviction que la croyance est vraie Rituels sont « <i>plutôt efficaces</i> »	Très peu convaincue de la croyance Rituels sont « <i>tout à fait inefficaces</i> »
<u>Questionnaire sur les croyances obsessionnelles-44</u>	
Scores se situant dans les limites de la moyenne obtenue par des échantillons non-clinique dès le pré-traitement.	
<u>Questionnaire sur les processus inférentiels</u>	
Score similaire à une population non-clinique	Score augmenté mais toujours non-clinique
<u>Sentiment d'efficacité personnelle</u> (i.e. : être capable de résister aux compulsions suivantes : se regarder dans miroir; se peser; se comparer aux autres filles; choisir des aliments peu caloriques; calculer les calories; planifier ce que je vais manger plus tard; faire de l'exercice de façon excessive; se faire vomir; restriction alimentaire)	
17 %	77 %
<u>Inférences primaires</u> (i.e. : la croyance envers les doutes obsessionnels suivants : peut-être que je suis grosse et que ça paraît; peut-être que mon poids n'est pas acceptable; peut-être que je pourrais être encore plus mince; peut-être que je mange (incluant liquides aussi) trop de calories; peut-être que je vais trop manger ou manger de «mauvaises» choses; peut-être que je suis en train d'engraisser)	
90 %	40 %
<u>Inférences secondaires</u> (i.e. : le niveau de réalisme des conséquences anticipées suivantes : <i>les gens ne m'aimeront pas; je ne suis pas la plus mince, je dois encore maigrir</i>)	
78 %	14 %
<u>Degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions</u> (en contexte, c'est-à-dire lorsque la personne s'apprête à faire la compulsions)	
92 %	34 %
<u>Degré de conviction qu'il est nécessaire de faire les compulsions</u> (hors contexte)	
26 %	4 %