

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE SOI REDOUTÉ DANS LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

JULIE SAUVAGEAU

FÉVRIER 2025

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

J'aimerais d'abord remercier mes directeurs de recherche, Kieron O'Connor, Gilles Dupuis et Frederick Aardema sans qui cette longue aventure n'aurait pu se conclure.

Mon directeur de thèse principal, Dr. Kieron O'Connor, est décédé le 27 août 2019. C'est avec tristesse que je termine cette grande étape en son absence. Je serai toujours reconnaissante de son soutien, de ses encouragements et d'avoir partagé avec moi ses innombrables connaissances sur le trouble obsessionnel-compulsif et particulièrement sur la thérapie basée sur les inférences. C'est lui qui m'a encouragée à me dépasser en élaborant un projet de recherche stimulant qui m'apparaissait être un grand défi. Il a été particulièrement dans mes pensées pendant mes dernières étapes de rédaction et de dépôt, puisque je me suis souvent questionnée à savoir ce qu'il penserait de ce que j'ai rédigé. J'aurais tant aimé qu'il soit témoin de cet accomplissement. J'espère avoir produit un essai digne d'avoir été sous sa direction.

Par ailleurs, je tiens à remercier plus particulièrement Gilles Dupuis pour sa disponibilité et pour m'avoir aidée à contourner les embûches durant mon parcours et me guidée avec souplesse, compréhension et une grande patience. J'apprécie énormément le support octroyé pendant mes études et je resterai toujours impressionnée par l'étendue des connaissances en recherche, en statistique et en psychologie cognitive et comportementale de M. Dupuis.

Je tiens également à remercier Frederick Aardema qui a pris le relais dans la codirection de mon essai lors de circonstances difficiles et ce, avec compréhension, patience et disponibilité. J'ai eu la chance de travailler avec un expert dans le domaine du trouble obsessionnel-compulsif et il m'a énormément appris sur le sujet.

J'aimerais également mentionner les membres du Groupe de recherche du CETOC qui ont participé de près ou de loin à ce projet de recherche. Une mention très spéciale aux généreux participants de l'étude sans qui cette recherche n'aurait pas pu avoir lieu et aux psychologues/chercheurs qui ont participé au recrutement des participants.

Enfin, j'aimerais remercier particulièrement mes proches qui m'ont écoutée et soutenue moralement durant mes études doctorales. Je salue spécialement le soutien exemplaire de mon conjoint et de mes parents pendant ces nombreuses années.

## DÉDICACE

J'aimerais dédier l'achèvement de mon doctorat à mes garçons, Charles et Nathan, qui ont été autant une source de motivation, qu'un vecteur d'obstacles à l'achèvement de mon doctorat. Ce fut un défi de taille, mais extrêmement valorisant. J'espère représenter un modèle de persévérance pour eux un jour.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	5
1.1 Le trouble obsessionnel-compulsif.....	5
1.1.1 Définition et classification .....	5
1.1.2 Conséquences psychosociales.....	6
1.1.3 Prévalences et épidémiologie.....	6
1.1.4 Caractéristiques cliniques .....	6
1.2 Les différentes conceptualisations d'une vulnérabilité identitaire dans le TOC .....	8
1.3 L'approche basée sur les inférences .....	12
1.3.1 La conceptualisation du soi redouté selon l'approche basée sur les inférences.....	13
1.3.2 La thérapie basée sur les inférences.....	14
1.4 Questions et objectifs de recherche .....	15
CHAPITRE 2 Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a OCD sample .....	17
2.1 Résumé .....	18
2.2 Abstract.....	19
2.3 Introduction .....	20
2.4 Aims and Hypothèses .....	23
2.5 Method.....	24
2.5.1 Participants.....	24
2.5.2 Procedure .....	24
2.5.3 Design and experimental manipulation.....	26
2.5.4 Secondary measures.....	28
2.5.4.1 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale .....	28
2.5.4.2 Beck Depression Inventory.....	29
2.5.4.3 Fear Self Questionnaire .....	29
2.5.5 Outcome measures questionnaires.....	29

2.5.5.1	Intensity of obsession.....	30
2.5.5.2	Urge to perform compulsions .....	30
2.5.5.3	Distress .....	30
2.5.5.4	Post-experimentation measurements .....	30
2.6	Results .....	31
2.6.1	Descriptive statistics .....	31
2.6.2	Participant's feared selves and accuracy of manipulation .....	31
2.6.3	Residual effect .....	34
2.6.4	Effects of priming feared self on the intensity of obsession, urge to perform compulsions and anxiety.....	34
2.6.5	Effects of control task on the intensity of obsession, urge to perform compulsions and anxiety	35
2.6.6	<i>Post-hoc</i> analysis among participants depending on accuracy of targeted feared perceptions.....	36
2.7	Discussion.....	38
2.8	Role of funding sources.....	42
2.9	Conflict of interest .....	42
2.10	Acknowledgments .....	43
CHAPITRE 3 CONCLUSION.....		44
3.1	L'effet de l'amorçage du soi redouté sur les symptômes obsessionnels compulsifs et le niveau de détresse. ....	45
3.2	Analyse <i>post-hoc</i> des résultats.....	45
3.3	Limitations de l'essai.....	47
3.4	Forces de l'essai.....	49
3.5	Implications théoriques des résultats .....	50
3.5.1	Modèle opérationnel du TOC incluant le soi redouté .....	50
3.5.2	Le rôle du soi redouté dans l'étiologie du TOC.....	51
3.5.3	Le soi redouté dans d'autres troubles psychiatriques.....	53
3.6	Perspectives cliniques.....	55
3.6.1	Implications cliniques .....	55
3.6.2	Applications cliniques du concept de soi redouté dans le TOC.....	57
3.7	Conclusion.....	59
APPENDICE A LETTRES D'ACCEPTATION DES COMITÉS ÉTHIQUES.....		61
APPENDICE B FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....		64
APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS .....		70
APPENDICE D DÉBRIEFING .....		72
APPENDICE E INSTRUMENTS DE MESURE .....		75
APPENDICE F PREUVES D'ACCEPTATION ET DE SOUMISSION DE L'ARTICLE.....		77

RÉFÉRENCES.....78



LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Example of the experimental task..... 28

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Descriptive statistics.....	31
Tableau 2.2 Fear of self, priming words selected and participant's response to fear of self .....	33
Tableau 2.3 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with all participants (N=16) .....	35
Tableau 2.4 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of low sports abilities with all participants (N=16) .....	36
Tableau 2.5 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with accurately matched fear self participants (n = 10) .....	37
Tableau 2.6 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with inaccurately matched feared self participants (n=6) .....	38

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABI	Approche basée sur les inférences
BDI	Beck Depression Inventory
ERP	Exposition avec prévention de la réponse
FSQ	Fear of Self Questionnaire
IOS	Intensity of obsession scale
PDC	Peur d'une dysmorphophobie corporelle
PERS	Post-experimentation rating scale
STAI	Stait-trait Anxiety Inventory
TBI	Thérapie basée sur les inférences
TCA	Trouble du comportement alimentaire
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
UPCS	Urge to perform compulsion scale
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

## RÉSUMÉ

Dans les dernières années, un intérêt grandissant a été accordé au rôle du soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Cependant, les études expérimentales dans une population clinique concernant le soi redouté et les symptômes obsessionnels compulsifs sont encore rares. Pour clarifier la nature du rôle du soi redouté dans l'émergence et le maintien des symptômes obsessionnels compulsifs, cet essai a pour but d'étudier le lien entre l'apparition des symptômes obsessionnels compulsifs et l'amorçage du soi redouté de manière spécifique à chaque individu souffrant d'un TOC.

Le premier chapitre consiste en une revue de la littérature scientifique sur le TOC. Précisément, les caractéristiques principales du trouble, ainsi qu'un résumé des modèles explicatifs cognitifs et comportementaux les plus pertinents sont présentés. Puis, le concept de soi redouté et les concepts apparentés qui impliquent une vulnérabilité identitaire ou du concept de soi dans le TOC sont décrits. Une emphase a été portée sur le soi redouté en faisant référence au cadre théorique de l'approche basée sur les inférences puisque c'est ce concept qui a été utilisé dans le cadre de l'étude expérimentale. Pour finir ce premier chapitre, la problématique abordée dans cet essai, les objectifs spécifiques et les hypothèses de recherche sont détaillés.

Le deuxième chapitre consiste en la présentation de l'article scientifique découlant du projet de recherche et exposant les principaux résultats de l'étude. Il s'agit d'une étude expérimentale utilisant un devis mixte 2 (groupes) X 3 (temps). La tâche expérimentale élaborée dans le cadre de cette étude vise à induire le sentiment d'être réellement un attribut relatif à son propre soi redouté et ce, de manière spécifique à chaque participant. Tandis que la tâche neutre vise à induire le sentiment d'être incompetent dans les sports. L'étude inclut 16 participants avec un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. Ces derniers ont été distribués aléatoirement dans les deux groupes (AB et BA) contrebalancés selon l'ordre de passation de la tâche expérimentale (A) et la tâche contrôle (B). Les trois mesures principales, c'est-à-dire la force des pensées obsessionnelles, l'envie de faire les compulsions et le niveau de détresse ont été recueillies à trois temps de mesure. Les résultats de l'étude démontrent que l'amorçage des perceptions du soi redouté spécifique à chaque individu augmente significativement la force des pensées obsessionnelles et l'envie de faire les compulsions. Cependant, un effet limité a été observé sur le niveau de détresse, qui était marginalement significatif. En contraste, la tâche contrôle, donc l'exposition à une perception de soi-même négative concernant une thématique non-obsessionnelle (sports) n'a eu aucun effet sur la symptomatologie tel qu'anticipé dans les hypothèses. Ces résultats supportent donc un lien causal entre les perceptions du soi redouté et la symptomatologie obsessionnelle compulsive.

Finalement, dans le troisième chapitre, les résultats de l'étude sont explorés plus en profondeur en établissement des parallèles avec la littérature scientifique existante et en suggérant des pistes d'interprétation des résultats. Ensuite, les limitations et les forces de l'étude sont discutées. Puis, les implications théoriques de cet essai en lien avec le modèle explicatif du trouble obsessionnel-compulsif et l'inclusion potentielle du concept de soi redouté dans ce modèle sont abordées. Dans le même ordre d'idées, des pistes de recherches futures sont suggérées concernant l'étude du soi redouté en rapport aux facteurs de développement du trouble obsessionnel-compulsif et de son

étiologie. Puis, les perspectives de recherche concernant l'implication du soi redouté dans d'autres troubles apparentés, tel que les troubles des conduites alimentaires et la peur d'une dysmorphophobie corporelle sont explorées. Par la suite, les répercussions cliniques découlant de cet essai sont présentées en proposant des stratégies spécifiques d'application dans un contexte clinique. En somme, cet essai supporte le rôle central du soi redouté dans la genèse des symptômes obsessionnels compulsifs et soutient son inclusion dans le modèle explicatif du trouble obsessionnel-compulsif cognitif et comportemental tel que proposé notamment par l'approche basée sur les inférences.

Mots clés : trouble obsessionnel-compulsif, approche basée sur les inférences, devis expérimental, soi redouté.

## INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une condition psychologique complexe, envahissante et qui restreint considérablement la qualité de vie ainsi que le fonctionnement des individus qui en souffrent (Macy *et al.*, 2013; Markarian *et al.*, 2010). Ce trouble est caractérisé principalement par la présence d'obsessions, c'est-à-dire de pensées ou d'images mentales et de compulsions qui elles, peuvent être soit mentales ou comportementales. Ces dernières sont faites, la plupart du temps, en réponse aux obsessions dans le but de les neutraliser et de diminuer l'anxiété et la détresse qui leur sont associées.

Un des éléments rendant l'étude de cette psychopathologie aussi complexe est la grande hétérogénéité des symptômes, des concomitances et de la présentation clinique manifestée par les individus ayant cette condition. Conséquemment, plusieurs études ont fait ressortir des sous-types en se basant sur des éléments psychopathologiques homogènes à l'intérieur du trouble obsessionnel-compulsif. Les résultats des différentes études ont fait ressortir cinq principaux sous-types, spécifiquement les ruminations, les phobies d'impulsion, le nettoyage, la vérification et la précision (Tolin, Woods et Abramowitz, 2003). Ceci étant dit, il n'existe pas de taxonomie universellement acceptée (McKay *et al.*, 2004). Ces sous-types ont été largement étudiés dans l'espoir d'identifier les mécanismes cognitifs sous-jacents et subséquemment, d'adapter des traitements psychologiques en fonction des différents mécanismes. Par contre, selon certains auteurs, le concept de sous-type est problématique et d'une utilité questionnable pour plusieurs raisons (Julien, O'Connor, Aardema et Todorov, 2006).

Tout d'abord, chez une même personne atteinte du TOC, on observe souvent un chevauchement de plusieurs sous-types. Selon Rasmussen et Eisen (1988), 48% des individus ayant un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif présentent plus d'un type de compulsion et 60% ont plus d'un type d'obsession. Ainsi, même s'il existe des liens entre des sous-types spécifiques et leur réponse au traitement cognitivo-comportemental (McKay *et al.*, 2004) et que certains sous-types basés sur les symptômes obsessionnels compulsifs ressortent de manière constante à travers les études d'analyse factorielle (McKay *et al.*, 2004), l'utilité clinique et théorique des sous-types est

questionnable étant donné la grande variété de combinaisons pouvant être retrouvées chez la population souffrant du TOC.

Ensuite, en plus de présenter différentes combinaisons de sous-types, les symptômes obsessionnels compulsifs sont marqués par un caractère particulièrement idiosyncrasique, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques à chaque individu et comportent un aspect unique et personnel. Cela implique que, pour un même sous-type, les croyances et les motivations alimentant le trouble peuvent différer largement et comporter une dimension personnelle pouvant difficilement être généralisée à l'ensemble des individus présentant des symptômes issus du même sous-type.

Par exemple, chez deux personnes ayant des compulsions de nettoyage, l'une pourrait émettre ses compulsions avec la pensée sous-jacente qu'il doit prendre sa douche quinze fois par jour pour ne pas attraper une maladie fatale et éventuellement mourir. L'autre, s'adonnant à la même compulsion de nettoyage, le ferait plutôt par crainte de sentir mauvais et de se faire rejeter par son entourage. Dans ces deux exemples de cas, bien qu'il s'agisse du même sous-type et de la même compulsion, il semble inexact de les inclure dans la même catégorie. Considérant ceci, certains auteurs ont argumenté que les sous-types apparaissent comme inutiles sans une compréhension de la fonction des symptômes et des croyances personnelles sous-jacentes (Radomsky et Taylor, 2005).

Devant ces problématiques, plusieurs auteurs ont mis en évidence un concept plus global pouvant amener une meilleure compréhension du trouble et contourner le problème de chevauchement des sous-types tout en expliquant le caractère idiosyncratique des symptômes obsessionnels compulsifs. Spécifiquement, des modèles et des études empiriques ont mis en évidence différents construits liés au concept de soi ou de l'identité qui seraient liés au maintien et au développement du TOC. Cet engouement pour le rôle du concept de soi dans le TOC n'est pas surprenant, car l'observation d'un thème identitaire sensible à travers les symptômes obsessionnels compulsifs a été notée depuis longtemps par plusieurs cliniciens dans leurs expériences cliniques et a ressorti dans plusieurs résultats d'études. Par exemple, Rachman (1997), a noté que les individus avec des obsessions répugnantes, c'est-à-dire des obsessions liées à la sexualité, au fait d'être immoral ou violent, craignent que leurs pensées obsessionnelles manifestent un attribut négatif et caché d'eux-mêmes (p.ex., Je suis quelqu'un de déviant).

Actuellement, on retrouve différentes variantes de cette conceptualisation dans la littérature scientifique, mais qui suggèrent toutes l'implication d'une sphère identitaire vulnérable qui déclencherait les pensées intrusives et/ou amènerait les individus souffrant d'un TOC à accorder une grande importance aux pensées intrusives. Certains parlent d'une ambivalence de soi (*Self-ambivalence*, Guidano et Liotti; 1983), du soi redouté (*Feared-self*; Ferrier et Brewin, 2005; O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005), des domaines identitaires sensibles (Doron et Kyrios, 2005; Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Doron, Kyrios, Moulding, Nedeljkovic et Bhar, 2007; Doron, Moulding, Kyrios et Nedeljkovic, 2008) ou des contingences d'estime de soi (*Self-worth contingencies*, Garcia-Soriano *et al.*, 2012). La cause de cette vulnérabilité dans une sphère identitaire n'est pas connue, mais elle serait possiblement issue d'une vulnérabilité développementale affectant l'évolution du concept de soi (Doron, Moulding, Nedeljkovic, Kyrios, Mikulincer et Sar-El, 2012; Aardema et Wong, 2020; Doron, 2020) et de l'attachement (Seah, Fassnacht et Kyrios, 2018; Doron, 2020).

Parmi les différentes conceptualisations d'une sphère identitaire vulnérable dans le TOC, un modèle en particulier a mis à l'avant plan le rôle du concept de soi dans son modèle explicatif du TOC (Aardema et O'Connor, 2003; 2007; Aardema et Wong 2020). En effet, inspiré par la théorie de dissonance de soi (*Self-discrepancy theory*; Higgins, 1987), Aardema et al. (2013) ont approfondi la notion du soi redouté, c'est-à-dire : "le type de personne qu'on craint devenir" et ont proposé qu'elle jouait un rôle central dans la genèse des symptômes du TOC. Plus précisément, ils suggèrent que les pensées obsessionnelles chez les personnes souffrants d'un TOC ne surviennent pas de manière aléatoire et suivent plutôt un thème relié au soi redouté, n'ayant aucune base dans la réalité (Aardema et O'Connor, 2007). Selon ces auteurs, ce thème représenterait ce que la personne craindrait être ou devenir et entraîneraient une évaluation négative des pensées obsessionnelles, tout en rendant les individus plus vulnérables à avoir des pensées intrusives et des doutes sur eux-mêmes. Concrètement, le contenu des intrusions (p.ex., je pourrais agresser cette personne) serait déterminé par les perceptions spécifiques du soi redouté de l'individu (p.ex., je pourrais être un tueur en série) et pourrait en conséquence augmenter la fréquence des obsessions, la détresse ressentie et les tentatives de neutraliser les pensées intrusives par des compulsions (p.ex., éviter de s'approcher des inconnus dans le métro) (Wong *et al.*, 2020). Depuis qu'un questionnaire a été élaboré et validé pour mesurer le soi redouté (Aardema *et al.*, 2013), l'importance de ce



concept a été confirmée dans plusieurs études qui ont montré un lien avec les symptômes du TOC, particulièrement avec les obsessions répugnantes (Moulding, Aardema et O'Connor, 2014; Melli, Aardema et Moulding, 2016; Aardema, Wong, Audet, Melli et Baraby, 2019). De plus, la recherche sur les résultats de psychothérapie pour le TOC a montré que l'amélioration des perceptions du soi redouté est associée à une réduction de la symptomatologie du TOC (Aardema *et al.*, 2019).

Malgré le fait que plusieurs auteurs aient souligné l'importance du rôle du concept de soi dans le TOC, il existe peu d'études expérimentales qui ont examiné si les thèmes de soi vulnérables dans le TOC peuvent expliquer l'apparition des symptômes. La plupart des études empiriques sur le sujet ont utilisé soit un devis corrélational (Aardema *et al.*, 2017; Abramovitch, Doron, Sar-El et Altenburger, 2013; Aguilar *et al.*, 2019; Doron *et al.*, 2008; Ferrier et Brewin, 2005; Aguilar, Arnàez, Aardema et Garcia-Soriano, 2022; Melli *et al.*, 2016) ou utilisé des échantillons non-cliniques (Doron, Sar-El, Mikulincer et Talmor, 2012; Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Jaeger *et al.*, 2015; Nikodijevic *et al.*, 2015; Wong, Aardema, Mendel, Trespalacios et Radomsky, 2020; Yang, Moulding, Wynton, Jaeger et Anglim, 2021). Le fait de concrétiser l'effet du soi redouté dans la symptomatologie du TOC pourrait amener une cible précise d'intervention psychologique, enrichir notre compréhension sur le maintien et le développement du trouble et possiblement amener une façon cohérente et utile de classer les symptômes du TOC en se basant sur les différents thèmes de soi vulnérables.

Ainsi, ce projet de recherche vise à tester empiriquement le rôle des perceptions du soi redouté sur les symptômes obsessionnels compulsifs chez les individus avec un diagnostic de TOC. Cet essai prend la forme de trois chapitres. Dans le premier chapitre, les aspects cliniques du TOC seront décrits, puis les arguments appuyant le rôle central des thèmes identitaires vulnérables dans le développement et la symptomatologie du TOC seront présentés. Ensuite, les principaux construits portant sur une vulnérabilité au plan identitaire ou du concept de soi dans le TOC seront décrits avec une emphase sur le concept de soi redouté selon l'approche basée sur les inférences, car c'est ce dernier qui a été utilisé dans le cadre de cette recherche. Puis, les objectifs et les questions de recherche seront énoncés. Dans le deuxième chapitre, les résultats du projet de recherche réalisé dans le cadre de ce doctorat seront présentés sous forme d'article. Finalement, le troisième chapitre consistera en une discussion concernant les résultats de l'étude et ses retombées cliniques et théoriques.

# CHAPITRE 1

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 1.1 Le trouble obsessionnel-compulsif

#### 1.1.1 Définition et classification

La plus récente version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, le DSM-5, présente des changements par rapport à la classification du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Premièrement, le TOC a été retiré des troubles anxieux pour l'ajouter à une nouvelle catégorie à part, celle du spectre des troubles obsessionnels compulsifs, qui inclut d'autres diagnostics qui se sont montrés, à travers les données empiriques, comme étant fortement reliés au trouble obsessionnel-compulsif, mais tout de même assez distincts pour valoir un diagnostic séparé, notamment, l'accumulation compulsive et la dysmorphophobie corporelle (APA, 2013).

Aussi, avant le changement de classification du TOC, le groupe de chercheurs responsables d'examiner les arguments et les données sur le TOC en vue de sa classification, soit comme faisant partie des troubles anxieux ou comme étant dans une catégorie à part entière, celle des "désordres du spectre des troubles obsessionnels" avait au départ suggéré une catégorie mixte; celle des "troubles anxieux et du spectre obsessif et compulsif" (Stein *et al.*, 2010). De manière intéressante, une autre étude sur la classification du TOC a révélé que 40% des experts sur le TOC étaient en désaccord avec la relocalisation du TOC, argumentant que : "le TOC et les autres troubles anxieux répondent à des traitements similaires et sont souvent coexistants" (Mataix-Cols, Pertusa et Leckman, 2007, p. 1313). Ces données font particulièrement ressortir la complexité que représente la compréhension de la phénoménologie du TOC.

Selon la définition du DSM-5, le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par des obsessions ou "pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante" (APA, 2013). Afin de neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse lié à ces pensées, apparaissent souvent des compulsions ou "comportements répétitifs (par exemple le lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple prier, compter, répéter des

mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à l'obsession" (APA, 2013).

### 1.1.2 Conséquences psychosociales

Cette condition est particulièrement dévastatrice pour le fonctionnement et la qualité de vie, surtout au plan des relations interpersonnelles et de la vie sociale (Ruscio, Stein, Chiu et Kessler, 2010). Plus encore, les données empiriques montrent une association entre le trouble obsessionnel-compulsif et plusieurs autres psychopathologies comorbides, notamment l'anxiété (75.8%) (Ruscio *et al.*, 2010), les troubles de l'humeur (63.3%) (Ruscio *et al.*, 2010), le trouble des contrôles des impulsions (55.9%) (Ruscio *et al.*, 2010), les problèmes d'abus de substance (38.6%) (Ruscio *et al.*, 2010) et les troubles du comportement alimentaire (41%) (Kaye *et al.*, 2004).

### 1.1.3 Prévalences et épidémiologie

Les obsessions les plus communes concernent la peur d'avoir oublié quelque chose qui causerait du mal (p.ex., peur d'avoir oublié si la porte est barrée ou si le four est éteint) et la contamination, mais il existe d'autres cas plus rares comme des obsessions concernant des questionnements existentiels, des obsessions de type somatique (p.ex., focus excessif sur un bourdonnement dans l'oreille.) (Ruscio *et al.*, 2010). Bien qu'on observe souvent un lien entre les obsessions et le type de compulsions, les compulsions peuvent, dans certains cas, être largement détachées de celles-ci (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005).

### 1.1.4 Caractéristiques cliniques

Par ailleurs, l'individu atteint d'un TOC reconnaît normalement que ses pensées et comportements sont excessifs et déraisonnés. Néanmoins, cette prise de conscience peut varier sur un continuum, qu'on appelle le degré d'introspection (Grenier, O'Connor et Bélanger, 2006). Chez les individus souffrant d'un TOC, la présence d'un faible degré d'introspection, d'une forte valeur intrinsèque rattachée aux obsessions et d'une grande conviction dans la logique des pensées obsessionnelles est reliée à une moins bonne réponse aux traitements cognitifs et comportementaux traditionnels et cet ensemble de caractéristiques est rassemblé sous le terme d'idéation surévaluée (Grenier, O'Connor et Bélanger, 2006).

Les obsessions peuvent également varier selon un degré d'egodystonie, c'est-à-dire à quel point les obsessions sont vécues par l'individu comme étant externes à lui-même et contradictoires avec sa personne. D'ailleurs, Purdon et Clark (1999; Clark, 2004) ont suggéré que le degré d'egodystonie des pensées intrusives avait un rôle central dans la pathogénèse des obsessions. Spécifiquement, ils proposent que plus une obsession est considérée comme contradictoire avec sa personne, plus elle risque d'être obsessionnelle. Parallèlement, Rowa et al. (2005) ont demandé à des individus souffrants d'un TOC de rapporter leur obsession la plus et la moins dérangeante et ensuite, d'évaluer à quel point chaque obsession était significative et importante pour eux. Leurs résultats montrent que plus les obsessions sont considérées significatives et importantes par l'individu, plus elles contredisent des aspects de son identité qu'il valorise.

De surcroît, certaines études suggèrent que des thèmes obsessionnels sont plus enclins à être egodystones que d'autres (Moulding, Aardema et O'Connor, 2013). Par exemple, ce serait le cas des thèmes obsessionnels contenant une référence directe à un aspect de la personne, tels que ceux par rapport à l'orientation sexuelle, à la possibilité d'être agressif ou sexuellement déviant. Ainsi, dans ce type d'obsessions, au lieu de craindre un fait concret du monde physique (les germes, un accident ou une erreur) ces personnes craignent une partie d'elles-mêmes comme la méchanceté, la folie, le fait d'être quelqu'un de dépravé, de violent ou d'immoral (Aardema *et al.*, 2007, 2013). Par exemple, le contenu des pensées obsessionnelles pouvant d'écouler de ce type d'obsession peut prendre la forme de : "Peut-être que je pourrais perdre patience et pousser cette personne dans les escaliers", alors que la personne n'a réellement aucune intention de faire une telle action. En somme, les données empiriques quant au caractère egodystone des obsessions vont dans le sens de l'hypothèse qu'il existe une vulnérabilité dans une sphère identitaire considérée importante chez les personnes obsessionnels-compulsives. En effet, il semble y avoir un lien entre l'aspect contradictoire du contenu des obsessions et ce par quoi la personne se définit.

Outre l'aspect egodystone des pensées obsessionnelles, le caractère idiosyncrasique des symptômes obsessionnels compulsifs va également en continuité avec l'hypothèse qu'il existe un thème identitaire vulnérable jouant un rôle central dans le trouble. L'idiosyncrasie dans le trouble fait référence au caractère unique et personnel derrière les symptômes obsessionnels compulsifs. Justement, c'est cette caractéristique qui fait en sorte qu'un individu va, par exemple, craindre un type de saleté et pas un autre, alors qu'objectivement les deux types de saleté sont des sources de

contaminant équivalentes. Ainsi, l'utilisation des sous-types de symptômes (p.ex., vérification, contamination) semble trop réductrice et catégorielle pour rendre compte de symptômes caractérisés par une grande idiosyncrasie, mais la notion de thèmes identitaires vulnérables le pourrait, de telle sorte que des regroupements de sous-types identiques pourraient se rapporter à des thèmes identitaires vulnérables différents.

Par exemple, une femme ayant un thème identitaire vulnérable relatif à la crainte d'être une mauvaise mère pourrait s'adonner à plusieurs sous-types d'obsessions et de compulsions pour prévenir ou compenser pour le déficit perçu. Notamment, elle pourrait nettoyer plusieurs fois les comptoirs afin d'éliminer les microbes invisibles qui pourraient rendre ses enfants malades, vérifier constamment si la porte est bien barrée par peur qu'un voleur entre et ne blesse ses enfants ou ranger de manière extrêmement précise et ordonnée les différents médicaments de la pharmacie pour ne pas donner un mauvais médicament par inadvertance. Dans cet exemple, le thème vulnérable "d'être une mauvaise mère" englobe trois sous-types de symptômes (contamination, vérification et précision/symétrie). Ainsi, ce cas exemplifie bien le caractère idiosyncrasique du trouble et l'importance de comprendre la fonction et le rationnel derrière les symptômes.

Par conséquent, les thèmes identitaires vulnérables pourraient rendre compte de la nature idiosyncrasique des pensées obsessionnelles d'une manière plus précise que les catégories d'obsessions et de compulsions déjà largement documentées (c.-à-d., contamination, symétrie, agression, blasphèmes). En plus, ils pourraient surpasser le problème de chevauchement de plusieurs sous-types de symptômes présents chez une même personne, car ces derniers seraient peu utiles sans une compréhension des fonctions et des motivations derrière les symptômes présents, tel qu'exprimé par Radomsky et Taylor (2005).

## 1.2 Les différentes conceptualisations d'une vulnérabilité identitaire dans le TOC

Dès les toutes premières théories sur le TOC, on suggérait déjà l'implication d'un aspect identitaire ou du soi dans l'explication du trouble. En effet, les premières théories sur le trouble obsessionnel-compulsif prônaient que les individus souffrant de cette pathologie étaient caractérisés par un sentiment d'hyper-moralité (*Über-moral*) (Freud, 1909, 1955, tel que cité dans Moritz, Kempke, Luyten, Ranjbar et Jelinek, 2011). On suggérait aussi que les individus présentant un TOC

souffraient de conflits inconscients entre des pulsions sexuelles ou agressives inacceptables et leur conscience morale excessivement sévère.

Par après, l'approche cognitive et comportementale a amené une vision différente et a influencé largement les traitements et les modèles explicatifs pour le TOC étant actuellement les plus utilisés et reconnus. Spécifiquement, le modèle cognitif de l'évaluation (Salkovski, 1985) prône que 90% de la population a aussi des pensées intrusives ayant le même contenu que les individus souffrant d'un TOC, telles que "J'ai peut-être oublié de barrer la porte de mon automobile, je vais peut-être me faire voler mon auto". Il suggère que le problème chez les individus présentant un TOC se trouve dans l'évaluation exagérée qu'ils font d'une intrusion "normale". Spécifiquement, les personnes souffrant d'un TOC, surévalueraient l'ampleur de leur responsabilité face aux conséquences qu'ils anticipent, la probabilité d'apparition et la gravité des conséquences possibles (p.ex., Si j'oublie de fermer le rond du four, je serai responsable d'avoir incendié tout le voisinage). En plus, ils accorderaient une trop forte valeur émotionnelle négative à leurs intrusions (Salkovskis, 1999). Le type de thérapie découlant de ce modèle théorique vise à réajuster l'évaluation des pensées intrusives pour qu'elle soit plus réaliste en termes de probabilité d'occurrence, de la part de responsabilité devant y être accordée et de gravité (Salkovskis, 1999). Ce modèle cognitif reconnaît que l'évaluation des pensées intrusives puisse impliquer le concept de soi. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Doron *et al.*, 2005; Ferrier et Brewin, 2005; Garcia et Soriano, 2012) se sont basés sur ce modèle cognitif pour suggérer des hypothèses sur le rôle d'une vulnérabilité du concept de soi dans le développement des symptômes obsessionnels compulsifs.

Les premiers auteurs ayant concrètement utilisé le concept de soi dans un modèle explicatif du TOC sont Guidano et Liotti (1983) dans leur modèle sur l'ambivalence de soi. En effet, basé sur des approches cognitives, psychanalytiques, développementales et sociales, le modèle de l'ambivalence de soi (*self-ambivalence*; Guidano et Liotti, 1983) a été un des premiers modèles théoriques adressant explicitement l'ambivalence de soi dans le trouble obsessionnel-compulsif. Ce modèle suggère que les individus qui ont vécu des patrons d'attachement ambivalents à l'enfance, c'est-à-dire des expériences à la fois de rejet et de validation, sont susceptibles de développer de l'incertitude face à leur sentiment de valeur personnelle, surtout en termes de sens moral et du mérite de l'amour des autres (Guidano et Liotti, 1983). De ce fait, ces individus auraient une vision dichotomique d'eux-mêmes et rechercheraient une validation externe pour réinstaurer

un sentiment de valeur propre. Ce modèle est en accord avec le modèle explicatif traditionnel du TOC, soit le modèle de l'évaluation (Salkovski, 1985). Ainsi, il considère donc les pensées obsessionnelles comme des pensées normales, mais dont leur interprétation serait fautive. Selon le modèle de l'ambivalence de soi, les pensées obsessionnelles egodystones et intrusives seraient propices à venir ébranler le sentiment de valeur personnelle et en conséquence, généreraient de la détresse, surtout lorsque le contenu des obsessions viendrait menacer les standards stricts de perfectionnisme au plan de la moralité. Puis, ces individus seraient plus susceptibles d'agir sur leurs pensées intrusives afin de restaurer une perception positive d'eux-mêmes, donc en faisant des comportements compulsifs pour neutraliser la menace perçue. Une des forces de ce modèle consiste en l'élaboration claire des processus développementaux qui amèneraient une ambivalence de soi chez les individus souffrant du TOC. Cependant, bien que ce modèle se fonde sur des théories développementales bien établies (c.-à-d., Bowlby, 1969), l'élaboration du concept d'ambivalence de soi provient principalement d'expériences cliniques et d'études de cas et ce concept n'a pas été vérifié expérimentalement.

Plus récemment, plusieurs auteurs ont aussi tenté d'inclure la notion d'une vulnérabilité au plan identitaire à travers le modèle de l'évaluation de Salkovskis (1985). Notamment, en se basant sur les travaux dans le domaine de la psychologie sociale par Carver, Lawrence et Scheier (1999) concernant les possibles soi redoutés et sur les hypothèses de Rachman (1997) proposant que les individus ayant un TOC ont souvent des inquiétudes concernant leur identité, Ferrier et Brewin (2005) ont été les premiers à utiliser le terme soi redouté (*Feared self*) dans le contexte spécifique du TOC. Par définition, le soi redouté, fait référence à un ensemble de caractéristiques qu'une personne ne désire pas avoir, et à sa préoccupation de possiblement devenir ce type de personne (Markus et Nurius, 1986; Oyserman et Markus, 1990). Ces chercheurs ont observé que, comparé à un groupe de 21 participants cliniquement anxieux et à un groupe de 16 participants sans diagnostic psychiatrique à l'axe 1 du DSM-IV, le groupe de 24 participants souffrant d'un TOC rapportaient plus, à partir de leurs pensées obsessionnelles, d'inférences négatives sur eux-mêmes relatives à la moralité lorsqu'on leur demandait de définir leur soi redouté (Ferrier et Brewin, 2005). Plus spécifiquement, ces personnes tendaient à avoir des perceptions de soi relatives au fait d'être fondamentalement méchantes, immorales ou folles. Les auteurs proposent, en continuité avec le modèle de l'évaluation de Salkovskis (1985), qu'un individu obsessionnel compulsif ne fait pas

ses rituels seulement parce qu'il se considère responsable des conséquences anticipées, mais aussi parce qu'il se voit, en raison du caractère fondamentalement dangereux de sa personne, comme une possible source de conséquences négatives (Ferrier et Brewin, 2005).

En parallèle, d'autres auteurs ont observé des résultats suggérant que certains domaines identitaires pourraient être particulièrement liés aux symptômes obsessionnels compulsifs. En effet, Doron et al. (2008) ont proposé que le trouble obsessionnel-compulsif soit associé à une perception de vulnérabilité dans des domaines identitaires considérés importants par l'individu. Dans une de leurs études faites chez une population non clinique, ils ont observé qu'une sensibilité dans les domaines identitaires des compétences professionnelles, de la moralité ou de l'acceptation sociale était liée à des symptômes obsessionnels compulsifs (Doron, Kyrios et Moulding, 2007). Par contre, lorsqu'ils ont répliqué l'étude en comparant un groupe d'individus avec un diagnostic de TOC à un groupe d'individus ayant d'autres troubles anxieux, seul le domaine de la moralité était associé à une plus grande sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs (Doron, Kyrios et Moulding, 2007). Selon ces chercheurs, ces résultats sont complémentaires au modèle de l'évaluation de Salkovskis (1985). Ils expliquent qu'un individu présentant une identité morale solide pourrait facilement faire abstraction de la survenue d'une pensée intrusive (p.ex., "Est-ce que j'ai vraiment bien verrouillé la porte de la maison?") sans douter de son réalisme et de son bien-fondé. Chez les individus ayant un TOC, leur fragilité et leur ambivalence dans la sphère de la moralité feraient en sorte que, lorsqu'une pensée reliée au fait d'être quelqu'un d'immoral survient dans le flux de la pensée (p.ex., s'imaginer faire des actes sexuels inappropriés), ils y seraient hyper vigilants (Doron et Kyrios, 2005). Cette pensée ébranlerait aussi leur confiance dans cette sphère identitaire et serait amplifiée en termes de réalisme et d'importance, d'où la nécessité perçue de compenser pour le déficit et de contrer la menace en s'adonnant aux compulsions (Doron et Kyrios, 2005).

Dans le même ordre d'idée, Doron, Sar-El et Mikulincer (2012) ont mené trois expérimentations pour examiner l'influence d'un amorçage d'informations reliées à la moralité sur les tendances comportementales reliées à la contamination. La suggestion d'un sentiment d'incompétence dans le domaine de la moralité chez des individus issus d'une population normale a mené à plus de tendances comportementales obsessionnelles compulsives (Doron *et al.*, 2012). Une autre étude concernant un autre domaine identitaire sensible (c.-à-d., relations interpersonnelles) a également observé des résultats similaires (Doron, Szepeswol, Karp et Gal., 2013). Ces études



expérimentales confirment qu'une menace envers les domaines identitaires sensibles pourraient résulter en une augmentation des symptômes reliés thématiquement.

De manière analogue, Garcia et Soriano (2012) ont proposé que les pensées intrusives qui seraient propices à devenir obsessionnelles seraient celles concernant des domaines d'évaluation de soi dans lesquelles la personne se perçoit comme ayant échoué à maintenir ses propres standards (p.ex., éviter l'agressivité, être ordonné, garder une bonne hygiène personnelle).

En somme, les conceptualisations concernant une vulnérabilité identitaire chez les individus souffrant du trouble obsessionnel-compulsif élaborées par Guidano et Liotti (1983), Ferrier et Brewin (2005), celle de Doron et al. (2005; 2007) ou de Garcia et Soriano (2012) sont toutes en cohérence avec le modèle de l'évaluation de Salkovkis (1985). Par contre, un autre modèle, celui de l'approche basée sur les inférences (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005) propose une vision alternative.

### 1.3 L'approche basée sur les inférences

En comparaison au modèle de l'évaluation de Salkovskis (1985), l'approche basée sur les inférences (ABI), bien qu'elle soit en accord avec le fait que le contenu des intrusions puisse être normal (dans le sens qu'il puisse être universellement expérimenté), sous-tend que les manières et les contextes dans lesquels les pensées intrusives surviennent ne sont pas entièrement normaux (O'Connor et Aardema, 2012, p.31). Autrement dit, même si des intrusions comme "Je n'ai peut-être pas bien fermé le rond du four" sont très communes dans une population normale, les raisons et les contextes dans lesquels ces pensées surviennent sont beaucoup plus réalistes dans une population normale que dans une population obsessionnelle compulsive où cette même intrusion serait plutôt le produit de processus de raisonnement imaginaire et fautif (O'Connor *et al.*, 2005, p. 15).

Puis, la notion de doute est centrale dans l'ABI. Concrètement, il est possible de séparer le contenu d'une obsession en deux parties distinctes, soit, l'inférence primaire, qui est le doute obsessionnel, et l'inférence secondaire, étant la conséquence anticipée découlant du doute (O'Connor *et al.*, 2005). Par exemple, dans l'obsession "Peut-être que je suis une personne qui pourrait perdre le contrôle, donc je pourrais frapper mon enfant", l'inférence primaire est "Peut-être que je suis une

personne qui pourrait perdre le contrôle” et l’inférence secondaire est “ donc je pourrais frapper mon enfant”. Ainsi, pour l’ABI, le fait d’agir sur l’inférence primaire, qui est à la base de la séquence obsessionnelle, devrait améliorer tous les symptômes découlant du doute initial, car, en éliminant le doute, il n’y aurait donc plus de conséquences anticipées, ni la nécessité de faire des compulsions.

Un deuxième concept central dans l’ABI est la notion de confusion inférentielle qui est définie comme un processus d’inférence entièrement subjectif qui néglige de tenir compte de la réalité courante (O’Connor, 2002). Spécifiquement, ce concept consiste en deux processus, premièrement, le fait de se méfier de ses sens, de soi-même ou du sens commun et deuxièmement, d’un surinvestissement en des possibilités imaginaires (O’Connor et Aardema, 2012). Autrement dit, ce processus implique que l’individu va confondre une possibilité tirée de son imaginaire pour une preuve concrète et agir comme si la possibilité imaginaire était vraie. Ce concept est important puisque la confusion inférentielle a été démontrée comme étant fortement liée à la présence et la sévérité des symptômes du TOC (Aardema *et al.*, 2008 ; Wu *et al.*, 2009).

Un avantage de ce modèle repose dans le fait qu’il tienne compte des individus présentant des idéations surévaluées et ceux n’ayant pas de conséquence anticipée subséquente au doute initial. Ceci est important car les individus présentant des idéations surévaluées répondent moins bien (Grenier *et al.*, 2006) aux thérapies cognitives et comportementales traditionnelles telles que la thérapie basée sur le modèle de l’évaluation de Salkovskis (1985) et l’exposition avec prévention de la réponse (EPR) (Meyer, 1966). La présence d’idéations surévaluées, donc d’un faible degré d’insight, d’une forte valeur intrinsèque rattachée aux obsessions et d’une grande conviction dans la logique des pensées obsessionnelles pourraient faire en sorte qu’il soit trop menaçant pour l’individu souffrant d’un TOC de s’exposer aux conséquences anticipées et à ne pas exécuter les compulsions tel qu’on le demande dans le protocole de traitement de l’EPR.

### 1.3.1 La conceptualisation du soi redouté selon l’approche basée sur les inférences

La notion du soi redouté (*feared-self*) fait référence au type de personne que l’individu craint devenir. Plus précisément, l’approche basée sur les inférences propose que les individus souffrant d’un TOC craignent de devenir un type de personne qu’il ne voudrait pas être, d’où le besoin d’être

vigilant et d'accomplir des actions qui pourraient les rassurer du contraire (Aardema *et al.*, 2013). Considérant ceci, leurs actions sont orientées en fonction de ce qu'ils craignent de devenir (soi redouté) plutôt que vers ce qu'ils veulent être (soi idéal) ou de ce qu'ils croient être (soi actuel). Par exemple, chez quelqu'un présentant des obsessions et des compulsions concernant des impulsions violentes envers des inconnus, il est possible que ses pensées soient sous-jacentes au doute d'être une personne violente et dangereuse. Dans ce cas, le soi redouté pourrait être "Peut-être que je suis le type de personne qui pourrait sauter un plomb et tuer un inconnu". Ainsi, l'individu au pris avec le doute constant d'être une personne potentiellement dangereuse, sera particulièrement vigilant face aux pensées, aux événements et aux actions pouvant lui confirmer qu'il est ce type de personne. Conséquemment, il se sentira poussé à vérifier constamment par différentes compulsions si son doute est fondé.

Récemment, Aardema et Wong (2020) ont défini plus précisément le rôle du soi redouté en le conceptualisant dans un modèle opérationnel du TOC. Le soi redouté serait responsable de l'occurrence et du contenu thématique des obsessions et non seulement de leur interprétation. Dans ce modèle, les auteurs proposent qu'un soi incohérent ou autrement dit, une ambivalence du soi, serait un facteur de vulnérabilité dans le développement du soi redouté.

Depuis la validation du Questionnaire sur la peur du soi (Fear of self Questionnaire, FSQ; Aardema *et al.*, 2013), la conceptualisation du soi redouté selon l'approche basée sur les inférences a reçu un support empirique important. Par exemple, un score élevé au FSQ était associé à plusieurs symptômes obsessionnels compulsifs indépendamment de l'humeur, autant dans un échantillon clinique que non-clinique (Aardema *et al.*, 2013, 2017; Jaeger, Moulding, Anglim, Aardema, et Nedeljkovic, 2015; Melli, Aardema et Moulding, 2016). Aussi, une étude portant sur les résultats d'une psychothérapie sur le TOC montre que la réduction des perceptions du soi redouté était associée à une réduction des obsessions de type répugnante et des symptômes de contamination (Aardema, Wong, Audet, Melli, et Baraby, 2019).

### 1.3.2 La thérapie basée sur les inférences

L'objectif principal de la thérapie basée sur les inférences (TBI) est de répondre aux limites de l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) et de la thérapie cognitive et comportementale

(TCC) traditionnelle, en offrant une approche plus adaptée aux individus souffrant de TOC avec des idéations surévaluées. En se basant sur l'approche basée sur les inférences (ABI), ce modèle considère que le doute joue un rôle central dans le TOC. En conséquence, la TBI aide le patient à identifier ce doute et à comprendre en quoi il n'est ni pertinent ni justifié dans le contexte du ici et maintenant (O'Connor et Aardema, 2012). Contrairement à la TCC et à l'EPR, la TBI ne voit pas le TOC comme une forme de phobie, ce qui la distingue de l'approche axée sur l'exposition aux situations anxiogènes (O'Connor et Audet, 2019 ; O'Connor *et al.*, 2018). En outre, la TBI permet au patient de comprendre et d'identifier les raisonnements fautifs et les mécanismes renforçant leurs doutes obsessionnels (p.ex., ses raisonnements erronés provenant de la confusion inférentielle, son narratif obsessionnel ou son soi redouté), pour les remplacer par un récit plus réaliste et une conception plus authentique de soi (O'Connor et Aardema, 2012).

#### 1.4 Questions et objectifs de recherche

Les résultats de ces études appuient l'importance du soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, aucune étude n'a vérifié de manière expérimentale l'influence des perceptions du soi redouté de manière spécifique à chaque individu et en utilisant une population clinique. La présente étude vise à prendre en considération la nature idiosyncratique des perceptions de soi redouté de manière spécifique à chaque individu en utilisant un échantillon clinique de patients ayant un diagnostic de TOC.

Aussi, même si des études antérieures ont démontré un lien entre les perceptions du soi redouté et les symptômes obsessionnels compulsifs, la plupart ont été réalisées avec un échantillon non-clinique (Jaeger *et al.*, 2015; Nikodijevic *et al.*, 2015) ou en utilisant un devis corrélationnel (Aardema *et al.*, 2017; Aguilar *et al.*, 2019; Melli *et al.*, 2016). Pour cette raison, cette étude utilise non seulement un échantillon clinique de patients ayant un diagnostic de TOC, mais comporte un devis expérimental pour évaluer l'effet des perceptions du soi redouté sur les symptômes obsessionnels compulsifs.

Finalement, des études empiriques montrent surtout un lien entre les perceptions du soi redouté dans le contexte des obsessions de type répugnante (p.ex., obsessions liées à la moralité, aux agressions, à la violence ou la sexualité) et font ressortir une moins forte relation dans les autres

sous-types de symptômes (p.ex., thématique de contamination, de vérification) (Aardema et O'Connor, 2007; Moulding *et al.*, 2014; Melli *et al.*, 2016; Aardema *et al.*, 2017). La méthodologie préconisée dans la présente étude a permis d'inclure l'ensemble des domaines de symptômes dans le TOC, grâce à la participation d'un évaluateur clinique indépendant qui déterminait quelles étaient les perceptions du soi redouté spécifique à chaque participant peu importe le domaine de symptômes présents.

L'hypothèse principale découlant de cette étude empirique propose que l'exposition à des énoncés amorçant le soi redouté de manière spécifique à chaque individu ayant un trouble obsessionnel-compulsif augmentera la sévérité de ses symptômes. En contraste, l'hypothèse alternative propose que l'exposition à des énoncés neutres n'augmentera pas la sévérité des symptômes. Ainsi, il sera possible de conclure si le soi redouté active les symptômes obsessionnels compulsifs. L'article suivant vise à répondre à ces hypothèses de recherche.

## CHAPITRE 2

Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a  
OCD sample

Publié en Octobre 2020 dans le Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorder

Julie Sauvageau<sup>a,b</sup>, Kieron O'Connor<sup>a,b</sup>, Gilles Dupuis<sup>a</sup>, Frederick Aardema<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> University of Quebec in Montreal, Department of psychology (Canada)

<sup>b</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Canada)

<sup>c</sup> University of Montreal, Department of Psychiatry and Addictology (Canada)

Correspondence concerning this article should be addressed to Julie Sauvageau, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7331 Hochelaga Street, Montreal, Qc, Canada, H1N 3V2. E-mail: [sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca](mailto:sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca) (Julie Sauvageau) or Frederick Aardema, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7331 Hochelaga Street, Montreal, Qc, Canada, H1N 3V2. E-mail : [frederick.aardema@umontreal.ca](mailto:frederick.aardema@umontreal.ca) (Frederick Aardema).

## 2.1 Résumé

Le soi redouté est un concept qui a reçu une attention croissante ces dernières années, ce qui pourrait enrichir notre compréhension du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de son traitement. Cependant, aucune étude n'a encore testé expérimentalement le rôle des perceptions du soi redouté dans un échantillon clinique de personnes atteintes de TOC. Cette étude avait pour but de tester expérimentalement si l'amorçage des perceptions du soi redouté chez des patients atteints d'un TOC entraîne une augmentation des symptômes du TOC et de la détresse associée. À cette fin, des patients ( $n = 16$ ) ayant un diagnostic principal de TOC ont effectué une tâche de manipulation d'amorçage subtil destinée à déclencher leurs cognitions sur le soi redouté de manière spécifique à chaque individu, ainsi qu'une tâche contrôle dans laquelle un thème neutre a été amorcé. Les résultats ont montré que l'amorçage des perceptions du soi redouté chez les patients atteints de TOC a significativement augmenté l'intensité des obsessions, l'envie de réaliser les compulsions et le niveau de détresse, soutenant un lien causal entre les perceptions du soi redouté et la symptomatologie obsessionnelle compulsive. Les implications cliniques et les directions futures sont discutées

Mots-clés : Trouble obsessionnel-compulsif, soi redouté, théorie cognitive et comportementale, approche basée sur les inférences, recherche expérimentale

## 2.2 Abstract

Fear of self is a construct that has received an increasing amount of attention in recent years, which could add to our understanding of obsessive-compulsive disorder (OCD) and its treatment. However, no study has yet experimentally tested the role of feared self-perceptions in a clinical OCD sample. This study aims to test experimentally if priming specific fear of self-perceptions in OCD patients results in an increase in OCD symptoms and related distress. To this end, patients ( $n = 16$ ) with a primary diagnosis of OCD completed a subtle priming task manipulation intended to prime personally relevant fear of self cognitions, as well as a control task during which a neutral theme was primed. Results showed that priming fear of self cognitions in OCD patients significantly increased strength of obsessions, urge to perform compulsions and anxiety levels, supporting a causal link between feared self-perceptions and obsessive-compulsive symptomatology. Clinical implications and key future directions are discussed.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, fear of self, cognitive-behavioral theory, inference-based approach, experimental

### Highlights

- Cognitive models have insufficiently addressed the role of the self
- Priming fear of self-perceptions immediately increased OC symptoms/distress
- A fear of self may apply to wide range of symptom domains
- Feared self-perceptions should be addressed in psychotherapy



## 2.3 Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a complex, pervasive psychological condition that significantly lowers quality of life and can result in major interference with daily functioning as well as great psychological distress for both OCD patients and their relatives (Rosso *et al.*, 2012; Macy *et al.*, 2013; Markarian *et al.*, 2010). Cognitive-behavioral models that have focused on the significance attached to intrusive cognitions in the development and maintenance of the disorder have contributed significantly to our understanding of the disorder and enabled the development of empirically supported therapies (e.g., Salkovskis, 1989; Rachman, 1997). In addition, these models recognize that appraisals of significance may directly implicate the self. For example, Rachman and Hodgson (1980) observed that religious people are more likely to have intrusive thoughts about blasphemy, leading them to suggest that thought contradicting valued aspects of self will be experienced as more disturbing. Yet, despite this, current cognitive models may not have sufficiently addressed the role of the self in obsessive-compulsive symptomatology beyond the appraisal of intrusive cognitions alone. (Aardema & Wong, 2020; Clark, 2016).

More recently, several models have accorded the self a more central role in cognitive-behavioral models of OCD as a vulnerability factor in the development of OCD. Doron and colleagues suggest that those with OCD are characterized by sensitive self-domains, resulting in the negative appraisal of intrusions that are contingent with the person's vulnerable self-theme, while other intrusions unrelated to the person's self-theme remain largely untouched, and therefore are less likely to develop into obsessions (Doron & Kyrios, 2005; Doron, Kyrios, & Moulding, 2007; Doron *et al.*, 2007; Doron *et al.*, 2008). Similarly, further emphasizing the potential role of the self, Aardema and colleagues (Aardema & O'Connor, 2003; 2007; Aardema *et al.*, 2013) suggest that those with OCD fear possessing, or acquiring specific qualities and traits which not only results in the negative appraisal of intrusive cognitions, but also render individuals more vulnerable to experience abnormal intrusions and self-doubts that are congruent with specific feared self-domains for which there is no actual basis in reality. The content of these feared-self qualities may vary from person to person, and there is no particular limit on what may constitute a person's feared self (Aardema & Wong, 2020; Aardema, 2020), even though current measurements have primarily focused on relatively specific forms of feared self-perceptions revolving around immorality, dangerousness or insanity (Aardema *et al.*, 2013).

Since the development of the Fear of Self Questionnaire (Aardema *et al.*, 2013), the notion of a feared self in OCD has found some support in several studies that showed a link with OCD symptoms, and repugnant obsessions in particular (Moulding *et al.*, 2014; Melli *et al.*, 2016; Aardema *et al.*, 2019). In addition, treatment outcome research has shown that improvements in feared self-perceptions are associated with reductions in OCD symptomatology (Aardema *et al.*, 2019). However, there are relatively few experimental studies that investigated whether vulnerable self-themes in OCD may explain the onset of symptoms. Most empirical studies on the subject have either used correlational design (Ferrier & Brewin, 2005; Doron *et al.*, 2008), or used non-clinical samples (Doron, Sar-El, Mikulincer, & Talmor, 2012; Doron, Kyrios, & Moulding, 2007).

One elegant experimental study by Doron and colleagues (2012) tested the effect of priming morality-related information on contamination-related behavioral tendencies in a non-clinical sample. Results from this manipulation found that subtle suggestions of incompetence in the morality self-domain led to more obsessive and compulsive related behavioral tendencies compared to a neutral condition or a self-domain irrelevant to morality (i.e., sports). In other words, results suggest that perception or fear of being immoral leads to an increased urge to act on physical contamination concerns. In a similar study, Abramowitz *et al.* (2013) also found that suggestions of incompetence in the morality self-domain were associated with an increase in obsessive-compulsive cognitive biases. These findings, along with other experimental studies investigating threats to other vulnerable self-themes in which the person may lack confidence (e.g., relationship) (Doron *et al.*, 2013; Doron, Sar-El, Mikulincer, & Talmor, 2012) have highlighted the importance of considering self-perceptions in obsessive-compulsive phenomenology, which is highly consistent with the proposed role of feared self-perceptions (Aardema *et al.*, 2013; Aardema & Wong, 2020). Experimental research in this area, however, including the priming of vulnerable self-themes, has primarily relied on non-clinical samples. Also, OCD is a heterogenous disorder, characterized by a high level of idiosyncrasy even within specific symptom domains, and current experimental studies may not have yet captured the full impact of an individual's specific, idiosyncratic feared possible self on symptoms of OCD.

Since the initial application of an inference-based model to repugnant obsessions (Aardema & O'Connor, 2007), the identification of the individual's feared possible self is an integral aspect of inference-based cognitive therapy during case formulation (O'Connor & Aardema, 2012). Therapy based on an inference-based model holds that an individual's feared possible self not only affects the appraisal of intrusions and doubts, but also may give rise to the occurrence of personally relevant obsessional intrusions and doubts (O'Connor & Aardema, 2012). The feared self is usually communicated by the patient in the form of a running narrative providing the justification as to why they think their obsessional intrusion or doubt might be valid. For example, someone with obsessions and compulsions about violent impulses towards their children might have the underlying feared self that he might be a violent parent justified by a convincing, yet remote narrative (e.g., "My parents used to hit me."; "Insanity runs in the family."; "I read online about someone killing their children for no apparent reason.", "Who knows what I am capable of") hypothesized to result in frequent obsessional intrusions and doubts about hurting his/her children. Similarly, in the case of checking, an obsessional narrative might revolve around fears of being a negligent, forgetful person that might make terrible mistakes (e.g., "I tend to be the person who forget things if I don't pay a lot of attention"; "I read about irresponsible employees who made mistakes with terrible consequences"). Hence, this approach, while looking for the basis of symptoms in cognition, as well as underlying reasoning narratives justifying the obsessional doubts, primarily deals with cognitive precursors to symptoms even before appraisal of the intrusion occurs, including the role of feared possible selves informing the intensity and content of obsessions.

Clearly, obsessional narratives contain "appraisals" as well, and there is no fundamental disagreement between appraisal and inference-based formulations as to the important role ascribed to cognition in the development of OCD. However, an inference-based approach focuses on how these cognitions are nested within the reasoning that leads up obsessional inferences of doubt (e.g., "I might be a child molester", "I might be contaminated", "I might have forgotten to lock the door") as opposed to solely on the cognitions and appraisal of these events after they occur. Further, it is postulated that the reasoning of those with OCD is characterized by "inferential confusion", defined as a distrust of the senses or self by giving credibility to possibilities and ideas that have no direct basis in reality (Aardema & O'Connor, 2003; 2007, 2012; Aardema *et al.*, 2005; Aardema *et al.*, 2010; Julien, O'Connor & Aardema, 2016; O'Connor & Robillard, 1995). Likewise, it has been

postulated that since the feared self in OCD is an imagined (out-of-context) and not a factual entity, it may arise through similar processes as obsessions, such as those that negate the senses and the person's actual self (Aardema & Wong, 2020). Indeed, the relevance of both feared self-perceptions and inferential confusion in the occurrence of obsessional intrusions and associated symptomatology has recently found support in a study by Audet et al. (2020) that found that intrusions occurring without direct evidence are particularly strongly associated with symptoms of OCD.

## 2.4 Aims and Hypotheses

The present study aimed to explore the unique and direct impact of an individual's feared possible self on obsessive-compulsive symptoms. Firstly, whereas there are experimental studies on vulnerable self-theme suggesting that perception of incompetence in self-domains may increase theme-related symptoms (in non-clinical samples (Doron, Sar-El, Mikulincer & Talmor, 2012; Doron, Sar-El, & Mikulincer, 2012; Doron *et al.*, 2013; Abramovitch *et al.*, 2013), the current study aimed to investigate specific feared self-perceptions that take into account the idiosyncratic nature of an individual's feared possible self in a sample of patients diagnosed with OCD. Secondly, while previous studies have shown feared self-perceptions to be related to obsessive-compulsive symptoms, most have been conducted in non-clinical samples (Jaeger *et al.*, 2015; Nikodijevic *et al.*, 2015) or using correlational design (Aardema *et al.*, 2017; Aguilar *et al.*, 2019; Melli *et al.*, 2016). Even though the use of analogue samples can advance our understanding of OCD (e.g., Doron, Sar-El & Mikulincer, 2012; Abramovitch *et al.*, 2013), replication in clinical samples is needed. Hence, the present study examines the impact of threats to feared self-perceptions in an OCD sample. Thirdly, fear of self-perceptions have been found to be particularly relevant to repugnant obsessions, while weaker relationships have been observed with other OCD symptom domains (Aardema & O'Connor, 2007; Moulding *et al.*, 2014; Melli *et al.*, 2016; Aardema *et al.*, 2017). The current study aimed to address a wider scope of naturally occurring feared self-perceptions in a sample of OCD patients as assessed by an independent clinical psychologist in an experimental design. The hypotheses were as follows:

- 1) The priming of personally relevant, specific fear of self cognitions increases the severity of OC symptoms and state anxiety.

2) Exposure to priming perception of non-feared and non-obsessional self-related qualities (i.e., incompetence in sports abilities) will not lead to a significant difference in reported OC symptoms and state anxiety level.

## 2.5 Method

### 2.5.1 Participants

Participants were recruited through the Obsessive-Compulsive Spectrum Research Laboratory of the Mental Health University Institute of Montreal before their participation in ongoing treatment trials. All participants provided informed consent and the study was approved by the local ethics board. All participants were formally diagnosed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First, *et al.*, 1995) by an independent evaluator. Inclusion criteria were a primary diagnosis of OCD (obsessive-compulsive disorder) and an age of 18 years or more. Exclusion criteria for all clinical participants were evidence of current substance abuse, past or present schizophrenia, bipolar disorder, or organic mental disorder. In addition, participants were required to have been randomly allocated to inference-based cognitive therapy and case formulation that occurred across four evaluation sessions completed by the treating psychologist, but without treatment having yet commenced. The same therapist was also required to be available to ensure appropriate follow-up and care if needed given the aim of the study was to induce obsessive-compulsive symptoms. Power analyses showed that a number of 16 participants would be sufficient to detect a small to medium sized effect size with 5% error probability and power of 80%. The final sample therefore consisted of 16 individuals with a primary diagnosis of OCD. Participants were 56% male, 44% female and aged 27 to 62 ( $M = 42.81$ ,  $SD = 12.36$ ).

### 2.5.2 Procedure

The real purpose of the study was concealed from participants. Immediately following case formulation, participants were informed that the study aimed to assess the link between personality, obsessive-compulsive disorder (OCD) and performance on a graphic task. To avoid revealing the real purpose of the study, the title of the consent form indicated: “Study on the relationship between personality, obsessive-compulsive symptoms and performance on a graphic task”.

Since it was necessary to know the specific fear of self of each participant prior to the experimentation to personalize the priming task, we asked each participant's psychologist to identify their client's fear of self based on their completed case formulation. The identification of a person's primary feared possible self during case formulation, albeit often only a working hypothesis at this early stage, is an integral part of inference-based cognitive therapy, as it represents an important target in the treatment of OCD (Aardema & O'Connor, 2007, O'Connor & Aardema, 2012). Concretely, since the feared self is considered an underlying conductor connecting all the individual's doubt, it can be identified by grouping doubts or looking for a common theme underlying these doubts (O'Connor & Aardema, 2012). During case formulation, the identification is also facilitated by using a logical template as a springboard for tracing obsession back to an underlying wider self-related narrative. For example, a person who thinks they might be contaminated, logically considers him/herself as the type of person that could become contaminated. If not, why become preoccupied with this particular possibility, and not with the possibility of making a mistake? Similarly, a person who has doubts about having the door left unlocked, logically considers themselves to be the kind of person that might leave accidentally doors unlocked, or more generally, a person that might be negligent. Further probing with questions like "Are you this kind of person?" are usually denied, with the response it is not the type of person they want to be, but fear or worry about being. This is subsequently followed up with questions like: "What makes you think you could be this type of person?" in order to identify the self-narrative, including the reasons as to why the client thinks they might be this person, which subsequently serves as further validation for the identified feared self-theme. In an inference-based approach, the imagined consequences of the obsessional doubt or its appraisal do not guide the identification of the feared self, although both models are complementary in that feared self-themes have been suggested to both inform the content of obsessions, as well as their subsequent appraisal (Aardema & Wong, 2020).

Next, based on the clinical interview and case formulation, the therapist was asked to complete a rating scale using a three-point Likert scale to score six self-related qualities closely related to the person's hypothesized feared possible self. These qualities were defined by the experimenter on the basis of the therapist's case formulation report in order to match the identified feared self by the therapist with the feared self manipulation in the experiment through the sham personality test,

using either the most direct qualifier as possible in relation to the feared self, or a close synonym/antonym. For example, if the person's feared possible self consisted of "being a negligent person", the possible priming words were: "(high score) negligent, (high score) irresponsible, (high score) susceptibility to make mistakes, (low score) vigilant, (low score) conscientious, (high score) reckless". The formulated qualities were also validated with the therapist for ethical reasons to ensure they would not be so distressing that the experiment might result in detrimental effects for the participant. When the self-related quality was considered by the therapist to be potentially too distressing for the participant (i.e., making a person with obsessive fears of being a pedophile believe that he/she might actually be one), a less direct synonym was determined by the therapist (e.g., instead of "pedophilic tendencies" we used "tendency to minimize the severity of your actions and thoughts"). Next, the therapist was asked to rate the estimated propensity of these qualities of priming a participant's feared possible self. The self-related quality with the highest rating from the therapist was the one selected to be manipulated in the experiment.

After the selection of the self-related feared quality hypothesized most likely to prime a person's feared possible self, participants were invited to the research laboratory for the experiment, which took place in an office with a computer in the presence of the experimenter. One post-experiment measurement followed the experimental task, which was to establish whether the participant had recognized themselves in the feared possible self that was manipulated during the experiment. It was not until completion of the task and associated measures that were completed that the true purpose of the study was revealed, and participants were debriefed in detail regarding the purpose of the study, including psychoeducation on the concept of feared self. Then, participants were asked directly if they recognized themselves in the feared possible self that was identified by their therapist and their answer was noted. Upon completion of the experiment, participants were thanked for their participation, and the therapist was informed regarding the reaction of each individual participant. All participants received compensation of \$15 for their participation.

### 2.5.3 Design and experimental manipulation

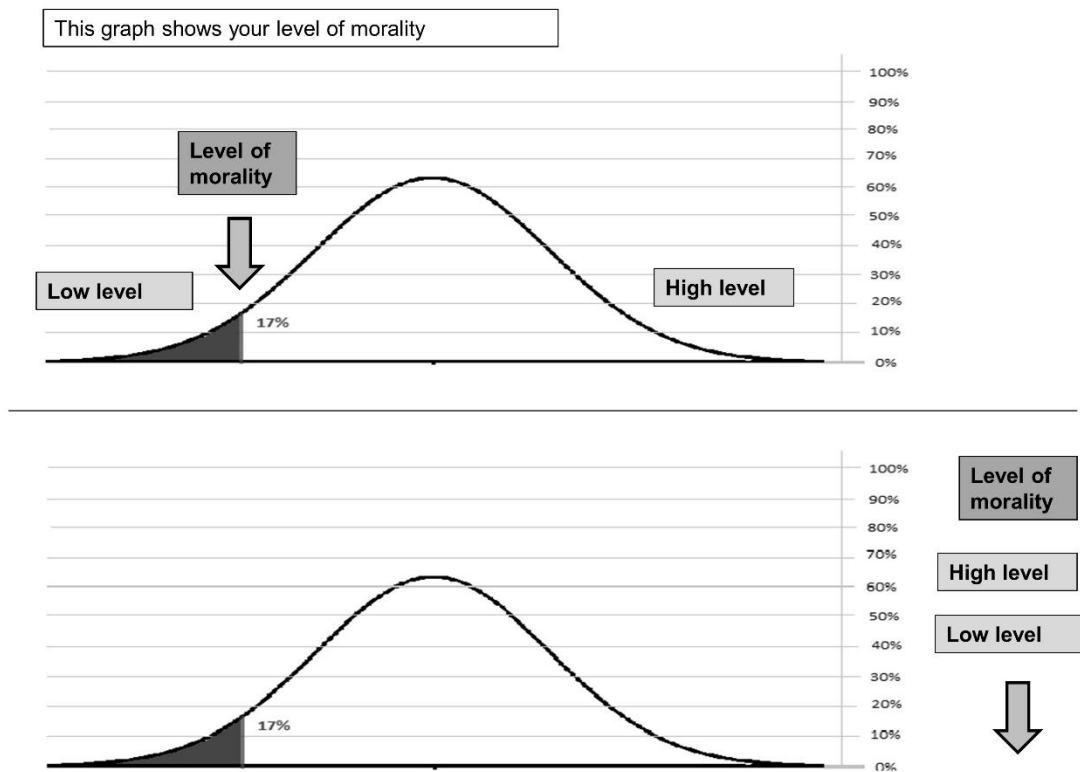
The design used to test the hypothesis that the priming of the fear of self will increase clinical symptoms consisted of a mixed design 2 (groups) X 3 (times). Participants were randomly distributed, using Excel randomization function, in two groups that were counterbalanced

according to the order or the presentation of the experimental tasks and the control task. Since there could be a residual effect of one task that would skew subsequent symptom measurements, groups were counterbalanced. Thus, the two groups were AB and BA, in which A relates to the task initiating the priming of fear of self and B refers to the control task, where the feeling of being incompetent in sports was primed. Competence in sports is a theme having been considered as usually neutral in obsessive-compulsive disorder (Doron, Sar-El, & Mikulincer, 2012; Abramowitch *et al.*, 2013). The experimental task was completed on a computer and had two parts, in which the same task was replicated into two variants. Each participant passed through the two tasks, one after the other, in a counterbalanced order depending on their group attribution (AB or BA). Clinical symptoms were measured three times: before and after each of the two tasks using three scales: urge to perform compulsions, intensity of obsession and level of distress. These tasks were inspired by the *subtle priming computer task* developed by Doron and his colleagues (2012). In the first part of the experimental task, participants had to complete a bogus personality test including twenty random personality statements (e.g., I'm the type of person who likes to take risks.).

In the second phase of the experimental task, after responding to the 20 statements, participants were presented with two graphs representing one of their “*results*” from the personality test, which was a false result determined in advance (see Figure 1). This result varies depending on task A or B. In Task A, it reflects their feared self, so the priming word selected prior to the experimental task was presented. For example, if the participant's fear of self is “I might be an immoral person”, the score presented in a text box entitled “Your level of morality” indicated a low score on a normal bell-shaped curve (marked as 17%). However, if the characteristic selected had a negative valence (e.g., level of immorality), we indicated a high score (marked as 83%). Following the same logic, in task B, the score shown in a text box entitled “Your level of sports competence” also depicted a low skill (marked as 23%). In order to ensure that participants focus on the information presented, they were asked to reproduce the top graph in the bottom graph by moving the different arrows and text boxes so that all the elements of the top graph are placed in the same way as in the bottom graph.



Figure 2.1 Example of the experimental task



#### 2.5.4 Secondary measures

Secondary measures were collected to describe sample symptoms severity. Data from secondary measures were collected through randomized clinical study files from internally recruited participants, or if not collected in the randomized clinical study, the questionnaires were administered during the meeting with the participant, prior to completing the experimental task.

##### 2.5.4.1 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, *et al.*, 1989a) is a widely used instrument to measure the severity of obsessive-compulsive clinical symptoms. It has good psychometric properties (Goodman, *et al.*, 1989b). It consists of a scale of ten statements filled by a clinician scored on a four-point Likert scale ranging from 0 (*no symptoms*) to 4 (*severe symptoms*). The original version shows excellent inter-rater reliability for the Y-BOCS total scores ( $r = 0.98$ ), and good reliability ( $\alpha = 0.88 - 0.91$ ) (Goodman, *et al.*, 1989b). The French version used (Mollard

et al., 1989) has a good inter-rater fidelity ( $r = 0.85$ ), as his internal consistency ( $\alpha = 0.89$ ) (Bouvard et al., 1992).

#### 2.5.4.2 Beck Depression Inventory

The Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996) is a 21-item scale used to assess the severity of symptoms of depression. It is a widely used and reliable scale ( $\alpha = .92-.93$ ) (Beck et al., 1996). The original and the French version of the BDI have good internal consistency and satisfactory test–retest reliability (Bourque & Beaudette, 1982).

#### 2.5.4.3 Fear Self Questionnaire

The 20-item Fear Self Questionnaire (FSQ-20, Aardema et al., 2013) aims to assess the fear of self perceptions. It assesses the fear of being or becoming a type of person with negative characteristics such as being immoral, negligent or disgusting. The FSQ instructions were to “Please rate your agreement or disagreement with the following statements using this scale” with six-point Likert scale rated by “*strongly disagree*”, “*disagree*”, “*somewhat disagree*”, “*somewhat agree*”, “*agree*” and “*strongly agree*”. Psychometric properties of the questionnaire showed a strong internal inconsistency ( $\alpha = .89 - .97$ ), good test-retest reliability ( $r = .89 - .97$ ), as well as good divergent and convergent validity (Aardema et al., 2013; Melli et al., 2016). This measure has shown in previous studies a strong relationship with OC symptoms and other cognitive processes implicated in OCD (e.g., obsessive beliefs, inferential confusion) (Aardema et al., 2013; Aardema et al., 2019).

#### 2.5.5 Outcome measures questionnaires

In order to adequately assess the change resulting from the experimental manipulation, the clinical symptom measurements used needed to be sensitive and accurate since OC symptoms were assessed three times in a short time frame. In consideration of those requirements, the following three scales were selected for the measurement of dependent variables. All primary measures were collected during the experimental task at baseline, after priming the fear of self, and after priming the low sports abilities.

#### 2.5.5.1 Intensity of obsession

The Intensity of obsession scale (IOS) is intended to assess, on a scale of 0 to 100, the intensity of obsessional thoughts at this moment. Participants were asked the following question to assess this variable: “How intense are your obsessive thoughts right now on a scale of 0 to 100, where 100 represents very intense thoughts?”. This scale has often been used as a clinical measure of obsessions in clinical settings and for research purposes (O'Connor & Robillard, 1999; Grenier *et al.*, 2010).

#### 2.5.5.2 Urge to perform compulsions

The Urge to perform compulsions scale (UPCS) aims to establish, on a scale of 0 to 100, how much participants feel the urge to perform their compulsions right now. The question asked to assess this dimension is: “How much do you feel the urge to do your rituals or compulsions now on a scale of 0 to 100, where 100 represents the most intense urge?”. This clinical measure of compulsions has been used in clinical settings and for research purposes (O'Connor & Robillard, 1999; Grenier *et al.*, 2010).

#### 2.5.5.3 Distress

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger, 1983) was used to measure the level of situational anxiety or distress. The later was used as an additional measure of clinical symptoms. Participants had to indicate how they are currently feeling by scoring the 20 emotions presented to them using a four-point Likert scale: “*Not at all*”, “*A little*”, “*Moderately*”, “*A lot*”. The French version of Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) is a widely used tool with good psychometric properties comparable to the English version (Gauthier & Bouchard, 1993).

#### 2.5.5.4 Post-experimentation measurements

To confirm the accuracy of the fear of self identified, we created, for the purpose of this study, the Post-experimentation rating scale (PERS). Participants were asked, after the experimental task, but before knowing the study's real purpose, to score the same priming qualities previously scored by their therapist and the control quality (i.e., low sports abilities) in terms of distress. The question

was formulated as: “Imagine the statements below as a possible result on your personality test. Identify how much distress each statement would cause if it reflected your personality test result.”. Participants had to score their distress level on a five-point Likert scale going from 0 (*not at all*) to 4 (*a lot*). Then, after the debriefing and psychoeducation on fear of self concept, participants were asked more directly if they recognized themselves in the feared possible self-identified by their therapist. Their answer was noted (yes, no, unsure).

## 2.6 Results

### 2.6.1 Descriptive statistics

Means and standard deviations are reported in Table 1. Overall, severity of obsessive-compulsive symptoms is within clinical range, as standard clinical cut-off is 16 and above on YBOCS (Kim *et al.*, 1989; DeVeugh-Geiss *et al.*, 1991).

Tableau 2.1 Descriptive statistics

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
YBOCS	16	21.56	7.92
FSQ-20	15	44.73	22.23
BDI-II	16	16.13	13.85
STAI	16	38.63	12.67
UPCS	16	30.31	32.63
IOS	16	34.37	32.09

*Note.* YBOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; FSQ-20 = Fear of Self Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory; STAI = State Trait Anxiety Inventory at baseline; UPCS = Urge to perform compulsions scale at baseline; IOS = Intensity of obsession scale at baseline

### 2.6.2 Participant’s feared selves and accuracy of manipulation

After psychoeducation on the fear of self concept, participants were asked if they recognized themselves in the one selected to confirm the accuracy of manipulation. In total, 10 participants

recognized themselves in the fear of self selected, some participants were not sure ( $n = 3$ ) or did not ( $n = 3$ ) recognize themselves in the selected fear of self. The selected fear of self of each participant identified by their therapist, the respective priming quality used in the manipulation, participant's answer on whether they recognized themselves in the fear of self selected and score for the selected priming quality on the post-experimentation rating scale (PERS) are presented in Table 2. As noted previously (see procedure), the percentage numbers (17% or 83%) only reflect the participant false result and was determined in advance depending on the positive or negative valence of the characteristic used to trigger the fear of self.

Tableau 2.2 Fear of self, priming words selected and participant's response to fear of self

Fear of self	Priming quality	Recognized in fear of self
Fear to be someone who can lose control of myself	Level of self-control (17%)	Yes
Fear of being someone who makes mistakes	Level of susceptibility to errors (83%)	Yes
Fear of being an inadequate person	Tendency to do things properly (17%)	Yes
Fear of being psychologically unstable	Level of self-control (17%)	Unsure
Fear of being emotionally fragile	Your level of emotional resilience (17%)	Yes
Fear to be a sick and infected person	Level of invulnerability to hazards and illness (17%)	Unsure
Fear of being an incompetent person who makes stupid mistakes	Level of susceptibility to make mistakes (83%)	Unsure
Fear of being someone irresponsible and inadequate	Level of propensity to take responsibility (17%)	Yes
Fear of being a sick and infected person	Level of invulnerability to hazards and diseases (17%)	No
Fear of being a careless person and making mistakes	Level of susceptibility to make mistakes (83%)	No
Fear of being irresponsible and carefree	Level of propensity to take responsibility (17%)	No
Fear of being a careless person	Level of propensity to make oversights (83%)	Yes

### 2.6.3 Residual effect

To test the presence of a residual effect from task A on subsequent measurements, a Mann-Whitney  $U$ -test ( $P < 0.05$ ) was conducted to compare counterbalanced groups (AB, BA) on symptom score differences (i.e., post-control task scores minus pre-control task scores) on the three main variables. Analysis with all participants ( $n = 16$ ), showed no significant difference between groups, on score differences for STAI ( $z = -1.01, p = .31, r = -.30$ ), intensity of obsession scale (IOS) ( $z = -0.66, p = .51, r = .06$ ) and urge to perform compulsions scale (UPCS) ( $z = -0.23, p = .82, r = -.19$ ), suggesting there is no residual effect from task A on subsequent measurements.

### 2.6.4 Effects of priming feared self on the intensity of obsession, urge to perform compulsions and anxiety

Since the two groups were only used to verify the presence of a potential residual effect of one task on the subsequent one, main analyses were done within-subjects only. Furthermore, we tested hypotheses with a paired-sample Wilcoxon signed rank test, which is more suitable given that two of the three main variables showed a slight level of asymmetry and sample size was small, (Leon, 1998). The effect size was calculated with matched-pairs rank biserial correlation to take into consideration the use of non-parametric analysis, as recommended by Kerby (2014). Matched-pairs rank biserial correlation is the difference between two proportions: sum of negative ranks/total sum on ranks minus the sum of positive ranks/total sum of ranks (Cureton, 1956; Kerby, 2014). Statistical significance for all tests was at  $P < 0.05$ . A two-tailed paired-sample Wilcoxon signed rank test was conducted to examine scores on the three main variables from before the experimental task (pre-A) to after the experimental task (post-A). Consistent with our hypothesis, analysis with all participants ( $n = 16$ ), showed a significant increase in symptoms from pre-A to post-A on intensity of obsession scale (IOS) ( $z = -2.06, p = .04, r = -.73$ ) and on the urge to perform compulsions scale (UPCS) ( $z = -2.06, p = .04, r = -.81$ ). Results on STAI, were marginally significant ( $z = -1.94, p = .053, r = -.57$ ) suggesting a trend in the same direction as IOS and UPCS. Results from STAI, UPSC and IOS all show moderate to large effect sizes. Results are summarized in Table 3.

Tableau 2.3 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with all participants (N=16)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Test statistic	<i>P</i>	<i>r</i>
STAI			$Z = -1.94$	.053	-.57
pre-A	37.89	13.02			
post-A	42.75	15.46			
UPCS			$Z = -2.06$	.04*	-.81
pre-A	27.81	31.36			
post-A	32.81	33.71			
IOS			$Z = -2.06$	.04*	-.73
pre-A	32.50	30.33			
post-A	37.81	32.24			

*Note.* *r* = matched-pairs rank biserial correlation; *STAI* = State Trait Anxiety Inventory; *UPCS* = Urge to perform compulsions scale; *IOS* = Intensity of obsession scale; pre-A = result before the experimental manipulation; post-A = result after the experimental manipulation.

#### 2.6.5 Effects of control task on the intensity of obsession, urge to perform compulsions and anxiety

To test the hypothesis that no change in symptoms occurred when priming the perception of incompetence in sport abilities (control task), we examined the unique effect of the control task (B). Since there were no residual effect, we compared pre-B scores (i.e., before the control task) with post-B (i.e., post-control task) scores on all three main measures with all participants ( $n = 16$ ). Additionally, as mentioned, previous research has shown sports as a neutral theme in OCD (Doron, Sar-El, & Mikulincer, 2012). However, it is still possible that the control task (i.e., triggering perception of incompetence in sports abilities) could increase



symptoms. Considering this, we tested this hypothesis with a two-tailed paired-sample Wilcoxon signed rank test. Results showed no significant difference between pre-B and post-B for STAI ( $z = -1.89$ ;  $p = .06$ ;  $r = -0.54$ ), UPCS ( $z = -1.98$ ;  $p = .06$ ;  $r = -0.82$ ) and IOS ( $z = -1.37$ ;  $p = .19$ ;  $r = -0.51$ ). Results are summarized in Table 4.

Tableau 2.4 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of low sports abilities with all participants (N=16)

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Test statistic	<i>P</i>	<i>R</i>
STAI				$Z = -1.89$	.06	-0.54
	pre-B	40.75	14.55			
	post-B	38.19	15.62			
UPCS				$Z = -1.98$	.06	-0.82
	pre-B	32.81	33.61			
	post-B	27.81	33.01			
IOS				$Z = -1.37$	0.19	-0.51
	pre-B	36.88	33.26			
	post-B	31.56	33.15			

*Note.*  $r$  = matched-pairs rank biserial correlation; *STAI* = State Trait Anxiety Inventory; *UPCS* = Urge to perform compulsions scale; *IOS* = Intensity of obsession scale; pre-B = result before the control task; post-B = result after the control task.

#### 2.6.6 *Post-hoc* analysis among participants depending on accuracy of targeted feared perceptions

As mentioned, some participants ( $n = 6$ ) did not undergo an optimal idiosyncratic priming of feared self-perceptions. To take this into account, a *post-hoc* analysis was conducted with only participants in which their self was accurately targeted ( $n = 10$ ). A two-tailed paired-sample

Wilcoxon signed rank test was conducted to examine scores on the three main variables from before the experimental task (pre-A) to after the experimental task (post-A). As it was the case with results from the total sample, we observe a significant increase in symptoms on all three measures for accurately matched fear of self participants ( $n = 10$ ). Results are shown in Table 5.

Tableau 2.5 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with accurately matched fear self participants ( $n = 10$ )

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Test statistic	<i>P</i>	<i>r</i>
STAI			Z = -2.81	.005**	-1.
pre-A	34.5	9.54			
post-A	43.8	13.98			
UPCS			Z = -2.39	.017*	-1.
pre-A	22.5	21.25			
post-A	31.5	27.99			
IOS			Z = -2.38	.017*	-1.
pre-A	27.5	22.39			
post-A	37.0	26.37			

*Note.*  $r$  = matched-pairs rank biserial correlation; STAI = State Trait Anxiety Inventory; UPCS = Urge to perform compulsions scale; IOS = Intensity of obsession scale; pre-A = result before the experimental manipulation; post-A = result after the experimental manipulation.

Further, it was relevant to examine results for inaccurately matched fear of self participants ( $n = 6$ ). Again, to verify this, a *post-hoc* analysis using a two-tailed paired-sample Wilcoxon signed rank test was conducted on all three main measures. In line with our hypothesis, results did not show a significant change from pre-A to post-A on IOS ( $z = -.82, p = .41, r = .5$ ), UPCS ( $z = -1, p$

= .32,  $r = 1$ ) and STAI ( $z = -1.22, p = .22, r = .6$ ). However, it is possible that the small sample size ( $n = 6$ ) might account for the nonsignificant results (see Table 6).

Tableau 2.6 Wilcoxon signed rank test comparing before and after priming of feared self with inaccurately matched feared self participants ( $n=6$ )

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Test statistic	<i>P</i>	<i>r</i>
STAI			$Z = -1.22$	.22	.60
pre-A	43.50	16.52			
post-A	41.00	18.96			
UPCS			$Z = -1.00$	.32	1.00
pre-A	36.67	44.57			
post-A	35.00	44.61			
IOS			$Z = -.82$	.41	.50
pre-A	40.83	41.52			
post-A	39.17	43.18			

*Note.*  $r$  = matched-pairs rank biserial correlation; STAI = State Trait Anxiety Inventory; UPCS = Urge to perform compulsions scale; IOS = Intensity of obsession scale; pre-A = result before the experimental manipulation; post-A = result after the experimental manipulation.

## 2.7 Discussion

Previous experimental investigations into sensitive self-domains and their effects on obsessive-compulsive related behavioral tendencies have so far been limited to threats to moral perception in non-clinical populations (Doron, Sar-El, & Mikulincer, 2012; Abramowitz *et al.*, 2013). Therefore, the current experimental study aimed to examine whether the direct manipulation of a person's idiosyncratic feared possible self, as assessed by an independent clinical psychologist, had an

immediate effect on obsessive-compulsive symptomatology in a clinical sample of patients diagnosed with OCD. Consistent with our hypothesis, our findings showed that the subtle priming of a person idiosyncratic feared possible self led to a direct and significant increase in obsessional intensity and the urge to perform compulsions. The impact of priming a person's feared possible self only had a limited effect on level of anxiety, which was only marginally significant. In contrast, as expected the control task (i.e., priming perception of incompetence in sports abilities) had no significant effect on symptomatology.

The effects of manipulating a person's feared possible self were even stronger when limiting analyses to those participants who confirmed the accuracy of the feared possible self manipulated during the experiment. Results among these participants ( $n = 10$ ) showed particularly large effects sizes with matched-pairs rank biserial correlation coefficients of  $-1$  for all main variables. While strictly speaking, these results should be interpreted with some caution given the *post-hoc* nature of the analyses, they provide further evidence for the relevance of feared selves in OCD given that results in the total sample were already significant ( $N = 16$ ). In particular, they highlight that the idiosyncratic measurement of a person's feared possible self is paramount to fully appreciate its effects on symptomatology, which while significant, may be attenuated in other methodologies, including both psychometric research (Aardema *et al.*, 2013) and experimental investigations revolving around only one particular feared self-domain in non-clinical samples (e.g., threats to moral self-perception; Doron *et al.*, 2012; Abramowitz *et al.*, 2013). Indeed, whereas previous literature has shown that fear of self to be mainly associated with the repugnant subtype of obsessions (e.g., pedophilic obsessions, sexual orientation obsessions, aggressive obsessions) (Aardema & O'Connor, 2007; Melli *et al.*, 2016; Moulding *et al.*, 2014; Aardema *et al.*, 2017), the current results suggest that feared self-perceptions are relevant to a wider range of symptom domains. The aim of the current study was not to predict the specificity of feared self-perceptions to any particular symptom dimensions, but the sample included participants with a variety of symptoms (e.g., contamination, verification, just right feeling, symmetry) as reflected in the diverse feared possible selves that participants presented with (see Table 2). Hence, although it has been previously suggested that feared self-perceptions may be particularly relevant to repugnant obsessions, and less so for any other symptom dimensions (Aardema *et al.* 2017), the current results suggest that the construct may apply to a much wider range of symptom domains than initially

assumed. In addition, given that 48%-60% of those with OCD experience obsessions and compulsions that cannot be reduced to any one single symptom subtype (Rasmussen & Eisen, 1988), the concept of symptom subtypes does not contribute to an understanding of the functional nature of symptoms. In contrast, the notion of a feared possible selves as underlying symptoms in OCD provides us with direct insight into the function of symptoms, and therefore, offers greater theoretical and clinical utility.

Recent findings suggest that changes in feared self-perceptions may be the mechanism through which OCD symptoms improve via therapy, at least for both repugnant obsessions and contamination-related concerns (Aardema *et al.*, 2019). The current results are consistent with these findings and also suggest that a comprehensive and detailed assessment of an individual's fear self might facilitate cognitive-behavioral interventions as opposed to merely acting upon the wide variety of obsessions and compulsions as they often present themselves in clinical practice in any given individual with OCD. Specifically, therapeutic strategies could consist in helping patients identify the content of their self-related fears, psychoeducation regarding how these perceptions relate to symptoms, and specific interventions targeted at helping the individual develop a more reality-based sense of self as outlined by Aardema & O'Connor (2007; O'Connor & Aardema, 2012) in their inference-based approach to OCD. Other cognitive approaches also implicate the self in OCD treatment. For example, Ahern and Kyrios (2016) suggested that rigid boundaries of maladaptive beliefs about the self in OCD patients (e.g., being moral, responsible, perfectionist) could be changed by challenging patients about the personal meaning and origins of these construct and by inviting them to consider other behavior or activities to develop other sources of self-worth. However, there is a need for the development of additional treatment interventions and strategies in this area with the aim to further enhance the effectiveness of cognitive-behavioral interventions for OCD, and initial efforts in this area seem promising as Clark and Hilchey (2017, p. 434) suggested "When developing the case formulation for repugnant obsessions, the clinician could ask more specific questions about what aspects of the obsession are most fearful and how these dreaded characteristics relate to a sense of self.". This involvement is particularly important since a portion of obsessive-compulsive sufferers do not respond to treatment and there is room for further improvement (Ong *et al.*, 2016).

Experimental research with clinical populations involving deception as well as the temporary induction of symptoms requires special precautions and considerations. The present study induced feared self-perceptions in a controlled environment with participants having been assigned a licensed treating clinical psychologist. Precautions were taken to limit the amount of distress experienced by participants. No adverse effects were reported or observed among participants. In effect, several participants expressed that the experiment provided them with a meaningful way of understanding their symptoms, in particular with respect to the notion that they intensified as the result of an imaginary induced self-deficit. Further, the experiment provided a psychoeducational tool during treatment that was later elaborated upon between the treating psychologists and patient as therapy commenced, highlighting the power of imaginary and false feared selves on symptoms, while simultaneously helping the client reposition themselves towards their authentic, reality-based self.

A limitation of the experimental design was that despite the inclusion of a neutral condition and observed causal effects, this does not exclude the possibility that other control conditions might not result in similar effects, and the extent the observed effects are solely due to the idiographic nature of a feared self manipulation is unknown. For example, it is possible that priming anxiety on the basis of other beliefs that do not implicate the self might have similar effects independent from self, and the results therefore do not directly comment on the primacy of self-relevant fears in OCD versus other types of fears and concerns. Additional experimental and longitudinal design studies are needed to clarify the exact relationship of fear of self and OC symptoms and its potential etiological role in OCD. Also, despite careful clinical interview and case formulation to assess the nature of the person's feared possible self, not all participants recognized themselves in the feared self domain that was identified by the clinical psychologist. Consequently, it seems relevant to clarify the concept of fear of self and its involvement in OCD conceptualization in a comprehensible theoretical model as well as to develop and validate more structured interview measures for its assessment in both research and clinical setting. Ethical considerations also limit the level of precision at which feared self-perceptions can be manipulated where risks were considered to be too high (i.e., making a person with obsessive fears of being a pedophile believe that he/she might actually be one). Instead, in these situations, a less direct synonym was used to reflect and manipulate the person's feared possible self (e.g., instead of "pedophilic tendencies"

we used “tendency to minimize the severity of your actions/thoughts”). In addition, we did not formally assess if concealment of the true purpose of the study was successful, although there was no indication from informal responses during debriefing that any of the participants were aware of the true purpose of the study. Finally, the current sample size is limited, and a larger sample covering an even wider range of feared self domains and associated symptomatology is recommended for further research in this area.

The current study also has several important strengths. First, given that the content of feared-self is based on highly personal views and values, the method used in this study targeted idiosyncratic fear of self cognition on the basis of therapist clinical case formulation. Second, the sample used in this study consisted of participants with a primary diagnosis of OCD with varying symptom presentations, and the study reflects a more naturalistic representation of the role of feared self-perceptions in OC symptoms than those so far obtained in non-clinical samples.

In sum, despite its limitations, this study is the first of its kind using an experimental design in an investigation of natural occurring feared self concerns among those with OCD. Like previous studies that highlight the role of self-perceptions in OCD maintenance and development (Doron & Kyrios, 2005; Doron, Kyrios, & Moulding, 2007; Doron *et al.*, 2007; Doron *et al.*, 2008; Aardema & O’Connor, 2003; 2007), the current findings support the importance of considering feared self-perceptions in cognitive-behavioral formulations of OCD.

## 2.8 Role of funding sources

The current study was supported in part by grants (no. 156303) to the last author from the Canadian Institutes for Health Research (CIHR). The last author is also a recipient of a senior research scholar award from the Quebec Health Research Fund (Fonds de la recherche en santé du Québec).

## 2.9 Conflict of interest

The current special issue article was assigned to an independent editor and review. The authors have no conflict of interest to declare.

## 2.10 Acknowledgments

We wish to acknowledge the help provided by Dr. Natalia Koszegi, Dr. Dominic Julien, Dr. François Bilodeau, Mr. Alain Berger, Mrs. Vickie Auclair for their participation in this study.



## CHAPITRE 3

### CONCLUSION

Ce dernier chapitre se consacre à la conclusion de l'essai et consiste en une discussion plus approfondie des résultats obtenus et des écrits scientifiques, des limites et des forces du devis méthodologique, des perspectives de recherches futures et des implications cliniques de cet essai en proposant des exemples concrets d'applications cliniques.

Cet essai a été réalisé afin de répondre aux lacunes dans la littérature scientifique sur le concept du soi redouté, c'est-à-dire, un attribut de soi même qu'une personne craint devenir ou être, et son influence sur les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). En effet, malgré de nombreuses observations cliniques rapportées dans la littérature scientifique et plusieurs études démontrant un lien entre une sphère identitaire vulnérable et les symptômes du TOC (Doron et Kyrios, 2005; Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Doron *et al.*, 2007; Doron *et al.*, 2008; Aardema et O'Connor, 2003; 2007) aucune étude n'avait testé chez la population concernée l'influence directe des perceptions du soi redouté sur les symptômes obsessionnels compulsifs en employant un devis expérimentale. Pour cette raison, l'objectif de cette étude était d'explorer de manière expérimentale l'effet spécifique et direct du soi redouté d'un individu sur ses symptômes obsessionnels compulsifs et ce, chez des gens présentant un diagnostic de TOC. Nous avons émis l'hypothèse que l'amorçage de cognitions spécifiques à l'individu concernant son soi redouté allait augmenter la sévérité de ses symptômes obsessionnels compulsifs ainsi que le niveau de détresse rapportée.

En contraste, la deuxième hypothèse suggérait que l'amorçage d'une perception à valence négative de soi-même par rapport à un qualificatif non lié au soi-redouté et de thématique non-obsessionnel (c.-à-d., être incompetent dans les sports) ne mènerait pas à une différence significative dans les symptômes obsessionnels compulsifs rapportés ni dans le niveau de détresse. À la lumière des résultats de notre étude, nos hypothèses ont été partiellement confirmées.

### 3.1 L'effet de l'amorçage du soi redouté sur les symptômes obsessionnels compulsifs et le niveau de détresse.

En accord avec nos hypothèses, les résultats de l'étude démontrent que l'amorçage des perceptions du soi redouté de manière spécifique à chaque individu augmentent significativement la force des pensées obsessionnelles et l'envie de faire les compulsions. Cependant, un effet limité a été observé sur le niveau de détresse, qui était marginalement significatif. En contraste, la tâche contrôle, donc l'exposition à la perception négative de soi-même concernant une thématique non-obsessionnel (c.-à-d., avoir de faibles habiletés sportives) n'a eu aucun effet sur la symptomatologie tel qu'anticipé dans les hypothèses. Ces résultats supportent donc un lien causal entre les perceptions du soi redouté et la symptomatologie obsessionnelle compulsive.

Nos résultats corroborent ceux rapportés dans la littérature scientifique concernant le rôle des perceptions négatives de soi sur les symptômes du TOC (Doron *et al.*, 2013; Doron, Sar-El, Mukulincer, et Talmor, 2012; Wong *et al.*, 2020). Par exemple, une étude expérimentale récente par Wong et al. (2020), dans laquelle les perceptions du soi redouté ont été induites à l'aide d'une manipulation utilisant la réalité virtuelle, a évalué l'effet de cette manipulation sur les symptômes obsessionnels compulsifs dans un échantillon non-clinique. Dans la condition où les perceptions du soi redouté ont été manipulées, en comparaison à la condition contrôle, les participants ont rapporté des niveaux significativement plus élevés de perceptions de soi redouté, davantage de pensées intrusives liées à la peur de blesser (c.-à-d., peur de se blesser soi-même ou de blesser les autres) et une plus forte envie de supprimer ces mêmes pensées intrusives. Ainsi, cette étude corrobore nos résultats et soutient la relation causale proposée entre les perceptions de soi redouté et les symptômes obsessionnels compulsifs.

### 3.2 Analyse *post-hoc* des résultats

Les résultats de la présente étude ont également été analysés en *post-hoc* en utilisant seulement les participants dont l'amorçage des perceptions du soi redouté a été confirmé ( $n = 10$ ). Les six autres participants exclus de l'analyse *post-hoc* ont rapporté soit ne pas se reconnaître dans le soi redouté sélectionné ( $n = 3$ ) ou ne pas être certain de s'y reconnaître ( $n = 3$ ). L'effet de la manipulation expérimentale du soi redouté auprès de ce sous-groupe de participants était encore plus fort dans

les trois mesures de symptômes. Bien qu'il faille être prudent dans l'interprétation de ces résultats, étant donné leur nature *post-hoc*, ceux-ci soulignent à quel point il est important de mesurer les perceptions du soi redouté de manière spécifique à chaque individu pour pouvoir observer l'effet optimal sur les symptômes obsessionnels compulsifs étant donné leur nature idiosyncratique. C'est d'ailleurs en conformité avec ce qui a été suggéré dans une autre étude récente par Wong et al. (2020) mentionnant que, comme le thème prédominant du soi redouté et des symptômes du TOC varie considérablement d'un individu à l'autre, personnaliser la manipulation pour chaque participant en fonction de son soi redouté spécifique pourrait entraîner des effets plus robustes. En effet, les résultats provenant d'études utilisant des méthodologies différentes, qui bien qu'étant significatifs, ont peut-être été atténués, tel que dans la recherche psychométrique (Aardema et al., 2013) ou dans des études expérimentales utilisant un seul thème de soi redouté plus général (p.ex., domaine identitaire sensible de la moralité; Doron et al., 2012; Abramowitz et al., 2013).

En ce qui concerne les différents domaines de symptômes obsessionnels compulsifs, la littérature scientifique antérieure a surtout associé le soi redouté au sous-type d'obsessions de type répugnantes (p.ex., obsessions liées à la sexualité, la moralité, aux pulsions agressives) (Aardema & O'Connor, 2007; Melli et al., 2016; Moulding et al., 2014; Aardema et al., 2017), tandis que les résultats actuels suggèrent plutôt que les perceptions du soi redouté sont pertinentes pour un éventail plus large de domaine de symptômes. En effet, même si l'objectif de la présente étude n'était pas de prédire la spécificité des perceptions du soi redouté pour des dimensions de symptômes en particulier, l'échantillon comprenait des participants présentant une variété de symptômes (p.ex., obsessions concernant la contamination, la vérification, la symétrie). De ce fait, bien qu'il ait été suggéré précédemment que les perceptions du soi redouté pourraient être particulièrement pertinentes pour les obsessions répugnantes (p.ex., peur d'être un pédophile) et moins pour d'autres dimensions de symptômes (p.ex., peur d'oublier de verrouiller la porte) (Aardema et al., 2017), les résultats actuels suggèrent que le concept s'appliquerait à un éventail beaucoup plus large de type d'obsessions que prévu initialement.

Ceci a du sens, car cliniquement, il n'est pas rare d'observer chez un même patient une combinaison de plusieurs sous-types d'obsessions telles que des obsessions concernant des pulsions agressives accompagnées d'obsessions de vérification. D'ailleurs, 48% à 60% des personnes atteintes de TOC présentent des obsessions et des compulsions qui ne peuvent être réduites à un seul sous-type de

symptômes (Rasmussen & Eisen, 1988). Le fait que le soi redouté soit tout aussi pertinent pour les sous-types d'obsessions autres que les obsessions de type répugnantes est important car les sous-types d'obsessions les plus souvent rapportés sont ceux concernant la vérification (p.ex., intrusions concernant le fait d'avoir bien verrouillé la porte) et la contamination (p.ex., pensées intrusives concernant la possibilité d'être contaminé, sale ou malpropre) (Ruscio, Stein, Chiu & Kessler, 2010). Ainsi, la présente étude souligne la pertinence du concept de soi redouté à travers toutes les dimensions de symptômes dans le TOC et ne serait donc pas limitée aux obsessions de type répugnantes.

Par ailleurs, en examinant plus précisément les six autres participants exclus de l'analyse *post-hoc*, c'est-à-dire ceux ayant rapporté ne pas se reconnaître dans le soi redouté sélectionné ( $n = 3$ ) ou ne pas être certain de s'y reconnaître ( $n = 3$ ), on peut se questionner sur la clarté et le niveau de compréhension des énoncés d'amorçage chez ces participants. En effet, il est possible que certaines formulations utilisées dans la tâche expérimentale visant à amorcer les perceptions du soi redouté du participant (p.ex., votre niveau d'invulnérabilité aux maladies et aux dangers est de 17%, pour amorcer le soi redouté consistant en la peur d'être une personne malade ou infectée) portait possiblement à confusion. Aussi, les préoccupations déontologiques ont parfois nécessité l'utilisation de termes moins directs pour amorcer les perceptions du soi redouté des participants, contribuant potentiellement aux conséquences observées chez les six participants.

### 3.3 Limitations de l'essai

Un avantage du design expérimental de la présente étude consiste en l'inclusion d'une condition contrôle, c'est-à-dire une tâche neutre sur le thème des compétences sportives. Tel qu'attendu, la tâche contrôle n'a eu aucun effet sur les symptômes obsessionnels compulsifs contrairement à la tâche expérimentale. Malgré cela, une des limites de l'étude est qu'il soit possible que d'autres conditions contrôles ne résultent pas en les mêmes effets que celle utilisée dans la présente étude. Ainsi, il est impossible de savoir à quel point les effets observés sont uniquement attribuables à la manipulation du soi redouté de chaque participant. D'autres études utilisant des designs expérimentaux et longitudinaux sont nécessaires pour clarifier la relation exacte entre le soi redouté et les symptômes obsessionnels compulsifs et son rôle potentiel dans la genèse du trouble.

D'autre part, en dépit d'une entrevue clinique minutieuse et d'une formulation de cas sur la nature du possible soi redouté faite par des psychologues cliniciens formés, certains participants ne se sont pas reconnus dans le soi redouté sélectionné spécifiquement pour leur manipulation. En conséquence, il semble pertinent de clarifier le concept de soi redouté et son rôle dans le TOC. Un effort en ce sens a été récemment réalisé par Aardema et Wong (2020) avec leur modèle opérationnel du TOC incluant le rôle spécifique du soi redouté. Par ailleurs, il semble tout aussi important de développer des mesures psychométriques validées pouvant être utilisées autant dans un contexte de recherche que de clinique.

Une autre limite de l'étude concerne les considérations éthiques ayant limité le niveau de précision avec lequel les perceptions du soi redouté ont pu être manipulées dans l'expérimentation. En effet, la manipulation nécessitait une duperie et certains thèmes du soi redouté auraient pu générer une trop forte détresse (p.ex., laisser croire à un participant avec une peur obsessionnelle d'être un pédophile qu'il pourrait réellement en être un). De ce fait, il était impossible d'utiliser certains attributs relatifs au soi redouté. À l'instar, dans ces situations, un synonyme moins direct était utilisé pour refléter et manipuler le soi redouté du participant. D'ailleurs, trois participants ne se sont pas reconnus dans le soi redouté sélectionné pour la tâche expérimentale et trois participants étaient incertains de s'y reconnaître. Ainsi, il serait pertinent de développer une méthode permettant d'utiliser un terme plus direct pour l'amorçage des perceptions du soi redouté sans avoir à utiliser un synonyme moins précis et s'assurer au préalable d'une bonne compréhension de la signification des énoncés pour tous les participants. Une procédure n'utilisant pas une duperie serait facilitante en ce sens.

De plus, la duperie utilisée dans notre manipulation n'a pas été formellement évaluée. Ainsi, il est impossible de savoir si le camouflage du véritable objectif de l'étude était réussi. Cependant, lors de la période de débriefing, dans laquelle on expliquait la duperie et le vrai motif de l'étude, aucun participant n'a laissé entendre qu'il connaissait le véritable objectif de l'étude ou que la tâche manquait de crédibilité.

Finalement, la taille de l'échantillon était limitée et un échantillon plus grand serait recommandé, car il pourrait inclure encore plus de variation dans les différents domaines de soi redouté et de symptômes associés. Bien qu'un échantillon issu d'une population clinique présente des avantages

notables, un échantillon provenant de la population générale permettrait une plus grande variabilité dans l'étendu de la sévérité des symptômes cliniques retrouvés et dans les sous-types représentés dans l'échantillon. Les participants étaient issus d'une étude contrôlée et randomisée et il est possible que les symptômes retrouvés dans cet échantillon ne soient pas représentatifs de ceux retrouvés à travers l'ensemble des gens souffrant du TOC. En effet, Ball et al. (1996) ont examiné la prévalence des différents sous-types de symptômes du TOC dans des échantillons de patients à travers des études cliniques de thérapie cognitive et comportementale (TCC) et ces chercheurs ont constaté que les patients ayant des rituels de nettoyage et/ou de vérification prédominaient, représentant 75 % des échantillons. Tandis que les patients présentant plusieurs rituels, ou ceux ayant des symptômes liés à la précision, au comptage, à la répétition, à la symétrie, à la lenteur ou à l'accumulation, étaient sous-représentés, ne constituant que 12 % de la population, ce qui est considérablement inférieur aux estimations épidémiologiques. Ainsi, il serait bénéfique de sélectionner des participants issus de différents milieux et pas seulement d'études cliniques.

### 3.4 Forces de l'essai

L'étude réalisée dans le cadre de cet essai a utilisé une méthode novatrice qui présente plusieurs forces méthodologiques. Premièrement, étant donné que le contenu du soi redouté varie d'une personne à l'autre, puisqu'il est basé sur des perceptions personnelles du monde et de soi-même, un avantage de la présente étude est l'utilisation d'une méthode identifiant les pensées/perceptions spécifiques à chaque participant. Effectivement, grâce à une formulation clinique générée par des psychologues cliniciens formés dans le traitement des TOC, le contenu spécifique des perceptions du soi redouté a été identifié pour chaque participant, prenant ainsi en considération la nature idiosyncratique, unique et personnelle des symptômes obsessionnels compulsifs.

Deuxièmement, l'échantillon utilisé dans cette étude inclus des participants avec un diagnostic principal de TOC qui présentent une variété de dimensions de symptômes (p.ex., vérification, contamination, phobies d'impulsion, obsessions répugnantes), reflétant ainsi une représentation plus naturelle et complète du trouble. Effectivement, le TOC est caractérisé par une grande hétérogénéité dans la présentation clinique des symptômes.

### 3.5 Implications théoriques des résultats

Les résultats présentés dans le cadre de cet essai amènent un soutien empirique additionnel quant à la pertinence d'inclure le concept de soi redouté dans le modèle théorique cognitif et comportemental du TOC, en plus d'ajouter un appui à l'inclusion de ce concept dans la thérapie basée sur les inférences et potentiellement d'autres types de thérapie. Effectivement, tel que stipulé dans l'approche basée sur les inférences, les perceptions du soi redouté pourraient non seulement influencer la signification qu'un individu attache à ses pensées obsessionnelles, mais être aussi responsable de l'occurrence initiale des intrusions qui reflèteraient un attribut négatif imaginé que la personne craindrait particulièrement être ou devenir (Aardema et O'Connor, 2007). Ceci est important puisque malgré de nombreuses données empiriques, hypothèses théoriques et anecdotes de cliniciens concernant un lien possible entre un aspect du concept de soi vulnérable et les symptômes du TOC, ce concept n'a pas encore été officiellement ajouté au modèle explicatif cognitif et comportemental du TOC étant actuellement le plus reconnu. Ceci étant dit, un nouveau modèle opérationnel du TOC qui inclut justement une explication quant au rôle central qu'exerce le soi redouté dans la genèse et le maintien des symptômes du TOC a été avancé par Aardema et Wong (2020).

#### 3.5.1 Modèle opérationnel du TOC incluant le soi redouté

Selon le modèle d'Aardema et Wong (2020), le développement d'un soi redouté débiterait lors des périodes critiques de résolution identitaire (p.ex., l'adolescence, période post-partum, le début de l'âge adulte, changement de vie majeur). L'hypothèse proposée dans ce modèle est que ce serait la résolution infructueuse de l'identité personnelle pendant ces périodes critiques qui aboutirait à une identité plus vulnérable ou ambivalente. L'identité ambivalente, jumelée à un processus de raisonnement nommé confusion inférentielle conduiraient au développement d'un soi redouté spécifique (p.ex., "Je suis peut-être une personne immorale"). La confusion inférentielle est un processus de raisonnement caractérisé par un surinvestissement en des possibilités imaginaires et en une méfiance envers soi-même, ses cinq sens et le sens commun (O'Connor & Aardema, 2012). Par exemple, ce processus implique que l'individu va confondre une possibilité tirée de son imaginaire pour une preuve concrète et agir comme si la possibilité imaginaire était vraie.

Puis, ce soi redouté résulterait à une hypervigilance envers certaines situations menaçantes qui y sont liées (p.ex., écouter des films avec des scènes de sexualité ou de violence) et dicterait la thématique et l'occurrence des intrusions obsessionnelles ou des doutes (p.ex., des pensées intrusives ou images mentales de soi-même faisant des actes immoraux). Ceci serait renforcé par le soi redouté qui contribuerait à l'interprétation des pensées obsessionnelles comme étant significative ou comme étant une preuve que le soi redouté est réaliste (p.ex., seulement une personne immorale pourrait avoir des images mentales aussi dépravées). Enfin, l'individu développerait des compulsions comme tentative visant à se rassurer de ne pas être son soi redouté (p.ex., chaque fois que j'ai une mauvaise pensée dégoûtante, je vais réciter le chapelet). Cependant, ces tentatives seraient infructueuses à diminuer les perceptions du soi redouté et auraient plutôt l'effet opposé, puisque les compulsions renforceraient l'importance accordée à cette possibilité imaginaire. En plus, comme le soi redouté ferait émerger plusieurs émotions négatives telles que la peur, la honte, la culpabilité ou le dégoût, la réduction temporaire de ces émotions lors de l'accomplissement des compulsions renforcerait ces comportements compulsifs.

En somme, les résultats obtenus dans le cadre de cet essai ajoutent un soutien empirique au modèle théorique du TOC présenté par Aardema et Wong (2020) qui illustre bien la place centrale qu'occupe le concept du soi redouté dans le développement et le maintien des symptômes du TOC. Ceci étant dit, d'autres études sont nécessaires pour venir confirmer ce modèle opérationnel, puisque certaines hypothèses théoriques n'ont pas été vérifiées empiriquement, notamment concernant l'étiologie et les facteurs de vulnérabilité du TOC. Perspectives de recherches futures

### 3.5.2 Le rôle du soi redouté dans l'étiologie du TOC

Dans la recherche sur le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), malgré les nombreux efforts déployés pour comprendre les mécanismes étiologiques sous-jacents, aucun modèle n'a réussi à bien expliquer les processus sous-jacents de manière à illustrer la complexité et l'hétérogénéité retrouvées dans les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif (Taylor, McKay et Abramowitz, 2005). Les résultats de l'étude expérimentale présentée dans cet essai convergent avec les données empiriques dans la littérature scientifique supportant le rôle du soi redouté dans le développement et le maintien du TOC. En effet, nos résultats indiquent que les symptômes obsessionnels compulsifs étaient immédiatement augmentés lorsqu'on amorce expérimentalement les



perceptions du soi redouté des individus souffrant d'un TOC. Ceci étant dit, les mécanismes exacts par lesquels le soi redouté influencent le développement du trouble ne sont pas clairs et nécessitent plus d'études longitudinales et expérimentales.

Par ailleurs, l'identité et le concept de soi en général sont des construits largement influencés par les expériences précoces infantiles et l'attachement. Ils sont donc des candidats intéressants lorsqu'on s'intéresse à l'étiologie d'un trouble. En effet, selon Bowlby (1982), lorsque nos figures parentales principales répondent de manière sensible et prévisible à nos besoins affectifs et nos besoins de base, on peut développer un sentiment d'attachement sécure et stable. Les traces de ces expériences précoces infantiles resurgissent inconsciemment et automatiquement lors de périodes de détresse ou de besoin affectif plus tard dans la vie et sont préservées sous forme de représentations de soi-même, des autres et du monde. C'est ce que Bowlby (1982, cité dans Shaver et Mikulincer, 2009) appelle les modèles opérants internes. Ces représentations façonneraient les attentes quant à la disponibilité et à la réactivité des autres et organiseraient les stratégies mentales et affectives pour faire face aux menaces et réguler les émotions négatives. Au contraire, l'expérience de figures d'attachement de rejet ou d'indisponibilité en période de besoin minerait le sentiment d'un attachement sécure et conduirait à la formation de modèles négatifs de soi et des autres, associés à des doutes sur soi et à des problèmes émotionnels (Mikulincer et Shaver, 2003, 2013). C'est d'ailleurs basé sur ces principes théoriques que Guidano et Liotti (1983) ont élaboré leur théorie sur l'ambivalence de soi dans un effort d'expliquer l'étiologie du TOC. Cette théorie propose que les individus souffrant d'un TOC aurait développé un soi ambivalent dû à des expériences infantiles insécurisantes pour l'attachement. De ce fait, leur symptômes obsessionnels compulsifs reflèteraient une poursuite incessante pour restaurer une certitude quant à leur valeur propre (Guidano et Liotti, 1983).

Comme les constructions du soi et de l'identité se forment en partie par les expériences précoces infantiles, le rôle de l'attachement a reçu un intérêt notable dans l'étude du développement du TOC, en faisant également des liens avec différents construits concernant une vulnérabilité du concept de soi ou de l'identité (p.ex., soi redouté, domaine identitaire sensible, l'ambivalence de soi).

Au plan empirique, l'hypothèse a été émise que les insécurités dans l'attachement contribueraient au développement et au maintien des symptômes obsessionnels compulsifs (Doron *et al.*, 2012),

de sorte qu'ils interfèreraient dans les processus de régulation qui favorisent normalement un concept de soi stable et positif (Mikulincer et Shaver, 2017). Dans le même ordre d'idées, Doron (2020) a observé qu'un attachement sécure agissait comme modérateur dans le lien entre le soi redouté et les symptômes obsessionnels compulsifs. Selon lui, un attachement sécure pourrait aider la régulation émotionnelle de la détresse découlant de l'évaluation des pensées obsessionnelles intrusives. Autrement dit, un attachement sécure pourrait agir comme un processus adaptatif de régulation émotionnelle pouvant prévenir l'exacerbation des perceptions d'être son soi redouté (p.ex., je suis une personne dangereuse) et la cascade de pensées dysfonctionnelles (p.ex., fusion pensée-action; surestimation des dangers, sens exagéré des responsabilités) qui finit par aboutir aux symptômes du TOC. Ceci suggère un rôle potentiel à un stade précoce du développement du TOC et une avenue possible pour la recherche et les interventions sur la prévention du trouble (Wong, Riskind, *et al.*, 2020).

Ainsi, en se basant sur les données de la littérature scientifique ainsi que les résultats obtenus dans le cadre de cet essai, il semble que le concept de soi redouté puisse être une piste explicative potentielle dans la relation complexe entre l'attachement et le développement du TOC. Ces hypothèses nécessitent encore d'autres recherches. Spécifiquement il existe un manque d'études longitudinales explorant le lien entre l'attachement durant l'enfance et celui à l'âge adulte. Les conclusions tirées sur le type d'attachement à l'enfance sont souvent basées sur des échelles auto-rapportées, donc provenant des souvenirs du participant (Hodny *et al.*, 2021). Cependant, les informations obtenues de cette manière peuvent être déformées par la mémoire sélective. Des études longitudinales permettant de suivre le style d'attachement de manière plus détaillée, depuis le plus jeune âge jusqu'au premier contact avec les services de santé, permettraient d'identifier les variables impliquées dans la relation entre le TOC, le soi redouté et l'attachement et ultimement développer des stratégies de prévention et peaufiner les interventions psychologiques existantes.

### 3.5.3 Le soi redouté dans d'autres troubles psychiatriques

Les résultats de cet essai viennent appuyer le rôle du soi redouté dans la compréhension du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Ceci étant dit, le TOC partage des similitudes importantes avec d'autres troubles psychiatriques, tels que les troubles du comportement alimentaire (TCA; p.ex., boulimie, anorexie, hyperphagie) et la peur d'une dysmorphophobie corporelle (PDC), suscitant

ainsi le questionnement à savoir si le concept de soi redouté pourrait aussi être impliqué dans ces troubles psychiatriques.

En effet, le TOC et les troubles du comportement alimentaire sont très similaires en raison de l'aspect obsessionnel présent dans la symptomatologie et le taux de concomitance entre le TOC et les TCA seraient aussi élevé que 41% (Kaye *et al.*, 2004). D'ailleurs, plusieurs processus cognitifs (p.ex., fusion action-pensée, perfectionnisme) ont été identifiés comme étant présents dans les deux troubles (Altman et Shankman, 2009; Shafran, Teachman, Kerry et Rachman, 1999). Concrètement, les obsessions chez les TCA se traduisent par des préoccupations excessives par rapport au poids, à la nourriture et à l'image corporelle. Ces obsessions génèrent des comportements ritualisés (p.ex., compter les calories, suivre un régime restrictif, faire des exercices physiques intenses, manger de manière ritualisée) qui ressemblent aux compulsions chez le TOC (Fairburn, Cooper et Shafran, 2003; Shafran, Fairburn, Robinson et Lask, 2004). Ainsi, ces deux troubles impliquent la présence de pensées obsessionnelles et de comportements compulsifs visant à combattre la peur obsessionnelle et les émotions négatives. La différence principale entre le TOC et les TCA est le fait que pour ces derniers, les inquiétudes et les comportements compulsifs concernent uniquement le poids, la nourriture ou l'exercice. Dans le contexte du TCA, le soi redouté pourrait être représenté par un soi en surpoids en contraste au soi idéal qui serait plutôt le soi mince (Wilson, 2020). En conséquence, les comportements du trouble alimentaire serait motivé par le fait de se rapprocher du soi idéal (le soi mince) ou par évitement du soi redouté (le soi en surpoids) (Wilson, 2020).

Un autre trouble apparenté au TOC, celui de la peur d'une dysmorphophobie corporelle, pourrait aussi être pertinent dans l'étude du soi redouté. Effectivement, ces troubles ont une présentation clinique similaire, en termes d'âge d'apparition, de concomitances et d'évolution au fil du temps (Frare *et al.*, 2004; Phillips *et al.*, 2007). Tous les deux peuvent être caractérisés par la présence de pensées intrusives, d'une détresse psychologique à propos de sa propre apparence physique ainsi que des comportements compulsifs pour vérifier ou améliorer le défaut perçu (p.ex., vérifications du corp, vérifications dans le miroir, application de maquillage de façon ritualisée). Ceci étant dit, une différence importante entre les deux troubles, est que pour la PDC, l'accent est uniquement sur un défaut perçu de l'apparence physique, contrairement au TOC où les thèmes obsessionnels sont variés (Taillon, 2011). Le soi redouté dans ce contexte pourrait correspondre à un soi laid ou un soi déformé (Aardema *et al.*, 2021).

Compte tenu des similitudes du TOC avec les TCA et la PDC, certains auteurs ont suggéré que le concept de soi redouté semble particulièrement pertinent dans les troubles dans lesquels une perception négative d'un aspect de soi-même est un thème dominant, concernant soit une préoccupation sur un aspect interne de soi-même (p.ex., dangerosité, moralité) ou sur une perception de défaut physique (Aardema *et al.*, 2018). D'ailleurs, quelques études ont déjà obtenu des résultats en ce sens (Aardema *et al.*, 2018; Aardema *et al.*, 2021). Spécifiquement, Aardema *et al.* (2018) ont observé que les perceptions du soi redouté étaient plus élevées chez les participants ayant un TCA et ceux ayant une PDC en comparaison à un groupe de participants non-clinique ou d'autres groupes cliniques (c.-à-d., anxieux et dépressifs). Également, dans une autre étude récente, utilisant une version multidimensionnelle du Questionnaire sur la peur du soi (Fear of Self Questionnaire, FSQ-EV, Aardema *et al.*, 2021), les résultats ont fait ressortir qu'un soi redouté concernant un "soi déformé" était principalement relié aux symptômes de la PDC, mais pas à ceux du TOC.

En définitive, les résultats ayant ressorti dans cet essai, couplés aux observations et aux données empiriques ci-haut, suggèrent qu'il serait pertinent que d'autres études évaluent le rôle des perceptions du soi redouté dans le maintien et le développement d'autres troubles que le TOC, spécifiquement, les TCA et la PDC.

### 3.6 Perspectives cliniques

#### 3.6.1 Implications cliniques

La recherche expérimentale avec des populations cliniques impliquant la tromperie ainsi que l'induction temporaire de symptômes nécessite des précautions et des considérations spéciales. La présente étude a induit des perceptions du soi redouté dans un environnement contrôlé avec des participants présentant un trouble obsessionnel-compulsif et ayant été assignés à un psychologue clinicien. Des précautions ont été prises pour limiter la détresse vécue par les participants. D'ailleurs, il peut être pertinent de noter qu'aucun effet indésirable n'a été signalé ou observé chez les participants. En réalité, plusieurs participants ont même exprimé que l'expérience leur fournissait une manière significative de comprendre leurs symptômes. Par exemple, le concept de soi redouté permettait de donner un sens aux symptômes vécus par les participants, surtout l'idée

que les symptômes étaient une façon de compenser pour un déficit perçu et imaginaire sur eux-mêmes (p.ex., j'ai peur d'être une personne négligente et irresponsable, donc je m'impose de vérifier plusieurs fois si le four est bien fermé et je pense que je pourrais être le type de personne qui laisse le four ouvert). Cette conscience de soi est importante dans un contexte de thérapie, car il arrive souvent que les patients souffrant d'un TOC aient conscience du caractère exagéré et irrationnel de leurs symptômes. Par le fait même, cette prise de conscience peut générer des émotions négatives telles que de la honte, de la frustration ou du désespoir. Le simple fait d'amener une compréhension de la fonction de leurs symptômes pourrait déjà aider à diminuer ces émotions négatives en développant une perspective plus empathique et empreint de compassion.

En plus, les participants participaient tous à une psychothérapie pour le TOC en parallèle. L'expérience a fourni un outil psychoéducatif pendant la psychothérapie dans laquelle la notion de soi redouté a ensuite été approfondi avec le psychologue traitant. Ainsi, le psychologue a pu mettre en évidence l'effet puissant des perceptions du soi redouté imaginaire et faux sur les symptômes obsessionnels compulsifs, tout en aidant simultanément le client à se réorienter vers son soi authentique, donc un soi basé sur la réalité et souvent plus positif ou nuancé.

D'ailleurs, dans la thérapie basée sur les inférences, un travail sur le soi redouté est prévu dans le protocole de traitement. Spécifiquement, les cliniciens aident les clients à distinguer entre leur soi réel et leur soi redouté, ils enseignent aux clients à développer et explorer des récits alternatifs basés sur la réalité concernant le soi, afin de solidifier le soi réel et authentique du client (Aardema *et al.*, 2017; O'Connor et Aardema, 2012).

Les résultats de notre étude renforcent l'importance de l'identification des perceptions du soi redouté dans la formulation clinique des cliniciens dans le contexte de psychothérapie et ce, pour tous les domaines de symptômes. De manière intéressante, les résultats d'une étude récente semblent indiquer que les perceptions de soi redouté pourraient être le mécanisme par lequel les symptômes obsessionnels compulsifs s'améliorent en thérapie, du moins pour les obsessions de type répugnante et les préoccupations liées à la contamination (Aardema *et al.*, 2018).

Finalement, la version multi-dimensionnelle du Questionnaire sur le soi redouté (FSQ-EV; Aardema *et al.*, 2021) a fait ressortir trois principales dimensions qui seraient conceptuellement

distinctes : un soi redouté corrompu, un soi redouté coupable et un soi redouté déformé. Cette version du questionnaire sur la peur du soi pourrait aider à identifier les domaines du soi redouté les plus significatifs pour le client et ceux contribuant le plus aux symptômes. En plus, elle pourrait permettre de mesurer le changement dû aux effets d'un traitement qui cible les perceptions du soi redouté dans le TOC (Aardema *et al.*, 2021).

### 3.6.2 Applications cliniques du concept de soi redouté dans le TOC

Tel que mentionné plus haut dans ce chapitre, la thérapie basée sur les inférences propose déjà dans son protocole de traitement, un travail ciblant le soi redouté. La prochaine section vise à présenter de manière concrète des suggestions sur la manière d'identifier les perceptions du soi redouté dans la pratique clinique et sur comment les travailler en se basant sur le cadre de la thérapie basée sur les inférences et sur les données empiriques soulevées dans cet essai doctoral.

L'approche basée sur les inférences propose deux principales composantes qui influencent le soi dans le TOC et qui découlent des processus de la confusion inférentielle : une méfiance de soi-même et un focus sur le soi redouté possible au lieu du vrai soi authentique (O'Connor et Aardema, 2012). Après avoir expliqué au client le concept de soi redouté, la prochaine étape cruciale consiste à identifier le contenu des perceptions du soi redouté du client. Pour se faire, il peut être pertinent de regrouper les doutes obsessionnels et de chercher un thème commun sous-jacent, puisque le soi redouté est considéré comme un conducteur reliant toutes les obsessions et compulsions individuelles.

Lors de la formulation de cas, l'identification du soi redouté est également facilitée en utilisant un modèle logique comme tremplin pour retracer l'obsession qui provient souvent d'un narratif du soi plus large (O'Connor et Aardema, 2012). Par exemple, une personne qui pense qu'elle pourrait faire des erreurs se considère logiquement comme le type de personne qui pourrait être négligente. Sinon, pourquoi se préoccuper de cette possibilité particulière et non pas de la possibilité d'être immorale? De même, une personne qui a des doutes sur le fait d'avoir laissé la porte ouverte se considère logiquement comme le genre de personne qui pourrait laisser accidentellement des portes déverrouillées. La question qui vient logiquement après est : "Quel type de personne est particulièrement propice à oublier de faire des tâches importantes?", à laquelle le client pourrait

répondre : "Quelqu'un de négligeant ou d'irresponsable". Cela est ensuite suivi de questions telles que : "Qu'est-ce qui vous fait penser que vous pourriez être ce type de personne?", pour identifier le narratif du soi, y compris les raisons pour lesquelles le client pense qu'il pourrait être cette personne (p.ex., "Mon père m'a toujours dit que j'étais insouciant", "J'ai déjà oublié quelque chose dans le cadre de mon travail qui a coûté très cher à mon employeur"), ce qui sert ensuite de validation supplémentaire pour le thème du soi redouté identifié.

Comme le soi redouté est renforcé par les narratifs obsessionnels, la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles dysfonctionnelles (p.ex., surévaluation de la responsabilité et des menaces perçues, perfectionnisme, l'importance exagérée accordée aux pensées intrusives), ces aspects sont aussi importants à identifier lors de la formulation de cas pour le traitement du TOC.

Par ailleurs, une plainte commune chez les patients souffrant d'un TOC concerne le sentiment de vide ou de confusion quant à savoir qui ils sont. Effectivement, les actions de ces patients peuvent avoir été tellement longtemps orientées vers l'évitement d'un potentiel soi redouté, que le soi authentique peut avoir été perdu de vue, d'où le sentiment de ne pas savoir qui ils sont réellement. En plus, le temps accordé aux compulsions et l'énergie mentale demandée par les pensées obsessionnelles peuvent laisser place à un grand vide lorsque les symptômes diminuent. Ces difficultés peuvent représenter des obstacles aux gains thérapeutiques et sont donc importants à garder en tête lors du traitement pour le TOC (O'Connor et Aardema, 2012).

Une fois le soi redouté identifié par le client et le thérapeute, la prochaine étape nécessite de réorienter le client vers son soi authentique (O'Connor et Aardema, 2012). Ainsi, pour identifier le soi authentique, le thérapeute peut questionner le client sur des interrogations banales de la vie de tous les jours (p.ex., "Avez-vous des amis et êtes-vous gentil envers eux?", "Attendez-vous en ligne?", "Ouvrez-vous la porte pour les autres?"). Le soi authentique est une combinaison de plusieurs attributs (p.ex., je suis aimable; je suis respectueux; je suis méticuleux) et est souvent complètement opposé au soi redouté.

Dans le but de repositionner le client vers un soi plus authentique et vrai, le thérapeute peut aider le client à agir en accord avec son vrai soi selon ses vrais attributs. Par exemple, on peut proposer au client de s'accorder à soi-même une rétroaction positive pour ses accomplissements, d'explorer

des activités qui promeuvent une vision de soi authentique et positive basée sur ses vrais talents et capacités, de s'exposer à être soi-même avec les autres en s'assurant avec ses forces et ses faiblesses ou de baser ses plans futurs en fonction de son vrai soi (O'Connor et Aardema, 2012).

Au final, si le soi redouté est désinvesti et n'est plus aussi crédible pour le patient, il ne sera plus pertinent ni nécessaire d'agir sur ses doutes obsessionnels par l'entremise des compulsions ou de l'évitement.

La thérapie basée sur les inférences cible spécifiquement le soi redouté dans son protocole de traitement. Ceci étant dit, la notion de soi redouté pourrait s'appliquer dans d'autres types de thérapies. Par exemple, les fondements de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Polk *et al.*, 2016) permettraient de facilement intégrer le concept de soi redouté. Concrètement, dans l'exercice de la matrice le client est invité à identifier, de manière illustrée sur un diagramme, d'un côté, les actions qui l'amènent à fuir ou éviter la souffrance et, de l'autre côté, les actions qui l'amènent à se rapprocher de ses valeurs. On peut aisément intégrer le concept du soi redouté dans la matrice, en proposant au client d'identifier son soi redouté, c'est-à-dire ce qu'il craint être ou devenir (p.ex., je crains d'être une personne violente) et les actions qui l'amènent à fuir ou éviter cette peur (p.ex., j'évite d'aller dans le métro, car j'ai peur de perdre patience et pousser quelqu'un sur les rails). De l'autre côté de la matrice, avec la même logique, on peut identifier quel est le soi authentique du client en se basant sur ses valeurs les plus importantes pour ensuite identifier les actions qui tendent dans cette direction (p.ex., je veux être une personne qui priorise ma famille, donc je vais choisir d'aller visiter mon frère même si c'est difficile).

### 3.7 Conclusion

Finalement, depuis la première utilisation du concept de soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) par Ferrier et Brewin (2005), la recherche dans ce domaine a grandement évolué. Le rôle du soi redouté dans le maintien et le développement du TOC possède un support empirique de plus en plus étoffé. Le présent essai doctoral renchérit en ce sens en ajoutant un support empirique provenant d'une étude avec un devis expérimental et une population clinique. En plus, il soutient l'inclusion du concept de soi redouté dans le modèle opérationnel du TOC, tel que suggéré par Aardema et Wong (2020).



En effet, les résultats de l'étude présentée dans le cadre de cet essai doctoral montrent que l'amorçage des perceptions du soi redouté de manière spécifique à chaque individu augmente l'intensité des symptômes obsessionnels compulsifs. La présente étude a utilisé une méthodologie novatrice, inspirée par l'expérimentation menée par Doron et al. (2012), et est une des premières à tester de manière expérimentale l'effet direct des perceptions de soi redouté dans une population clinique avec un diagnostic de TOC.

Plusieurs implications cliniques et théoriques découlent des résultats observés. Notamment, nos résultats font ressortir la nécessité d'informer les cliniciens au sujet du concept de soi redouté, lorsqu'il travaille avec des patients souffrant d'un TOC. La thérapie basée sur les inférences offre déjà une référence sur la façon d'identifier les perceptions du soi redouté des clients et ensuite de les travailler en amenant les clients à les réorienter vers un soi plus authentique. Ceci étant dit, d'autres types de thérapies cognitives et comportementales (p.ex., Thérapie d'acceptation et d'engagement, thérapie cognitive et comportementale traditionnelle, thérapie sur les schémas de Young) pourraient aussi intégrer cette composante dans leur plan thérapeutique pour le traitement du TOC. Ces implications cliniques sont importantes, puisque seulement la moitié des individus avec un TOC vont chercher un traitement et peu de gens vont recevoir un traitement spécifique à cette condition complexe (Ruscio *et al.*, 2010). Aussi, l'absence de traitement amène rarement une rémission complète (Skoog & Skoog, 1999). En plus, pour 50% des individus souffrant d'un TOC, leurs proches observent également un effet négatif dans leur vie (Hollander, Kwon, Stein, Broatch, Rowland et Himelein 1996).

D'autres recherches concernant l'étiologie du TOC et l'étude du soi redouté dans les troubles apparentés au TOC, tels que les troubles des conduites alimentaires et la peur d'une dysmorphophobie corporelle, sont nécessaires. À ce sujet, le lien entre l'attachement et le soi redouté dans la compréhension du TOC semble être une avenue prometteuse de recherche.

En définitive, comme dans des études précédentes (Doron et Kyrios, 2005; Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Doron *et al.*, 2007; Doron *et al.*, 2008; Aardema et O'Connor, 2003; 2007), cet essai doctoral supporte l'importance du concept du soi redouté dans la compréhension théorique du trouble et renchérit sur l'importance d'adresser les perceptions du soi redouté en thérapie pour potentialiser les résultats thérapeutiques pour le traitement du TOC.

APPENDICE A  
LETTRES D'ACCEPTATION DES COMITÉS ÉTHIQUES



2015-08-09

Madame Julie Sauvageau  
Centre de recherche  
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

**Objet :** Approbation finale du Comité d'évaluation scientifique  
Projet n° 2016-253 - *Le soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif*

---

Madame Sauvageau,

Le Comité d'évaluation scientifique de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, a passé en revue, à sa réunion du 2015-08-05, votre protocole de recherche pour le projet mentionné ci-dessus.

Il me fait plaisir de vous informer que votre projet est approuvé par les membres du Comité d'évaluation scientifique tel que soumis.

Nous vous souhaitons le plus grand des succès dans la réalisation de cette étude.

Je vous prie d'agréer, Madame Sauvageau, mes meilleures salutations.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Richard Boyer".

Richard Boyer, président  
Comité d'évaluation scientifique  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Institut universitaire en santé mentale de Montréal

/s/

Le 15 septembre 2015

Madame Julie Sauvageau  
Centre de recherche de l'USM  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Objet :** Approbation finale du Comité d'éthique de la recherche  
Projet n° 2016-253 - Le soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif

---

Madame Sauvageau,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, a passé en revue, en comité restreint, les documents suivants :

- Protocole de recherche (protocole de recherche.docx)
- Questionnaire (Mesures non-standardisées.docx)
- Autorisation départementale / directeur de recherche (Attestation examen doctoral.jpg)
- Formulaire d'information et de consentement (formulaire consentement 29-06-2015.docx)
- Budget (declaration-financiere Sauvageau\_2013-07.pdf)
- pièce justificative (Cadre de gestion-BD TICTACTOC-finale.pdf)

Le CÉR approuve les modifications qui ont été apportées aux documents mentionnés ci-dessus, tel que suggéré par le comité dans son Formulaire 20-2875 "Réponse aux recommandations".

J'ai le plaisir de vous informer que votre projet est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche. La présente décision vaut pour une année à partir de la date de la présente lettre.

Au terme de ce délai, un rapport doit être soumis au comité d'éthique en guise de rapport final, si le projet est réalisé en moins d'un an ou en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

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 d'éthique.

La suspension ou la cessation de votre projet, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité d'éthique dans les meilleurs délais.

En terminant, je tiens à vous informer que la présente décision a été rendue alors que le quorum était atteint.

Je vous prie d'agréer, madame Sauvageau, mes meilleures salutations.



Odette Beaudoin, présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Institut universitaire en santé mentale de Montréal

/s/

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM.

Titre du projet: Le soi redouté dans le trouble obsessionnel-compulsif  
Nom de l'étudiant: Julie SAUVAGEAU  
Programme d'études: Doctorat en psychologie  
Direction de recherche: Gilles DUPUIS

### 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. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

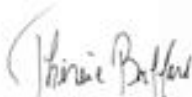
### Conditions particulières

Le CERPE a examiné votre demande d'approbation éthique et l'a jugée conforme aux normes de l'UQAM. Vous trouverez donc en pièce jointe le certificat nécessaire au début de votre projet de recherche.

Je vous souhaite plein succès dans la suite de vos travaux.

Bien cordialement,

Roland Côté



Thérèse Bouffard  
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines  
Professeure, Département de psychologie

# APPENDICE B

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec

Centre d'études  
tictactoc.org  
troubles obsessionnels-compulsifs et tics

Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal  
CENTRE DE RECHERCHE

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### ÉTUDE SUR LE LIEN ENTRE LA PERSONNALITÉ, LES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET LA PERFORMANCE SUR UNE TÂCHE GRAPHIQUE

---

Chercheur principal :	Julie Sauvageau, étudiante au doctorat en psychologie à l'UQAM
Collaborateurs :	Kieron O'Connor, Ph. D., Codirecteur de recherche et chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) Gilles Dupuis, Ph. D., Directeur de recherche, UQAM
Sources de financement :	Les fonds de recherche de Dr Kieron O'Connor

---

#### PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

---

#### PARTIE I : DESCRIPTION DU PROJET

---

Cette recherche vise à évaluer le lien entre la performance sur une tâche graphique, la personnalité et les symptômes des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Il vous sera demandé de vous présenter une seule fois à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal ou à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), pavillon SU au 100 rue Sherbrooke Ouest pour une période d'environ une heure. La tâche vous demandera de remplir une série de questionnaires papiers et sur un ordinateur et de faire des tâches informatiques. Des scores reflétant des éléments de votre personnalité vous seront présentés.

La participation à cette étude implique que vous soyez actuellement en thérapie avec un psychologue. Pour les besoins de cette étude, des informations concernant les doutes obsessionnels et le types de compulsions et d'obsessions devront être recueillies auprès de votre thérapeute. Puis, les questionnaires portant sur la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs (Y-BOCS), sur l'échelle de confusion inférentielle et de l'échelle des idées surévaluées que vous devrez remplir dans le cadre de cette étude seront utilisés à des fins d'analyses corrélationnelles. Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront versées à la banque de données TICTACTOC. Ces renseignements seront utilisés à des fins de recherche par la chercheuse principale et ils seront tous traités de manière confidentielle.

#### **RISQUES**

Il n'y a aucun risque majeur pour la santé physique, mais il est possible que vous ressentiez une certaine gêne et de l'anxiété pendant la tâche expérimentale.

#### **INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Il vous sera nécessaire de vous rendre au centre de recherche de l'IUSMM ou à l'UQAM pour faire la tâche expérimentale de cette étude et accorder environ une heure de votre temps pour la compléter. Pendant la tâche expérimentale de cette étude, il est possible que vous ressentiez une certaine gêne et de l'anxiété, car vous aurez à divulguer des informations personnelles. Aussi, il est possible que les sujets abordés dans le questionnaire de personnalité engendrent des émotions désagréables. Par contre, les psychologues du centre de recherche seront à votre disposition au besoin et il sera possible d'arrêter la tâche à tout moment.

#### **AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE**

Les avantages de cette recherche consistent en votre contribution à l'avancement d'une meilleure connaissance du trouble obsessionnel-compulsif qui va permettre d'améliorer le traitement de ce trouble. Aussi, cette étude pourrait permettre une meilleure connaissance de vous-même et une meilleure compréhension de certains aspects de votre trouble obsessionnel-compulsif. Les études menées par l'Institut universitaire en

santé mentale de Montréal permettent aussi le transfert des connaissances à travers les professionnels de la santé, la communauté scientifique et le grand public.

#### **COMPENSATION**

Une compensation monétaire de 15\$ vous sera octroyée pour votre participation.

#### **CONFIDENTIALITÉ**

Les observations recueillies et les résultats aux questionnaires seront traités de manière tout à fait confidentielle et votre dossier sera codifié par numéros. Les documents papiers seront centralisés dans une filière sous clé et les données informatisées seront intégrées à une base de données sécurisée par un mot de passe. Les données de cette étude seront conservées pendant une durée de cinq ans suivant la fin de l'étude. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats dénominalisés (i.e. vos noms ne seront pas accessibles). Les documents papiers seront gardés sous clé dans un local du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal qui est situé au: CRIUSMM, 7331 Hochelaga, Montréal, QC, H1N 3V2

Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publications scientifiques tout en respectant les règles de confidentialité. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Les données de l'étude sont situées sur des serveurs de fichiers informatiques situés à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Seuls les membres de l'équipe des chercheurs nommés et le personnel autorisé de l'IUSMM ont accès aux données de la base à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans avoir à donner de raisons. Vous pouvez vous en retirer à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision auprès d'un membre de l'équipe de recherche. Votre décision de ne plus participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune répercussion néfaste pour vous ou les soins que vous recevez.

#### **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU SUJET DE RECHERCHE**

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez nommément les chercheurs, les organismes, les entreprises ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

#### PERSONNES-RESSOURCES

Pour toute question concernant l'étude ou pour tout problème associé à ma participation dans l'étude, je sais que je pourrai contacter les chercheurs principaux ou la coordonnatrice du projet :

Julie Sauvageau, chercheure principale  
[sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca](mailto:sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca)

Kieron O'Connor, chercheur principal  
(514) 251-4015, poste 2343  
[Kieron.oconnor@umontreal.ca](mailto:Kieron.oconnor@umontreal.ca)

Karine Bergeron, coordonnatrice du projet  
514-251-4015, poste 3585  
[kbergeron.iusmm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:kbergeron.iusmm@ssss.gouv.qc.ca)

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à la recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services  
IUSMM  
CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
7401, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3M5  
Téléphone: (514) 251-4000, poste 2920  
Télécopieur : 514-251-2964

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal du Centre intégré universitaire et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. A ce sujet, contacter :

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche  
IUSMM  
CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



7401, rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3M5  
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442  
Télécopieur : 514-251-2964  
[comiteethiquerecherche.iusmm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:comiteethiquerecherche.iusmm@ssss.gouv.qc.ca)

Le projet auquel vous allez participer a aussi été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM. Pour toute question ne pouvant être adressée à la direction de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la présidente du comité par l'intermédiaire de la coordination du CERPE : [cerpe4@uqam.ca](mailto:cerpe4@uqam.ca), 514 987-3636.

---

## PARTIE II : CONSENTEMENT

---

### SIGNATURE DE PARTICIPANT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie datée et signée du présent formulaire d'information et de consentement. Le présent formulaire sera consigné à mon dossier de recherche.

Nom du participant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### SIGNATURE DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

Je certifie que j'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, oralement ou par écrit, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION AU PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS

Comme mentionné plus haut, la participation à cette étude implique que vous soyez actuellement en thérapie avec un psychologue pour le traitement d'un trouble obsessionnel-compulsif. Pour les besoins de cette étude, des informations concernant vos doutes obsessionnels et vos types d'obsessions et de compulsions devront être recueillies auprès de votre thérapeute. Puis, les questionnaires portant sur la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs (Y-BOCS), sur l'échelle de confusion inférentielle et de l'échelle des idées surévaluées que vous aurez remplis dans le cadre de la présente étude seront consultés à des fins d'analyses corrélationnelles. Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront versées à la banque de données TICTACTOC. Ces renseignements seront utilisés à des fins de recherche par la chercheuse principale et ils seront tous traités de manière confidentielle.

Pour les besoins de cette étude et avec mon accord, j'accepte que la chercheuse principale échange des informations avec mon psychologue concernant les doutes obsessionnels et les types d'obsession et de compulsions. J'accepte que les données recueillies dans le cadre de cette étude soit transférées dans la banque de données TICTACTOC. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu de façon satisfaisante. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces renseignements. Après réflexion, j'accepte que ces informations soient partagées, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces renseignements soient détruits.

#### **DÉCLARATION DU PARTICIPANT**

Nom du participant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### **DÉCLARATION DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT**

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## APPENDICE C

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

Centre d'études  
troubles obsessionnels-compulsifs et tics

[tictactoc.org](http://tictactoc.org)

 Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal  
CENTRE DE RECHERCHE

#### ÉTUDE SUR LE LIEN ENTRE LA PERSONNALITÉ, LES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET LA PERFORMANCE SUR UNE TÂCHE GRAPHIQUE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche visant à évaluer le lien entre la performance sur une tâche graphique, la personnalité et les symptômes des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Il vous sera demandé de vous présenter 1 seule fois au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal ou à l'UQAM (pavillon Adrien-Pinard SU) pour une période d'environ une heure. La tâche vous demandera de remplir une série de questionnaires papiers et de faire des tâches informatiques.

Une compensation monétaire de 15\$ vous sera octroyée pour votre participation.

Cette étude permettra l'avancement des connaissances sur le trouble obsessionnel-compulsif et son traitement psychologique. Aussi, cette étude pourrait permettre une meilleure connaissance de vous-même et une meilleure compréhension de certains aspects de votre trouble obsessionnel-compulsif.

Pour les besoins de cette étude, des informations concernant les doutes obsessionnels et les types de compulsions et d'obsessions devront être recueillis auprès de votre psychologue/psychiatre. Ces renseignements seront utilisés à des fins de recherche par la chercheuse principale et ils seront tous traités de manière entièrement confidentielle.

#### AUTORISATION AU PARTAGE DE RENSEIGNEMENTS

La participation à cette étude implique que vous soyez actuellement suivi par un psychologue, un psychiatre ou un intervenant pour le traitement d'un trouble obsessionnel-compulsif. Pour les besoins de cette étude, des informations concernant vos doutes obsessionnels et vos types d'obsessions et de compulsions devront être recueillies auprès de votre intervenant. Ces renseignements seront utilisés à des fins de recherche par la chercheuse principale et ils seront tous traités de manière confidentielle.

---

Pour les besoins de cette étude et avec mon accord, j'accepte que la chercheuse principale échange des informations avec mon intervenant concernant les doutes obsessionnels et les types d'obsession et de compulsions. J'accepte que les données recueillies dans le cadre de cette étude soit transférées dans la banque de données TICTACTOC. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu de façon satisfaisante. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces renseignements. Après réflexion, j'accepte que ces informations soient partagées, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces renseignements soient détruits.

#### DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom du participant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### DÉCLARATION DU TÉMOIN (INTERVENANT)

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION AU PARTAGE DE COORDONNÉES

Autorisez-vous la chercheuse concernée à communiquer avec vous pour vous inviter à participer à cette étude?

OUI                       NON

Si oui, veuillez s'il-vous-plait indiquer votre nom et vos coordonnées téléphoniques pour qu'il soit possible de communiquer avec vous.

Votre nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Merci!

Julie Sauvageau, étudiante au doctorat en psychologie et chercheuse principale  
[sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca](mailto:sauvageau.julie.6@courrier.uqam.ca)

---

## APPENDICE D

### DÉBRIEFING



Centre d'études [tictactoc.org](http://tictactoc.org)  
troubles obsessionnels-compulsifs et tics



### DÉBRIEFING

#### LE SOI REDOUTÉ DANS LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

« Étude sur le lien entre la personnalité, les symptômes obsessionnels-compulsifs et la performance sur une tâche graphique »

---

Chercheur principal : Julie Sauvageau, étudiante au doctorat en psychologie à l'UQAM

Collaborateurs : Kieron O'Connor, Ph. D., Codirecteur de recherche et chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM)  
Gilles Dupuis, Ph. D., Directeur de recherche, UQAM

Sources de financement : Les fonds de recherche de Dr Kieron O'Connor

---

---

#### PARTIE I : DÉBRIEFING

---

L'objectif de l'étude était d'évaluer le lien entre le soi redouté et les symptômes obsessionnels-compulsifs. Le soi redouté consiste en un aspect de vous-même que vous redouté devenir. Plusieurs études scientifiques proposent que le soi redouté serait en lien avec vos symptômes obsessionnels-compulsifs. Par exemple, quelqu'un qui présente des obsessions et des compulsions de vérification pourrait avoir un soi redouté consistant en la peur d'être une personne négligente ou irresponsable.

Ainsi, le but de l'expérimentation était de voir si le fait de vous donner l'impression que vous étiez moins bon dans un aspect qui représente votre soi redouté allait augmenter votre niveau d'anxiété, vos envies de faire vos compulsions et la force de vos obsessions.

Pour ce faire, il a été nécessaire de vous présenter un faux test de personnalité et donc, des faux scores sur le graphique. Ces résultats étaient décidés à l'avance en fonction de votre soi redouté et donc, ils ne reflètent pas du tout qui vous êtes. Il aurait été impossible de vous dire à l'avance le but de l'étude, car le fait d'être au courant des buts de l'étude aurait pu modifier la façon que vous auriez répondu. Par exemple, le simple fait de savoir que les énoncés étaient sensées vous rendre possiblement plus anxieux auraient pu vous créer de l'anxiété. Ainsi, si vous auriez été au courant du vrai motif de l'étude, il aurait été impossible de savoir si votre soi redouté

influence vraiment vos symptômes obsessionnels-compulsifs. C'est pour cette raison qu'il a été nécessaire de ne pas vous dévoiler tout de suite le vrai motif de cette étude.

La littérature scientifique et les impressions des cliniciens suggèrent que les compulsions ont pour fonction de rassurer la personne sur le doute d'être ou non son soi redouté. Ils proposent aussi qu'on peut rassembler l'ensemble des obsessions et des compulsions en un seul thème identitaire vulnérable, nommé soi redouté. Par exemple, une personne qui a peur d'être quelqu'un de négligent pourrait vouloir se rassurer du contraire en s'adonnant à des compulsions de vérification comme, vérifier si la porte est barrée, si le four est bien éteint, etc.

L'étude de ce sujet est importante puisque si le soi redouté influence vraiment les symptômes du trouble obsessionnel-compulsif, il sera important de travailler cet aspect en psychothérapie. Spécifiquement, le psychologue pourrait amener son client à découvrir quel est son propre soi redouté pour pouvoir en avoir conscience. Ensuite, le client pourrait réaliser, grâce à des preuves concrètes, qu'il n'est pas du tout ce type de personne. Finalement, il est nécessaire de concevoir une vision de lui-même plus authentique et positive.

Maintenant, vous connaissez votre soi redouté. Vous vous êtes exposés à l'aspect de vous-même que vous redoutez être tout comme on s'expose aux pensées obsessionnelles lors d'une thérapie. Le fait d'avoir conscience de votre soi redouté pourrait vous aider à comprendre la fonction de vos obsessions et de vos compulsions. Aussi, cela pourrait vous amener à vous questionner sur votre soi authentique et sur les preuves qui confirment que vous n'êtes pas vraiment le type de personne que vous redoutez être. Ceci est un processus à long terme, mais vous avez entamé une étape de ce cheminement psychologique.

Merci pour votre participation. Par ailleurs, si vous rencontrez quelqu'un qui pourrait participer à la présente étude, il serait préférable de ne pas lui révéler le vrai motif de l'étude, car ceci viendrait biaiser les résultats.

Les résultats seront publiés d'ici deux à quatre ans et vous auriez un accès à l'article si vous le désirez.

Si vous êtes toujours très anxieux ou vivez une détresse importante un psychologue peut vous fournir du soutien dans l'immédiat. Si vous avez des questions ou des commentaires n'hésitez pas à les soumettre.

---

## PARTIE II : ASSENTIMENT

---

### ASSENTIMENT DU PARTICIPANT

Je déclare avoir lu le présent formulaire « Débriefing ». Je reconnais qu'on m'a expliqué le contenu et que j'ai eu l'occasion d'en discuter et qu'on a répondu à toutes mes questions. De plus, je reconnais que j'ai eu tout le soutien nécessaire.

On me remettra une copie datée et signée du présent formulaire.

Le présent formulaire sera consigné à mon dossier de recherche.

Nom du participant (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### **ASSENTIMENT DU CHERCHEUR OU DE SON REPRÉSENTANT**

Je certifie que j'ai expliqué au participant à la recherche les termes du présent formulaire, que j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, oralement ou par écrit, sans préjudice.

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

APPENDICE E  
INSTRUMENTS DE MESURE

**Propension à faire la compulsion et Force des pensées obsessionnelles**

·  
Veuillez répondre aux énoncés ci-dessous en vous basant sur ce que vous ressentez **à l'instant présent** sur une échelle de 0 à 100, où 100 représente le niveau le plus élevé.

1) À quel point ressentez-vous l'envie de faire vos rituels ou vos compulsions maintenant sur une échelle de 0 à 100, où 100 représente l'envie la plus intense ?

2) À quel point vos pensées obsessionnelles sont fortes présentement sur une échelle de 0 à 100, où 100 représente des pensées très fortes?



## State trait anxiety questionnaire

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en cochant la colonne appropriée, indiquez comment vous vous sentez maintenant. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux vos sentiments actuels.

Humeur/émotion/état	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Je me sens calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis tendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens surmené(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tranquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bouleversé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens comblé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Page suivante

**Suite.**

Lisez chaque énoncé, puis en cochant la colonne appropriée, indiquez comment vous vous sentez maintenant.

Humeur/émotion/état	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
Je me sens à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens sûr(e) de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens nerveux(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis affolé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens indécis(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens satisfait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis préoccupé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens tout mêlé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que j'ai les nerfs solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Page suivante

APPENDICE F  
PREUVES D'ACCEPTATION ET DE SOUMISSION DE L'ARTICLE

Manuscript Number: JOCRD-D-20-00063

Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample.

Dear Mrs. Sauvageau,

Your above referenced submission has been assigned a manuscript number: JOCRD-D-20-00063.

To track the status of your manuscript, please log in as an author at <https://www.editorialmanager.com/jocrd/>, and navigate to the "Submissions Being Processed" folder.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,  
Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders

More information and support

You will find information relevant for you as an author on Elsevier's Author Hub: <https://www.elsevier.com/authors>.

Manuscript Number: JOCRD-D-20-00063R1

Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample.

Dear Mrs. Sauvageau,

Thank you for submitting your manuscript to *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.

I am pleased to inform you that your paper has been accepted for publication in the *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. **Congratulations** on a terrific contribution to the literature! I have identified some final typographical and grammatical errors for you to fix.

Now that your manuscript has been accepted for publication it will proceed to copy-editing and production. You will hear from the Elsevier Production Team in the near future as your article is ready for proofing.

Thank you for submitting your work to the *Journal*. We hope you will consider us again for future submissions.

Kind regards,  
Shiu Wong  
Guest Editor

*Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*

## RÉFÉRENCES

- Aardema, F. (2020). COVID-19, Obsessive-Compulsive Disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 100558. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100558>.
- Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S. et Purcell-Lalonde, M. (2017). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, 19-29. doi:10.1002/cpp.2121
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J. et Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 306-315. doi:10.1016/j.jocrd.2013.05.005
- Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23-37. doi:10.1891/jcop.17.1.23.58270
- Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 182-197. doi:10.1891/088983907781494573
- Aardema, F. et O'Connor, K. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implications for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 855-861.
- 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.
- Aardema, F., Radomsky, A. S., Moulding, R., Wong, S. F., Bourguignon, L. et Giraldo-O'Meara, M. (2021). Development and validation of the multidimensional version of the fear of self questionnaire: Corrupted, culpable and malformed feared possible selves in obsessive-compulsive and body-dysmorphic symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(5), 1160-1180. <https://doi.org/10.1002/cpp.2565>
- Aardema, F. et Wong, S. F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100479. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100479>
- Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G. et 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. 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, A., Doron, G., Sar-El, D. et Altenburger, E. (2013). Subtle threats to moral self-perceptions trigger obsessive-compulsive cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1132-1139.
- Aguilar, S. L., Arnáez, S., Aardema, F. et García-Soriano, G. (2022). The relationship between obsessions and the self: Feared and actual self-descriptions in a clinical obsessive-compulsive disorder sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 642-651.
- Aguilar, S. L., Garcia-Soriano, G., Roncero, M., Barrada, J. R., Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2019). Validation of the Spanish version of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 69-74. doi:10.1016/j.jocrd.2018.12.006
- Ahern, C. et Kyrios, M. (2016). Self processes in obsessive-compulsive. In M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic et M. Mikulincer (Dir.), *The self in understanding and treating psychological disorders* (pp. 112-122). Cambridge University Press.
- Altman, S. E. et Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders?. *Clinical psychology review*, 29, 638-646.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Audet, J. S., Wong, S. F., Radomski, A. S. et Aardema, F. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared self-perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100537>
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed.). The Psychological Corporation.
- Bourque, P. et 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), 211-218.
- Bouvard, M., Sauteraud, A., Note, I., Bourgeois, M., Dirson, S. et Cottraux, J. (1992). Étude de validation et analyse factorielle de la version française de l'Échelle d'obsession compulsive de Yale-Brown [Validation and factorial analysis study of the French version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale]. *Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2, 18-22.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). Basic Books.

- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W. et Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and social psychology bulletin*, 25(7), 783-792.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Clark, D. A. (2016). Finding the self in a cognitive behavioral perspective. Dans M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic et M. Mikulincer (Dir.), *The self in understanding and treating psychological disorders* (pp. 40-50). Cambridge University Press.
- Clark, D. A. et Hilchey, C. A. (2017). Repugnant obsessions. Dans J. S. Abramowitz, D. McKay, E. A. Storch (Dir.), *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*, (1st ed., Vol. 1, pp. 421-440). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch23>
- Cureton, E. E. (1956). Rank-biserial correlation. *Psychometrika*, 21(3), 287-290.
- DeVeugh-Geiss, J., Katz, R., Landau, P., Akiskal, H., Ananth, J., Ballenger, J., Fogelson, D., Betts, W. C., Diamond, B., Feiger, A., Foa, E., Fogelson, D., Goodman, W., Greist, J., Himmelhoch, J., Hoehn-Saric, R., Jenike, M., Kim, S. W., Liebowitz, M.,... Shear, K. (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 730-738.
- Doron, G. (2020). Self-vulnerabilities, attachment and obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms: Examining the moderating role of attachment security on fear of self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100575.
- Doron, G. et Kyrios, M. (2005). Obsessive-compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432. doi:10.1016/j.cpr.2005.02.002
- Doron, G., Kyrios, M. et Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 433-444. doi:10.1016/j.janxdis.2006.05.008
- Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R., Nedeljkovic, M. et Bhar, S. (2007). "We do not see things as they are, we see them as we are": A multidimensional world-view of obsessive compulsive disorder (OCD). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 221-235.
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M. et Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self beliefs in obsessive compulsive disorder (OCD). *Anxiety and Depression*, 25, 874-884.
- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M. et Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 85(2), 163-178.

- Doron, G., Sar-El, D. et Mikulincer, M. (2012). Threats to moreal self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination-related behavioral tendencies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 884-890. doi:10.1016/j.jbtep.2012.01.002
- Doron, G., Sar-El, D., Mikulincer, M. et Talmor, D. (2012). Experimentally-enhanced attachment security influences obsessive compulsive related washing tendencies in a non-clinical sample. *E-Journal of Applied Psychology*, 8(1), 1-8.
- Doron, G., Szepeswol, O., Karp, E. et Gal, N. (2013). Obsessing about intimate-relationships: Testing the double relationship-vulnerability hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 433-440. doi:10.1016/j.jbtep.2013.05.003
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. et Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Ferrier, S. et Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1363-1374. doi:10.1016/j.brat.2004.10.005
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IP)*. American Psychiatric Press.
- Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G. et Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19, 292-298.
- Freud, S. (1909/1955). Notes upon a case of obsessional neurosis. Dans: Strachey, J. (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Hogarth Press.
- Garcia-Soriano, G., Clark, D. A., Belloch, A., del Palacio, A. et Castaneiras, C. (2012). Self-worth contingencies and obsessionality: A promising approach to vulnerability? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 196-202.
- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. et Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. et Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Grenier, S., O'Connor, K. P. et Bélanger, C. (2006). Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature. *Canadian Psychology*, 47(2), 96-109.

- Grenier, S., O'Connor, K. P. et Bélanger, C. (2010). Belief in the obsessional doubt as a real probability and its relation to other obsessive-compulsive beliefs and to the severity of symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 67-85.
- Guidano, V. F. et Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Han, S., Xu, Y., Guo, H.-R., Fang, K., Wei, Y., Liu, L., Cheng, J., Zhang, Y. et Cheng, J. (2022). Two distinct subtypes of obsessive compulsive disorder revealed by heterogeneity through discriminative analysis. *Human Brain Mapping*, 43(10), 3037–3046. <https://doi.org/10.1002/hbm.25833>
- Higgins, E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.
- Hodny, F., Prasko, J., Ociskova, M., Vanek, J., Holubova, M., Sollar, T. et Nesnidal, V. (2021). Attachment in patients with an obsessive-compulsive disorder. *Neuroendocrinology Letters*, 22(5), 283-291.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T. et Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(3), 6.
- Jaeger, T., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F. et Nedeljkovic, M. (2015). The role of fear of self and responsibility in obsessional doubt processes: A bayesian hierarchical model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 839-858. doi:10.1521/jscp.2015.34.10.839
- 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.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F. et Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41(7), 1205-1216.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. et Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Kerby, D. S. (2014). The simple difference formula: An approach to teaching nonparametric correlation. *Comprehensive Psychology*, 3, 11-IT.
- Kim, S. W., Dysken, M. W. et Katz, R. (1989). Rating scales for obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 74-79.
- Leon, A. C., (1998) Descriptive and Inferential Statistics. Dans A. S. Bellack et M. Hersen, (Dir.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 243-285). Pergamon.
- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., Cassmassi, G. J. et IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18(1), 21-33.

- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., ... McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review, 30*(1), 78-88.
- Markus, H. et Nurius, P. (1986). Possible selves. *American psychologist, 41*(9), 954.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A. et Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified?. *American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1313-1314.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S. et Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical psychology review, 24*(3), 283-313.
- Melli, G., Aardema, F. et Moulding, R. (2016). Fear of self and unacceptable thoughts in OCD. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 23*, 226-235. doi:10.1002/cpp.1950
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*(1-2), p.273-280.
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in experimental social psychology, 35*, 56-152.
- Mikulincer, M. et Shaver, P. R. (2017). *An attachment perspective on compassion and altruism*. In *Compassion* (pp. 187-202). Routledge.
- Mollard, E., Cottraux, J. et Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 15*, 335-341.
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Ranjbar, S. et Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research, 187*, 180-184.
- Moulding, R., Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 161-168. doi:10.1016/j.jocrd.2013.11.006
- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F. et Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 49*, 164-172. doi:10.1016/j.jbtep.2015.02.005
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusion and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, p.38-46.
- O'Connor, K. P. et Aardema, F. (2012). *The clinician's OCD manual: Inference based therapy*. Wiley.



- O'Connor, K. P., Aardema, F. et Pélissier, M.C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt*. Willey.
- O'Connor, K.P., & Audet, J. S. (2019). OCD is not a phobia: an alternative conceptualization of OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 16, 39.
- O'Connor, K. P., Ouellet-Courtois, C. et Aardema, F. (2018). Innovative cognitive- behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder. Dans L. F. Fontenelle et M. Yucel (Dir.), *A transdiagnostic approach to obsessions, compulsions and related phenomena*. Cambridge University Press.
- O'Connor, K. P. et Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 887-896. doi:10.1016/0005-7967(95)00042-V
- O'Connor, K. P. et Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 359-375.
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E. et 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.
- Oyserman, D. et Markus, H. R. (1990). Possible selves and delinquency. *Journal of personality and social psychology*, 59(1), 112.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M. et Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depression and anxiety*, 24, 399-409.
- Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M. et Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. New Harbinger Publications.
- Purdon, C. et Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 102-110.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802. doi:10.1016/S0005-7967(97)00040-5
- Rachman, S. et Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentice-Hall.
- Radomsky, A. S. et Taylor, S. (2005). Subtyping OCD: Prospects and problems. *Behavior Therapy*, 36(4), 371-379.
- Rasmussen, S. A. et Eisen, J. A. (1988). Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacologic rituals in OCD. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 466-470.

- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F. et Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry research*, 197(3), 259-264.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L.J. et Antony, M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behavior Research and Therapy*, 43, 1453-1465.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. et Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
- Salkovskis, P. M., (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour research and Therapy*, 23(5), p.571-583.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic disorders. Dans K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk et D. M. Clark. (Dir.). *Cognitive therapy for psychiatric problems a practical guide*. (pp.235-276). Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Seah, R., Fassnacht, D. et Kyrios, M. (2018). Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward obsessive compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18(June), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.06.002>
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. et Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International journal of eating disorders*, 35, 93-101
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S. et Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 167-179.
- Shaver, P. R. et Mikulincer, M. (2009). An overview of adult attachment theory. *Attachment theory and research in clinical work with adults*, 17-45.
- Skoog, G. et Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologist Press
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 495-506.
- Taillon, A. (2011). *Peur d'une dysmorphie corporelle: réflexion critique sur les traitements psychologiques et évaluation d'une thérapie basée sur les inférences* [Dissertation doctorale, UQAM]. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/4439/>

- Taylor, S., McKay, D. et Abramowitz, J. S. (2005). Hierarchical structure of dysfunctional beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(4), 216-228.
- Tolin, D. F., Woods, C. M. et Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 657-669.
- Wilson, S. (2020). Fear of self in eating disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100562.
- Wong, S. F., Aardema, F., Mendel, B., Trespalacios, F. et Radomsky, A. S. (2020). Manipulating feared self-perceptions in an analogue sample using virtual reality and its impact on harm-related intrusions and urges to neutralise. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100585.
- Wong, S. F., Riskind, J. et Aardema, F. (2020). Prevention of OCD. Dans E. A. Storch, D. McKay et J. Abramowitz (Dir.), *Complexities in obsessive compulsive and related disorders: Advances in Conceptualization & Treatment*. Oxford University Press
- Wu, K. D., Aardema, F. et O'Connor, K. P. (2009). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension. *Journal of Anxiety Disorder*, 23, p.746-752.
- Yang, Y. H., Moulding, R., Wynton, S. K., Jaeger, T. et Anglim, J. (2021). The role of feared self and inferential confusion in obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100607.