

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPLORATION DES FACTEURS ENCOURAGEANT L'ADOPTION D'UN
RAISONNEMENT BASÉ SUR LES SENS CHEZ DES PERSONNES SOUFFRANT DU
TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUIS JOËL DUBÉ

JANVIER 2024

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.04-2020). 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

Je désire remercier toutes les personnes que j'ai côtoyées lors de mon parcours doctoral qui m'ont aidé à évoluer comme personne et comme clinicien. L'emploi que je désire occuper nécessite une approche humaine et je m'estime heureux d'avoir rencontré différentes personnes qui m'ont aidé à développer ce côté de moi-même. J'aimerais remercier Diana Arias et Audrey Doulaot qui ont été présentes pendant tout mon parcours doctoral. Je veux leur exprimer ma gratitude pour nos belles discussions et je chéris ces amitiés développées pendant ce long parcours. Je suis aussi reconnaissant envers Jean-Sébastien Audet, un collègue et ami, qui m'a prêté main-forte à plusieurs moments lors de mon cheminement. Vous avez tous fait en sorte que je me sente bien entouré et bien accompagné lors de mon cheminement doctoral.

Je veux aussi remercier mes parents Sandra et Gérald Dubé, qui ont cru en moi et qui m'ont offert un soutien inconditionnel. Partir du Manitoba pour s'installer au Québec n'a pas été un choix facile. Mes parents m'ont encouragé à foncer et à écouter mes désirs, et j'en suis très content et reconnaissant. Je n'aurais pas pu espérer de meilleurs parents.

Je veux remercier ma conjointe Frédérique Tremblay-Légaré pour son soutien. Je suis très choyé de t'avoir rencontrée et d'avoir pu terminer mon parcours à tes côtés. Merci de ton appui émotionnel dans les bons comme dans les mauvais moments.

Enfin, je veux remercier mes directeurs de recherche Frederick Aardema, Kieron O'Connor et Marc Bigras. Merci de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de me superviser. Je suis reconnaissant de tout le temps et l'énergie que vous avez investis en moi. Je veux vous dire merci d'avoir eu à cœur mon bien-être lors de ce parcours. Je veux remercier Kieron et Marc d'avoir accepté initialement de me superviser lorsque j'ai fait mon changement du parcours en neuropsychologie à la psychologie cognitivo-comportementale. Je suis reconnaissant envers Kieron d'avoir acquiescé de m'encadrer en dépit du fait qu'il n'était pas en bonne sa santé et de tous les commentaires qu'il m'a offert sur mon projet de recherche doctoral jusqu'à sa mort. Merci à Frederick de m'avoir accepté dans son labo et m'avoir offert autant de soutien. Son expertise a été essentielle à ce projet de recherche et je n'y serais pas arrivé sans lui. De plus, ses commentaires

sur mes écrits ont permis l'évolution de mon projet de recherche en ce qu'il est actuellement. Quant à Marc Bigras, je suis reconnaissant de son aide et du regard critique qu'il a eu pour mon projet de recherche. Tous les trois, vous m'avez aidé à développer ma rigueur et ma pensée critique.

DÉDICACE

Je dédie cet ouvrage à mes parents qui m'ont
toujours soutenu pendant ce long parcours.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1	6
1.1 Le contexte théorique.....	6
1.1.1 Les modèles étiologiques.....	6
1.1.1.1 Le modèle de l'apprentissage de la peur.....	6
1.1.1.1.1 L'exposition avec prévention de la réponse	7
1.1.1.1.2 Critique du modèle d'apprentissage de la peur.....	7
1.1.1.2 Le modèle d'interprétation des pensées.....	8
1.1.1.2.1 La thérapie cognitivo-comportementale par attribution	10
1.1.1.2.2 Critique du modèle d'interprétation des pensées.....	10
1.1.1.3 L'approche basée sur les inférences	11
1.1.1.3.1 La thérapie cognitivo-comportementale par inférence (TCC-I)	14
1.1.1.3.2 Critique de l'approche basée sur les inférences.....	16
1.1.1.3.3 Le narratif alternatif comme outil dans la TCC-I	17
1.1.1.3.4 Les caractéristiques du narratif.....	18
1.1.2 Problématique	21
1.1.3 Objectifs du projet de recherche	22
1.1.4 Hypothèses.....	23
CHAPITRE 2 Méthodologie.....	24
2.1 Méthodologie	24
2.1.1 Les narratifs alternatifs et participants	24
2.1.2 Les évaluateurs	25
2.1.3 Mesures.....	25
2.1.3.1 Caractéristiques du narratif alternatif.....	25
2.1.3.2 Processus de raisonnement de l'ABI	25
2.1.3.3 Mesures des symptômes du TOC	26
2.1.3.3.1 L'échelle sur le trouble obsessionnel compulsif des universités Yale et Brown.....	26
2.1.3.3.2 L'inventaire obsessionnel compulsif de Vancouver.....	26
2.1.3.3.3 L'échelle des idées surévaluées	27
2.1.3.3.4 Le questionnaire de confusion inférentielle version étendue.....	27

2.1.3.4	Mesures des symptômes associés au TOC.....	28
2.1.3.4.1	Inventaire d’anxiété de Beck	28
2.1.3.4.2	Inventaire de dépression de Beck	28
2.1.3.5	Analyses statistiques	29
CHAPITRE 3 Résultats.....		30
3.1	Statistiques descriptives	30
3.2	Fiabilité des évaluateurs indépendants	31
3.3	Résultats des narratifs alternatifs	34
3.3.1	Comparaison des erreurs de raisonnement entre les narratifs obsessionnels et les narratifs alternatifs.....	34
3.3.2	Analyses des caractéristiques d’intérêt dans le narratif alternatif.....	38
3.3.3	Analyses des symptômes du TOC et symptômes secondaires du TOC.....	40
CHAPITRE 4 Discussion.....		42
4.1	Résumé des objectifs.....	42
4.2	Résumé des découvertes	42
4.3	Implications théoriques	46
4.4	Implications cliniques	48
4.5	Forces et faiblesses du projet de recherche	50
4.6	Avenue de recherche future	50
Conclusion.....		51
APPENDICE A Questionnaire pour quantifier la présence des caractéristiques du narratif		52
APPENDICE B Introduction du questionnaire pour évaluer les narratifs		54
APPENDICE C Aide-mémoire lors de l’évaluation des narratifs.....		58
APPENDICE D Approbation éthique de l’Université du Québec à Montréal pour le projet de recherche		62
RÉFÉRENCES.....		65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Statistiques descriptives des mesures des symptômes du TOC	31
Tableau 3.2 Comparaison des scores d'évaluateurs d'après leur allégeance théorique et la corrélation intraclasse (ICC)	33
Tableau 3.3 Statistiques descriptives des caractéristiques du narratif alternatif	35
Tableau 3.4 Comparaison de la présence des erreurs de raisonnement et croyances erronées dans les narratifs alternatifs et narratifs obsessionnels	37
Tableau 3.5 Test-t des caractéristiques d'intérêt avec le score de rémission au Y-BOCS.....	38
Tableau 3.6 Évolution des participants à la TCC-I mesurée par les scores des questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOCL.....	39
Tableau 3.7 Corrélations entre les caractéristiques d'intérêt du narratif alternatif	39
Tableau 3.8 Corrélations entre les caractéristiques d'intérêt du narratif alternatif et les scores de changement des symptômes du TOC et des symptômes secondaires du TOC.....	41

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ABI : Approche basée sur les inférences

BAI : L'inventaire d'anxiété de Beck

BDI : L'inventaire de dépression de Beck

DSM-5 TR : Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux texte révisé

EPR : Exposition avec prévention de la réponse

ICQ-EV : Le questionnaire de confusion inférentielle version étendue

OVIS : L'échelle des idées surévaluées

TCC-A : Thérapie cognitivo-comportementale par attribution

TCC-I : Thérapie cognitivo-comportementale par inférences

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

VOCI : L'inventaire obsessionnel compulsif de Vancouver

Y-BOCS : L'échelle sur le trouble obsessionnel compulsif des universités Yale et Brown

RÉSUMÉ

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un désordre psychologique caractérisé par la présence d'obsessions qui sont souvent accompagnées par des compulsions qui ont pour but de diminuer l'anxiété ressentie. La thérapie cognitivo-comportementale par inférences (TCC-I) est l'un des traitements possibles pour le TOC. Elle cible la confusion inférentielle, c'est-à-dire la propension à se méfier de ses sens au profit de son imaginaire. En effet, selon cette thérapie, un narratif obsessionnel doté d'un raisonnement dysfonctionnel donne de la crédibilité aux doutes et aux inférences obsessionnels. Ces narratifs obsessionnels se caractérisent par une dépendance excessive à l'imaginaire et à une méfiance à l'égard des sens. La TCC-I a pour but d'aider les personnes souffrant d'un TOC à faire davantage confiance à leur sens par l'entremise de la création d'un narratif alternatif illustrant un raisonnement sensoriel.

Le but de ce projet de recherche est de mieux comprendre les caractéristiques qui améliorent la perception du narratif alternatif en tant que réalité sensorielle envisageable chez les personnes souffrant d'un TOC. En se basant sur la littérature, il est possible de relever un certain nombre de caractéristiques d'intérêt, notamment a) le réalisme b) l'affect, c) l'identification, d) la personnification et e) la conviction. Ces caractéristiques sont particulièrement intéressantes, car elles peuvent augmenter la probabilité que le narratif alternatif représente une réalité envisageable au narratif obsessionnel. À l'inverse, la recherche sur la TCC-I montre la présence d'erreurs de raisonnement et de biais spécifiques dans les narratifs obsessionnels (O'Connor et Aardema, 2011). Ceux-ci incluent a) la responsabilité et la surestimation du danger b) l'importance et le contrôle des pensées, c) le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, d) le raisonnement inverse, e) le rejet actif des informations sensorielles et f) les associations d'information hors contexte. L'échantillon est composé de 82 participants diagnostiqués avec un TOC et ayant un narratif alternatif d'un essai clinique antérieur de la TCC-I. La présence de ces caractéristiques et de ces erreurs de raisonnement a été analysée chez les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels pour établir des différences entre eux. Trois groupes d'évaluateurs ont été responsable de cette tâche, deux cliniciens d'allégeance au modèle d'interprétation des pensées, deux d'allégeance à la TCC-I et enfin deux doctorants ayant de l'expérience clinique avec le TOC. Ce projet en est un d'envergure dû au nombre de mesures pré et post-traitement permettant de comprendre le mécanisme agissant dans un traitement de pointe du TOC.

Le premier objectif est de comparer la présence des erreurs de raisonnement entre les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels. La première hypothèse vise à confirmer la fiabilité du narratif alternatif, c'est-à-dire vise à savoir si des évaluateurs de différentes allégeances théoriques sont capables d'identifier des degrés similaires de caractéristiques dans les narratifs alternatifs. La deuxième hypothèse cherche à montrer que les erreurs de raisonnement et les croyances obsessionnelles sont significativement plus présentes dans le narratif obsessionnel par rapport au narratif alternatif. Les résultats soulignent des différences entre ces deux types de narratif. Les erreurs de raisonnement nommées ci-dessus sont présentes dans les narratifs obsessionnels et absentes dans les narratifs alternatifs. En ce qui a trait aux caractéristiques d'intérêt, elles sont plus présentes dans le narratif alternatif. Ces résultats confirment l'utilité du narratif alternatif comme étant un outil dans la TCC-I, car il y a une absence d'erreurs dans ce dernier.

Le deuxième objectif est d'établir laquelle des caractéristiques d'intérêt améliore la probabilité que le narratif alternatif soit considéré comme une option sensorielle envisageable comparativement au narratif obsessionnel. La troisième hypothèse est que les caractéristiques du narratif (le réalisme, l'affect, l'identification, la personnification et la conviction) prédisent l'amélioration thérapeutique. Cette amélioration est quantifiée par une diminution du score au questionnaire Y-BOCS et une diminution des scores post-traitement aux questionnaires OVIS, ICQ-EV, et VOCI. La quatrième hypothèse est qu'il existe des liens entre les caractéristiques d'intérêt du narratif. Puis la cinquième hypothèse est qu'il y a des corrélations entre les scores de changement des questionnaires secondaires du TOC, la dépression et l'anxiété. Les résultats de cette analyse suggèrent que les participants ayant plus de conviction dans le narratif alternatif sont plus susceptibles d'être en rémission après avoir complété la TCC-I.

Mots clés : trouble obsessionnel compulsif, thérapie cognitivo-comportementale par inférence (TCC-I), conviction, rémission, narratif alternatif

ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a psychological disorder characterized by the presence of obsessions which are often accompanied by compulsions which aim to reduce the felt anxiety. Inference-based cognitive behavioral therapy (I-CBT) is one of the possible treatments for OCD. It targets inferential confusion, that is to say the propensity to distrust one's senses in favor of one's imagination. Indeed, according to this therapy, an obsessive narrative with dysfunctional reasoning gives credibility to obsessive doubts and inferences. These obsessive narratives are characterized by an excessive reliance on the imagination and a distrust of the senses. I-CBT aims to help people with OCD trust their senses through the creation of an alternative narrative illustrating sensory reasoning.

The aim of this research project is to better understand the characteristics that improve the perception of the alternative narrative as a possible sensory reality in people suffering from OCD. Based on the literature, it is possible to identify a number of characteristics of interest, including a) realism b) affect, c) identification, d) personification and e) conviction. These characteristics are particularly interesting, because they can increase the probability that the alternative narrative represents a possible reality to the obsessive narrative. Conversely, research on I-CBT shows the presence of specific reasoning errors and biases in obsessive narratives (O'Connor and Aardema, 2011). These include a) responsibility and overestimation of danger b) importance and control of thoughts, c) perfectionism and intolerance of uncertainty, d) inverse reasoning, e) active dismissal of sensory information and f) out-of-context associations. The sample consists of 82 participants diagnosed with OCD and having an alternative narrative from a previous clinical trial of I-CBT. The presence of these characteristics and reasoning errors was analyzed in alternative narratives and obsessive narratives to establish differences between them. Three groups of evaluators were responsible for this task, two clinicians with allegiance to the thought interpretation model, two with allegiance to I-CBT and finally two doctoral students with clinical knowledge of OCD. This project is of extent due to the number of pre- and post-treatment measurements making it possible to understand the mechanism acting in a cutting-edge treatment of OCD.

The first objective is to compare the presence of reasoning errors between alternative narratives and obsessive narratives. The first hypothesis aims to confirm the reliability of the alternative narrative, that is, whether evaluators of different theoretical allegiances are able to identify similar degrees of characteristics in the alternative narratives. The second hypothesis seeks to show that reasoning errors and obsessive beliefs are significantly more present in the obsessive narrative compared to the alternative narrative. The results highlight differences between these two types of narrative. The reasoning errors named above are present in obsessive narratives and absent in alternative narratives. As for the characteristics of interest, they are more present in the alternative narrative. These results confirm the usefulness of the alternative narrative as a tool in I-CBT, because there is an absence of errors in the latter.

The second objective is to establish which of the characteristics of interest improves the probability that the alternative narrative is considered as a viable sensory option compared to the obsessive narrative. The third hypothesis is that characteristics of interest (realism, affect, identification, personification and conviction) predict therapeutic improvement. This improvement is quantified by a reduction in the score on the Y-BOCS questionnaire and a reduction in the post-treatment scores on the OVIS, ICQ-EV, and VOCI questionnaires. The fourth hypothesis is that there are links between the characteristics of interest in the narrative. Then the fifth hypothesis is that there are correlations between the change scores of the secondary measures of OCD, depression and anxiety. The results of this analysis suggest that participants with more belief in the alternative narrative are more likely to be in remission after completing I-CBT.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral inference therapy (CBT-I), conviction, remission, alternative narrative

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un désordre psychologique qui a une prévalence à vie de 1 à 2 % dans la population canadienne (Clark, 2009). Afin d'obtenir un diagnostic de TOC, une personne doit rapporter la présence de pensées obsessionnelles causant de la détresse ou une altération significative de son fonctionnement social ou professionnel. De plus, des comportements compulsifs peuvent aussi être rapportés (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les personnes souffrant de ce trouble signalent beaucoup de problèmes familiaux, car leurs compulsions peuvent prendre beaucoup de leur temps et de leur énergie (Huppert et al., 2009; Leon et al., 1995; Remmerswaal et al., 2016). Les membres de la famille immédiate des personnes ayant un TOC finissent par les tolérer, pour ne pas aggraver la situation (Albert et al., 2010). Par ailleurs, il y a des coûts associés au TOC, tant pour la personne souffrante qui peut avoir de la difficulté à se trouver un emploi (Leon et al., 1995), que pour le système de santé qui doit la traiter (Cloutier et al., 2009).

Le TOC est un trouble psychologique qui se définit par différents symptômes. D'après le manuel diagnostic et statistiques des troubles psychiatriques, cinquième version texte révisé (DMS-5 [TR]) (American Psychiatric Association [APA], 2022), (1) la présence d'obsessions ou de compulsions, ou des deux, est nécessaire pour confirmer le diagnostic d'un TOC. De plus, il faut préciser si (2) les obsessions et/ou les compulsions causent une perte de temps et/ou une détresse cliniquement significative et/ou une altération du fonctionnement sur le plan social, professionnel ou dans d'autres sphères d'importance. Il faut aussi clarifier si (3) les obsessions et/ou compulsions ne sont pas mieux expliquées par un problème de consommation ou (4) par un autre trouble mental. (5) Le diagnostic doit également spécifier si le patient a une bonne, une mauvaise ou une absence d'introspection (insight) de son TOC, c'est-à-dire s'il reconnaît que ses croyances correspondent ou non à la réalité et que celles-ci puissent se révéler fausses ou non (APA, 2022).

Le premier des deux symptômes principaux du TOC est la présence d'obsessions (APA, 2022). Ce symptôme se définit comme une cognition, impulsion et/ou image mentale pouvant causer de la détresse, car elle est intrusive. Son apparition n'est pas contrôlable et elle est persistante dans le temps (APA, 2022; Clark, 2005; Rachman, 1998a). Les obsessions sont aussi égo-dystones, ce qui

veut dire qu'elles vont à l'encontre des valeurs du soi (Rachman, 1998a). Il y a apparition de l'obsession et ensuite une compulsion peut être développée.

Le deuxième symptôme du TOC est la compulsion, c'est-à-dire le comportement adopté pour diminuer la détresse ressentie à cause de l'obsession, notamment l'anxiété, ou pour prévenir une situation négative (APA, 2022; Starcevic et al., 2011). Il est possible de remarquer chez les personnes souffrant d'un TOC qu'à court terme la compulsion diminue réellement l'anxiété ressentie (Abramowitz et Deacon, 2005). Cependant, à long terme, les compulsions servent surtout à éviter ou à contrôler les pensées intrusives (Starcevic et al., 2011). À la longue, la compulsion exacerbe le maintien des obsessions (McKay et al., 2004). La compulsion se manifeste sous plusieurs formes, mais habituellement elle correspond au thème de l'obsession (Starcevic et al., 2011). Par exemple, une personne pourrait avoir une compulsion de nettoyage pour une obsession de contamination, tandis qu'une autre pourrait avoir le besoin d'organiser divers objets pour une obsession de symétrie. Starcevic et ses collègues (2011) suggèrent que les compulsions ont plusieurs autres utilités. Chez certaines personnes, elles permettent de satisfaire différents besoins, tels qu'atteindre une sensation ou un état bien précis (just right feeling), ou encore elles permettent de diminuer une sensation de dégoût. Pour le diagnostic du TOC, il faut vérifier que les compulsions prennent beaucoup de temps au quotidien. Ainsi, il est utile d'évaluer le temps alloué aux compulsions afin de différencier celles qui peuvent être normales de celles qui peuvent être anormales. Par exemple, une personne qui vérifie une fois le fourneau après l'avoir utilisé (normal) comparée à une personne qui le vérifie plusieurs fois d'affilée par jour (anormal) (APA, 2022).

L'introspection (insight) des obsessions est un qualificatif dont il importe de tenir compte, car il s'agit d'une variable prédisant l'efficacité du traitement (Himle et al., 2006). Comme il est mentionné ci-dessus, le degré d'introspection est divisé en trois catégories : bonne, faible ou absente. D'après les études, il y a entre 5 à 45 % des personnes souffrant d'un TOC qui ont une faible introspection (Catapano et al., 2010; Eisen et al., 2001; Kishore et al., 2004). Les facteurs qui affectent le degré d'introspection sont entre autres : l'âge de développement du TOC et les comorbidités (Catapano et al., 2010).

Le TOC est un trouble qui est rarement retrouvé sans comorbidité, les plus communes sont les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Lochner et al., 2014). Les recherches sur le sujet

signalent qu'à un moment ou un autre pendant la vie des personnes souffrant d'un TOC 76 % auront un trouble anxieux comorbide alors que 63 % auront un trouble dépressif ou un trouble bipolaire (APA, 2013). Les comorbidités aggravent le pronostic pour les personnes souffrant de ce trouble psychologique, car elles complexifient le traitement (Abramowitz et al., 2000; Abramowitz et al., 2004; Hansen et al., 2007; Huppert et al., 2009; Olatunji et al., 2013). Une étude a d'ailleurs souligné un trait commun entre le TOC et ses comorbidités : les personnes qui en souffrent sembleraient avoir une faible tolérance à l'égard de l'incertitude (Tolin et al., 2003).

La prévalence du TOC permet de mieux cerner l'impact de celui-ci sur la société. Le National Comorbidity Survey signale une prévalence de 1,2 % pour une année et de 2,3 % à vie aux États-Unis (Harvard Medical School, 2007). Les données canadiennes suggèrent une prévalence à vie similaire avec 1 à 2 % de la population ayant un épisode pendant leur existence (Clark, 2009). Le TOC peut se développer pendant l'enfance ou à l'âge adulte (Taylor, 2011), toutefois, il semble affecter plus souvent les femmes pendant l'adolescence et les hommes à l'âge adulte (Taylor, 2011).

Le développement d'un TOC engendre plusieurs répercussions individuelles telles qu'une diminution de la qualité de vie ainsi que des difficultés concernant les habiletés sociales qui affectent le bien-être de la personne souffrant de ce trouble psychologique. En ce qui a trait à la qualité de vie, il est montré que celle-ci est plus faible chez les personnes souffrant d'un TOC (Huppert et al., 2009; Leon et al., 1995; Remmerswaal et al., 2016). De fait, dans l'étude de Huppert et al., 2009, les participants ayant un TOC signalent une plus faible satisfaction dans leur travail, leur vie familiale et leurs liens sociaux. D'ailleurs, on remarque une plus forte insatisfaction chez ceux qui rapportent des comorbidités telles que la dépression majeure ou un trouble anxieux (Rodriguez-Salgado et al., 2006). En ce qui a trait aux enjeux d'habiletés sociales, les personnes souffrant d'un TOC peuvent trouver difficiles l'acquisition et le maintien d'un emploi, la résolution de problèmes et les relations sociales (Bobe et al., 2001; Bystritsky et al., 2001; Moritz et al., 2005). Les émotions sont un facteur commun dans ces trois enjeux. Une revue de la littérature souligne que les personnes souffrant d'un TOC ont de la difficulté à réguler leurs émotions et à les percevoir chez les autres (Jansen et al., 2020).

Le TOC n'affecte pas seulement la personne qui en souffre, mais aussi son entourage. Les recherches suggèrent que la famille d'une personne atteinte de ce trouble psychologique ressent de

la détresse (Albert et al., 2010; Amir et al., 2000; Cicek et al., 2013; Ramos-Cerqueira et al., 2008; Stengler-Wenzke et al., 2006). En effet, une personne souffrant de ce trouble psychologique peut nécessiter beaucoup de temps, d'attention et d'énergie. Ainsi, les membres de la famille éprouvent de la détresse due au fait qu'ils n'ont pas assez d'énergie pour se concentrer sur leurs propres besoins (Stengler-Wenzke et al., 2006). Dans le même ordre d'idées, on remarque que le bien-être de la famille s'aggrave lorsque ses membres essaient d'accommoder les rituels de la personne souffrant d'un TOC (Albert et al., 2010). De plus, l'état psychologique de la famille se détériore lorsque la personne atteinte d'un TOC souffre d'un trouble dépressif comorbide (Cicek et al., 2013; Ramos-Cerqueira et al., 2008).

Les répercussions du TOC sont aussi ressenties dans la société. Leon et ses collègues (2009) signalent que 45 % des hommes américains souffrant d'un TOC étaient au chômage et qu'ils étaient à risque d'un chômage chronique, c'est-à-dire d'être sans emploi pendant une période d'au moins cinq ans. Ainsi, ces données suggèrent qu'ils devaient faire appel à l'assurance-emploi pour survivre financièrement ou pour se rétablir (Leon et al., 2009). Cloutier et ses collègues (2009) ont examiné l'utilisation des services des soins de santé chez des personnes souffrant du trouble panique, d'anxiété sociale, d'anxiété généralisée et du TOC au Québec. Les résultats montrent que le TOC est l'un des troubles psychologiques dont le coût est le plus élevé lorsqu'on calcule la totalité des frais médicaux engendrés par ce dernier. Ils suggèrent qu'une personne souffrant d'un TOC coûte 909 \$ au système de santé québécois pour une période de trois mois (Cloutier et al., 2009). Il est important d'étudier ce trouble psychologique pour mieux comprendre ses mécanismes d'action et ainsi améliorer les traitements offerts.

Actuellement, il y a trois modèles étiologiques expliquant le développement du TOC. Le premier s'inspire du modèle d'apprentissage de la peur, ainsi il offre une explication comportementale pour le développement de ce trouble (Mowrer, 1960). Le deuxième s'intéresse aux cognitions, mais plus particulièrement à l'acte cognitif d'attribution d'une importance aux pensées, car c'est cette interprétation qui transforme une pensée intrusive en obsession (Salkovskis et al., 1998). En ce qui concerne le troisième modèle, l'approche basée sur les inférences (ABI), il identifie l'élément déclencheur des symptômes du TOC comme étant une confusion entre l'imaginaire et la réalité (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Le troisième modèle est d'intérêt, car il offre une explication plus exhaustive du développement du TOC et de ses mécanismes d'action. Il propose

que l'obsession débute par un doute quant à un état de fait. Ce doute, appelé confusion inférentielle, est nourri par un narratif interne contenant des erreurs de raisonnement faisant en sorte que la personne se méfie de ses sens au profit de son imaginaire. En donnant de la crédibilité au doute, la personne développe de l'anxiété et fait appel à des comportements compulsifs qui, par leur nature répétitive, neutralisent le doute (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Ainsi, les compulsions complètent une boucle de rétroaction chez la personne, ce qui augmente la crédibilité du doute initial. Les modèles théoriques et leurs traitements seront présentés pour mieux comprendre leurs forces et leurs faiblesses.

Le but de cet essai doctoral est de comprendre les facteurs qui améliorent le narratif alternatif, c'est-à-dire de comprendre comment cette option sensorielle est envisageable et souhaitable comparativement au narratif obsessionnel. Les retombées de ce projet de recherche sont multiples. Il permettra notamment de mieux comprendre les facteurs associés au narratif alternatif et de saisir comment ceux-ci encouragent la perception d'un raisonnement basé sur les sens auprès des personnes souffrant d'un TOC. Il sera alors possible de réfléchir à des manières d'améliorer le traitement, plus particulièrement le narratif alternatif. Ce faisant, la TCC-I pourra gagner en efficacité et ultimement permettre à plus de gens souffrant d'un TOC d'obtenir des gains thérapeutiques significatifs.

CHAPITRE 1

1.1 Le contexte théorique

1.1.1 Les modèles étiologiques

Comme il est indiqué dans l'introduction, trois modèles théoriques principaux ont été développés pour expliquer le développement du TOC. Il est donc essentiel de discuter de ces modèles pour comprendre leur évolution et leur apport pour une compréhension plus exhaustive du TOC. Le modèle comportemental de l'acquisition de la peur (Mowrer, 1960), le modèle d'interprétation des pensées (Rachman, 1998 a; Salkovski, 1985, 1996) et le modèle basé sur les inférences (O'Connor, Aardema et Péliissier, 2005) seront vus en détail dans les prochaines sections. Les trois modèles seront présentés avec leurs traitements respectifs, puis une critique de ces derniers sera faite.

1.1.1.1 Le modèle de l'apprentissage de la peur

Le modèle théorique de l'acquisition de la peur de Mowrer (1960) est le premier qui a tenté d'expliquer le développement du TOC à l'aide d'un cadre comportemental. Il s'inspire du conditionnement classique et opérant pour expliquer la formation de la réponse de la peur qui mène au développement d'un TOC (Mowrer, 1960). Ce modèle conceptualise le développement de cette émotion comme étant une réponse inconditionnelle et suggère que cette peur créée, jumelée avec un stimulus conditionnel mène au maintien de cette émotion. La réponse inconditionnelle de peur se produit lorsqu'un individu est exposé à un événement effrayant. Cette réponse est jumelée de façon arbitraire à un stimulus neutre (stimulus conditionnel), il n'y a pas d'explication précise quant au choix de ce dernier. Ainsi, le résultat de ce jumelage crée la réponse conditionnelle qui dans cette situation est l'obsession. Par exemple, découvrir que quelqu'un est entré par effraction chez soi peut causer de l'anxiété. Ainsi, dans cet exemple, la réponse inconditionnelle est la peur et elle est jumelée temporellement avec la serrure de porte (stimulus neutre), le premier objet touché en constatant la situation traumatique. Ensuite, le conditionnement opérant explique comment la compulsion (vérifier constamment que la porte est bien barrée) permet le maintien du stimulus conditionnel (McKay et al., 2004; Starcevic et al., 2011). Dans l'exemple ci-dessus, la compulsion est un renforcement négatif permettant à la personne d'éviter de ressentir de l'anxiété et

conséquemment complète la boucle rétroactive et permet à la peur de se cristalliser, ce qui augmente les chances qu'elle se reproduira.

1.1.1.1.1 L'exposition avec prévention de la réponse

Le traitement privilégié par le modèle d'apprentissage de la peur est l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) (Abramowitz et al., 2007; Foa et al., 1995; Foa et Franklin., 2000; Meyer, 1996). L'EPR est le traitement de référence utilisé pour traiter le TOC sans médication (Hezel et Simpson, 2019). Ce traitement a pour but d'habituer la personne à l'anxiété pour qu'elle apprenne que l'émotion ne mène pas à des conséquences catastrophiques. Pour accomplir cela, elle doit être exposée au stimulus anxiogène, mais doit s'abstenir d'accomplir sa compulsion. En faisant cela, la personne s'habitue graduellement à l'anxiété et réalise que cette émotion va diminuer au fil du temps. L'EPR est accompli à l'aide d'une hiérarchie de stimuli anxiogènes pour graduellement habituer la personne à confronter sa peur. Dans l'EPR, le but n'est pas de modifier les cognitions, mais de favoriser l'habituation au stimulus anxiogène et aux émotions qu'il évoque. La réponse d'anxiété devrait donc s'éteindre et le contenu de l'obsession ne devrait plus générer d'anxiété.

1.1.1.1.2 Critique du modèle d'apprentissage de la peur

Le modèle d'apprentissage de la peur a ses forces et ses faiblesses. Le conditionnement opérant dans le modèle d'apprentissage de la peur est efficace pour expliquer le maintien du TOC. De plus, le modèle d'apprentissage de la peur fournit les bases théoriques à un traitement pour le TOC qui est encore utilisé à ce jour (Abramowitz et al., 2007). Toutefois, le modèle d'apprentissage de la peur comporte une faiblesse. En effet, il n'arrive pas à expliquer de façon satisfaisante avec le conditionnement classique le développement des symptômes du TOC. (Abramowitz et al., 2007). Ce conditionnement explique que le TOC peut se développer à la suite de l'exposition à un événement anxiogène (Mowrer, 1960), mais il n'explique pas pourquoi ce ne sont pas tous les TOC qui se développent à la suite de ce genre d'événement (Abramowitz et al., 2007). D'après Fontenelle et ses collègues (2011), seulement 20 % des personnes qui développent un TOC présentent un historique de trauma précédant l'apparition de ce trouble. De plus, ce modèle n'explique pas l'évolution du TOC chez une personne qui ne revit pas un nouvel événement traumatique (Abramowitz et al., 2007).

L'EPR est un traitement réputé efficace pour le TOC (Abramowitz et al., 2007). Malheureusement, il n'est pas sans faiblesse, car uniquement la moitié des participants sont considérés comme rétablis après l'EPR (Simpson et al., 2006). Plusieurs facteurs influencent l'efficacité du traitement : le degré de conviction des pensées irrationnelles, l'adhésion au traitement et les troubles psychiatriques comorbides (Middleton, et al., 2019). Un facteur qui diminue l'efficacité de l'EPR est le degré de conviction en l'obsession : plus il est élevé, plus la conviction en la croyance erronée est forte et plus le pronostic est défavorable (Himle et al., 2006). Dans un autre ordre d'idée, l'EPR est un traitement de longue durée pendant lequel les personnes doivent s'exposer aux stimuli craints sans effectuer de neutralisation (compulsion) (Middleton et al., 2019). Cependant, l'exposition aux stimuli craints génère souvent beaucoup de détresse et parfois trop d'anxiété pour la personne, ce qui peut affecter son adhésion au traitement. Or, une étude montre que l'adhésion au traitement est le meilleur prédicteur de l'efficacité de l'EPR (Simpson et al., 2011). De plus, le modèle théorique sur lequel se base l'EPR n'arrive pas à expliquer le développement du TOC de manière générale. Ainsi, il est mieux de privilégier une thérapie avec un modèle théorique qui explique le développement d'une obsession, car en ayant un modèle explicatif clair et soutenu par la recherche, il est plus probable de cibler les processus causant le trouble psychologique.

En réponse au modèle d'apprentissage de la peur, deux modèles cognitifs ont été proposés par la communauté scientifique : le modèle d'interprétation des pensées (Rachman, 1998a) et le modèle basé sur les inférences (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005).

1.1.1.2 Le modèle d'interprétation des pensées

Ce modèle suggère que l'évaluation des pensées intrusives est la source des obsessions (Salkovskis, 1989). D'après la recherche, les pensées intrusives sont un phénomène normal vécu par une grande majorité de la population (Rachman et de Silva, 1978). Dans le cas de personnes ayant un TOC, la pensée intrusive est plus fréquente et cause plus de détresse comparativement aux pensées identiques chez le reste de la population, bien qu'il n'y ait pas de différence de contenu entre les pensées de ces deux groupes (Rachman et de Silva, 1978). Salkovskis (1989) suggère que les pensées intrusives deviennent obsessionnelles seulement si elles sont interprétées à tort par la personne comme étant importantes. Ainsi, si le contenu de cette pensée intrusive est jugé important, il déclenchera automatiquement des interprétations négatives, par exemple des interprétations de

responsabilité (Salkovskis, 1989). Ces interprétations augmentent la fréquence de la pensée intrusive et déclenchent de l'anxiété chez la personne.

Il y a plusieurs domaines de croyances erronées qui ont été proposés afin d'expliquer la transition entre les pensées intrusives et les obsessions chez les personnes souffrant d'un TOC, mais trois d'entre eux ont obtenu un plus grand consensus dans la littérature (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 2005). Le premier domaine de croyance erronée est la responsabilité et la surestimation du danger, où les personnes croient à tort être responsables d'événements catastrophiques et ont tendance à surestimer la probabilité du danger. Cette croyance est corrélée à plusieurs dimensions du TOC telles que la contamination, le doute et la culpabilité obsessionnelle (Wheaton et al., 2010). Le deuxième domaine de croyance erronée est l'importance et le contrôle des pensées, où les personnes croient que le simple fait d'avoir une pensée veut dire qu'elle est d'importance, et croient qu'il est possible et donc nécessaire de contrôler ses pensées. Cette croyance obsessionnelle est corrélée à la dimension de pensées immorales (Wheaton et al., 2010). Le troisième domaine de croyance est le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, où les personnes croient qu'il ne faut pas commettre d'erreur et qu'il faut tout connaître avec certitude. Cette croyance obsessionnelle est corrélée aux dimensions de symétrie et d'exactitude (Wheaton et al., 2010). Il y a aussi la personnification, l'acte de traiter le TOC comme une entité séparée avec sa propre volonté, ses émotions, ses intentions et ses actions. Il est commun pour les personnes souffrant d'un TOC de percevoir ce trouble comme étant externe à eux (Knapton, 2018). Ces domaines de croyances dites obsessionnelles mènent au développement du TOC, car ces croyances font en sorte que les pensées mal interprétées augmentent en fréquence et en intensité.

Une fois la pensée intrusive établie, le TOC se maintient aussi à cause des compulsions. Pour neutraliser l'anxiété, l'individu doit accomplir un comportement compulsif, ce qui complète la boucle rétroactive. Une différence majeure entre le modèle d'apprentissage de la peur et celui d'interprétation des pensées est que dans ce dernier, l'individu n'accomplit pas seulement la compulsion pour diminuer l'anxiété, mais aussi pour prévenir, parce qu'il s'en croit capable, des événements traumatiques pour lesquels il se croirait responsable (Abramowitz et al., 2007). La compulsion sert donc à renforcer les croyances.

1.1.1.2.1 La thérapie cognitivo-comportementale par attribution

Le modèle d'interprétation des pensées mène naturellement à un traitement nommé la thérapie cognitivo-comportementale par attribution (TCC-A), qui a pour but de modifier les croyances qui sont à l'origine des obsessions et de diminuer la force des croyances obsessionnelles. La première étape de ce modèle est de normaliser les pensées intrusives qui sont la source d'obsessions. Il faut enseigner à la personne qu'il est normal d'avoir des pensées intrusives. Ainsi, il n'est pas nécessaire de trop s'y attarder ou de leur accorder une importance (Abramowitz et al., 2007). Ceci est accompli en discutant avec la personne, mais aussi en lui demandant de s'exposer à ses croyances dans son environnement afin de vérifier si elles sont réalistes ou adaptées (Abramowitz et al., 2007). Ce traitement ressemble beaucoup à l'EPR suggéré dans le modèle d'apprentissage de la peur, puisqu'il faut s'exposer à ce qui est craint dans une progression logique sans effectuer les compulsions, toutefois son but est différent. La TCC-A a comme objectif d'accumuler des preuves que les croyances menant aux obsessions sont irrationnelles et non adaptées à la réalité (Abramowitz et al., 2007).

1.1.1.2.2 Critique du modèle d'interprétation des pensées

Le modèle d'interprétation des pensées présente lui aussi des forces et des faiblesses. Les forces de ce modèle sont qu'il offre un traitement cohérent avec la conceptualisation des pensées intrusives des personnes souffrant d'un TOC (Abramowitz et al., 2007). De fait, l'attribution d'une importance à des pensées intrusives est plus présente chez des enfants souffrant d'un TOC comparativement à des groupes contrôles. Les auteurs soulignent l'utilité de ce critère pour identifier les enfants souffrant d'un TOC (Barrett et Healy, 2003). De plus, ce mode de pensée est corrélé aux symptômes du TOC à l'âge adulte (OCCWG, 2003). Ceci suggère donc une conceptualisation du TOC qui est pertinente à son traitement. Toutefois, le modèle d'interprétation n'est pas sans lacunes. Il met davantage l'accent sur l'interprétation du contenu des pensées intrusives plutôt que sur le processus menant à leur création (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). D'après ce modèle, une pensée intrusive a une plus grande probabilité de devenir une obsession si elle est en lien avec un thème vulnérable de la personne (Abramowitz et al., 2007). Par exemple, on peut retrouver une obsession de contamination chez une personne qui préfère la propreté ou une obsession religieuse chez une personne qui est très pratiquante (Rachman, 1998b). Toutefois, l'explication fournie ci-dessus ne permet pas de comprendre comment certains thèmes

vulnérables mènent aux obsessions (O'Connor, 2002). De plus, ce modèle n'explique pas le processus de sélection des pensées intrusives ni la façon dont elles deviennent des pensées obsessionnelles. Il est donc difficile de comprendre pourquoi certaines pensées sont évaluées comme étant plus importantes que d'autres. Ceci est une lacune, car il est alors impossible de comprendre le processus de formation du TOC (Abramowitz et al., 2007) et d'en améliorer son traitement (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Par conséquent, le modèle d'interprétation des pensées focalise sur les obsessions et l'évaluation des pensées intrusives comme aspect fondamental du TOC (Abramowitz et al., 2007).

La TCC-A offre un choix intéressant par rapport à l'EPR, mais il y a un chevauchement entre ces deux traitements (Abramowitz, Taylor et McKay, 2005). Dans la TCC-A, il y a un traitement cognitif pour normaliser et nuancer les pensées intrusives. De plus, la personne souffrant d'un TOC doit s'exposer à son stimulus anxiogène et doit s'abstenir de faire appel à sa compulsion pour en venir à apprendre que ses croyances sont erronées, ce qui est de l'exposition en soi, mais axée sur la modification des croyances plutôt que sur l'habituation à la peur. Cela étant dit, la TCC-A utilise une variante de l'EPR pour le traitement du TOC (Abramowitz, Taylor et McKay, 2005). De plus, les deux traitements ont des similarités, telles que le taux d'adhésion similaires (Ong et al., 2016) et l'impact de la conviction sur le pronostic, car lorsqu'elle est élevée il y a plus de chance que la personne soit résistant au traitement (Himle et al., 2006). Ceci est cohérent sachant que les traitements se basent sur un ingrédient similaire, soit l'exposition. Il est donc compréhensible qu'ils aient les mêmes limites.

1.1.1.3 L'approche basée sur les inférences

Le troisième modèle, celui de l'approche basée sur les inférences (ABI), offre une explication quant au processus de formation des pensées obsessionnelles (O'Connor, Aardema, et Pélissier, 2005). L'ABI se base sur le raisonnement des personnes souffrant d'un TOC pour comprendre l'apparition d'obsessions. Il a été montré que les personnes souffrant de ce trouble psychologique adoptent un raisonnement qui promeut la méfiance envers les sens au profit de l'imaginaire (Aardema, O'Connor, Emmelkamp et al., 2005). Cette erreur de raisonnement s'appelle la confusion inférentielle. Il existe trois types d'erreurs de raisonnement : le raisonnement inverse, le rejet de l'information sensorielle et l'association d'informations hors contexte (Aardema et al., 2019).

Le raisonnement inverse est la tendance à tirer des conclusions à propos de la réalité sur la base unique de possibilités hypothétiques qui ne proviennent pas du sens commun ou de l'information sensorielle, et ce, malgré des preuves contradictoires dans l'ici et maintenant. Conséquemment, la personne priorise les possibilités imaginaires sans preuve : le raisonnement dit habituel est donc inversé (O'Connor et al., 2012). Un exemple de ceci est lorsqu'une personne vérifie sa poignée de porte pour s'assurer qu'elle est verrouillée. Elle est quand même convaincue qu'elle est déverrouillée en dépit du fait que la poignée ne tourne pas.

Le rejet d'information sensorielle et des connaissances de soi et du sens commun consiste en la tendance à faire du rejet actif de l'information de l'environnement interne et externe en provenance des sens, ainsi que de la connaissance de soi et du sens commun. Cela arrive lorsque le sens commun et l'information provenant des cinq sens ne sont pas jugés fiables pour distinguer le réel de l'imaginaire. La personne rejette activement l'information sensorielle et fait uniquement confiance à l'imaginaire (O'Connor et al., 2012). Le rejet de l'information sensorielle est une partie intégrante du raisonnement inverse. Un exemple de ceci est quand une personne ne tient pas compte du fait que le mécanisme d'une poignée est bloqué lorsqu'elle la tourne. Elle rejette activement cette information sensorielle et essaie à nouveau d'ouvrir la porte.

L'association d'informations hors contexte est l'acte de s'approprier de l'information hypothétique. Il y a trois sortes d'informations que la personne peut s'attribuer : des catégories, des événements ou des faits distincts, ainsi que de l'information provenant de figures d'autorités (O'Connor, Aardema, Bouthilier et al., 2005). Une association hors contexte de catégories est lorsqu'une personne associe deux éléments qui proviennent de la même catégorie, donc d'objets identiques. Par exemple, une personne qui remarque que le chien (catégorie) de son ami est malade croit que son propre chien (élément de la même catégorie) l'est aussi. Ensuite, le deuxième type d'information hors contexte est l'association d'événements ou des faits distincts. Par exemple, une personne qui est témoin d'un accident d'auto (événement) pense elle aussi avoir un accident d'auto (événement identique). Enfin, le dernier type d'association est l'information provenant d'une figure d'autorité. Par exemple, une personne qui écoute la télévision et entend une vedette parler d'une maladie qu'elle a contractée se reconnaît dans les symptômes décrits et se dit qu'elle a la même maladie (Julien et al., 2016; O'Connor et al., 2012).

La confusion inférentielle est le doute initial que l'on appelle aussi inférence primaire et le point de départ de l'apparition d'une obsession. D'après O'Connor, Aardema et Pélissier (2005), il y a un stimulus interne ou externe à la personne qui déclenche un doute sur la réalité et ce que la personne sait avec certitude. Il faut différencier le doute de l'incertitude. Avec l'incertitude, il y a un manque d'information, tandis qu'avec le doute, l'information est déjà connue, mais la personne n'y fait pas confiance. Il est important de comprendre que ce doute est une création subjective et provient d'un raisonnement erroné véhiculé par un narratif contenant des erreurs de raisonnement (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Ainsi, sans doute, il n'y a pas d'obsessions (O'Connor et Aardema, 2012). Aardema et ses collègues (2005) ont examiné le degré de confusion inférentielle chez des participants souffrant d'un TOC, d'un trouble délirant et d'un trouble anxieux, et l'ont comparé à celui d'un groupe contrôle. Les résultats suggèrent que la confusion inférentielle est la plus élevée chez les participants ayant un TOC et chez ceux souffrant d'un trouble délirant (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand et al., 2005), ce qui appuie le lien entre la confusion inférentielle et le TOC. Également, dans une autre étude, Aardema, Emmelkamp et O'Connor (2005) ont examiné la dépression et l'anxiété pré et post-traitement comme une mesure de validité divergente de la confusion inférentielle. Les résultats démontrent que la confusion inférentielle est indépendante de celle de l'anxiété et la dépression, ce qui suggère que c'est un concept distinct. De plus, la recherche démontre l'utilité de la confusion inférentielle dans le développement et le maintien du TOC (Aardema, Wong et al., 2019, Aardema, Wu et al., 2018). Ce mécanisme est aussi un prédicteur de la majorité des symptômes du TOC, donc il se généralise aux symptômes du TOC (O'Connor et Aardema, 2012).

La conséquence annoncée par le doute, aussi nommée l'inférence secondaire, est la croyance qu'une catastrophe se produira si le doute est réalisé (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Ainsi, l'inférence secondaire mène à de l'anxiété et à d'autres émotions négatives (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). C'est à partir de l'inférence secondaire que la personne souffrant d'un TOC va agir sur le monde comme si l'imaginaire était réel (O'Connor, 2002). C'est habituellement à ce stade que la personne développe des comportements compulsifs pour calmer son anxiété.

Voici un exemple du raisonnement obsessionnel retrouvé chez une personne souffrant d'un TOC qui englobe toutes les étapes du processus présenté ci-dessus.

Une mère ayant comme thème vulnérable la saleté, souffre d'une obsession de contamination et d'une compulsion de nettoyage. En entrant dans une chambre de sa maison, elle imagine immédiatement la saleté. Elle sait que ses enfants étaient dans cette salle avant elle. En regardant le plancher et le sofa, elle ne remarque aucun signe qui confirme qu'ils ont sali la chambre, mais elle suppose tout de même qu'elle n'est pas propre (rejet d'information) puisqu'ils y étaient (raisonnement inverse et confusion inférentielle). De plus, la mère songe à son amie qui lui avait une fois dit qu'il est possible que la saleté s'imprègne dans les tapis, ce qui complique le nettoyage de ce dernier (association d'information hors contexte). Ainsi, la mère dramatise et croit qu'il pourrait y avoir des microbes sur le divan et que la famille pourrait tomber malade (inférence secondaire/conséquence). La mère devient anxieuse et pour diminuer cette émotion, elle nettoie la salle et le divan (compulsion). Dans cet exemple, on remarque que la mère omet l'information en provenance de ses sens pour privilégier l'information imaginaire.

1.1.1.3.1 La thérapie cognitivo-comportementale par inférence (TCC-I)

La thérapie cognitivo-comportementale par inférence (TCC-I) qui provient de l'ABI, cherche à modifier les raisonnements erronés dans le TOC afin de développer un narratif non pathologique (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). La TCC-I contient douze étapes pour aider la personne ayant un TOC à se reconnecter à ses sens (O'Connor et Aardema, 2011).

Voici les étapes du traitement :

1. Identifier la source du doute.
2. Familiariser la personne avec les processus du doute et le fait qu'il s'agit d'une création subjective.
3. Démontrer comment le narratif obsessionnel appuie le raisonnement erroné.
4. Discuter des thèmes vulnérables chez la personne et de comment ils mènent à des doutes.
5. Démontrer comment le narratif obsessionnel est basé uniquement dans l'imaginaire.
6. Démontrer comment le doute ne s'applique pas au contexte actuel.
7. Aider le client à comprendre à quel moment il a un raisonnement erroné.
8. Aider le client à se reconnecter à ses sens et débiter la création du narratif alternatif.
9. Continuer le développement du narratif alternatif.

10. Comprendre comment le raisonnement obsessionnel maintient le doute.
11. Comprendre ce qu'est le soi réel et comment l'obsession n'est pas en lien avec cela.
12. Prévenir la rechute.

Le but du traitement est d'encourager les personnes souffrant d'un TOC à adopter un raisonnement basé sur les sens afin qu'elles réalisent la nature illusoire de leur TOC (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Au début de la thérapie, de l'éducation psychologique doit être offerte au client pour l'aider à mieux comprendre comment le doute est une création subjective formulée à l'aide d'un narratif obsessionnel. Une fois que le client comprend l'aspect subjectif du doute, il faut lui montrer comment le narratif est un outil argumentaire. À cette phase du traitement, le clinicien commence à formuler le narratif alternatif avec le client. Cette étape permet au thérapeute de comprendre quels aspects de la thérapie le client a intégrés dans son raisonnement. Par la suite, il faut identifier quand et comment la personne se détache de la réalité et fait plus confiance à son imagination, ce qui va lui permettre d'apprendre à se distancier du doute. Suivant ces apprentissages, le clinicien doit expliquer comment les mécanismes de la confusion inférentielle sont utilisés pour créer le doute. Il faut non seulement montrer la construction du doute, mais aussi expliquer qu'il est falsifiable. Après cela, il faut identifier les situations dans lesquelles la personne utilise un raisonnement erroné, ce qui lui permettra de se distancier du doute. De plus, il faut identifier les situations susceptibles de causer des obsessions. Enfin, il faut familiariser la personne avec la sensation du doute afin qu'elle fasse davantage confiance à ses sens lorsqu'elle se retrouve dans une situation obsessionnelle.

L'efficacité de la thérapie basée sur les inférences a été validée dans plusieurs études. Deux essais cliniques randomisés contrôlés (O'Connor et al., 2005; Visser et al., 2015) démontrent que le traitement basé sur les inférences est efficace pour diminuer les symptômes du TOC chez les participants. De plus, les améliorations sont maintenues pendant une période de trois (Visser et al., 2015) et six mois (O'Connor et al., 2005) après le traitement. Trois autres études sans groupe contrôle ont été accomplies pour valider l'efficacité de la TCC-I. L'absence d'un groupe contrôle est certes une faiblesse méthodologique, mais ces trois études ont permis d'obtenir des résultats similaires aux essais cliniques randomisés, c'est-à-dire une diminution des symptômes du TOC (Aardema et O'Connor, 2012; Aardema et al., 2010; Del Borrello et O'Connor, 2014). Aardema et

ses collègues (2017) ont publié une étude plus récente dans laquelle ils séparaient les participants d'après leur sous-type de TOC. Leurs résultats sont cohérents avec le reste de la littérature, ils montrent que la TCC-I est efficace pour traiter les obsessions chez des personnes souffrant d'un TOC. Ainsi, en comparant les résultats de l'échelle sur le trouble obsessionnel compulsif des universités Yale et Brown (Y-BOCS) et des participants assignés à la TCC-I à ceux sur une liste d'attente, il est possible de remarquer que la TCC-I diminue significativement les résultats du Y-BOCS en comparaison à la liste d'attente.

1.1.1.3.2 Critique de l'approche basée sur les inférences

Le modèle basé sur les inférences présente des forces et faiblesses. Les forces de ce modèle sont que l'existence de la confusion inférentielle a été validée à plusieurs reprises dans diverses études avec différentes populations (Aardema, Emmelkamp et O'Connor, 2005; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand et al., 2005; Visser et al., 2015). Par contre, ce modèle ne permet pas de comprendre les facteurs qui améliorent le narratif alternatif, ce qui pourrait être utile avec les clients qui semblent moins adhérer au narratif alternatif.

En ce qui a trait aux faiblesses de la TCC-I, des améliorations peuvent être apportées au modèle de traitement. Dans le cas du TOC, plus la conviction en l'obsession est élevée, plus le pronostic est défavorable (Himle et al., 2006). La conviction est l'introspection ou le « insight » qu'une personne a de ses croyances obsessionnelles. Ainsi, une conviction élevée dans les croyances obsessionnelles est équivalente à un bas degré d'introspection dans le fait que ces croyances soient irréelles. Le narratif alternatif peut être utilisé pour affaiblir la conviction dans une croyance imaginaire (O'Connor, Aardema, et Pélissier, 2005). En thérapie, il est montré à la personne comment le narratif est utile pour appuyer l'argumentaire (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Cela étant dit, il serait intéressant de comprendre les facteurs qui encouragent la perception du narratif alternatif comme une réalité sensorielle envisageable comparativement au narratif obsessionnel. Actuellement, il y a déjà de la littérature sur le narratif obsessionnel. O'Connor, Aardema et Pélissier (2005) signalent l'utilité de l'absorption et de la conviction dans le narratif obsessionnel. Aardema et ses collègues (2016) suggèrent qu'il serait favorable d'explorer des variables associées à l'absorption dans le narratif (Aardema et al., 2016).

1.1.1.3.3 Le narratif alternatif comme outil dans la TCC-I

Le narratif alternatif est un outil essentiel à la TCC-I, car il permet à la personne atteinte d'un TOC de former un narratif basé sur l'information sensorielle et ainsi de reprendre le contact avec ses sens dans les situations propres à son TOC (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Comme il est mentionné ci-dessus, la TCC-I est composée de douze étapes, mais celle d'intérêt dans ce projet de recherche est la neuvième, car c'est à ce moment qu'il y a la création du narratif alternatif. À la suite de l'écriture du narratif obsessionnel, où sont exposés les arguments appuyant l'obsession, un premier brouillon du narratif alternatif est écrit en demandant au client d'adopter un raisonnement basé sur les sens à la place de la confusion inférentielle (O'Connor et Aardema, 2011). Le client va modifier ce brouillon au fil des séances pendant la thérapie. O'Connor, Aardema et Pélissier (2005) postulent que la création d'un narratif alternatif aide la personne souffrante d'un TOC à émettre des conclusions non obsessionnelles et ainsi à diminuer la présence des symptômes du TOC. Ainsi, le narratif alternatif doit être aussi convaincant sinon plus que le narratif obsessionnel pour induire un changement de croyance chez la personne souffrant d'un TOC. C'est donc pour cette raison que ce projet de recherche examine les facteurs qui encouragent la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle souhaitable comparativement au narratif obsessionnel.

Voici un exemple d'un narratif obsessionnel :

Une personne croit que l'information ne s'est peut-être pas bien transmise, qu'elle a dû mal entendre ou mal comprendre.

Voici ce que cette personne se dit probablement : « Les gens peuvent être distraits, préoccupés ou anxieux quand je leur parle. Dans un tel état, ils risquent de mal comprendre l'information que je leur transmets. Aussi, certaines personnes à qui je dois transmettre une information ne sont pas des « 100 watts ». Elles ont donc moins de chance de bien la comprendre, surtout si elle est complexe. Au travail, il m'arrive d'avoir à convaincre un entrepreneur de sortir des sentiers battus, par exemple de choisir des thermostats et non des thermopompes pour contrôler cette dernière via un panneau de contrôle. Cette situation n'est pas habituelle pour lui. Il risque donc de mal comprendre l'information que je lui donne, car elle va à l'encontre de ce qu'il fait normalement. Les enseignants répètent souvent les mêmes informations aux étudiants. Il est donc évident que répéter l'information plus d'une fois est une bonne façon de s'assurer que notre interlocuteur l'a comprise. »

Voici un exemple d'un narratif alternatif :

Une personne croit que l'information s'est bien transmise, qu'elle a bien entendu et compris l'information. »

Voici ce que cette personne se dit probablement : « Quand un client a besoin d'une information, je la lui donne une fois. Il acquiesce et le sujet est clos, on passe à autre chose. Par exemple, quand la personne dit « c'est beau », « OK », « ça va », « parfait », je sais qu'elle comprend. Je sais aussi qu'elle comprend l'information quand la conversation est cohérente. Elle ne dit rien qui contredit l'information donnée ou ne pose pas de questions, ce qui me laisse croire qu'elle a compris. Aussi, quand la personne passe à un autre sujet, c'est qu'elle a compris l'information. Bref, tous ces éléments perçus m'indiquent que la personne a bien compris. Je peux me fier à ces indices même si la personne est anxieuse, préoccupée ou qu'elle ne s'attend pas à recevoir cette information. Finalement, quand je donne de l'information à un entrepreneur, je sais qu'il est apte à la comprendre, car cela fait partie de son travail, ce qui est très différent d'un enseignant qui s'adresse à ses élèves. Ces derniers sont en apprentissage, ce qui n'est pas le cas des gens à qui je m'adresse. »

1.1.1.3.4 Les caractéristiques du narratif

Les narratifs imaginaires qui sont dans les livres, au cinéma et à la télévision ont plusieurs qualités qui les rendent convaincants. Ainsi, leurs qualités augmentent l'adhésion à l'imaginaire proposé par ces narratifs. Ces caractéristiques peuvent être présentes dans un narratif alternatif, d'où l'intérêt de les étudier. O'Connor et al. (2005) ont souligné que l'absorption, l'immersion et la conviction dans les narratifs sont des éléments importants qui contribuent au succès du traitement. La recherche actuelle sur le TOC signale que l'absorption est cruciale pour que la personne soit convaincue par son narratif obsessionnel (O'Connor et al., 2005). Elle se produit lorsqu'une personne est immergée cognitivement et émotionnellement dans le narratif (Green, 2004; O'Connor et al., 2005). De plus, la littérature suggère que le réalisme du narratif (Busselle et Bilandzic, 2008; Cho et al., 2014), l'identification avec le personnage (Busselle et Bilandzic, 2008; Hoeken et al., 2016) et les émotions véhiculées (Appel et Richter, 2010; Dillard et Peck, 2000) peuvent contribuer à la perception d'un narratif comme étant réel. Ce sont des caractéristiques qu'on s'attend à retrouver dans le narratif alternatif. Reprenons chaque qualité en détail.

- L'absorption

Les narratifs ne sont pas seulement une méthode par laquelle les individus donnent un sens aux événements, mais sont également une porte d'entrée pour y être absorbés. O'Connor et ses collègues (2005) expliquent que l'absorption est cruciale, car cela rend le narratif obsessionnel plus crédible; les individus sont moins susceptibles d'en remarquer les défauts (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Appel et Richter (2007) ont aussi étudié le phénomène d'absorption qu'ils nomment transportation. Les auteurs suggèrent que les individus qui lisent des textes de fiction sont tellement absorbés par l'histoire qu'ils ne peuvent pas différencier le réel de l'imaginaire en raison de la capacité limitée d'utiliser une pensée critique lors de la lecture de narratifs fictifs (Appel et Richter, 2007). Dans leur étude, ils ont utilisé des narratifs fictifs qui discutaient des événements d'actualité, mais dans lesquels on avait inséré une fausseté. En outre, ces chercheurs ont constaté que la lecture d'un narratif de fiction modifiait la mémoire à long terme chez les individus (Appel et Richter, 2007). Ils ont découvert que les modifications de la mémoire persistaient jusqu'à deux semaines après la lecture du narratif fictif, ce qui suggère un effet considérable de l'absorption (Appel et Richter, 2007). Ainsi, l'absorption est une caractéristique très utile à employer dans le narratif alternatif pour modifier la croyance de personnes souffrant d'un TOC et promouvoir la perception du narratif alternatif comme étant une option sensorielle réaliste.

- Le réalisme du narratif alternatif

Le narratif alternatif doit être réaliste (Busselle et Bilandzic, 2008) pour être perçu comme une réalité sensorielle envisageable. Il doit donc se baser sur des preuves provenant de l'environnement interne et externe, qui doivent être observables et basées sur les sens communs de la personne. Conséquemment, si le narratif est irréaliste, il ne convaincra pas la personne ayant un TOC, puisqu'il ne concordera pas avec la situation actuelle (Russell et Van den Broek, 1992).

- Les émotions véhiculées

Les émotions peuvent encourager la perception du narratif alternatif comme étant une réalité concevable. D'après Appel et Richter (2010), il semble que certaines personnes sont attirées par le

contenu émotionnel dans les narratifs (Appel et Richter, 2010). Maio et Esses (2001) suggèrent que les émotions ont une utilité dans l'analyse du narratif puisque le contenu émotionnel facilite la compréhension du message. De plus, Appel et Richter (2010) ont émis l'hypothèse que l'affect a un effet médiateur sur l'absorption dans un narratif. Leurs résultats démontrent que les participants qui recherchent des narratifs émotionnels sont plus absorbés dans l'histoire (Appel et Richter, 2010). Ainsi, l'affect a des répercussions sur l'absorption dans le narratif et le traitement du contenu.

- L'identification avec le personnage

L'identification avec le personnage semble être un élément important pour encourager la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle. L'identification consiste en la capacité à se mettre à la place d'un personnage dans le narratif (Busselle et Bilandzic, 2008). Le fait de s'imaginer à la place du personnage permet de mieux comprendre la perspective et le vécu du personnage (Cohen, 2001) et augmente la probabilité d'adopter son point de vue ou d'être en accord avec ses actions (Green, 2006). De Graaf et ses collègues (2011) ont voulu montrer un lien de causalité entre l'identification et la persuasion, ainsi ils ont modifié l'histoire en utilisant des pronoms à la première et à la troisième personne du singulier (De Graaf et al., 2009; De Graaf et al., 2011). Cette modification a montré que l'identification au personnage augmente lorsque le narratif est écrit à la première personne du singulier. De plus, les résultats de leur étude signalent que les opinions des participants fluctuent à la suite de la lecture du narratif. Les participants sont plus en accord avec le personnage qui a des narratifs écrits à la première personne du singulier qu'avec celui qui en a à la troisième personne du singulier. De Graaf et ses collègues (2011) ont reproduit l'expérience pour contrôler l'identification élevée avec les personnages de l'histoire. À nouveau, ils ont trouvé les mêmes résultats (De Graaf et al., 2011). Ainsi, l'identification au personnage peut augmenter les chances que le narratif alternatif soit perçu comme étant une réalité sensorielle concevable.

- La conviction

Cet élément représente la tendance de la personne à croire fermement et à être convaincue que le narratif représente la réalité (O'Connor et al., 2005b). Si elle est convaincue que son narratif obsessionnel est vrai, elle sera moins ouverte à considérer le narratif alternatif comme une option

sensorielle réaliste. La conviction est liée à l'introspection (*insight*) qu'une personne fait de ses croyances par rapport au TOC. Ainsi, plus une personne est convaincue par le narratif obsessionnel, moins elle a d'introspection et plus ses pensées sont irréelles. Il vaut mieux comprendre la présence de la conviction pour savoir comment l'utiliser dans le narratif alternatif.

Il apparaît donc que le réalisme du narratif, les émotions véhiculées, l'identification au personnage, la conviction et la personnification peuvent promouvoir la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle envisageable. Certaines erreurs de raisonnement sont d'intérêt pour ce projet de recherche. Des analyses seront réalisées pour vérifier leur présence dans le narratif alternatif. Il s'agit de caractéristiques qui pourraient promouvoir le TOC et en encourager la persistance : la responsabilité et la surestimation du danger, l'importance et le contrôle des pensées, et le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude. C'est aussi le cas avec trois types de raisonnement que l'on retrouve dans l'ABI donc : le raisonnement inverse, le rejet d'information sensorielle et l'association d'information hors contexte.

1.1.2 Problématique

Actuellement, les thérapies offertes pour traiter le TOC sont efficaces, mais elles ont des lacunes. Une des faiblesses majeures des thérapies est la conviction élevée en des croyances erronées chez les personnes souffrant d'un TOC (Himle et al., 2006). Ainsi, le degré de conviction peut diminuer l'adhésion au traitement comme dans le cas de l'EPR et de la TCC-A (Middleton, et al., 2019). En améliorant les thérapies, il serait possible d'offrir de meilleurs soins à la clientèle dans le besoin. Pour améliorer les traitements, il faut approfondir notre compréhension des mécanismes d'action des modèles théoriques. La TCC-A se base sur le modèle théorique d'interprétation des pensées qui n'offre malheureusement pas d'explications sur le développement d'obsession alors que La TCC-I, qui se base sur l'ABI, offre, quant à elle, une explication exhaustive des mécanismes d'action. Ainsi, il est pertinent d'étudier les mécanismes d'action dans la TCC-I afin d'améliorer cette thérapie et conséquemment son efficacité.

La TCC-I offre des explications plus exhaustives sur la formation du TOC que la TCC-A. Cette thérapie stipule que l'embrouillage entre la réalité et l'imaginaire, aussi nommée confusion inférentielle, est le doute initial et l'inférence primaire qui précède une obsession (O'Connor,

Aardema et Pélissier, 2005). Ce doute est alimenté par des erreurs de raisonnement telles que le raisonnement inverse, le rejet d'information sensorielle et du soi, et l'association d'information hors contexte. La personne souffrant d'un TOC va se fier à son narratif imaginaire plutôt qu'à de l'information sensorielle (O'Connor et al., 2012). Un outil utilisé pour instaurer un raisonnement basé sur les sens est le narratif alternatif. Actuellement, on en connaît beaucoup sur la confusion inférentielle, le raisonnement inverse et les mécanismes de base de la TCC-I, mais on en sait très peu sur le narratif alternatif. Ainsi, il vaut mieux comprendre les mécanismes d'action dans le narratif alternatif, car l'acquisition de ces connaissances peut rendre la TCC-I plus efficace pour une plus grande variété de personnes.

Cet essai doctoral a examiné les caractéristiques du narratif alternatif améliorant la perception de ce dernier comme une réalité sensorielle envisageable. Actuellement, l'absorption est le seul concept discuté dans la littérature comme ayant un impact sur le TOC (O'Connor, Aardema, et Pélissier, 2005). Toutefois, dans les domaines du cinéma, de la télévision et des livres, il est suggéré que le réalisme du narratif, les émotions véhiculées et l'identification au personnage rendent les narratifs plus convaincants (Appel et Ritcher, 2010; Busselle et Bilandzic, 2008; De Graaf et al., 2011; Green, 2004). De plus, des données soulignent l'utilité de la conviction dans l'adhésion au narratif obsessionnel. Ainsi, il est pertinent d'examiner l'effet de la conviction sur le narratif alternatif (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Enfin, la personnification peut aussi être bénéfique pour l'amélioration du TOC (Knapton, 2021). Donc, en étudiant les caractéristiques potentiellement importantes dans les narratifs, il est possible de mieux comprendre lesquelles encouragent la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle comparativement au narratif obsessionnel.

1.1.3 Objectifs du projet de recherche

Le premier objectif est d'établir la fiabilité interjuges dans l'évaluation du narratif alternatif comme outil thérapeutique. L'accomplissement de cet objectif a été effectué à l'aide d'évaluateurs indépendants qui ont comparé la présence d'erreurs de raisonnement et de croyances obsessionnelles entre les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels pour établir une différence entre eux. Les erreurs de raisonnement et de croyances obsessionnelles incluent a) la responsabilité et la surestimation du danger, b) l'importance et le contrôle des pensées, c) le

perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, d) le raisonnement inverse, e) le rejet actif des informations sensorielles, et f) l'association d'information hors contexte. Le but de cette comparaison entre les deux narratifs est de démontrer que le narratif alternatif ne présente aucune erreur de raisonnement ou croyance obsessionnelle et qu'il est ainsi utile lors de la TCC-I comme outil thérapeutique. Le deuxième objectif est d'établir laquelle (ou lesquelles) des caractéristiques du narratif améliore l'issue thérapeutique à la suite d'une TCC-I. En se basant sur la littérature, il a été démontré qu'un certain nombre de caractéristiques spécifiques dans les narratifs peuvent les rendre convaincants, notamment a) la conviction, b) l'affect, c) le réalisme du narratif, d) l'identification au personnage, et e) la personnification. Ces caractéristiques sont d'intérêt, car elles peuvent favoriser la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle alternative comparativement au narratif obsessionnel. Ainsi, dans le présent projet de recherche, elles ont été examinées dans le narratif alternatif. De plus, le lien entre le TOC, la dépression et l'anxiété a été examiné à titre exploratoire à l'aide de corrélations.

1.1.4 Hypothèses

Conformément aux objectifs, la recherche a servi à vérifier les hypothèses suivantes. La première hypothèse vise à confirmer la fiabilité du narratif alternatif. Des évaluateurs de différentes allégeances théoriques ont été utilisés pour examiner s'ils étaient capables d'identifier des degrés similaires de caractéristiques dans les narratifs alternatifs. La deuxième hypothèse souhaite démontrer que les erreurs de raisonnement et les croyances obsessionnelles sont nettement plus présentes dans le narratif obsessionnel par rapport au narratif alternatif. La troisième hypothèse cherche à prouver que les caractéristiques du narratif (le réalisme, l'affect, l'identification, la personnification et la conviction) prédisent l'amélioration thérapeutique si l'on considère la diminution du score au questionnaire Y-BOCS et une diminution des scores post-traitement aux questionnaires OVIS, ICQ-EV, et VOICI. La quatrième hypothèse est qu'il existe des liens entre les caractéristiques d'intérêt du narratif. Puis la cinquième hypothèse est qu'il y a des corrélations entre les scores de changement des questionnaires secondaires du TOC, la dépression et l'anxiété.

CHAPITRE 2

Méthodologie

2.1 Méthodologie

2.1.1 Les narratifs alternatifs et participants

Les participants et leurs narratifs ont été sélectionnés à partir de la banque de données TicTacToc. Le chercheur responsable de cette banque de données est Dr Frederick Aardema. La banque TicTacToc (projet #2015-207) a été approuvée le 19 septembre 2014 par le comité d'éthique du centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'est de l'île de Montréal (CIUSSS-EMTL). Les participants ont rempli un formulaire d'information et de consentement afin que leurs données soient réutilisées dans des projets de recherche futurs. Le présent travail a utilisé l'information démographique, les caractéristiques cliniques (âge, sexe, type de TOC, comorbidité) des participants et leurs narratifs alternatifs et obsessionnels, des questionnaires et des entrevues cliniques. Les participants avaient participé à une étude antérieure sur la TCC-I d'une durée de 20 à 22 semaines.

Voici les critères d'inclusion des études antérieures de la banque TicTacToc. (1) Les participants devaient avoir un diagnostic principal d'un TOC avec ou sans comorbidité. (2) Ils devaient être âgés de 18 à 64 ans. (3) Ils devaient avoir une médication stable pendant les 12 semaines précédant le début de l'étude en ce qui a trait aux antidépresseurs ou antipsychotiques et pendant les 4 semaines précédentes en ce qui concerne les anxiolytiques. (4) Ils devaient accepter de garder leur médication stable pendant l'étude. (5) Ils ne devaient pas présenter d'intention suicidaire. (6) Ils ne devaient pas non plus présenter de problèmes d'abus de substance ou d'alcool. (7) Ils ne devaient pas suivre un autre traitement psychologique pendant l'étude. (8) Ils ne devaient pas avoir déjà souffert de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de trouble mental d'origine organique. Finalement, pour cette étude, nous avons émis un critère d'inclusion supplémentaire. En effet, (9) les participants devaient avoir un narratif obsessionnel et un narratif alternatif. La taille de l'échantillon a été décidée d'après le nombre de participants présents dans la banque de données qui satisfaisaient aux critères d'inclusion, ce qui a donné un échantillon de 82 participants.

2.1.2 Les évaluateurs

Des évaluateurs ont été recrutés à partir de trois différents groupes pour étudier la présence de caractéristiques (la conviction, l'affect, le réalisme du narratif, l'identification au personnage, la personnification, la responsabilité, la surestimation du danger, l'importance et le contrôle des pensées, le perfectionnisme, l'intolérance à l'incertitude, l'inférence inverse, le rejet de l'information sensorielle, et l'association d'information hors contexte) dans les narratifs alternatifs. Le premier groupe était composé de deux cliniciens d'allégeance à la TCC-A, le deuxième groupe de deux cliniciens d'allégeance à la TCC-I et le troisième groupe de deux doctorants en psychologie clinique ayant des connaissances sur le TOC. Les évaluateurs n'ont pas reçu de formation sur l'évaluation des narratifs pour s'assurer de ne pas les influencer et pour ainsi mesurer ce qui se rapproche le plus possible au jugement clinique. De plus, l'utilisation de trois groupes d'évaluateurs différents a permis de contrôler leurs opinions et les biais envers la clinique et la recherche sur le TOC. Les évaluateurs ont rempli une grille (voir l'appendice A) pour juger la présence des caractéristiques dans les narratifs alternatifs des participants. Aucune information ne permettait l'identification des participants pendant l'étude.

2.1.3 Mesures

2.1.3.1 Caractéristiques du narratif alternatif

Les évaluateurs ont utilisé une grille pour évaluer les caractéristiques des narratifs alternatifs. Cette grille a été créée pour le projet actuel. Elle mesure la présence des caractéristiques du narratif avec un score individuel allant de 0 à 100 pour chacune d'entre elles. Un barème a été mis en place avec six différents échelons : 0 (aucunement présent), 20 (un peu présent), 40 (quelque peu présent), 60 (assez présent), 80 (fortement présent), 100 (vraiment présent). Les évaluateurs ont utilisé cette grille pour juger la présence des caractéristiques dans les narratifs alternatifs. Ils ont reçu un aide-mémoire dans lequel les caractéristiques d'intérêt pour le narratif alternatif étaient définies avec un exemple. Ils n'ont pas eu d'exemple d'évaluation d'un narratif alternatif et n'ont pas eu la possibilité de s'exercer avant de juger les narratifs.

2.1.3.2 Processus de raisonnement de l'ABI

En examinant les trois erreurs de raisonnement (raisonnement inverse, rejet actif de l'information en provenance des sens et association d'informations hors contexte) retrouvées dans la confusion

inférentielle, il a été possible de mieux comprendre si elles étaient présentes dans le narratif alternatif. Ces caractéristiques ont été mesurées selon un score de 0 à 100 avec l'échelle développée pour ce projet de recherche.

2.1.3.3 Mesures des symptômes du TOC

2.1.3.3.1 L'échelle sur le trouble obsessionnel compulsif des universités Yale et Brown

L'échelle sur le trouble obsessionnel compulsif des universités Yale et Brown (Yale-Brown obsessive and compulsive scale ou Y-BOCS) est un outil utilisé par le clinicien et sert de critère de référence des symptômes associés au TOC. Cette échelle a été sélectionnée étant donné qu'elle mesure des états de base représentés chez les personnes ayant un TOC tels que le temps investi dans l'obsession et la détresse alors ressentie. Ainsi, cette échelle a été utile pour quantifier les états de base chez les participants pour lesquels nous avons utilisé les narratifs alternatifs. Le Y-BOCS a été la mesure principale des symptômes du TOC pour la variable dépendante. En ce qui a trait aux caractéristiques de l'échelle, le Y-BOCS a un score total qui varie de 0 à 40; un plus haut score signale une plus grande présence des symptômes du TOC. Les éléments de cette échelle ne mesurent ni l'anxiété ni les symptômes dépressifs (Goodman et al., 1989). La validité convergente ($r > 0,52$) est bonne, car elle est fortement corrélée avec deux questionnaires de symptomatologie du TOC, le MOCI et le test d'évitement comportemental. Elle a une excellente cohérence interne ($\alpha > 0,87$) et un excellent accord interjuges ($r > .97$) (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado, et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, et al., 1989). Mollard, Cottraux et Bouvard (1989) ont validé la version en français de cette échelle avec un alpha de Cronbach de $\alpha = 0,96$.

2.1.3.3.2 L'inventaire obsessionnel compulsif de Vancouver

L'inventaire obsessionnel compulsif de Vancouver (Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory ou VOICI) est un outil pour mesurer les obsessions, les compulsions, les comportements d'évitement et les traits de personnalité corrélés au TOC. Il est utile d'avoir une deuxième mesure du TOC pour évaluer les différentes dimensions du TOC comparativement au Y-BOCS, c'est pour cette raison que cet outil a été choisi. Les scores de ce questionnaire ont été utilisés comme une variable dépendante secondaire pour les analyses statistiques de la troisième hypothèse. Le VOICI mesure six dimensions du TOC : obsessions, contamination, vérification, « just right », indécision

et accumulation (Thordarson et al., 2004). Les participants évaluent leur accord avec des énoncés en lien avec le TOC sur une échelle de type Likert allant de 0 (pas du tout en accord) à 4 (vraiment en accord). Le questionnaire comporte 55 questions et le score total varie entre 0 et 220. Un score plus élevé signale un plus grand accord avec les énoncés du TOC. Le VOICI a une excellente validité convergente ($r = 0,85$), une bonne validité discriminante ($r = 0,47$) et une excellente cohérence interne ($r = 0,94$) (Radomsky et al., 2006). Radomsky et ses collègues (2006) ont validé la version en français du test avec un alpha de cronbach de $\alpha = 0,96$.

2.1.3.3.3 L'échelle des idées surévaluées

L'échelle des idées surévaluées (Overvalued Ideas Scale ou OVIS) détermine le degré auquel une personne adhère à ses propres croyances. La raison pour laquelle cette échelle a été choisie est parce qu'elle mesure plusieurs dimensions d'idées surévaluées. Plus précisément, cette échelle mesure l'étrangeté de la croyance, la plausibilité de la croyance, la rigidité, l'efficacité des compulsions sur la diminution de l'anxiété, l'omniprésence de la croyance chez le public, les raisons pour lesquelles la croyance n'est pas partagée par le public et la stabilité de la croyance (Neziroglu et al., 1999). Les scores de l'OVIS ont été utilisés comme une variable dépendante secondaire pour les analyses statistiques de la troisième hypothèse. Elle est composée de 11 éléments avec un score allant de 0 à 10. La validité convergente de l'OVIS avec le Y-BOCS est de 0,50 à 0,83. De plus, l'OVIS a une bonne validité discriminatoire ($r = 0,53$) et la fiabilité interne est élevée ($r = 0,85$) (Neziroglu et al., 1999).

2.1.3.3.4 Le questionnaire de confusion inférentielle version étendue

Le questionnaire de confusion inférentielle version étendue (Inferential Confusion Questionnaire expanded version ou ICQ-EV) est un questionnaire autorapporté qui mesure le raisonnement inverse et la méfiance des sens (Aardema et al., 2010), et c'est pour cette raison qu'il a été choisi. Le questionnaire compte 30 éléments avec un score qui varie de 0 à 180. Un score plus élevé suggère une difficulté à différencier la réalité de l'imaginaire et aussi une dépendance aux éléments de la confusion inférentielle (Aardema et al., 2010). Le ICQ-EV a une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$) (Aardema, O'Connor, et al., 2010). Les scores de ce questionnaire ont été utilisés comme une variable dépendante secondaire pour les analyses statistiques de la troisième hypothèse.

Aardema et ses collègues (2010) ont validé la version en français de ce test avec un alpha de cronbach de $\alpha = 0,96$.

2.1.3.4 Mesures des symptômes associés au TOC

Ces mesures quantifient des symptômes qui se produisent à la suite du développement d'un TOC. Les personnes en ayant un vivent habituellement un certain nombre de symptômes dépressifs et anxieux à cause de ce trouble psychiatrique (Abramowitz et al., 2000; Abramowitz et al., 2004; Hansen et al., 2007; Huppert et al., 2009; Olatunji et al., 2013). Par ailleurs, il est aussi possible que les personnes aient une dépression ou un trouble anxieux comorbide avec un TOC (Lochner et al., 2014). De plus, la dépression et l'anxiété comorbide complexifient le pronostic. Il est donc approprié d'évaluer les personnes pour ces deux troubles psychiatriques, car ils affectent le pronostic (Huppert et al., 2009). Également, un TOC sans comorbidité est très rare (Torres et al., 2013). Ainsi, en évaluant les comorbidités chez les participants de ce projet de recherche, il est possible d'établir une validité externe.

2.1.3.4.1 Inventaire d'anxiété de Beck

L'inventaire d'anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory ou BAI) est un questionnaire qui mesure l'anxiété chez une personne (Beck, Epstein et collègues, 1988). Le BAI est capable de différencier des personnes souffrant d'anxiété de celles qui n'en souffrent pas à l'aide de 21 éléments qui mesurent la sévérité de l'anxiété chez une personne pendant les deux dernières semaines. Compte tenu de sa qualité à évaluer l'anxiété chez une personne, cet outil a été choisi. Cet inventaire a un score qui varie entre 0 et 63; plus le score est élevé plus il y a présence de symptômes anxieux. Le BAI a une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,92$) (Beck et al., 1988). Cet inventaire a servi à augmenter la validité externe dans cet essai doctoral, car un TOC sans comorbidité est très rare. De plus, il a aidé à mieux comprendre l'impact de l'anxiété sur le pronostic. Freeston et ses collègues (1994) ont validé la version en français du BAI avec un alpha de cronbach $\alpha = 0,85$.

2.1.3.4.2 Inventaire de dépression de Beck

L'inventaire de dépression de Beck (Beck Depression Inventory ou BDI) mesure la sévérité des symptômes dépressifs chez une personne au cours des deux dernières semaines (Richter et al., 1998). Étant donné la pertinence de cet inventaire pour quantifier les symptômes dépressifs chez

les participants, cet outil a été choisi. L'inventaire est composé de 21 éléments et a un score qui varie entre 0 et 63. Le BDI mesure : l'humeur, le pessimisme, la sensation d'échec, l'insatisfaction, la culpabilité, le sentiment d'autopunition, l'irritabilité, les pensées suicidaires, le retrait social, les distorsions de l'image corporelle, l'auto-accusation, l'ambivalence, la perte de l'envie de travailler, la perturbation du sommeil, la fatigabilité, la perte d'appétit, la perte de poids, la diminution de libido et les préoccupations somatiques (Beck, Steer, et Carbin, 1988). Le BDI a une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,86$) avec des populations cliniques. Dans des populations contrôle, la cohérence interne est également bonne ($\alpha = 0,81$) (Beck et al., 1988). Le BDI a servi à augmenter la validité externe, car un TOC sans comorbidité est très rare. De plus, ce questionnaire a aidé à mieux comprendre l'impact de l'anxiété sur le pronostic. Bourque et ses collègues (1982) ont validé la version en français du BDI avec un alpha de cronbach de $\alpha = 0,92$.

2.1.3.5 Analyses statistiques

Afin de répondre à la première hypothèse, des analyses de la variance (Analysis Of Variance ou ANOVA) à mesure répétées à trois niveaux ont été effectuées pour confirmer l'équivalence des groupes d'évaluateurs quant à leur appréciation des caractéristiques des narratifs. Puisque les différentes évaluations dans un narratif ne peuvent pas être considérées comme indépendantes, il était nécessaire d'utiliser une analyse qui prend en compte la non-indépendance des données, comme l'anova à mesure répétées. De plus, des coefficients de corrélations intraclasse (ICC) ont aussi été utilisés afin de quantifier la fiabilité des évaluations. En ce qui a trait aux corrélations intraclasse, elles sont du type randomisé et avec cohérence interne des juges. Dans le but de répondre à la deuxième hypothèse, des tests-t ont été accomplis pour comparer la présence des caractéristiques du narratif et des erreurs de raisonnement et les croyances erronées entre le narratif alternatif et le narratif obsessionnel. Afin de répondre à la troisième hypothèse, une variable dichotomique nommée rémission qui est opérationnalisée par un score inférieur à douze sur le Y-BOCS (Mataix-Cols et al., 2022) a été utilisée dans des analyses de test-t. Le but était d'examiner la différence entre la rémission et la non-rémission en tenant compte des caractéristiques du narratif de l'étude. De plus, des tests-t ont été accomplis pour comparer l'évolution des participants pré-traitement et post-traitement aux questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOICI. Pour confirmer la quatrième hypothèse, des corrélations entre les variables d'intérêt du narratif ont été complétées. Enfin, pour

répondre à la cinquième hypothèse, des corrélations entre les caractéristiques du narratif et les scores de changement aux questionnaires OVIS, ICQ-EV, VOICI, BAI et BDI ont été établies

CHAPITRE 3

Résultats

Cette section débute par une description des participants et par les statistiques descriptives des questionnaires utilisés dans cet essai doctoral. La section suivante traite quant à elle de l'accord interjuges. Ensuite, la comparaison de la présence des caractéristiques du narratif, des erreurs de raisonnement et des croyances erronées entre le narratif alternatif et le narratif obsessionnel est abordée. Enfin, la dernière section aborde l'impact des caractéristiques d'intérêt sur le narratif alternatif et l'évolution lors du traitement.

3.1 Statistiques descriptives

Un total de 82 participants avaient des narratifs alternatifs à leur dossier. L'âge moyen des participants était de 36 ans et l'étendue était de 17 à 65 ans. Pour ce qui est de la répartition de genre des participants, il y avait 46 femmes et 36 hommes. La langue maternelle parlée variait chez les participants : 64 parlaient le français et sept l'anglais, trois parlaient une autre langue et huit participants n'ont pas répondu à cette question. En ce qui concerne le plus haut niveau d'éducation complété, sept participants avaient complété une éducation primaire, 19 le secondaire ou un DEP, 16 le cégep, 31 un degré universitaire et huit n'ont pas répondu à cette question.

En regardant le tableau 3.1, il est possible de remarquer que les statistiques descriptives telles que l'asymétrie et l'aplatissement sont dans la norme pour la majorité des questionnaires mesurant les symptômes du TOC. Par contre, on remarque que le BAI post-traitement est légèrement élevé en comparaison avec les valeurs acceptées de -2 et +2 pour l'asymétrie et de -7 et +7 pour l'aplatissement (Byrne, 2010; Hair et al., 2010).

Tableau 3.1 Statistiques descriptives des mesures de symptômes TOC

Variable	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type	Asymétrie	Aplatissement
VOCI pré-traitement	0,00	162,00	81,47	37,95	-0,03	-0,23
VOCI post-traitement	0,00	139,00	49,64	35,38	0,67	-0,17
ICQ pré-traitement	30,00	178,00	114,87	34,75	-0,62	-0,18
ICQ post-traitement	29,00	139,00	87,55	34,50	-0,26	-1,18
YBOCS pré-traitement	10,00	37,00	26,19	6,04	-0,52	0,10
YBOCS post- traitement	0,00	28,00	13,26	7,40	0,05	-0,77
OVIS pré-traitement	23,00	86,00	51,28	13,77	0,03	-0,38
OVIS post-traitement	11,00	70,00	33,09	15,83	0,94	-0,25
BAI pré-traitement	0,00	60,00	13,81	10,88	1,56	3,42
BAI post-traitement	0,00	58,00	9,38	10,24	2,41	7,94
BDI pré-traitement	0,00	50,00	15,75	10,32	0,82	0,81
BDI post-traitement	0,00	40,00	8,96	9,15	1,44	2,16

3.2 Fiabilité des évaluateurs indépendants

La première hypothèse est que des évaluateurs de différentes allégeances théoriques sont capables d'identifier des niveaux similaires de caractéristiques dans les narratifs alternatifs. Pour tester cette hypothèse, une comparaison intergroupe des évaluateurs a été complétée à l'aide d'une ANOVA à mesures répétées et des corrélations intraclasse (ICC). Les corrélations intraclasse sont du type randomisé et avec cohérence interne des juges. En se référant au tableau 3.2, les résultats de cette analyse signalent que les erreurs de raisonnement sont évaluées différemment par les trois groupes d'évaluateurs indépendants, mais dans une étendue qui suggère qu'ils repèrent tous les mêmes caractéristiques dans les narratifs. Cette analyse souligne la présence d'ICC pauvres à modérées pour les erreurs de raisonnement suivantes : le rejet actif de l'information provenant des sens et du soi, la responsabilité et la surestimation du danger, l'importance et le contrôle des pensées, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude. À l'inverse, les caractéristiques d'intérêt du narratif

alternatif telles que la conviction, l'affect, le réalisme du narratif, l'identification et la personnification présentes toutes des ICC modérées ou supérieures. À nouveau, les évaluateurs ont démontré la même tendance à juger ces caractéristiques comme étant présentes, mais à différents degrés. Ainsi, cette analyse souligne l'aptitude des trois groupes d'évaluateurs à identifier les caractéristiques dans les narratifs alternatifs, ce qui appuie l'hypothèse initiale.

Tableau 3.2 Comparaison des scores d'évaluateurs d'après leur allégeance théorique et la corrélation intraclases (ICC)

Variables	Doctorants		TCC-A		TCC-I		F	ICC
	Moyenne	E.T.	Moyenne	E.T.	Moyenne	E.T.		
Responsabilité et surestimation du danger	2,13	5,19	0,24	1,55	1,46	4,99	13,60**	0,55 ^a **
Importance et contrôle des pensées	1,12	5,44	0,70	4,46	1,09	4,71	6,60*	0,46 ^b **
Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude	3,63	5,31	0,36	2,04	2,56	6,63	28,91**	0,48 ^b **
Raisonnement inverse	0,70	3,29	0,30	1,63	1,16	6,95	3,28	0,75**
Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi	0,43	1,35	0,00	0,00	0,48	3,10	5,59*	0,09 ^c
Associations hors contexte	3,14	7,91	0,73	4,31	1,70	6,04	10,98**	0,80 ^b **
Conviction	76,89	11,89	74,87	16,09	71,98	16,84	2901,54**	0,72**
Absorption	33,38	18,02	14,84	13,58	25,88	20,06	242,98**	0,73**
L'affect	7,77	10,73	1,82	5,94	17,56	16,94	81,53**	0,64**
Réalisme du narratif	92,19	10,91	84,48	11,53	83,29	10,13	7707,17**	0,67**
Identification	57,07	11,49	5,79	12,39	68,05	16,96	1480,41**	0,52**
Personnification	12,44	21,87	5,43	16,38	3,65	13,42	15,82**	0,92**

Note : Doctorants = doctorants ayant de l'expérience avec le TOC, TCC-A = évaluateur d'allégeance au modèle d'attribution des pensées et TCC-I = évaluateur d'allégeance à la thérapie cognitivo-comportementale par inférence. En ce qui a trait à l'ICC a = un n de 5, b = un n de 4 et c = un n de 3, car dans ces cas, certains évaluateurs ont indiqué 0 pour la présence de la variable en question.

* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$

3.3 Résultats des narratifs alternatifs

3.3.1 Comparaison des erreurs de raisonnement entre les narratifs obsessionnels et les narratifs alternatifs

La deuxième hypothèse est que les erreurs de raisonnement et les croyances obsessionnelles ne sont pas présentes au même degré dans les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels. Les statistiques descriptives d'erreurs de raisonnement et les caractéristiques d'intérêt dans le narratif alternatif ont d'abord été recueillies. Ensuite, des tests-t ont été accomplis pour comparer la présence des erreurs de raisonnement entre les narratifs obsessionnels et les narratifs alternatifs.

En regardant les statistiques descriptives du narratif alternatif dans le tableau 3.3, on remarque des différences au niveau des caractéristiques du narratif, des erreurs de raisonnement et des croyances erronées. Leur présence a été interprétée en utilisant le barème mis en place pour cette étude. On remarque que pour les croyances erronées telles que la responsabilité et la surestimation du danger, l'importance et le contrôle des pensées, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, et que pour les erreurs de raisonnement telles que le raisonnement inverse, le rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi, et l'association hors contexte on obtient un score inférieur à 20. Donc, ces caractéristiques ne sont « aucunement » présentes dans le narratif alternatif. Cette tendance se maintient pour la personnification et l'affect qui obtiennent elles aussi un score inférieur à 20. On remarque une augmentation des résultats avec l'absorption qui a un score de 24, ce qui indique qu'elle est « peu » présente dans le narratif. Ensuite, cette tendance vers le haut continue avec la caractéristique d'identification avec un score de 43, ce qui signifie qu'elle est « quelque peu » présente. Les deux caractéristiques les plus présentes sont la conviction avec un score de 74,58 qui suggère qu'elle « assez » présente et le réalisme du narratif avec un score de 86,65 qui signifie qu'il est « fortement » présent dans le narratif. Cependant, il n'est pas suffisant de se référer aux statistiques descriptives pour conclure que les différences observées sont significatives.

Tableau 3.3 Statistiques descriptives des caractéristiques du narratif alternatif

Variables	Moyenne	E.T.	Asymétrie	Aplatissement
Responsabilité et surestimation du danger	1,28	3,14	3,96	18,16
Importance et contrôle des pensées	0,97	3,43	5,41	34,82
Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude	2,18	3,67	3,01	11,64
Raisonnement inverse	0,72	3,60	7,15	55,73
Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi	0,30	1,16	5,14	28,01
Associations hors contexte	1,85	5,08	5,17	30,77
Personnification	7,17	16,33	3,02	8,68
Conviction	74,58	12,53	-1,02	0,72
Absorption	24,70	14,35	0,86	0,18
L'affect	9,05	9,08	1,71	3,50
Réalisme du narratif	86,65	8,93	-3,19	15,16
Identification	43,63	10,27	0,51	1,01

Les statistiques descriptives permettent d'avoir un aperçu des caractéristiques présentes dans le narratif alternatif, qu'il soit question des erreurs de raisonnement ou des caractéristiques d'intérêt. Ainsi, il est essentiel de compléter des analyses statistiques pour établir la spécificité des narratifs alternatifs. Pour y arriver, il faut montrer soit l'absence, soit la présence réduite des erreurs de raisonnement. Des tests-t ont été accomplis pour comparer la présence des erreurs de raisonnement et des croyances erronées entre les narratifs obsessionnels et les narratifs alternatifs. En regardant les résultats de ces analyses statistiques dans le tableau 3.4, il est possible de voir qu'ils indiquent des différences significatives. En privilégiant le barème de cette étude pour interpréter la présence des erreurs de raisonnement, on remarque que l'importance et le contrôle des pensées est « peu » présent avec un score de 16,29 dans le narratif obsessionnel. Les autres croyances erronées et erreurs de raisonnement ont des scores qui fluctuent entre 34,15 et 66,44 et sont « peu à assez » présents dans ce même narratif. À l'inverse, dans le narratif alternatif, ces mêmes croyances erronées et erreurs de raisonnement ne sont « aucunement à peu » présentes. La différence entre la présence des erreurs de raisonnement et des croyances erronées entre ces deux narratifs est statistiquement significative et appuie l'hypothèse initiale.

Tableau 3.4 Comparaison de la présence des erreurs de raisonnement et des croyances erronées dans les narratifs alternatifs et narratifs obsessionnels

Variables	Narratif obsessionnel		Narratif alternatif		Valeur t	d de cohen
	Moyenne	E.T.	Moyenne	E.T.		
Responsabilité et surestimation du danger	44,88	27,98	1,31	3,19	14,30**	1,60
Importance et contrôle des pensées	16,29	22,11	1,01	3,49	6,28**	0,70
Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude	34,15	21,08	2,20	3,73	13,92**	1,56
Raisonnement inverse	58,86	16,01	0,75	3,67	32,63**	3,67
Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi	51,17	21,78	0,31	1,18	20,69**	2,32
Associations hors contexte	66,44	16,87	1,90	5,17	34,00**	3,82

*= $p \leq 0,05$; **= $p \leq 0,01$

3.3.2 Analyse des caractéristiques d'intérêt dans le narratif alternatif

La troisième hypothèse est que les caractéristiques du narratif (la conviction, l'affect, le réalisme du narratif, l'identification au personnage et la personnification) prédisent positivement l'amélioration thérapeutique lors de la TCC-I. L'amélioration thérapeutique est repérée dans les questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOICI et est explorée dans les questionnaires BAI et BDI. Ainsi, un score de rémission au Y-BOCS a été créé et est opérationnalisé comme étant un score inférieur à 12 (Mataix-Cols et al., 2022). En regardant le tableau 3.5, les participants en rémission ont été comparés à ceux en non-rémission en utilisant des tests-t. Les résultats démontrent que les scores de conviction des participants en rémission sont significativement plus élevés que ceux des participants en non-rémission.

Tableau 3.5 Test-t des caractéristiques d'intérêt avec le score de rémission au Y-BOCS

Variables	Rémission (N=31)		Non-rémission (N=28)		Valeurs t	d de cohen
	Moyenne	E.T.	Moyenne	E.T		
Conviction	77,04	11,42	69,10	15,26	2,27*	0,60
L'affect	10,10	9,41	9,19	9,09	0,37	0,09
Réalisme du narratif	86,72	6,63	84,28	12,89	0,92	0,24
Identification	46,02	10,67	42,70	12,57	1,09	0,29
Personnification	5,96	13,59	7,32	15,04	-0,36	-0,09

† = $p < 0,1$; * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$

Pour mieux comprendre l'évolution des participants dans la TCC-I, dans le tableau 3.6, le score moyen pré-traitement est comparé au score moyen post-traitement grâce aux questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOICI et cela grâce aux tests-t. En regardant les résultats, il est possible de conclure que

les scores post-traitement sont significativement inférieurs à ceux pré-traitement et cela pour les trois questionnaires.

Tableau 3.6 Évolution des participants à la TCC-I mesurée par les scores des questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOICI

Questionnaire	Score pré		Score post		Valeurs t	d de cohen
	Moyenne	E.T.	Moyenne	E.T.		
OVIS	53,53	13,28	33,09	15,83	8,72**	1,15
ICQ-EV	114,05	34,63	87,55	34,50	7,49**	1,00
VOICI	80,19	37,44	49,64	35,38	8,65**	1,20

† = $p < 0,1$; * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$

Pour mieux contextualiser les résultats retrouvés dans le tableau 3.5, des corrélations ont été établies entre les caractéristiques du narratif alternatif dans le tableau 3.7. En regardant ces résultats, il est possible de voir qu'il y a des corrélations entre la conviction, le réalisme du narratif et l'identification. De plus, il y a des corrélations entre l'affect et l'identification. Ceci suggère qu'il y a des liens entre ces caractéristiques.

Tableau 3.7 Corrélations entre les caractéristiques d'intérêt du narratif alternatif

Variabes	1	2	3	4	5
1 Conviction					
2 L'affect	0,06				
3 Réalisme du narratif	0,39**	-0,04			
4 Identification	0,40**	0,40**	0,20		
5 Personnification	0,25*	0,13	0,14	0,15	

* = $p \leq 0,05$, ** = $p \leq 0,01$

3.3.3 Analyse des symptômes du TOC et des symptômes secondaires du TOC

Des corrélations sont établies dans le tableau 3.8 entre les caractéristiques du narratif, les scores de changement des symptômes du TOC et les symptômes secondaires du TOC. L'affect est relié au BAI pré et post-traitement, puis le BDI pré et post-traitement ce qui est un résultat intuitif, car la corrélation est positive. Ainsi, l'augmentation de l'affect est proportionnelle à l'augmentation des scores du BDI et du BAI et cela autant en pré-traitement qu'en post-traitement de la thérapie. L'identification est reliée au BAI en pré et post-traitement, et au BDI en pré-traitement. Ce résultat est moins intuitif, il suggère que l'augmentation de l'identification est proportionnelle à l'augmentation au BAI en pré et post-traitement, et au BDI en pré-traitement. Le dernier résultat qui montre que la personnification est reliée positivement au ICQ-EV post-traitement suggère que l'augmentation de ces deux variables est proportionnelle l'une à l'autre.

Tableau 3.8 Corrélations Pearson entre les caractéristiques d'intérêt du narratif alternatif et les scores de changement des symptômes du TOC et des symptômes secondaires du TOC

	VOCI	ICQ-EV	OVIS	BAI	BDI
Variables					
Conviction	0,22	-0,08	-0,28	0,14*	0,12
L'affect	-0,12	0,05	0,03	-0,16	-0,37**
Réalisme du narratif	0,12	-0,14	0,08	0,11	0,24 †
Identification	0,09	-0,00	-0,20	-0,29*	-0,29*
Personnification	-0,12	-0,18	-0,12	-0,03	-0,13

† = $p < 0,1$; * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; VOCI = inventaire obsessionnel compulsif de Vancouver, ICQ-EV = questionnaire de confusion inférentielle version étendue, OVIS = échelle des idées surévaluées, BAI = inventaire d'anxiété de Beck, BDI = inventaire de dépression de Beck

CHAPITRE 4

Discussion

4.1 Résumé des objectifs

Cet essai doctoral avait pour but d'explorer comment rendre le narratif alternatif une réalité sensorielle concevable comparativement au narratif obsessionnel. Pour ce faire, deux objectifs ont été élaborés. Le premier était d'établir la validité du narratif alternatif comme outil thérapeutique. Cela a été accompli en comparant la présence des caractéristiques du narratif, des erreurs de raisonnement et des croyances obsessionnelles déjà identifiées dans la littérature entre les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels. Les caractéristiques du narratif sont : a) la conviction, b) l'affect, c) le réalisme du narratif, d) l'identification au personnage et e) la personnification. Les croyances obsessionnelles et les erreurs de raisonnement incluent : a) la responsabilité et la surestimation du danger b) l'importance et le contrôle des pensées, c) le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, d) le raisonnement inverse, e) le rejet actif des informations sensorielles et f) l'association d'information hors contexte. Ensuite, le deuxième objectif était d'établir laquelle (ou lesquelles) des caractéristiques du narratif alternatif améliorerait l'issue thérapeutique à la suite d'une TCC-I. En se basant sur la littérature, plusieurs caractéristiques spécifiques dans les narratifs alternatifs relevées et mentionnées ci-dessus ont permis de comprendre qu'elles la rendent convaincants. Ces caractéristiques sont d'intérêts, car elles peuvent favoriser la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle concevable comparativement au narratif obsessionnel.

4.2 Résumé des découvertes

Ce projet de recherche essaie de confirmer la première hypothèse, c'est-à-dire de démontrer que des évaluateurs de différentes allégeances théoriques sont capables d'identifier des caractéristiques dans les narratifs alternatifs. En observant la présence des caractéristiques du narratif, des erreurs de raisonnement et des croyances erronées dans le narratif alternatif, on remarque des similarités entre les jugements des évaluateurs indépendants. Ainsi, ils soulignent la présence réduite des erreurs de raisonnement et des croyances erronées dans le narratif alternatif. À l'inverse, ils repèrent la présence des caractéristiques du narratif telles que la conviction, l'affect, le réalisme du narratif, l'identification au personnage et la personnification. Ceci appuie la validité des évaluations des

caractéristiques du narratif, car ces juges n'ont pas d'expérience et n'ont pas reçu de formation pour savoir comment évaluer les narratifs alternatifs. Ainsi, ils se sont basés sur leur jugement clinique pour repérer la présence des caractéristiques du narratif ou l'absence des erreurs de raisonnement et des croyances erronées. De plus, en ayant trois groupes de juges, ceci permet de contrôler le biais envers leur allégeance théorique. En dépit de leur allégeance, les résultats suggèrent qu'ils perçoivent les mêmes caractéristiques, mais à différents degrés. Ceci appuie la présence du concept des caractéristiques du narratif dans le narratif alternatif et améliore ainsi la validité des analyses subséquentes et de cet essai doctoral.

La deuxième hypothèse est que les erreurs de raisonnement et les croyances obsessionnelles ne sont pas présentes au même degré dans les narratifs alternatifs et les narratifs obsessionnels. En regardant les résultats, on remarque une différence entre le narratif obsessionnel et le narratif alternatif. Dans le premier, il y a significativement plus d'erreurs de raisonnement et de croyances erronées si on le compare au deuxième. À l'inverse, les caractéristiques d'intérêt sont présentes dans le narratif alternatif, et on observe une présence réduite des erreurs de raisonnement et des croyances erronées est identifiée dans ce dernier. Ceci est normal, car le narratif alternatif est un outil aidant à réadapter les personnes souffrant d'un TOC. Cela étant dit, cet essai prouve que le concept du narratif alternatif est un outil dans la TCC-I, notamment en raison de l'absence d'erreurs de raisonnement qu'il doit avoir. Ainsi, il appuie le concept de la TCC-I, car le narratif alternatif soutient un postulat de base de cette thérapie qui explique qu'il faut modifier le narratif obsessionnel en offrant un narratif basé sur les sens (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Les deux premières hypothèses aident à améliorer la validité interne du narratif alternatif. Conséquemment, il est possible d'évaluer l'impact des caractéristiques sur le narratif.

La troisième hypothèse est que les caractéristiques du narratif (la conviction, l'affect, le réalisme du narratif, l'identification au personnage et la personnification) prédisent positivement l'amélioration thérapeutique lors de la TCC-I et que l'amélioration thérapeutique est repérée par une diminution du score au Y-BOCS et une diminution des scores post-traitements avec le OVIS, ICQ-EV et VOI. Un score de rémission au Y-BOCS (Mataix-Cols et al., 2022) a été développé pour examiner l'impact des caractéristiques d'intérêt sur le narratif alternatif. En regardant le tableau 3.5, on remarque que seule la conviction permet de faire la distinction entre les patients en rémission et ceux en non-rémission à la suite de la TCC-I. Les participants en rémission avaient

une conviction plus élevée dans leur narratif alternatif, ce qui suggère que l'investissement dans ce dernier est une composante importante de la TCC-I. Ces résultats indiquent que la conviction peut être bénéfique pour le narratif alternatif, car elle peut augmenter les chances que les personnes souffrant d'un TOC croient que le narratif alternatif est une option sensorielle envisageable.

Dans ce projet de recherche, la rémission était approximativement de 50 %, ce qui concorde avec une des deux études portant sur le même sujet. Actuellement, il y a seulement deux autres articles qui ont examiné la rémission lors d'essai randomisé pour la TCC-I (Aardema et al., 2022; Visser et al., 2015). Dans l'article publié par Aardema et ses collègues (2022), les auteurs avaient utilisé les mêmes critères que ce projet de recherche. Un score inférieur à 12 au Y-BOCS avait été obtenu. Aussi, Aardema et ses collègues (2022) avaient trouvé un taux de rémission similaire à ce projet de recherche et soutenaient que les participants dans leur étude avaient atteint la rémission beaucoup plus rapidement qu'avec les traitements connexes. En ce qui a trait à l'article publié par Visser et ses collègues (2015), les auteurs avaient adopté un seuil de rémission beaucoup plus conservateur, c'est-à-dire de sept ou moins sur le Y-BOCS. Ainsi, ils ont trouvé un taux de rémission approximativement de 25 %, ce qui est plus bas que ce projet de recherche. Cela étant dit, il semble que les résultats de ce projet de recherche concordent avec le peu de données qui portent actuellement sur la rémission en lien avec la TCC-I.

Ce projet de recherche démontre l'utilité clinique de la conviction dans le narratif alternatif et l'importance pour les cliniciens de s'y attarder lors du traitement de la TCC-I. Le rôle de la conviction a déjà été souligné dans le narratif obsessionnel dans le passé (O'Connor, Aardema et Péliissier, 2005). En plus, la conviction dans les obsessions est un facteur qui permet de quantifier le degré de sévérité du TOC et d'en définir aussi le pronostic (American Psychiatric Association [APA], 2013; Foa et al., 1999). Ainsi, il est possible d'observer que la conviction joue autant un rôle dans le narratif obsessionnel que dans le narratif alternatif. Cette analyse, qui utilise les scores du Y-BOCS, permet de mieux comprendre le lien entre la conviction et la rémission. Par contre, elle n'offre pas une compréhension globale du TOC.

La deuxième portion de la troisième hypothèse cherche à examiner les scores aux questionnaires OVIS, ICQ-EV et VOCI pour avoir une compréhension globale du TOC et pour valider l'efficacité de la TCC-I. En regardant le tableau 3.6, il est possible d'examiner l'amélioration des participants

lors de la TCC-I. On observe que tous les scores post-traitement sont inférieurs aux scores pré-traitement et que ces différences sont significatives. Ceci indique que la TCC-I est efficace pour traiter les personnes souffrant d'un TOC, mais aussi celles ayant des idées surévaluées. En effet, on peut le remarquer en regardant la différence trouvée dans le questionnaire OVIS qui mesure les idées surévaluées. Les résultats trouvés dans cette étude sont similaires à d'autres qui démontrent l'efficacité de la TCC-I (Aardema et al., 2016, Aardema et al., 2022, Visser et al., 2015). Ainsi, cet essai doctoral augmente la littérature sur l'efficacité de la TCC-I sur les personnes ayant des idées surévaluées. Dans un autre ordre d'idée, les résultats de cet essai doctoral permettent d'affirmer que le ICQ-EV est un questionnaire utile pour quantifier l'amélioration du TOC (Aardema et al., 2005; Aardema et al., 2010).

La quatrième hypothèse est qu'il y a des liens entre les caractéristiques d'intérêt du narratif. Pour mieux comprendre les liens entre elles, des corrélations ont été présentées dans le tableau 3.7. Ces analyses ont permis d'élucider les liens entre la conviction et le restant des caractéristiques du narratif. Des relations positives entre la variable conviction et les caractéristiques de réalisme du narratif, d'identification et de personnification ont été établies. Elles suggèrent que l'augmentation de la conviction est proportionnelle à l'augmentation de ces trois caractéristiques lorsqu'elles sont comparées une à une avec la conviction. Ces résultats proposent que plus une personne est convaincue du narratif alternatif, plus elle s'y identifie et plus il est probable que le narratif alternatif soit réaliste. Ces résultats sont intuitifs, car un narratif qui est réaliste et auquel on s'identifie est plus convaincant (O'Connor et Aardema, 2011). Il est ici question bien évidemment d'une relation et non d'un lien de causalité. Une relation positive a aussi été trouvée entre la conviction et la personnification. Celle-ci suggère que la conviction augmente proportionnellement avec la personnification. La personnification est opérationnalisée par la tendance à traiter le TOC avec sa propre volonté indépendante, ses émotions, ses intentions et ses actions comme une entité qui est séparée de soi (Knapton, 2018). Ainsi, plus une personne est convaincue du narratif alternatif, plus elle perçoit le TOC comme étant une entité séparée d'elle-même, ce qui lui permet de créer une distance avec le TOC. Une relation entre l'affect et l'identification a également été trouvée et indique que ces deux variables augmentent proportionnellement. Ainsi, plus l'affect augmente, plus l'identification avec le narratif alternatif est forte. Ceci est un résultat intuitif, car d'après la littérature sur les narratifs, les personnes recherchent des émotions fortes dans les

narratifs (Appel et Richter, 2010), ce qui facilite la compréhension du narratif (Maio et Esses, 2001) et possiblement l'identification à ce dernier (Busselle et Bilandzic, 2008).

La cinquième hypothèse vise à montrer qu'il existe des liens entre le TOC, la dépression et l'anxiété. Pour explorer les liens entre les caractéristiques du narratif et les scores de changement obtenus dans les questionnaires des symptômes du TOC et des symptômes secondaires tels que l'anxiété et la dépression, des corrélations ont été établies dans le tableau 3.8. Ces analyses permettent de mieux comprendre les liens entre les caractéristiques du narratif et les mesures. Les symptômes associés au TOC sont l'anxiété et la tristesse et on les remarque chez les personnes affligées par ce trouble psychologique, car ils perturbent leur fonctionnement au quotidien (Tukel et al., 2002). Les inventaires de dépression et d'anxiété de Beck sont utilisés pour quantifier ces états émotionnels associés au TOC. En regardant les résultats des analyses, il est possible de remarquer qu'il y a plusieurs corrélations uniquement avec les mesures des symptômes associés au TOC. On remarque une corrélation positive entre la conviction et le score de changement au BAI. En effet, plus la conviction augmente, plus le score de changement augmente et, conséquemment, moins il y a d'anxiété présente chez la personne souffrant d'un TOC. De plus, on remarque une relation négative entre l'identification et le score de changement du BAI. Ainsi, plus l'identification augmente, plus le score de changement au BAI diminue et, par conséquent, plus l'anxiété augmente chez la personne souffrant d'un TOC. En ce qui a trait au score de changement au BDI, il est négativement corrélé avec l'affect et l'identification. Donc, plus l'affect ou l'identification augmente, plus le score de changement au BDI diminue. Il y a ainsi une augmentation des symptômes dépressifs.

4.3 Implications théoriques

Cet essai doctoral est le premier à s'intéresser au narratif alternatif et à explorer les caractéristiques qui encouragent la perception de ce dernier comme étant une réalité sensorielle envisageable. Ainsi, ce projet de recherche souligne l'importance de la conviction dans le narratif alternatif. Il démontre que les participants qui sont plus convaincus du narratif alternatif ont plus de probabilité d'être en rémission. La littérature empirique sur la rémission chez des personnes souffrant d'un TOC souligne différents prédicteurs. Une étude utilisant l'apprentissage automatique de données indique que les facteurs les plus importants pour prédire la rémission sont le temps nécessaire pour

compléter les compulsions, le degré de perturbation dû aux compulsions et la sous-échelle de compulsions de l'inventaire Y-BOCS (Askland et al., 2015). En regardant les essais cliniques, il est possible de constater que plusieurs études ont souligné la présence de différents facteurs tels que la durée du trouble psychologique (Dell'Osso et al., 2010; Steketee et al., 1999), le thème des obsessions (Eisen et al., 2013), la présence de comorbidités (Jakubovski et al., 2013) et le nombre de comorbidités pour prédire la rémission (Belotto-Silva, Diniz et Shavitt, 2011). Ainsi, la conviction est un nouvel ajout à la liste des facteurs qui aident à prédire la rémission chez les personnes souffrant d'un TOC.

La conviction soulignée dans ce projet de recherche est en lien avec le narratif alternatif et est différente de celle concernant le narratif obsessionnel. Dans le cas du narratif obsessionnel c'est l'idée d'être convaincu de l'imaginaire, tandis qu'avec le narratif alternatif, c'est le fait de tenir une idée en haute estime (Kozak et Foa, 1994). La conviction dans le narratif alternatif est le fait d'être convaincu d'une pensée bénéfique. Il n'y a pas de recherche là-dessus, car la psychologie a l'habitude d'étudier les aspects pathologiques du développement humain. Par ailleurs, à notre connaissance, il n'y a aucune étude qui met l'accent sur les cognitions en psychologie positive. Plusieurs études soulignent les impacts négatifs d'un manque d'introspection dans le TOC. Le manque d'introspection est corrélé à une augmentation des symptômes du TOC (Cherian et al., 2012; Tulaci et al., 2018), à l'apparition du trouble psychologique à un plus jeune âge (Catapano et al., 2010; Tulaci et al., 2018) et à une plus longue durée du trouble psychologique (Kishore et al., 2004; Tulaci et al., 2018). Ainsi, il est possible de comprendre l'impact de cette variable sur le TOC.

La littérature actuelle sur la conviction dans le TOC peut mener à la confusion, car plusieurs concepts ne sont pas définis clairement tels que la conviction, les idées surévaluées et l'introspection ou le « insight » de ses croyances (Kozak et Foa, 1994). D'après Kozak et Foa (1994), ces trois termes sont utilisés de façon interchangeable dans la littérature sur le TOC. De plus, il n'y a pas d'échelle ou d'inventaire pour mesurer la conviction et l'introspection de ses croyances; elles sont soit autorapportées par la personne souffrant d'un TOC ou mesurées par le clinicien les évaluant. Ainsi, cela peut compliquer la compréhension de ces concepts qui semblent être la clé de la connaissance du TOC et de l'amélioration des thérapies pour ce trouble. Actuellement, la recherche essaie de clarifier les idées surévaluées, la conviction et l'introspection

de ses croyances. Veale (2002) suggère que les idées surévaluées sont secondaires aux valeurs idéalisées, car une croyance peut être vérifiée empiriquement, tandis que ce n'est pas le cas avec la conviction en une valeur. Veale propose de focaliser sur les valeurs, car leur compréhension est plus pertinente pour favoriser le progrès en thérapie (Veale, 2002). En ce qui a trait à la conviction, Kozak et Foa (1994) suggèrent qu'elle est similaire à l'introspection des croyances. À l'inverse, Jakubovski et ses collègues (2011) signalent que l'introspection semble être un concept à part et qu'elle est majoritairement corrélée avec la sévérité du TOC (Jakubovski et al., 2011). De leur côté, Markova et ses collègues (2009) se questionnent sur la nécessité de l'introspection dans les critères de diagnostic du TOC. Ils suggèrent que ce concept soit à part et qu'il peut influencer la sévérité du TOC (Markova, Jaafari et Berrios, 2009). Il est possible de remarquer comment ces concepts sont nébuleux dû à un manque d'outils empirique pour les quantifier et un manque d'entente sur la terminologie utilisée. Parmi tous ces concepts, on remarque que la majorité des auteurs suggèrent de percevoir la conviction sur un continuum et non comme une caractéristique ayant des catégories dichotomiques (Jakubovski et al., 2011; Kozak et Foa 1994). Cet essai doctoral apporte une nouvelle perception de la conviction qui montre les bénéfices de cette dernière. Ainsi, il serait important d'effectuer plus de recherches sur le sujet afin de mieux comprendre le rôle de la conviction dans le narratif alternatif et de mieux saisir son apport dans le traitement de la TCC-I.

4.4 Implications cliniques

En regardant la recherche actuelle, on constate qu'il n'y a pas de consensus sur la façon de gérer la conviction élevée dans les obsessions dans une perspective clinique (Carmin, Wiegartz, et Wu, 2008). Du côté médical, la recherche postule entre autres que l'ajout d'un antipsychotique aide à défaire la conviction dans l'obsession (Hollander et al., 2003). Du point de vue de la thérapie cognitivo-comportementale, la plupart des projets de recherche privilégient l'EPR et suggèrent ainsi d'améliorer l'adhérence au traitement (Carmin, Wiegartz, et Wu, 2008). Dès le début du TOC à l'enfance, Adelman et Lebowitz (2012) suggèrent de travailler à nuancer les croyances et les probabilités que les conséquences des obsessions se produisent. On peut en déduire qu'un travail cognitif avec les clients les plus résistants est nécessaire. Comme la TCC-I est une approche cognitive, elle peut travailler les cognitions en lien avec les obsessions par l'entremise du narratif alternatif.

Cet essai doctoral souligne l'importance de la conviction dans le narratif alternatif et met en relief son rôle dans l'augmentation des chances de rémission des personnes ayant un TOC après une thérapie. La conviction dans le narratif alternatif est aidante, car elle permet à la personne de percevoir le narratif alternatif comme un raisonnement viable. Ainsi, le raisonnement sensoriel en vient graduellement à dominer le raisonnement imaginaire que l'on retrouve dans le TOC. La personne atteinte du TOC ressent moins d'anxiété, car les conséquences de l'obsession ne se produisent pas. Sachant que la conviction aide à rendre un raisonnement viable, il est important de l'alimenter au cours de la TCC-I, car le pronostic est moins favorable s'il y en a peu ou pas dans le narratif alternatif. En effet, une personne souffrant d'un TOC qui est plus convaincue dans le narratif obsessionnel et l'imaginaire risque de faire une rechute suivant la fin du traitement manualisé de la TCC-I.

Lorsque l'on regarde les résultats de cet essai doctoral, il semble important de créer un narratif alternatif qui est réaliste et auquel la personne s'identifie, car ces deux caractéristiques (réalisme et identification) peuvent augmenter la conviction (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Il devient alors important de s'attarder à la construction du narratif alternatif. Dans une étude sur les narratifs fictifs, on souligne plusieurs dimensions qui peuvent aider au réalisme telles que la cohérence et la vraisemblance du narratif (Cho, Shen et Wislon, 2012). Par ailleurs, le narratif est en évolution continue pendant la TCC-I (O'Connor et Aardema, 2011). Ainsi, il est possible de graduellement modifier les croyances dans le narratif alternatif pour qu'elles reflètent un raisonnement sensoriel et qu'elles concordent bel et bien avec les croyances de la personne souffrant du TOC. Le clinicien peut questionner le client pour s'assurer de sa conviction dans le narratif alternatif. Il est possible de remarquer le désaccord du client par l'entremise de plusieurs indicateurs du langage corporel et verbal. Un silence, un croisement de bras et un manque d'investissement dans le narratif alternatif ne sont que quelques exemples qui peuvent signaler un désaccord avec le processus thérapeutique de la TCC-I.

Ce projet de recherche s'attarde sur le narratif alternatif, mais ne délaisse pas pour autant les autres étapes importantes de la TCC-I. Il faut autant mettre l'accent sur le narratif alternatif que sur l'importance de la confusion inférentielle, un des mécanismes d'action principaux dans la TCC-I et la source du TOC (O'Connor, Aardema et Pelissier, 2005). Ce mécanisme suggère que la personne souffrant d'un TOC confond la réalité avec l'imaginaire (Aardema, Emmelkamp et

O'Connor, 2005). Ainsi, lors des premières phases du traitement, de l'éducation psychologique est offerte sur ce concept et aussi sur les erreurs de raisonnement possibles telles que le raisonnement inverse, l'association d'information hors contexte et le rejet de l'information sensorielle et du sens commun (O'Connor et Aardema, 2011). En ayant une meilleure compréhension de ces quatre distorsions cognitives, il devient possible pour la personne souffrant d'un TOC de mieux les identifier dans son narratif alternatif et ainsi de les remplacer par des faits basés sur ses sens.

4.5 Forces et faiblesses du projet de recherche

Les forces de ce projet sont le fait qu'il examine le narratif alternatif pour la première fois dans le contexte de la TCC-I. Ainsi, ce projet de recherche apporte une nouvelle compréhension du narratif alternatif. De plus, l'utilisation d'évaluateurs indépendants dans ce projet pour juger les narratifs alternatifs permet de diminuer les biais conceptuels. Les narratifs alternatifs proviennent de participants externes à cet essai doctoral et les scores aux Y-BOCS, OVIS, ICQ-EV et VOICI ont été quantifiés par différents cliniciens. Ainsi, les chances de repérer un faux positif sont diminuées et la validité de ce projet de recherche s'en trouve augmentée.

La principale faiblesse de ce projet de recherche est son devis quasi expérimental qui fait en sorte que l'on n'a pas pu manipuler la conviction dans le narratif alternatif. Cette manipulation aurait pu permettre de trouver des résultats différents ou de démontrer un lien de causalité. Par ailleurs, une deuxième faiblesse est de ne pas avoir offert de formation aux évaluateurs indépendants sur la façon de juger les narratifs alternatifs, ce qui aurait pu modifier les résultats de cet essai doctoral.

4.6 Avenues de recherches futures

Il serait intéressant de refaire une étude similaire à celle-ci, mais avec un plus gros échantillonnage pour ainsi réaliser des analyses statistiques plus complexes. Dans un autre ordre d'idée, il serait pertinent de faire des études dans lesquelles la conviction serait manipulée. Il serait aussi approprié d'étudier le réalisme et son impact sur la conviction et de s'attarder sur la façon dont le réalisme module la conviction. Il y a des variables qui peuvent améliorer le réalisme telles que la cohérence et la vraisemblance du narratif (Cho, Shen et Wislon, 2012). Enfin, il serait judicieux d'explorer plus exhaustivement le lien entre la conviction, le réalisme du narratif, et l'identification, entre autres en manipulant le réalisme et l'identification pour en examiner l'impact sur la conviction.

Conclusion

Ce projet de recherche avait pour but d'explorer les facteurs qui améliorent la perception du narratif alternatif comme étant une réalité sensorielle envisageable comparativement au narratif obsessionnel. En regardant les résultats de l'étude, on remarque que les participants étant en rémission ont plus de conviction dans le narratif alternatif si on les compare à ceux en non-rémission. Ces résultats soulignent l'importance de la conviction dans le narratif alternatif, ce qui est nouveau et n'a jamais été étudié dans le passé. Ces résultats entament la compréhension du rôle de la conviction dans le narratif alternatif. Dans le futur, des études pourraient explorer des manipulations expérimentales avec la conviction afin d'augmenter notre compréhension de cette dernière. Comme ce projet est la première étude en son genre, il va falloir la reproduire, mais en améliorant le devis de recherche et en accomplissant des analyses statistiques plus complexes. Il serait pertinent d'explorer la conviction chez d'autres échantillons de participants tels que ceux souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée ou d'une dysmorphie corporelle.

APPENDICE A

Questionnaire pour quantifier la présence des caractéristiques du narratif

Grille d'évaluation des narratifs

Pour chacun des processus à évaluer, veuillez indiquer, sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (totalement), le degré de présence dans le narratif. Veuillez-vous référer à l'aide-mémoire si vous avez besoin de revoir les définitions des processus.

Processus	Note sur 100
Responsabilité et surestimation du danger	
Importance et contrôle des pensées	
Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude	
Raisonnement inverse	
Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi	
Associations hors contexte	
Conviction	
Etrangeté/Dysfonctionnement	
Absorption	
Niveau d'affect	
Egodystonie	
Réalisme	
Identification	
Peur de perdre le contrôle	
Personification	

APPENDICE B

Introduction du questionnaire pour évaluer les narratifs

Évaluation des narratifs TOC

Le but de cet exercice est d'identifier certains types de raisonnements, de croyances ou de caractéristiques présents dans les narratifs de personnes souffrant de TOC. Les narratifs TOC (ou histoire TOC) sont des petites histoires dans lesquels les personnes souffrant de TOC justifient la présence de leurs obsessions, ainsi que les émotions et les actions qui les accompagnent (par exemple, vérifier la porte). Il est important de garder en tête que ces narratifs TOC justifient une détresse significative et des comportements chronophages justifiant un diagnostic de TOC (ce diagnostic a été confirmé par une évaluation chez chacun des participants). Certains participants ont aussi rapporté un narratif alternatif (ou histoire alternative), obtenu lors d'une thérapie pour le TOC, qui est un narratif venant invalider les arguments du narratif TOC. Certains narratifs concernent aussi le soi de la personne. Dans tous les cas, les variables à évaluer sont les mêmes et sont présentées ci-bas :

Responsabilité et surestimation du danger : La tendance à surestimer la probabilité que des conséquences négatives puissent arriver à soi ou à autrui, à la surestimation de la sévérité des conséquences qui pourraient résulter de l'inaction et à la responsabilité personnelle pour l'occurrence d'événements négatifs.

Exemple : "Des événements regrettables vont se produire si je ne fais pas attention" « Pour moi, ne pas prévenir un danger est équivalent à le causer »

Importance et contrôle des pensées : La tendance à donner une importance et une signification exagérée aux pensées, à la croyance que faire l'expérience d'une pensée augmente la probabilité qu'elle se manifeste dans la réalité et à la nécessité de contrôler et de se débarrasser des pensées intrusives.

Exemple : "Mes pensées intrusives révèlent ma véritable nature" « Avoir des pensées intrusives signifie que je suis hors contrôle »

Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude : La tendance à avoir des standards élevé et absolu concernant l'achèvement d'actions (soit physique ou mentale), une rigidité concernant le changement, une perception que les erreurs sont inacceptables et une anxiété excessive en faisant face à l'ambiguïté.

Exemple : "Pour moi, les choses ne sont pas bien si elles ne sont pas parfaites" « Je dois être certain de mes décisions »

Raisonnement inverse : La tendance à tirer des conclusions à propos de la réalité sur la base de possibilités hypothétiques qui ne sont pas basées sur le sens commun ou sur l'information des sens.

Exemple : "Si cette table blanche est sale, alors les autres tables blanches ont besoin d'être nettoyées" "Être fâché veut dire que je suis une mauvaise personne"

Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi : La tendance à rejeter *activement* l'information sensorielle reçue de l'environnement interne et externe, ainsi que le rejet *actif* de la connaissance de soi et du sens

Exemple : "Même si mes sens me disent que rien n'est présent, je sais par mon intelligence que quelque chose doit y être." "Je peux ne pas voir quelque chose, mais beaucoup de choses sont invisibles."

Associations hors contexte : La tendance à tirer des conclusions sur la base d'associations non pertinentes dans l'ici et maintenant et d'information arbitraire hors contexte pour justifier une idée.

Exemple : « Je suis fâché alors je pourrais être une personne violente » « J'ai fait une erreur dans le passé, alors je pourrais en faire une maintenant » « Je pourrais être infecté puisque les microbes existent »

Conviction : La tendance de la personne à croire fermement et à être convaincu que le narratif représente la réalité, sans aucun doute possible.

Étrangeté/Dysfonctionnement : La tendance du narratif à avoir un caractère inhabituel ou bizarre. Contiens un contenu que l'on ne s'attendrait pas à trouver. Interfère d'une manière ou d'un autre avec la fonction du narratif en tant qu'histoire crédible.

Absorption : La tendance à être absorbé dans le narratif de tel qu'il s'agit d'une « expérience vécue ». L'absorption ajoute une certaine qualité et de l'intensité en ajoutant des images, des émotions et des sensations. Fais référence au degré auquel le narratif mène à l'absorption dans le narratif.

Niveau d'affect : La tendance du narratif à être caractérisé par des affects et de l'émotion, incluant la quantité et l'intensité des affects supportant les idées exprimées dans le narratif.

Égodystonie : La tendance à ce qu'un élément soit perçu comme ayant peu ou pas de contexte à l'intérieur du sens de soi ou de la personnalité de la personne. Le narratif est donc perçu comme se produisant à l'extérieur du contexte de la morale, des attitudes, des croyances, des préférences, des comportements passés et/ou des attentes que quelqu'un a à propos de ce qu'il veut ou croit devoir faire l'expérience.

Réalisme : La tendance à ce que les idées exprimées dans le narratif soient supportées par des preuves directes de leur réalité potentielle. Les preuves directes réfèrent aux idées et aux conclusions basées sur les sens et le sens commun, par opposition au manque de justification réaliste des sens et du sens commun pour les idées et les conclusions exprimées dans le narratif.

Identification : La tendance à ce que l'auteur du narratif s'identifie avec les émotions et les idées exprimées dans le narratif comme étant authentique et faisant réellement partie de lui ou elle.

Peur de perdre le contrôle : La tendance à ce que le narratif mène à avoir peur de perdre le contrôle de ses émotions, comportements, pensées ou fonctions corporelles.

Personnification : La tendance à traiter le TOC comme une entité qui est séparée de soi avec sa propre volonté indépendante, ainsi que ses propres émotions, intentions et actions.

Une grille de cotation est fournie à la suite de chacun des narratifs afin d'en faire l'évaluation. La présence de chacun des processus présentés plus haut doit y être évaluée sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument). Il n'est pas nécessaire que les scores pour un narratif aient un total de 100, l'évaluation se porte sur le degré de présence et non la proportion de la présence. Un aide-mémoire est aussi fourni afin d'avoir l'explication pertinente à chacune des variables à portée de la main. Vous remarquerez que certains participants ont fourni plusieurs narratifs. Il est important de ne prendre en compte que les caractéristiques du narratif qui est à évaluer et non les autres narratifs que le participant a fournis. Nous vous demandons de passer 5 minutes par narratifs (en moyenne) et pas plus de 10 minutes par narratifs (avec l'exception des premiers, qui pourraient prendre un peu plus de temps afin de se familiariser avec la procédure). Finalement, n'oubliez pas qu'il s'agit de données confidentielles et nous vous demandons de ne pas discuter des narratifs avec les autres évaluateurs afin de ne pas influencer les évaluations.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous écrire au jean-sebastien.audet@umontreal.ca.

APPENDICE C

Aide-mémoire lors de l'évaluation des narratifs

Aide-mémoire

Responsabilité et surestimation du danger	Explication	Exemple
	La tendance à surestimer la probabilité que des conséquences négatives puissent arriver à soi ou à autrui, à la surestimation de la sévérité des conséquences qui pourraient résulter de l'inaction et à la responsabilité personnelle pour l'occurrence d'événements négatifs.	"Des événements regrettables vont se produire si je ne fais pas attention" « Pour moi, ne pas prévenir un danger est équivalent à le causer »
Importance et contrôle des pensées	Explication	Exemple
	La tendance à donner une importance et une signification exagérée aux pensées, à la croyance que faire l'expérience d'une pensée augmente la probabilité qu'elle se manifeste dans la réalité et à la nécessité de contrôler et de se débarrasser des pensées intrusives.	"Mes pensées intrusives révèlent ma véritable nature" « Avoir des pensées intrusives signifie que je suis hors contrôle »
Perfectionnisme et intolérance à l'incertitude	Explication	Exemple
	La tendance à avoir des standards élevé et absolu concernant l'achèvement d'actions (soit physique ou mentale), une rigidité concernant le changement, une perception que les erreurs sont inacceptables et une anxiété excessive en faisant face à l'ambiguïté.	"Pour moi, les choses ne sont pas bien si elles ne sont pas parfaites" « Je dois être certain de mes décisions »

Raisonnement inverse	Explication	Exemple
	La tendance à tirer des conclusions à propos de la réalité sur la base de possibilités hypothétiques qui ne sont pas basées sur le sens commun ou sur l'information des sens.	"Si cette table blanche est sale, alors les autres tables blanches ont besoin d'être nettoyées" "Être fâché veut dire que je suis une mauvaise personne"
Rejet actif de l'information des sens et de la connaissance de soi	Explication	Exemple
	La tendance à rejeter <i>activement</i> l'information sensorielle reçue de l'environnement interne et externe, ainsi que le rejet <i>actif</i> de la connaissance de soi et du sens commun. L'information provenant des cinq sens et le sens commun ne sont pas jugés fiables lorsque vient le moment de distinguer le vrai du faux.	"Même si mes sens me disent que rien n'est présent, je sais par mon intelligence que quelque chose doit y être." "Je peux ne pas voir quelque chose, mais beaucoup de choses sont invisibles."
Associations hors contexte	Explication	Exemple
	La tendance à tirer des conclusions sur la base d'associations non pertinentes dans l'ici et maintenant et d'information arbitraire hors contexte pour justifier une idée.	« Je suis fâché alors je pourrais être une personne violente » « J'ai fait une erreur dans le passé, alors je pourrais en faire une maintenant » « Je pourrais être infecté puisque les microbes existent »

Conviction	Explication La tendance de la personne à croire fermement et à être convaincu que le narratif représente la réalité, sans aucun doute possible.
Etrangeté/ Dysfonctionnement	Explication La tendance du narratif à avoir un caractère inhabituel ou bizarre. Contiens un contenu que l'on ne s'attendrait pas à trouver. Interfère d'une manière ou d'un autre avec la fonction du narratif en tant qu'histoire crédible.
Absorption	Explication La tendance à être absorbé dans le narratif de tel qu'il s'agit d'une « expérience vécue ». L'absorption ajoute une certaine qualité et de l'intensité en ajoutant des images, des émotions et des sensations. Fais référence au degré auquel le narratif mène à l'absorption dans le narratif.
Niveau d'affect	Explication La tendance du narratif à être caractérisé par des affects et de l'émotion, incluant la quantité et l'intensité des affects supportant les idées exprimées dans le narratif.
Egodystonie	Explication La tendance à ce qu'un élément soit perçu comme ayant peu ou pas de contexte à l'intérieur du sens de soi ou de la personnalité de la personne. Le narratif est donc perçu comme se produisant à l'extérieur du contexte de la morale, des attitudes, des croyances, des préférences, des comportements passés et/ou des attentes que quelqu'un a à propos de ce qu'il veut ou croit devoir faire l'expérience.
Réalisme	Explication La tendance à ce que les idées exprimées dans le narratif soient supportées par des preuves directes de leur réalité potentielle. Les preuves directes réfèrent aux idées et aux conclusions basées sur les sens et le sens commun, par opposition au manque de justification réaliste des sens et du sens commun pour les idées et les conclusions exprimées dans le narratif.
Identification	Explication La tendance à ce que l'auteur du narratif s'identifie avec les émotions et les idées exprimées dans le narratif comme étant authentique et faisant réellement partie de lui ou elle.
Peur de perdre le contrôle	Explication La tendance à avoir peur de perdre le contrôle de ses émotions, comportements, pensées ou fonctions corporelles.
Personification	Explication La tendance à traiter le TOC comme une entité qui est séparée de soi avec sa propre volonté indépendante, ainsi que ses propres émotions, intentions et actions.

APPENDICE D

Approbation éthique de l'Université du Québec à Montréal pour le projet de recherche

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Exploration des facteurs encourageant l'adoption d'un raisonnement basé sur les sens chez des personnes atteinte du trouble obsessionnel compulsif

Nom de l'étudiant : Louis Joël Dubé

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Marc Bigras; Frederick Aardema

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-07-11**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES

- Aardema, F., Bouchard, S., Koszycki, D., Lavoie, M. E., Audet, J. S., & O'Connor, K. (2022). Evaluation of Inference-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial with Three Treatment Modalities. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *91*(5), 348-359.
- Aardema, F. Baraby., L-P; Wong, S.F; Audet, J-S. (2019). *Defining Inferential Confusion and its Associated Reasoning Components: A Working Group Summary*. Université de Montréal, Montréal.
- Aardema, F., Emmelkamp, P. M., & O'Connor, K. P. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in Obsessive–Compulsive Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *12*(5), 337-345.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., et Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive–compulsive disorder : the inferential confusion questionnaire. *Behaviour research and therapy*, *43*(3), 293-308. 3
- Aardema, F., OConnor, K. P., Delorme, M. E., & Audet, J. S. (2016). The inference-based approach (IBA) to the treatment of obsessive–compulsive disorder: An open trial across symptom subtypes and treatment-resistant cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(2), 289-301.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive–compulsive disorder : the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(3), 293-308.
- Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G., & Baraby, L. P. (2019). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 327-341.
- Aardema, F., Wu, K., Moulding, R., Audet, J. S., & Baraby, L. P. (2018). The relationship of inferential confusion and obsessive beliefs with specific obsessive-compulsive symptoms. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, *18*, 98-105.
- Aardema, F., Radomsky, A. S., O'Connor, K. P., et Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive–compulsive symptoms : a multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical psychology et psychotherapy*, *15*(4), 227-238.
- Aardema, F., Trihey, M., Kleijer, T. M., O'Connor, K., et Emmelkamp, P. M. (2006). Processes of inference, schizotypal thinking, and obsessive-compulsive behaviour in a normal sample. *Psychological reports*, *99*(1), 213-220.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., et 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.
- Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive - compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1133-1141.
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2005). Obsessive-compulsive disorder : essential phenomenology and overlap with other anxiety disorders. In *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 119-149). Springer, Boston, MA.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., et Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31(3), 517-528.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive behaviour therapy*, 34(3), 140-147.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., et McKay, D. (2007). Psychological theories of obsessive-compulsive disorder. *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*, 109-129.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of anxiety disorders*, 14(3), 209-217.
- Appel, M., et Richter, T. (2007). Persuasive effects of fictional narratives increase over time. *Media Psychology*, 10(1), 113-134.
- Appel, M., et Richter, T. (2010). Transportation and need for affect in narrative persuasion: A mediated moderation model. *Media Psychology*, 13(2), 101-135.
- Askland, K. D., Garnaat, S., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Strong, D., Mancebo, M., ... & Eisen, J. (2015). Prediction of remission in obsessive compulsive disorder using a novel machine learning strategy. *International journal of methods in psychiatric research*, 24(2), 156-169.
- Barrett, P. M., & Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 285-299.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

- Belotto-Silva, C., Diniz, J. B., & Shavitt, R. G. (2011). Psychological Treatment of Obsessive—Compulsive Disorder in Patients with Psychiatric Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(2), 127-127.
- Bobes, J., González, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*(4), 239-245.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 14* (3), 211.
- Busselle, R., et Bilandzic, H. (2008). Fictionality and perceived realism in experiencing stories: A model of narrative comprehension and engagement. *Communication Theory, 18*(2), 255-280.
- Byrne, B. M. (2010). Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming. New York: Routledge.
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive—compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and anxiety, 14*(4), 214-218.
- Carmin, C., Wiegartz, P. S., & Wu, K. (2008). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Clinical handbook of obsessive-compulsive disorder and related problems, 109-125.*
- Catapano, F., Perris, F., Fabrazzo, M., Cioffi, V., Giacco, D., De Santis, V., & Maj, M. (2010). Obsessive—compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 34*(2), 323-330.
- Cherian, A. V., Narayanaswamy, J. C., Srinivasaraju, R., Viswanath, B., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2012). Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD?. *Journal of affective disorders, 138*(3), 352-359.
- Cho, H., Shen, L., et Wilson, K. (2014). Perceived realism: Dimensions and roles in narrative persuasion. *Communication Research, 41*(6), 828-851.
- Cicek, E., Cicek, I. E., Kayhan, F., Uguz, F., & Kaya, N. (2013). Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive—compulsive disorder. *General Hospital Psychiatry, 35*(3), 253-258.
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*: Guilford Press.
- Clark, D. A. (2009). "Psychology works" Fact Sheet: Obsessive compulsive disorder. Canadian Psychological Association. https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PsychologyWorksFactSheet_ObsessiveCompulsiveDisorder.pdf

- Cloutier, K., Marchand, A., Dugas, M. J., O'Connor, K., Koerner, N., & Roberge, P. (2009). Analyse comparative de l'utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux. *Revue québécoise de psychologie*, 30 (1), 199-215.
- Cohen, J. (2001). Defining identification: A theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass communication et society*, 4(3), 245-264.
- De Graaf, A., Hoeken, H., Sanders, J., & Beentjes, H. (2009). The role of dimensions of narrative engagement in narrative persuasion. *Communications*, 34(4), 385-405.
- De Graaf, A., Hoeken, H., Sanders, J., et Beentjes, J. W. J. (2011). Identification as a Mechanism of Narrative Persuasion. *Communication Research*, 39(6), 802-823. doi:10.1177/0093650211408594
- Dell'Osso, B., Buoli, M., Hollander, E., & Altamura, A. C. (2010). Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder. *The world journal of biological psychiatry*, 11(1), 59-65.
- Dillard, J. P., et Peck, E. (2000). Affect and persuasion: Emotional responses to public service announcements. *Communication Research*, 27(4), 461-495.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., ... & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6), 494-497.
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 7286.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., 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(4), 717-724.c
- Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2000). Psychotherapies for obsessive-compulsive disorder: A review. *Obsessive - compulsive disorder*, 4, 93-146.
- Fontenelle, L. F., Cocchi, L., Harrison, B. J., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., Ferrão, Y. A., de Mathis M.A., Cordioli A. V., Yücel M., Pantelis C., Jesus Mari J., Miguel E. C. & Torres,

- A. R. (2012). Towards a post-traumatic subtype of obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (2), 377-383.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et Charney, D. S. (1989). The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Green, M. C. (2004). Transportation into narrative worlds: The role of prior knowledge and perceived realism. *Discourse processes*, 38(2), 247-266.
- Green, M. C. (2006). Narratives and cancer communication. *Journal of communication*, 56, S163-S183.
- Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010) *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Educational International.
- Hansen, B., Vogel, P. A., Stiles, T. C., et Gunnar Götestam, K. (2007). Influence of co-morbid generalized anxiety disorder, panic disorder and personality disorders on the outcome of cognitive behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 145-155.
- Harvard Medical School. (2007). National Comorbidity Survey Retrieved from <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/index.php>
- Hezel DM, Simpson HB. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan; 61 (Suppl 1) : S85-S92. doi : 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_516_18. PMID: 30745681; PMCID: PMC6343408.
- Himle, J. A., Van Etten, M. L., Janeck, A. S., & Fischer, D. J. (2006). Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 661-666.
- Hoeken, H., Kolthoff, M., et Sanders, J. (2016). Story perspective and character similarity as drivers of identification and narrative persuasion. *Human Communication Research*, 42(2), 292-311.
- Hollander, E., Rossi, N. B., Sood, E., & Pallanti, S. (2003). Risperidone augmentation in treatment-resistant obsessive–compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(4), 397-401.
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive–compulsive disorder : a comparison of

- patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and anxiety*, 26(1), 39-45.
- Jakubovski, E., Pittenger, C., Torres, A. R., Fontenelle, L. F., do Rosario, M. C., Ferrão, Y. A.,... & Bloch, M. H. (2011). Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1677-1681.
- Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... & Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 763-772.
- Jansen, M., Overgaauw, S., & De Bruijn, E. R. (2020). Social cognition and obsessive-compulsive disorder: A review of subdomains of social functioning. *Frontiers in psychiatry*, 11, 118.
- Julien, D., O'Connor, K., et Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of affective disorders*, 202, 187-196.
- Knapton, O. (2021). The linguistic construction of the self in narratives of obsessive-compulsive disorder. *Qualitative Research in Psychology*, 18(2), 204-226.
- Kishore, V. R., Samar, R., Reddy, Y. J., Chandrasekhar, C. R., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19(4), 202-208.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *The British journal of psychiatry*, 166(S27), 19-22.
- Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., Van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A. C., ... & Dell'Osso, B. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1513-1519.
- Maio, G. R., et Esses, V. M. (2001). The need for affect: Individual differences in the motivation to approach or avoid emotions. *Journal of personality*, 69(4), 583-614.
- Marková, I. S., Jaafari, N., & Berrios, G. E. (2009). Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology*, 42(5), 277-282.
- Mataix-Cols, D., Andersson, E., Aspvall, K., Boberg, J., Crowley, J. J., De Schipper, E.,... & Cervin, M. (2022). Operational Definitions of Treatment Response and Remission in Obsessive-Compulsive Disorder Capture Meaningful Improvements in Everyday Life. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(6), 424-430.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., . . . Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes : symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 283-313.

- Middleton, R., Wheaton, M. G., Kayser, R., et Simpson, H. B. (2019). Treatment resistance in obsessive-compulsive disorder. In *Treatment Resistance in Psychiatry* (pp. 165-177): Springer.
- Meyer, Victor. "Modification of expectations in cases with obsessional rituals." *Behaviour research and therapy* 4.4 (1966) : 273-280.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive psychiatry*, 46(6), 453-459.
- Mowrer, O. (1960). Learning theory and behavior.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., et Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37 (9), 881-902.
- O'Connor, K. (2002). Intrusions and inferences in obsessive compulsive disorder. *Clinical psychology et psychotherapy*, 9(1), 38-46.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. John Wiley & Sons.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S.,... & Pitre, D. (2005 b). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.
- O'Connor, K., Aardema, F., et Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*: John Wiley et Sons.
- O'Connor, K., Ecker, W., Lahoud, M., & Roberts, S. (2012). A review of the inference-based approach to obsessive compulsive disorder. *Verhaltenstherapie*, 22, 47-55.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Goulet, G., & Aardema, F. (2013). Distrust of the senses, imagined possibilities, reasoning errors and doubt generation in obsessional-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3).
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., et Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41.

- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say?. *Journal of anxiety disorders*, *40*, 8-17.
- Rachman, S. (1998 b). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, *36* (4), 385-401.
- Rachman, S., et de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, *16*(4), 233-248.
- Rachman, S., De Silva, P., & Röper, G. (1976). The spontaneous decay of compulsive urges. *Behaviour Research and Therapy*, *14*(6), 445-453.
- Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice Hall.
- Radomsky, A. S., Ouimet, A. J., Ashbaugh, A. R., Lavoie, S. L., Parrish, C. L., et O'Connor, K. P. (2006). Psychometric properties of the French and English versions of the Vancouver obsessional-compulsive inventory and the symmetry ordering and arranging questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy*, *35*(3), 164-173.
- Ramos-Cerqueira, A. T. D. A., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P. M., & Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, *25*(12), 1020-1027.
- Remmerswaal, K. C. P., Batelaan, N. M., Smit, J. H., van Oppen, P., & Van Balkom, A. J. L. M. (2016). Quality of life and relationship satisfaction of patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *11*, 56-62.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, *31*(3), 160-168.
- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M. M., Saiz-Ruiz, J. & Baca-Garcia, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC psychiatry*, *6*(1), 20.
- Russell, R. L., et Van den Broek, P. (1992). Changing narrative schemas in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *29*(3), 344.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, *27*(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E., et Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *The British Journal of Psychiatry*, *173*(S35), 53-63.
- Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., et Liebowitz, M. R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.

- Simpson, H. B., Maher, M. J., Wang, Y., Bao, Y., Foa, E. B., et Franklin, M. (2011). Patient adherence predicts outcome from cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(2), 247.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., et Hannan, A. (2011). Functions of compulsions in obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45* (6), 449-457.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research, 89*(3), 229-238.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 47*(6), 523-527.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder : evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1083-1100.
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., et Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver obsessional compulsive inventory (VOCI). *Behaviour research and therapy, 42*(11), 1289-1314.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., et Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 233-242. doi:[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00182-2).
- Torres, A. R., Shavitt, R. G., Torresan, R. C., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Fontenelle, L. F. (2013). Clinical features of pure obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 54*(7), 1042-1052.
- Tulacı, R. G., Cankurtaran, E. Ş., Özdel, K., Öztürk, N., Kuru, E., & Özdemir, İ. (2018). The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry, 72*(4), 273-280.
- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., & Türksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 43* (3), 204-209.
- Veale, D. (2002). Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behaviour research and therapy, 40*(4), 383-400.
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M., et van Balkom, A. J. (2015). Inference-based approach versus cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a 24-session randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 84*(5), 284-293.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 949-954.

